



**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>

# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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

**Fondata da:**

Alberto Giannelli

**Diretta da:**

Giancarlo Cerveri (*Lodi*)

**Comitato di Direzione:**

Massimo Clerici (*Monza*)

Mauro Percudani (*Milano Niguarda*)

**Comitato Scientifico:**

Carlo Fraticelli (*Como*)

Giovanni Migliarese (*Vigevano*)

Gianluigi Tomaselli (*Triviglio*)

Mario Ballantini (*Sondrio*)

Franco Spinogatti (*Cremona*)

Gianmarco Giobbio (*San Colombano*)

Luisa Aroasio (*Voghera*)

Carla Morganti (*Milano Niguarda*)

Federico Durbano (*Melzo*)

Alessandro Grecchi (*Milano SS Paolo Carlo*)

Camilla Callegari (*Varese*)

Antonio Magnani (*Mantova*)

Laura Novel (*Bergamo*)

Pasquale Campajola (*Gallarate*)

Giancarlo Belloni (*Legnano*)

Marco Toscano (*Garbagnate*)

Antonio Amatulli (*Vimercate*)

Caterina Viganò (*Milano FBF Sacco*)

Claudio Mencacci (*Milano FBF Sacco*)

Emi Bondi (*Bergamo*)

Pierluigi Politi (*Pavia*)

Emilio Sacchetti (*Milano*)

Alberto Giannelli (*Milano*)

Simone Vender (*Varese*)

Antonio Vita (*Brescia*)

Giuseppe Biffi (*Milano*)

Massimo Rabboni (*Bergamo*)

**Segreteria di Direzione:**

Silvia Paletta (*ASST Lodi*)

Matteo Porcellana (*ASST GOM Niguarda*)

Davide La Tegola (*ASST Monza*)

**Art Director:**

[Paperplane snc](#)

**Gli articoli firmati esprimono esclusivamente  
le opinioni degli autori**

**COMUNICAZIONE AI LETTORI**

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

**EDITORE:**

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

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

# PSICHIATRIA OGGI

possono iscriversi alla newsletter  
attraverso il sito:  
[www.psichiatriaoggi.it](http://www.psichiatriaoggi.it)

# 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

**Gruppo di lavoro:**

Bondi Emi<sup>1</sup>

Cerveri Giancarlo<sup>2</sup>

Cicolini Alessia<sup>3</sup>

Durbano Federico<sup>4</sup>

Migliarese Giovanni<sup>5</sup>

Salvi Virginio<sup>6</sup>

Toscano Marco Otto<sup>7</sup>

Vita Antonio<sup>8</sup>

<sup>1</sup> *Direttrice DSMD ASST Papa Giovanni XXII*

<sup>2</sup> *Direttore DSMD ASST Lodi*

<sup>3</sup> *Direttrice REMS Castiglione delle Stiviere*

<sup>4</sup> *Direttore DSMD ASST Martesana*

<sup>5</sup> *Direttore SC Psichiatria Vigevano*

<sup>6</sup> *Direttore DSMD ASST Crema*

<sup>7</sup> *Direttore SC Psichiatria ASST Rhodense*

<sup>8</sup> *Direttore DSMD ASST Ospedali Civili di Brescia*

Il progetto regionale di rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, in attuazione delle "Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali" approvate con l'Intesa del 28/04/2022, nella parte del progetto dedicata ai "Percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS" ha creato il motore per un progetto formativo

regionale che coinvolgesse tutte le figure professionali al fine di produrre una riflessione comune sulla tematica clinica ed organizzativa posta dai soggetti autori di reato e sofferenti di patologia psichica (e dunque giudicati incapaci di intendere in merito al reato stesso). L'evento formativo ha avuto un respiro regionale, è stato condiviso con tutti i responsabili di Struttura Complessa di Psichiatria ed è stato organizzato in 3 sessioni separate. L'importanza dell'evento residenziale è stato quello di 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 e tentare di omogeneizzare in ambito regionale procedure di intervento e comportamenti clinici. Questo obiettivo nasceva dalla sempre più sfidante richiesta da parte della magistratura di interventi da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale rivolti a persone con comportamenti giuridicamente rilevanti e con condizioni cliniche e socio-ambientali molto diverse. La necessità di rendere più coerenti le risposte prende origine anche dal fatto che in molti casi la compenetrazione di esigenze cliniche e giuridiche allontana gli operatori dalle ordinarie procedure di intervento costringendo gli stessi ad elaborare risposte nuove e adatte al nuovo contesto di richiesta.

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. Si prevedeva che del personale della SC di Psichiatria avesse un tempo specifico da dedicare a questa nuova tipologia di soggetti che con la Legge 81 del 2014 che ha posto fine agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, hanno aumentato notevolmente il carico di lavoro e la complessità di gestione degli interventi in capo alla psichiatria.

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).

Con la delibera X/5340 del 2016 Regione Lombardia ha dotato i Dipartimenti di Salute Mentale di equipe forensi e ha permesso di avviare un'attività che ad oggi, per la maggior parte delle ASST, si è mantenuta in 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 ed una armonizzazione, uno sviluppo e/o consolidamento delle funzioni svolte risulta necessaria.

Il corso ha offerto ai clinici e agli operatori sanitari, importanti nozioni sulla gestione del paziente con disturbi psichici autori di reato e l'evoluzione dell'impianto legislativo che pone nella centralità i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze.

Tale formazione ha posto le basi per la conoscenza dei concetti di infermità di mente, di imputabilità, di pericolosità sociale psichiatrica e criminale e delle misure di sicurezza per idonee per arginarla. Sono state prese in rassegna le principali linee guida e i servizi di psichiatria Forense europea sul management del paziente psichiatrico autore di reato.

Il corso si è posto 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.

All'interno della formazione sono state fornite nozioni sulla gestione della lista d'attesa per le REMS. L'Accordo della Conferenza Unificata Stato Regioni il 30.11.22, al fine di "regolamentare efficacemente lo svolgimento delle funzioni delle istituzioni coinvolte nella gestione dei pazienti cui è applicata la misura di sicurezza", costituisce il Punto Unico Regionale (P.U.R.) con l'obiettivo di fornire

supporto all'Autorità giudiziaria per dare esecuzione ai provvedimenti applicativi di misura di sicurezza detentivi e non detentivi in base al principio di territorialità.

La gestione degli ospiti della REMS prevede una serie di fasi messe in pratica fin dall'accoglimento e che comprendono in primis, una valutazione multiprofessionale in équipe (psichiatra, psicologo, educatore, infermiere) che dura 2-3 settimane e ha lo scopo di strutturare gli obiettivi per ogni singolo paziente nella compilazione del PTRI da condividere con i servizi di salute mentale territoriali. Il corso vuole offrire ai clinici un ampio panorama sui servizi delle REMS, la gestione delle liste d'attesa e sul lavoro in équipe forense. Scopo del corso è valutare le buone norme di assistenza di questi pazienti nell'ottica di un loro recupero psichico.

Il corso ha visto anche il coinvolgimento di figure professionali diverse che operano in sinergia all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale, ma anche professionalità eterogenee con cui è basilare costruire un linguaggio comune e porre le basi per uno scambio proficuo.

Sono stati quindi coinvolti magistrati, associazioni dei familiari e psichiatri forensi.

Nel complesso i tre incontri hanno visto la partecipazione di circa 180 persone, mentre le adesioni alla FaD scaturita dagli incontri in presenza sono state oltre 700.

Di tale formazione rimane anche questo numero speciale di *Psichiatria Oggi* a disposizione degli operatori interessati.

Il progetto ha visto la partecipazione di tutte le ASST lombarde ed il coinvolgimento di un comitato scientifico molto ampio e rappresentativo, il comitato scientifico si è fatto quindi promotore ed autore di questa presentazione.

Senza la pretesa di poter affrontare le enormi criticità emerse negli ultimi dieci anni dalla riforma che ha posto le basi con la legge 81, si è però compiuto un importante passo nell'integrazione delle varie figure professionali, nella loro più proficua collaborazione e nella discussione di quel che appare essere un problema comune e condiviso a più livelli e fra più istituzioni e soprattutto nella costruzione di un modello di gestione dei soggetti autori di reato.



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



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



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**

**27 Maggio 2024**  
MILANO

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

TERZA GIORNATA

Equipe Forensi



Formazione  
Progetto  
Rafforzamento  
**DSMD**

## TERZA GIORNATA Equipe Forensi

Nel corso verranno fornite nozioni sulla gestione della lista d'attesa per le REMS. L'Accordo della Conferenza Unificata Stato Regioni il 30.11.22, al fine di "regolamentare efficacemente lo svolgimento delle funzioni delle istituzioni coinvolte nella gestione dei pazienti cui è applicata la misura di sicurezza", costituisce il Punto Unico Regionale (P.U.R.) con l'obiettivo di fornire supporto all'Autorità giudiziaria per dare esecuzione ai provvedimenti applicativi di misura di sicurezza detentivi e non detentivi in base al principio di territorialità.

La gestione degli ospiti della REMS prevede una serie di fasi messe in pratica fin dall'accoglimento e che comprendono in primis, una valutazione multiprofessionale in équipe (psichiatra, psicologo, educatore, infermiere) che dura 2-3 settimane e ha lo scopo di strutturare gli obiettivi per ogni singolo paziente nella compilazione del PTRI da condividere con i servizi di salute mentale territoriali. Il corso vuole offrire ai clinici un ampio panorama sui servizi delle REMS, la gestione delle liste d'attesa e sul lavoro in équipe forense. Scopo del corso è valutare le buone norme di assistenza di questi pazienti nell'ottica di un loro recupero psichico.

Responsabili Scientifici  
Giancarlo Cerveri, Federico Durbano

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

- 09.30-10.00 Registrazione partecipanti
- Chairman: A. Cicolini, A. Vita**
- 10.00-10.30 DSMD e Magistratura: quali percorsi condivisi  
**Nicolò Giuseppe**
- 10.30-11.00 SMOP e altri sistemi informativi di gestione dei soggetti autori di reato  
**Vanna Poli**
- 11.00-12.00 **Tavola rotonda** sulle equipe forensi: dalla teoria all'applicazione pratica  
**Ivan Bavaro, Mara Bertini, Chiara Cibra, Francesca Cova, Valentina Stanga**
- 12.00-12.30 Presentazione Protocolli di intesa per l'applicazione di un modello operativo di superamento degli OPG (Brescia, Milano)  
**G. Cerveri**
- 12.30-13.30 **Lunch**
- Chairman: G. Cerveri, F. Durbano**
- 13.30-14.00 Il servizio sociale nelle REMS ed i percorsi di reinserimento sul territorio  
**Noemi Panni**
- 14.00-14.30 Bisogni e criticità dalla parte dei caregivers per impostare un buon lavoro forense  
**Maria Gorlani**
- 14.30-15.30 **Tavola Rotonda**  
I compiti del DSMD nella gestione dei percorsi di cura  
**Antonio Amatulli, Giorgio Bianconi, Annabella Di Giorgio, Pierluigi Politi**
- 15.30-16.00 Questionario ECM

# 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

27 MAGGIO 2024

**Amatulli Antonio**

Mentre in generale le misure di sicurezza non detentive nei confronti di pazienti autori di reati e imputabili o semimputabili sono passate dal 10% al 90% circa in una ventina d'anni <sup>1</sup>, e (a mero titolo di esempio) nel Dipartimento da me diretto almeno l'85% dei pazienti rei, anche imputati di reati gravi e gravissimi, nel percorso della esecuzione penale sono inseriti nel circuito sanitario (dalla libertà vigilata in luoghi diversi alle REMS), mentre dunque segnali di passaggio del sistema da una centratura oppressiva e punitiva a un'altra più rispettosa delle libertà individuali e della mitigazione dell'intervento sanzionatorio in una prospettiva personalistica sono assolutamente evidenti, il dibattito è intenso e spesso la polemica è forte relativamente a due punti, fondamentale: la delega securitaria che sarebbe imposta ai DSMD dall'Autorità giudiziaria, dalle Forze dell'ordine e in generale dai corpi sociali, e la necessità che è vissuta come urgente di superare il concetto di infermità mentale per rendere tutti i pazienti imputabili.

Affrontando per prima la delega securitaria che molti addetti ai lavori lamentano, in premessa è utile ricordare come essa si inserisca, inevitabilmente, nella fisiologica compenetrazione nel tessuto sociale della nostra disciplina, che dispiega così il suo forte potere condizionante (giusto o sbagliato che sia), a fronte, per altro, di un sapere assolutamente più debole, a una intrinseca fragilità epistemologica della quale dobbiamo essere più consapevoli; fermo restando, certamente, il mandato costitutivo della cura. La quale, però, e ancora è richiesto uno sforzo di ulteriore consapevolezza, deve essere orientata anche alla protezione dei beni giuridici rilevanti dei nostri assistiti, richiedendo, quindi, una visione più generale, che tenga presenti tutte le variabili in gioco, dalla psicopatologia alle sue conseguenze, dal singolo individuo alle relazioni che intesse, ai sintomi considerati in sé stessi e ai comportamenti intesi come azioni che possono coinvolgere terze persone <sup>2</sup>.

La delega al controllo comportamentale/sociale altro non è se non la più o meno esplicita richiesta ai servizi della psichiatria di intervenire a normalizzare comportamenti che richiederebbero, in realtà, l'intervento esclusivo o condiviso di altre agenzie non sanitarie direttamente responsabili della sicurezza sociale. La forza polemica, materiale altamente infiammabile e a veloce propagazione, nasce dalla realtà e dal vissuto di subire questa delega indiscriminatamente. Riconosciuto che la consegna della delega di frequente accade, si ritiene qui utile focalizzare l'attenzione su cosa può essere messo in campo, oltre alla vis polemica e alle lamentazioni, a cura dei DSMD. La premessa è la seguente: una delega, per riuscire al suo scopo, per essere una delega a tutti gli effetti, deve essere data, ma deve anche essere accettata.

1. Zuffranieri M, Zanalda E. *Il percorso di superamento dell'OPG e i suoi effetti nell'applicazione delle misure di sicurezza*. Rassegna Italiana di Criminologia, 2021; XV, 4
2. Amatulli A. *Appunti sui pazienti autori di reato: il dibattito sull'imputabilità, i Dipartimenti di salute mentale e le direzioni possibili della esecuzione penale*. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, 2024:28



La domanda che ci poniamo è: possiamo non accettare queste deleghe? L'intervento nella giornata di lavori ha quindi brevemente presentato tre casi, reali, accaduti nel DSMD di cui mi occupo; due dei quali in cui la delega è stata riconsegnata al mittente e uno in cui la delega è stata accettata e messa in atto. Nei primi due casi, si trattava di dispositivi di misure di sicurezza provvisorie<sup>3</sup> che delineavano profili giuridici decisamente estranei allo stato psicopatologico e ai bisogni dei due pazienti coinvolti, emanati dal giudice su elementi per lo meno insufficienti e poco informati. In uno dei due casi, in sovrappiù, relativo alla disposizione di ricovero immediato in comunità specialistica psichiatrica (e il paziente ha 89 anni...), il giudice intimava per iscritto che, nel caso di non immediato reperimento di adeguata struttura, fosse compito obbligato del medico psichiatra effettuare un TSO. Nell'altro, mentre il servizio si era chiaramente espresso per l'assenza di diagnosi psichiatrica e attuali bisogni educativi rilevati nel minore che a seguito di aggressioni ai genitori era stato ricoverato in regime di libertà vigilata presso una struttura educativa e da lì, per altro episodio aggressivo, era stato tradotto all'IPM "Beccaria", inquadramento diagnostico effettuato in modo accurato, con colloqui e test dalle équipes del SPDC e del CPS in stretto collegamento (ivi compresa la équipe forense del Dipartimento), il giudice aveva disposto la libertà vigilata in una comunità terapeutica (a fronte, come detto, della valutazione del nostro servizio di assenza di una diagnosi psichiatrica).

In questi due casi forte è stato, appunto, il senso di delega securitaria imposta ai servizi, cui si sommava la contrarietà per inquadramenti (esterni) errati nonché, almeno in un caso, un'aria palpabile di tipo intimidatorio. I servizi, però, superata la fase con potenzialità contro reattive oppure soccombenti, ha intrapreso un percorso di approfondimento e di ricerca di corrette (e, diciamo subito, dirette, perché queste possono essere efficaci) interlocuzioni con l'Autorità giudiziaria per cui, in ambedue i casi, i giudici hanno rapidamente emanato due nuovi dispositivi dove i rispettivi regimi provvisori, nella forma della libertà vigilata, risultavano più confacenti ai profili personali, psicopatologici e sociali dei due pazienti interessati; ma, quello che qui più conta, hanno citato tra virgolette quanto relazionato dal DSMD, e a questo si sono richiamati, senza alcun rilievo o riserva, per rimodellare i rispettivi dispositivi. Dimostrando, quindi, l'autorevolezza che la psichiatria può avere se si muove nell'ambito delle appropriatezze cliniche e amministrative (**Figura 1**, primo caso; **Figura 2 e 3**, secondo caso).

Il terzo caso, invece, veniva presentato esclusivamente riportando l'ultima riga della richiesta di un ASO a nostra cura: "*Pertanto si richiede ASO per evitare episodi di clamorosità e per mantenerla più tranquilla*". Riportava, quindi, le modalità di piena accettazione della delega securitaria presentataci, dove la paziente vedeva mutilati i propri diritti al contempo alla massima libertà personale possibile nella singola situazione e alla migliore cura fruibile. Le funzioni di lotta alle discriminazioni e alle disuguaglianze (leggi stigma), parti integranti della nostra disciplina, venivano

3. "*solo un paio di note rispetto alla perplessità (in parte ben comprensibile, sia chiaro) sollevate nello specifico dalle misure provvisorie. Intrinsecamente acuendosi le critiche che a misure limitative della libertà personale basate su generiche prognosi criminali a seguito di fatti per altro non ancora definitivamente ascritti all'agente posso essere rivolte, si ricorda che le misure provvisorie sono applicate in prossimità del fatto. Ciò implica la possibilità di mettere in atto (precoci) azioni di tutela dei soggetti interessati da fatti (ipoteticamente) di reato e da comportamenti (sicuramente) pericolosi che, spogliati i panni dei più uguali degli altri, gli operatori della salute mentale non possono nascondere nella loro verifica, così come non può essere negata la non infrequente sottoposizione degli operatori dei servizi ad aggressioni o minacce che, se causati nell'ambito (a causa) di alterazioni psichiche, ancora possono non essere stati affrontati con le cure adeguate. Non possiamo da una parte reclamare l'attenzione del legislatore e della cittadinanza tutta sui pericoli, sulle aggressioni e financo sui delitti perpetrati nei confronti dei lavoratori dei servizi della salute mentale e contemporaneamente negare la utilità di misure tempestive di tutela, a protezione delle fasi (anche precoci) dell'indagine che, dopo il fatto di reato, accompagnano l'implementazione dei successivi interventi di cura e assistenza*". Amatulli A, ivi

Figura 1

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

Formazione Progetto Rafforzamento  
DSI

che il quadro clinico emergente dalla relazione di aggiornamento redatta dal personale dell'ASST Brianza consente, tuttavia, di ritenere fronteggiabile tale pericolo di recidiva ovvero di contenere la pericolosità sociale dell'imputato anche per il tramite di un percorso terapeutico in regime extramurario, quale la presa in carico di ZAMONER da parte del CPS di Cesano Maderno che provvederà ad eseguire visite domiciliari volte a monitorare costantemente i comportamenti del paziente;

che sussistono, quindi, i presupposti per la modifica delle modalità esecutive della misura di sicurezza provvisoria attualmente in essere, con conseguente revoca dell'obbligo di permanenza e cura dell'imputato presso una comunità terapeutica, pur permanendo l'obbligo di mantenere contatti con il CPS di Cesano Maderno ove l'imputato dovrà seguire un percorso terapeutico-riabilitativo secondo le modalità stabilite dal CPS medesimo;

Regione Lombardia

Figura 2

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

Formazione Progetto Rafforzamento  
DSMD

vista la nota dell'ASST Brianza del 22.5.24, nella quale si dà atto che "l'inquadramento clinico dello [REDACTED] effettuato dal nostro Dipartimento di Salute Mentale (ASST Brianza) nel corso di una degenza in reparto psichiatrico ospedaliero (SPDC), in occasione delle consulenze psichiatriche in CPS e confermato anche da valutazioni testali personologiche, indica una Personalità immatura (ICD-10: F301.89), con verosimili tratti personologici, non pienamente strutturati afferenti al cluster B";

che, a fronte di questo inquadramento clinico, l'equipe psichiatrica, ritiene che "possa esistere attualmente un concreto rischio sanitario derivante dall'impropria psichiatrizzazione del ragazzo"; e che, "alla luce della sua giovane età e della scarsa strutturazione identitaria e personologica, appare

Regione Lombardia

Figura 3

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

Formazione Progetto Rafforzamento DSMD

provvedimento penale”:  
 preso atto che, come specificato nell'aggiornamento dell'ASST, le caratteristiche peculiari delle proposte comunità sono quelle di poter offrire progetti educativi e riabilitativi specialmente indirizzati a minorenni e giovani adulti multiproblematici con procedimento penale per reati commessi da minorenni;  
 vista la richiesta del PM di modificare l'ordinanza del 15.5.24 prevedendo il collocamento di [redacted] in comunità educativa integrata, compatibile con le condizioni sanitarie dell'imputato,  
 PQM  
 a parziale modifica dell'ordinanza in data 15.5.24,  
 DISPONE il collocamento di [redacted] in comunità educativa integrata, compatibile con le condizioni sanitarie dell'imputato.

Regione Lombardia

così completamente disattese, e un atto sanitario, quale l'ASO, reificato in strumento di controllo sociale; infine, era confermata ai deleganti la visione dei servizi di psichiatria come normalizzatori comportamentali.

In tema di delega<sup>4</sup>, quindi, nell'intervento ci si è focalizzati sugli strumenti e sui percorsi per non accettarla né metterla in atto, gestendo contemporaneamente gli ambiti della responsabilità professionale al fine di preservare il servizio e i suoi operatori da eventuali accuse di comportamenti omissivi. La **Figura 4**, qui sotto, rappresenta la slide che ha sintetizzato i punti principali svolti in tal senso.

In primo luogo, gli operatori della psichiatria devono saper fare i conti con l'intrinseca debolezza epistemologica della disciplina (basta pensare alla solidità e alla tenuta dei sistemi diagnostici); in secondo luogo devono essere competenti, e di conseguenza avere la preparazione per fare quello che è giusto fare secondo la scienza psichiatrica (corrette regole cautelari, a perimetrare l'ambito del rischio consentito<sup>5</sup>), con la consapevolezza di essere nella situazione di garantire tutto ciò; in terzo luogo, fare quello che è giusto fare nella specifica condizione data, nulla di più e nulla di meno. Così, la linea che divide ciò che è

4. Anche il legislatore è stato accusato di delegare ai servizi attività di controllo sociale: la legge 81/2014 subisce talvolta questa visione. Che la legge 81 sia stata promulgata in tempi troppo stretti, causa anche l'ondata di sdegno che suscitarono le immagini diffuse dalla Commissione Marino, è elemento di realtà. Ciò ha portato, come elemento genetico di malformazione neonatale, alla fragilità dell'impianto normativo, fondato solo, per la parte legata alle misure detentive, sull'art. 3-ter del D.L. 211 del 2011, come evidenziato dalla Corte costituzionale nella sentenza 22/2022. Non si può negare che l'improvvisa difficoltà di collocamento dei pazienti autori di reato e prosciolti, con i possibili percorsi di peggioramento dei profili giuridici dovuti ai mancati internamenti per assenza di posti e la costante chiamata alla azione dei DSM, abbiano portato a una posizione di (auspicato) rigetto del bambino con l'acqua sporca. Ma è di tutta evidenza come nulla abbia a che fare con l'affidamento ai DSM di compiti securitari, mentre sarebbe auspicabile un più intenso dibattito circa il (richiesto dalla Suprema Corte) rientro in partita del Ministero di Giustizia a colmare il *vacuum* legislativo presente.
5. Amatulli A. *La posizione di garanzia in Psichiatria. Il paziente autore di reato: un difficile equilibrio tra obblighi prudenziali e rispetto della persona*. Ius in itinere, 1, 2019

Figura 4

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

Formazione  
Progetto  
Rafforzamento  
DSMD

Epistemologia della Psichiatria

Competenza

Appropriatezza

Regione Lombardia

nostro, e quindi di nostra competenza, e ciò che non è nostro, è chiara, e si può mettere in assoluta evidenza nei confronti di chi ci vuole consegnare ciò che nostro non è (e risulterà semplice declinarne la consegna), o di chi vuole “entrare” senza i requisiti necessari (l’esempio più banale sono i ricoveri o i trattamenti impropri). Infine, tutto ciò si sintetizza nel perseguire un solido sentimento di identità e capacità professionali.

Il secondo punto trattato nell’intervento è stato quello della imputabilità. Il semplificato dibattito attuale trova tanti operatori disponibili all’idea della abolizione della non imputabilità, con la conseguenza della responsabilità penale generalizzata e l’ipotesi dello svuotamento delle lamentate deleghe e della posizione di garanzia in capo agli operatori. In estrema sintesi, rispetto al super-semplificato dibattito attuale sul tema sono state presentate tre motivazioni al mantenimento dell’infermità per vizio di mente. Il primo argomento

contro la richiesta abolizione degli articoli 88 e 89 c.p. risiede nella impossibilità (a superare il concetto di infermità mentale) che discende dalla Costituzione (art. 27 Cost.), che obbliga al coefficiente soggettivo, cioè alla valutazione delle condizioni psicologiche necessarie per fondare l’imputazione personale<sup>6</sup>, per muovere un rimprovero nei confronti di un individuo per non avere mantenuto, pur potendo, un comportamento conforme alla legge. Il principio di colpevolezza si basa, cioè, sulla possibilità di agire diversamente del reo, e solo così trova piena compatibilità con la funzione (anche) rieducativa della pena ex art 27 cost. Il fondamento del Codice penale sul principio di autodeterminazione e sul libero arbitrio impedisce, quindi, una possibile *fictio iuris* che inchiodi il paziente alla piena responsabilità per comportamenti che non poteva controllare. Il secondo argomento risiede nella stessa ragione d’essere della psichiatria, che si occupa di differenziare stati patologici, di catalogarli (diagnosi)

6. Bertolino M. *Variazioni (non solo) giurisprudenziali sul tema dell’elemento soggettivo del reo imputabile, semimputabile, totalmente inimputabile per infermità di mente e diritto penale europeo della colpevolezza*. Sistema penale. 2023

e di definirne le caratteristiche (sintomi, e loro conseguenze). La imputabilità generalizzata significa svuotare di senso il sapere psichiatrico, o negarlo, o fare finta che non esista, semplicemente. Il terzo argomento, infine (ma ce ne sono vari altri, che nell'intervento non sono stati affrontati), è rappresentato dalla evidenza che, abolita la non imputabilità dei pazienti autori di reati, la maggior parte di questi ultimi nella fase della esecuzione sarebbe inserita nel circuito penale<sup>7</sup>, quando attualmente si trova nel circuito sanitario, ove differenti sono l'attenzione, gli stili di relazione e di cura, le garanzie<sup>8</sup>; una certa quale contraddizione con gli intenti abolizionisti di rendere punibile al fine di aumentare dignità e diritti.

L'ultimo punto accennato nell'intervento alla giornata di studio è servito a richiamare l'attenzione del pubblico su una (nuova?) tipologia di "paziente forense", che rispecchia bene la complessità del problema e che richiama la necessità di una corrispondente complessità del dibattito (e non una sua semplificazione, come pare accadere: a problemi complessi, risposte complesse). Si tratta di un soggetto spesso interessato dalla comorbilità di più disturbi (deficitarietà cognitiva, abuso di sostanze, seri disturbi di personalità, patologia psicotica o bipolare), che nel percorso clinico e assistenziale interessa più servizi (CPS, SPDC, Dipendenze, strutture residenziali varie) con esito spesso fallimentare; allo stesso tempo, impegna più sedi giudiziarie penali, in termini sempre più urgenti e complessi<sup>9</sup>, e magari anche civili.

Le esigenze clinico-assistenziali e quelle giudiziarie sono quindi strettamente embricate, e di fatto obbligate a una risoluzione in parallelo, pena evidenti fallimenti che spesso per altro esitano in evoluzioni *in peius* del

profilo giuridico dell'interessato. Questo nuovo utente "psichiatrico-giudiziario" richiede uno sforzo ulteriore di pensare da parte sia della Giustizia che della Sanità, nonché, e qui si concludeva l'intervento, pone ulteriori sfide al momento della perizia, quando questa non sia in grado di tenere conto della dimensione globale del contesto in esame e non riesca a interagire in modo celere, e soprattutto risolutivo, con le sempre più complesse esigenze dello stesso.

7. Palazzo F. *Punire e curare: tra incertezze scientifiche ed esigenze di riforma*. In: *Infermità mentale, imputabilità e disagio mentale in carcere*. Menghini A, Mattevi E, eds. Quaderni della facoltà di Giurisprudenza, Università di Trento, 2020

8. Tantalò M. *La psichiatria forense oggi. Luci e ombre sul suo attuale ruolo e sull'attuale funzione nel processo penale*. Diritto Penale e Uomo, 2020; 9

9. Tipologia di utente dei servizi della psichiatria e della giustizia disegnato nell'ambito di conversazioni con il (e, anzi, soprattutto a cura del) dott. M. Lagazzi, Direttore dell'Unità di Psichiatria Forense Istituto MiCAL, Milano

# TAVOLA ROTONDA SULLE EQUIPE FORENSI: DALLA TEORIA ALL'APPLICAZIONE PRATICA

27 MAGGIO 2024

**Bavaro Ivan**

Coordinatore Infermieristico Equipe Forense ASST Lodi  
Ivan.Bavaro@asst-lodi.it

L'esperienza dell'equipe forense dell'ASST di Lodi nasce nel gennaio del 2017. Con le risorse stanziare, come da deliberazione del 2016, sono stati assunti un Assistente Sociale ed un Educatore Professionale. La risorsa infermieristica part-time era interna all'azienda. L'equipe rimasta invariata nelle risorse umane fino al 2022, vede modificata la stessa grazie alle nuove risorse per il rafforzamento dei DSMS, con l'arrivo di 2 Psicologi e la nomina di un Medico

Psichiatra come referente dei pz autori di reato del DSMD.

L'arrivo di nuove risorse ha inciso, positivamente, anche sull'acquisizione di nuove competenze. Le micro equipe, come da deliberazione sono: costituite da personale con **competenze clinico-terapeutiche, assistenziali, riabilitative e sociali**, finalizzate a dare risposte per i cittadini destinatari di provvedimento dell'autorità giudiziaria.

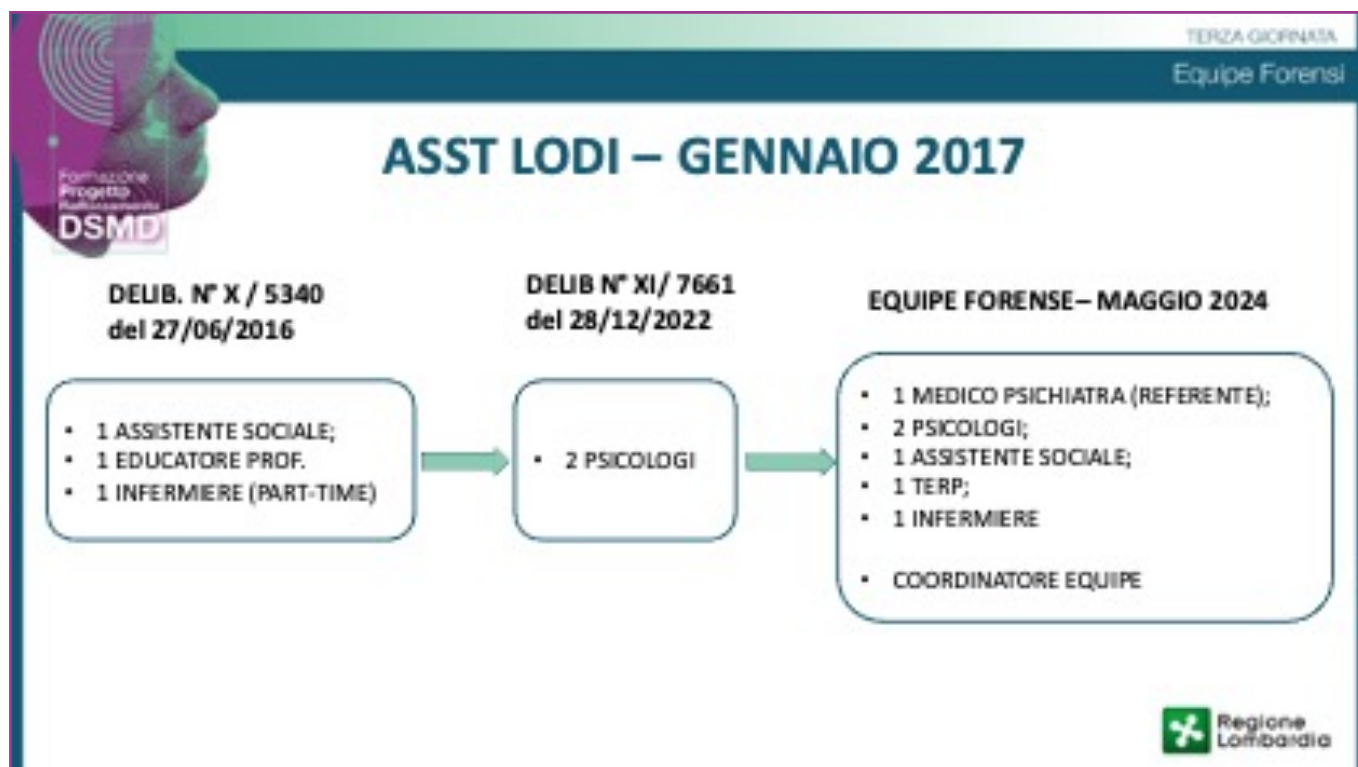
Nello specifico gli psicologi hanno introdotto strumenti Psicodiagnostici, quali:

- MMPI-2;
- PCL-R;
- BPRS

L'equipe forense al momento segue 51 pz autori di reato (di cui soltanto 1 donna), con un'età media di 44 anni (diminuita rispetto al 2017 quando i pz erano 32) e prevalentemente di nazionalità italiana.

Per quanto riguarda il funzionamento, segue le indicazioni emanate da Regione Lombardia nel 2018.

L'attivazione dell'equipe Forense passa attraverso la compilazione da parte dei CPS della **"Scheda di invio all'Equipe Par"**, sia per persone già in carico al Servizio



TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

**2018**  
**INDICAZIONI PER IL FUNZIONAMENTO DELLE MICRO EQUIPE EX DGR 5340/2016**

**Casi sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria, restrittiva della libertà personale**

**1. Raccolta informativa anamnestica e sociale da destinare alla Procura della Repubblica nella fase investigativa;**


**2. Confronto multi professionale con l'equipe sanitaria del carcere nella fase cautelare, anche al fine della gestione delle eventuali criticità del quadro psicopatologico ...**

**3. Confronto con la Magistratura e le forze dell'ordine nella fase cautelare, anche al fine di rendere possibili le misure alternative al carcere...[arresti al proprio domicilio con presa in carico....]**

**4. Confronto multi professionale nella fase delle indagini con il consulente psichiatra della Procura .....**

**5. Confronto multi professionale periodico con l'equipe delle REMS, per:**

- fornire notizie anamnestico cliniche e sociali integrative durante la fase dell'accoglienza;
- condividere la valutazione degli esiti del trattamento e di decorso clinico e comportamentale;
- Stesura del PTRI, a cura del CPS, offrendo supporto e monitoraggio nella fase della dimissione, secondo il progetto individualizzato concordato con l'equipe socio sanitaria delle REMS;

 Regione Lombardia

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi

**2018**  
**INDICAZIONI PER IL FUNZIONAMENTO DELLE MICRO EQUIPE EX DGR 5340/2016**

**Percorsi di messa alla prova, alternativi alla esecuzione detentiva**

In tale ambito l'equipe territoriale svolge attività di:


**1. Valutazione dei bisogni complessi ed integrati di tipo socio sanitario, finalizzati a rendere la messa alla prova un percorso dinamico, proattivo e di promozione e sviluppo della persona, secondo un approccio multi professionale orientato alla recovery ed alla cultura della legalità;**

**2. Monitoraggio degli esiti del percorso e della coerenza nel tempo del PTI formulato dal competente CPS;**

**3. Confronto periodico con le équipe delle residenze psichiatriche, finalizzato alla condivisione delle risposte da offrire al paziente nella gestione di possibili acuzie psicopatologiche;**

**4. Confronto con la Magistratura di Sorveglianza ed il competente UIEPE per l'accoglimento di proposte recovery oriented, con le necessarie modifiche delle prescrizioni, atte a concedere alla persona spazi di maggiore autonomia e responsabilizzazione delle sue condotte e della sua consapevolezza dei bisogni sanitari;**

**5. Collaborazione con il Comune di Residenza, le istituzioni del welfare per ricercare e favorire interventi di sostegno alla persona e di recupero dei diritti di cittadinanza, sotto il profilo dell'autonomia abitativa e del reddito;**

 Regione Lombardia


sia per persone non conosciute dallo stesso. Modulistica realizzata all'interno del DSM-SC Psichiatria di Lodi.

L'Equipe segue la persona (autore di reato) per l'intero percorso giudiziario, affiancando e coordinando gli interventi Giuridico/Riabilitativi del CPS territorialmente competente. A conclusione del percorso giudiziario (conclusa la misura di sicurezza), l'equipe inoltrerà al CPS di

riferimento la “**Scheda di dimissione Equipe PAR**”.

Tra le altre attività in cui è coinvolta l'Equipe Forense (ASST Lodi – UOC Psichiatria), troviamo il progetto: “SIS.AC.T – Sistema di accoglienza territoriale 4.0” che coinvolge persone adulte sottoposte a provvedimento dell'autorità giudiziaria. Ente capofila è l'Ufficio di Piano del Comune di Lodi.

TERZA GIORNATA  
Equipe Forensi



### Sis.Ac.T – Sistema di Accoglienza Territoriale 4.0<sup>®</sup>

in risposta all'Avviso del PR FSE+ 2021-2027 per "reti territoriali integrate per l'inclusione sociale delle persone (minori e adulti) sottoposte a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria - art. 2 legge regionale n. 25/2017

Tipologia di destinatari

→


Adulti

Dove vengono svolte le attività

→

- All'interno degli Istituti di pena/IPM Beccaria/CPA
- Sul territorio

**Linea di intervento 1:** percorsi di sostegno della vulnerabilità  
**Linea di intervento 2:** percorsi di supporto alla famiglia  
**Linea di intervento 3:** percorsi propedeutici ai processi di inclusione attiva  
**Linea di intervento 4:** percorsi verso l'autonomia abitativa

 Regione Lombardia



Tra i punti più critici dal punto di vista del percorso riabilitativo dei pz autori di reato, troviamo una scarsa possibilità di introdurre tali persone nel tessuto lavorativo. A fronte di 51 pz soltanto 3 persone al momento lavorano, con contratti saltuari.

#### BIBLIOGRAFIA

1. DELIBERAZIONE N° X / 5340 Seduta del 27/06/2016 – REGIONE LOMBARDIA;
2. Indicazioni per il funzionamento delle micro equipe ex DGR 5340/2016 – DEL 20/04/2018;
3. DELIBERAZIONE N° XI/ 7661 SEDUTA del 28/12/2022 – REGIONE LOMBARDIA.



# L'ESPERIENZA DELL'EQUIPE DI PSICHIATRIA FORENSE DELL'ASST MELEGNANO-MARTESANA

27 MAGGIO 2024

## Gruppo di lavoro:

Bertini Mara (MP),

D'Apolito Erika (AS),

Guercilena Daniele (EP),

Durbano Federico (Direttore DSMD)

L'unità funzionale di psichiatria forense è in staff alla Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze dell'Asst Melegnano-Martesana dal 2016, essendo stata costituita subito dopo la DGR 5340 DEL 27/6/2016 emessa a seguito dell'applicazione delle leggi sul superamento degli OPFG (LEGGE 81 DEL 30/5/2014) "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari".

Sul piano legislativo l'unità funzionale di psichiatria forense prevede la presenza di personale con profili differenziati, costituito da assistente sociale (tempo pieno), educatore professionale/terp (tempo pieno), infermiere professionale (part-time), medico psichiatra o psicologo (part-time).

La microequipe dell'Asst Melegnano-Martesana possiede al momento un personale sotto dimensionato rispetto a quanto previsto per Legge poiché dal 2016 a tutt'oggi è infatti composta da un medico psichiatra – part-time, da una assistente sociale full-time e da un educatore professionale part-time.

Il perimetro d'azione sul quale l'equipe svolge le proprie funzioni è ampio, dato che si articola su un territorio vasto ed eterogeneo sia per tipologia di popolazione, sia sul piano delle risorse economiche ed ambientali

(DSMD: 3 CPS - Gorgonzola, San Donato Milanese, Vaprio d'Adda e 3 Ambulatori Psichiatrici – Pioltello, Melegnano, Paullo).

Per tutti questi motivi l'equipe ha da sempre privilegiato nel suo operare metodologie di lavoro integrato avendo quale obiettivo quello di agire in sinergia anzitutto con i Servizi territoriali intra dipartimentali (CPS, Serd, Noa, SPDC), cui rimangono in capo gli interventi più strettamente clinici, ma anche con quelli extra dipartimentali (Servizi sociali del Comune), i professionisti e le istituzioni coinvolte nel processo di cura e monitoraggio del paziente psichiatrico autore di reato.

Allo scopo, l'unità funzionale di psichiatria forense programma ed esegue riunioni e confronti periodici e continuativi con le equipe curanti dei pazienti che ha in carico, con il perito o con il CT durante la fase di cognizione, occupandosi di raccogliere, raccordare e analizzare i bisogni del paziente, tenuto conto delle problematiche globalmente emergenti (quadro clinico, reati commessi, misure prescritte, risorse familiari e ambientali).

L'equipe forense rappresenta infatti nel contesto del DSMD l'interfaccia socio sanitaria di prossimità con le istituzioni coinvolte nel processo di cura dei pazienti con Misure di Sicurezza applicate, nello specifico, costruisce e mantiene la rete con Magistratura (inquirente, giudicante e di sorveglianza) con le REMS, le Comunità, i Sert, gli Istituti Penitenziari, UEPE, gli Enti Locali, le Forze dell'Ordine, Avvocati, Periti, ADS, ATS.

Nei pazienti con Misure di Sicurezza applicate sul territorio svolge le proprie funzioni direttamente attraverso periodiche rivalutazioni del paziente, allo scopo di puntualizzare l'andamento del percorso terapeutico-riabilitativo e/o con modalità indiretta, attraverso attività di consulenza, supervisione e raccordo tra gli enti/istituzioni e l'equipe curante del CPS.

Gli interventi effettuati si propongono la formulazione di un percorso di cura ad hoc per il paziente psichiatrico autore di reato, la realizzazione, il monitoraggio dello stesso e la valutazione dei risultati attraverso il raccordo

con i curanti delle strutture comunitarie ospitanti e con il CPS, la ricerca di un confronto costruttivo con la Magistratura, considerato che talora si rendono necessari il perfezionamento o la modificazione delle modalità con le quali attuare l'obbligo di cura rispetto a quanto previsto nell'ordinanza.

In concreto, nel percorso sopra delineato, emergono e sono presenti molteplici criticità che frequentemente rendono poco fluido il progetto, legate al numero e alle caratteristiche intrinseche dei pazienti seguiti, più spesso alla scarsità di risorse esterne e ai tempi burocratici necessari per portare a compimento i progetti intrapresi, che spesso risultano molto dilatati.

Nello specifico, i pazienti transitati dal Servizio dal 2018 ad oggi sono 178 e i fascicoli attualmente in carico sono 83, di questi il 91% è di sesso maschile; il 53% ha una diagnosi di disturbo psichiatrico «maggiore», il 43% ha una diagnosi di disturbo di personalità, il 4% è affetto da deficit intellettivo medio/grave, il 62% presenta comorbidità con un disturbo da uso di sostanze psicoattive.

Tali caratteristiche cliniche delineano la presenza di una serie di indicatori interni di pericolosità sociale psichiatrica che vanno a costituire una complessa dimensione da gestire ai fini dell'attenuazione della stessa, che contempla da un lato la necessità di intervenire in modo congiunto con tutti i servizi coinvolti nella cura del paziente, dall'altro la consapevolezza da parte delle istituzioni che, in alcuni casi, l'estinzione di fattori potenzialmente incidenti sulla pericolosità sociale psichiatrica, per le caratteristiche intrinseche dei soggetti stessi, non è perseguibile, rendendo dunque necessaria la condivisione di responsabilità e la formulazione di di altre ipotesi di intervento.

Tra i pazienti attualmente in carico all'equipe di psichiatria forense, il 41% si trova in strutture residenziali, il 29% è a domicilio, il 10% è in carcere o altre strutture non afferenti al DSMD, infine il 30% ha commesso reati intrafamiliari.

Tali evidenze rimandano a problematiche emergenti in termini di indicatori esterni di pericolosità sociale

psichiatrica, che spesso restano a lungo presenti, anche quando il paziente ha raggiunto un soddisfacente compenso psicopatologico, a causa del rifiuto dell'ambiente familiare o sociale di appartenenza rispetto a un potenziale rientro a domicilio, della mancata possibilità di inserimento o reinserimento lavorativo, infine per la mancanza di opportunità alternative di sistemazione logistica ove implementare gli interventi riabilitativi ed educativi iniziati in struttura.

In tal senso, l'assenza di residenzialità leggera fruibile sul territorio per pazienti autori di reato, costituisce una forte limitazione per la prosecuzione del progetto terapeutico-riabilitativo per quei soggetti in soddisfacente equilibrio psichico, magari in LV da tempo, spesso autori di reati intrafamiliari, privi di autonomia personale e logistica, che costituiscono una quota di rilievo tra quelli attualmente in carico.

Alle criticità riscontrate nella pratica quotidiana, quali le lunghe liste d'attesa in REMS e nelle strutture Residenziali, l'autorizzazione da parte di ATS per il collocamento di pazienti in strutture Residenziali Fuori Regione, l'inserimento di pazienti con comorbidità in comunità in strutture residenziali a doppia diagnosi, non direttamente gestite dall'equipe di psichiatria forense ma dal Sert, si aggiungono dunque quelli di reinserimento e reintegrazione sul territorio anche per quei soggetti che hanno compiuto un buon percorso e risultano meritevoli della prosecuzione dello stesso fuori da strutture comunitarie.

Nel tentativo di fronteggiare i vari gradi di difficoltà riscontrate, l'equipe di psichiatria forense ha investito sulle risorse interne adottando modalità d'azione il più possibile condivise, attraverso la responsabilizzazione delle varie figure coinvolte nel processo di cura, ciascuno per le proprie competenze, interfacciandosi di recente anche con servizi e istituzioni esterni al DSMD, con alcuni discreti risultati.

Occorre implementare tale collaborazione, nella consapevolezza che il soggetto psichiatrico autore di reato, non diversamente da qualunque altro individuo, rappresenta

un'unità biopsicosociale, i cui bisogni sono cangianti nel tempo e non possono essere soddisfatti solo dal DSMD.

In tal senso è necessario formulare ipotesi di intervento congiunto, ad esempio, in quei pazienti che propongono quadri clinici multiproblematici, come i pazienti che usano cronicamente sostanze stupefacenti o nei casi di deficit intellettivo medio-grave (o di deterioramento cognitivo) che entrano nel circuito giudiziario psichiatrico per la presentazione principalmente di anomalie comportamentali, modulabili ma non estinguibili con la sola prescrizione di una terapia psicofarmacologica e in quei casi, come ad esempio dei soggetti affetti da quadri psicotici di tipo residuale ove i bisogni socio-assistenziali prevalgono su quelli riabilitativi.

Della puntualizzazione e dell'aggiornamento sulle condizioni cliniche in capo a ciascun soggetto e delle conseguenti ipotesi di gestione può farsi carico l'equipe di psichiatria forense, interfacciandosi con le istituzioni deputate al controllo (Magistratura e UEPE) e attraverso l'auspicabile interlocuzione con gli ausiliari della Magistratura nella fase di costruzione del progetto (periti e CT), mettendo in campo una maturata esperienza clinica e competenze di natura psicopatologica e psichiatrico forense allo scopo di fare emergere, ove presenti, argomentazioni idonee e condivisibili.

Occorre tuttavia che si costruisca una cornice di riferimento legislativa e amministrativa che tenga conto della necessità di compartecipazione, sia in termini di management che di natura economica, anche di altri Enti e istituzioni extra dipartimentali, sollevando in tal senso l'equipe dalla gestione di aspetti burocratici che esulano dalle competenze e dai compiti di un'unità funzionale psichiatrica, cui spetta la valutazione del rischio psicopatologico.

#### BIBLIOGRAFIA

1. LEGGE 81 DEL 30/5/2014 - "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari";
2. DGR 5340 DEL 27/6/2016 - Regione Lombardia, Deliberazione X/5340 del 27 giugno 2016;
3. Ugo Fornari "Trattato di Psichiatria Forense", IX Ed., UTET, Torino 2024

# 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 intellettivo (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.

# DESCRIZIONE DEL PROTOCOLLO OPERATIVO IN TEMA DI MISURE E DI SICUREZZA PER IL DISTRETTO DI MILANO E DI BRESCIA: REALE APPLICABILITÀ E PROBLEMI APERTI

27 MAGGIO 2024

**Cerveri Giancarlo**

Giancarlo.cerveri@asst-lodi.it

Direttore DSMD ASST Lodi

Direttore rivista Psichiatria Oggi

Referente PUR per Regione Lombardia

Nella presentazione effettuata nel corso organizzato sul tema autori di reato si è fatto riferimento ai due protocolli operativi presenti in Regione Lombardia e che sono interamente riportati nel numero di questa rivista. I due protocolli fanno riferimento alle due Corti d'Appello regionali e sono stati approvati a luglio 2018 per Brescia e dicembre 2019 per Milano. Lo scopo era quello di rendere completamente operativa la legge 81 del 2014 che prevedeva il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Coloro che hanno contribuito alla stesura dei protocolli rappresentavano tutti gli attori del sistema, come sotto-riportato sono presenti Tribunali, Procure, Avvocatura, amministrazione penitenziaria e sanità.

Lo scopo era quello di creare un sistema di comunicazione efficiente tra tutti gli attori del sistema.

## La stesura dei Protocolli



Regione Lombardia

DECRETO N. 17847

Del 06/12/2019

Identificativo Atto n. 921

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

PROTOCOLLO OPERATIVO IN TEMA DI MISURE DI SICUREZZA PSICHIATRICHE PER IL DISTRETTO DI MILANO



Regione Lombardia

DECRETO N. 9958

Del 10/07/2018

Identificativo Atto n. 336

DIREZIONE GENERALE WELFARE

Oggetto

PROTOCOLLO D'INTESA PER L'APPLICAZIONE DI UN MODELLO OPERATIVO DI SUPERAMENTO DEGLI OPG (L.81/2014) NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI CORTE D'APPELLO DI BRESCIA

## PROTOCOLLO OPERATIVO IN TEMA DI MISURE DI SICUREZZA PSICHIATRICHE PER I DISTRETTO DI MILANO

stipulate tra:

Corte di Appello di Milano;  
 Procura Generale presso la Corte di Appello di Milano;  
 Tribunale di Sorveglianza di Milano;  
 Tribunali del Distretto;  
 Procure della Repubblica presso i Tribunali del Distretto;  
 Ordine distrettuale degli Avvocati di Milano;  
 Camere Penali distrettuali di Milano;  
 Regione Lombardia Direzione Generale del Welfare  
 Provveditorato regionale dell'Amministrazione  
 penitenziaria;  
 UIEPE di Milano.

Nelle premesse del documento si esplicita che la priorità posta nella stesura del protocollo è stata quella di porre attenzione alla tutela della salute dei soggetti verso cui il documento rivolge la sua attenzione. Così viene esplicitato che la misura di sicurezza deve essere considerata, in coerenza con la legge 81 del 2014 l'estrema ratio.

L'innovativa disposizione contenuta nella L. 30.5.2014, n. 81 e nei successivi interventi legislativi ha ridisciplinato la gestione della malattia mentale nell'ambito dei percorsi penali, individuando principi di priorità dell'esigenza della cura sanitaria necessaria e opportuna, di immediatezza della cura, di rispetto del criterio dell'appartenenza al territorio che prenderà in carico la persona e di residualità della misura di sicurezza detentiva - che opera adesso quale vera e propria extrema ratio - rispetto alle altre soluzioni normative.

Fondamentale risulta l'attenzione che è posta alla necessità di ridurre ove possibile l'eccessiva durata delle misure di sicurezza per questa tipologia di pazienti, anche in contrapposizione al fenomeno degli ergastoli bianchi descritti nell'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

È condivisa e fortemente sentita dai sottoscrittori del presente Protocollo l'esigenza di organizzare, in piena

sinergia istituzionale, quanto necessario per attuare i nuovi principi, evitando la non più consentita applicazione e successiva protrazione di misure di sicurezza detentive e senza termine presso le stesse REMS, anche per persone che potrebbero e dovrebbero essere curate altrove;

Altrettanto rilevante, e riportato nelle premesse del documento, appare la necessità di temperare esigenze profondamente diverse nell'applicazione di tale protocollo: esigenze di sicurezza del paziente, di sicurezza pubblica, di diritto alla salute e di diritto ad una adeguata e approfondita valutazione giuridica e psichiatrico-forense. Così, sempre nelle premesse del documento si può leggere quanto segue:

È indispensabile, nell'immediatezza e nell'urgenza delle decisioni dell'Autorità Giudiziaria, assicurare un sistema conoscitivo di informazioni e progetti adeguati tramite la rete dei servizi di salute mentale che fanno capo ai DSM, oggi posti al centro del sistema e titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi.

Occorre a questo fine garantire che i necessari contributi siano offerti nei tempi rapidi imposti dalle situazioni contingenti per la decisione dell'Autorità Giudiziaria competente, onde consentire il migliore temperamento delle esigenze di cura corrette per il singolo con quelle di sicurezza sociale;

Infine sempre nelle premesse viene sottolineata la necessità di garantire una profonda collaborazione da parte di tutti gli attori per poter organizzare risposte coerenti in un sistema così complesso che rischia di vedere un limite proprio nella capacità di far lavorare insieme soggetti provenienti da contesti e culture così divergenti.

In conclusione, il presente Protocollo è il frutto della volontà dei suoi aderenti di assicurare la migliore collaborazione di tutti gli attori, coinvolti a vario titolo, perché siano previste la migliore cura e possibilità riabilitativa alla persona affetta da patologia psichiatrica, che abbia

incrociato il suo percorso con l'ambito penale, nel pieno rispetto delle esigenze di sicurezza sociale.

Andando poi ad approfondire alcune questioni dell'articolato documento possiamo sottolineare quanto segue:

I. Occorre ridurre le Misure di sicurezza e, ove possibile, favorire percorsi di cura in regime di libertà vigilata.

**Articolo 1** - Le parti assicurano l'applicazione dei modelli operativi di collaborazione stabiliti con le regole del presente protocollo e con gli strumenti allegati, finalizzati a limitare il ricorso alle misure di sicurezza detentive e a favorire l'applicazione della misura di sicurezza della libertà vigilata (art. 228 c.p.), in conformità alla Legge 81/2014 e alla giurisprudenza della Corte Costituzionale e della Corte di Cassazione.

II. Il personale dei DSMD collabora fin da principio con l'autorità giudiziaria per favorire percorsi di cura alternativi alle REMS.

**Articolo 2** - Sin dall'esordio e per tutta la durata della vicenda giudiziaria, i DSMD competenti (v. all. 2) collaborano con l'autorità giudiziaria procedente al fine di predisporre, nei confronti dell'autore del reato con problematiche psichiche, il progetto terapeutico idoneo, nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1 del presente protocollo.

III. Negli articoli 7, 8 e 9 si fa esplicito riferimento alla nomina del perito e alla necessità che questo collabori con il personale del DSMD per favorire determinazioni coerenti con i bisogni di cura del paziente. Un tema molto complesso.

**Articolo 7** - Nella successiva fase di indagine il PM, valutate le eventuali informazioni e la relazione medica, effettua gli idonei accertamenti sulla condizione psicopatologica del presunto autore di reato mediante nomina di consulente tecnico, specialista in psichiatria con compe-

tenze criminologiche c/o di psichiatria forense, al fine di valutare la sussistenza dei presupposti per l'applicazione di misure cautelari o di misure di sicurezza provvisorie.

Articolo 9 - Il perito/consulente ed i servizi territoriali afferenti al DSMD operano in termini di fattiva collaborazione ai fini della individuazione di un idoneo Percorso Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI). Il giudice ed il pubblico ministero utilizzano, quale buona prassi, lo schema di quesito del perito/consulente di seguito indicato: "Accerti il perito/consulente, sottoponendo a visita l'indagato/imputato ed acquisendo tutta la documentazione medica attinente alla sua condizione psichica, (esistente presso strutture - pubbliche o private - sanitarie oltre che carcerarie), contattati i servizi che hanno in cura l'indagato/imputato o quelli territorialmente competenti in relazione alla residenza del soggetto.

- se l'indagato/imputato sia affetto da disturbo mentale e, in caso positivo, di quale tipo;
- se lo stesso fosse capace di intendere e di volere al momento del fatto e in quale misura;
- specifici in dettaglio il rapporto tra l'infermità accertata, la genesi e la dinamica della condotta;
- dica se lo stato mentale dell'esaminando sia tale da consentirgli l'attuale cosciente partecipazione al procedimento e se l'eventuale incapacità a partecipare sia da ritenersi reversibile o irreversibile ed in base a quali fattori di natura clinica prognostica;
- nel caso di accertata incapacità di intendere e volere, indichi il perito/consulente la persistenza di rischio psicopatologico rilevante ai fini dell'apprezzamento, da parte del giudice, della pericolosità sociale;
- in caso di accertata persistenza di rischio psicopatologico, dica il perito/consulente se il periziando sia da considerare persona che presenti, allo stato, necessità di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica, precisando i rispettivi indicatori clinici;
- individui, quindi, il perito/consulente il percorso terapeutico più idoneo alla cura del periziando ed

eventualmente in grado di incidere positivamente sulla pericolosità di questo, d'intesa con i servizi sanitari territoriali (DSMD) e tenendo conto che il ricovero in REMS "può essere disposto solo quando risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla sua pericolosità sociale" (art. 3 ter, co. IV DL. 211/11);

Sempre nel documento si dà esplicita indicazione al perito di concordare i percorsi di cura con il personale del DSMD proprio al fine di emettere determinazioni non realizzabili.

- nel caso in cui il consulente/perito ritenga necessario un percorso terapeutico con ricovero in REMS specifichi gli elementi in base ai quali altri percorsi terapeutici, anche di tipo residenziale, non possono ritenersi idonei;
- nel caso in cui ritenga necessario un percorso terapeutico di tipo residenziale il perito concordemente con il DSMD suggerisca la tipologia di strutture idonee che saranno reperite dai referenti dell'equipe che ha in carico il paziente;

Nel documento esistono specifiche indicazioni relative all'ipotesi (purtroppo non infrequente che non sia immediatamente disponibile un posto letto in REMS.

- qualora il ricovero in REMS sia ritenuto l'unica misura idonea e, sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediato ricovero, individui il perito/consulente, in accordo con i DSMD, i percorsi terapeutici alternativi, anche temporanei, considerando il ricovero in SPDC solo in condizione di acuzie psicopatologica".

E una riflessione su come gestire la Lista d'attesa.

Al provvedimento dell'autorità giudiziaria che dispone il ricovero provvisorio o definitivo in OPG/CCC, da eseguirsi presso la REMS, deve essere data immediata esecuzione (art. 659 comma 2 c.p.p.), nel rispetto di criteri di priorità che non si limitino alla mera cronologia delle richieste, ma che tengano conto anche di criteri basati sulle condizioni cliniche e giuridiche, che saranno individuati da un apposito provvedimento regionale. L'eventuale oggettiva impossibilità a dare seguito all'esecuzione del provvedimento dell'autorità giudiziaria dovrà essere prontamente comunicata dalla direzione della REMS alla Procura procedente, all'autorità giudiziaria che ha disposto la misura di sicurezza definitiva o provvisoria, al DSMD competente e all'Autorità di PS territorialmente competente in base al domicilio.

Indicazioni sul coinvolgimento anche di altri operatori non direttamente afferenti alla psichiatria.

La gestione del percorso terapeutico è in carico al DSMD, a mezzo delle diverse Unità operative e servizi afferenti (psichiatria, psicologia clinica, servizio per le dipendenze e disabilità), in collaborazione con Enti e Servizi del territorio (Comune, ATS, ed eventuali erogatori del settore privato accreditato).

In sintesi i documenti sono stati molto ben organizzati, più difficile è stata la loro diffusione e reale applicazione. L'istituzione del Punto Unico Regionale, l'attivazione di percorsi formativi specifici e la diffusione informativa (i due protocolli sono allegati a questo numero di Psichiatria Oggi) ha lo scopo di favorirne una maggiore conoscenza tra tutti gli operatori (sanitari e non sanitari).

# PERITI E DSMD: QUALI PERCORSI INTEGRATI

20 MAGGIO 2024

**Cicolini Alessia**

Direttore SC Psichiatria Giudiziaria  
REMS Castiglione delle Stiviere

Partiamo dal definire chi sia il perito: è l'ausiliario del Magistrato in un processo penale, congiunzione tra clinici e giuristi.

Il perito si occupa di psicopatologia forense, essa cerca di:

- stabilire l'incidenza del o dei disturbi psicopatologici individuati sul funzionamento globale e settoriale della persona oggetto di indagine peritale
- esplorare il rapporto tra disturbo psicopatologico, funzionamento mentale e atto (agito o subito) avente rilevanza in ambito sia penale, sia civile (c.d. «nesso causale»)
- individuarne l'esistenza, quantificarne l'incidenza sotto forma di vizio di mente (totale o parziale) o di altri stati di incapacità
- definire con criteri clinici l'eventuale pericolosità sociale psichiatrica, graduandola in elevata e attenuata
- indicare eventuali «misure terapeutiche» da adottare.

Molteplici sono stati i tentativi per definire i **criteri per la validità forense di una perizia**, la Società Italiana di Psichiatria ha messo in luce una serie di variabili che debbono essere rispettate in una perizia: il tipo d'incarico, il diario delle operazioni peritali, la descrizione dei fatti per cui si procede, l'anamnesi medico psichiatrica ed eventualmente criminale, l'esame psichiatrico diretto, la valutazione clinica e il nesso causale, le osservazioni psichiatrico-forensi, la risposta ai quesiti.

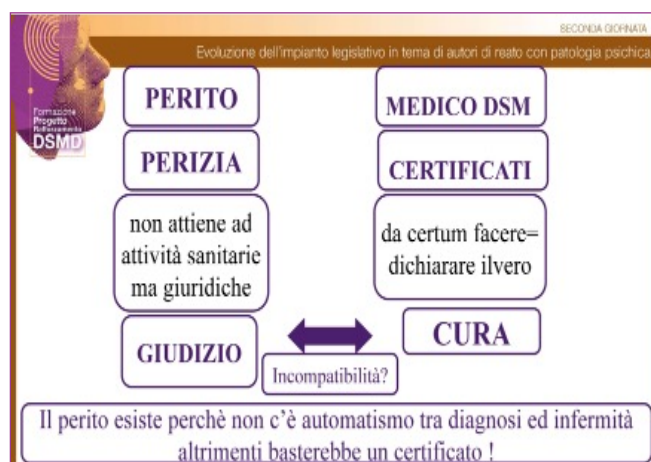
Il Magistrato in qualità di “custode del metodo scientifico” ha il diritto-dovere, di valutare la metodologia con cui la perizia viene redatta e, se lo ritiene, può dichiararla incompleta o addirittura “non ammissibile” al processo. Il Magistrato rimane sempre *peritus peritorum*.

La Società Italiana di Psichiatria ha cercato anche di definire i **criteri per la qualificazione del perito psichiatra**: medico chirurgo, specialista in Psichiatria con un'esperienza clinica psichiatrica assistenziale in struttura pubblica di almeno 8 anni oltre gli anni di specializzazione e un adeguato curriculum in relazione alla valutazione del caso in oggetto.

L'esecuzione della perizia e della consulenza psichiatrica richiedono una qualificazione come prevista da norme di legge, codici deontologici e buone pratiche cliniche assistenziali.

Questa qualificazione garantisce al Magistrato la competenza specifica del perito e delle risposte ai quesiti congrue con l'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, che deve essere coinvolto nel percorso di cura del soggetto.

La valutazione peritale deve essere nettamente separata dalla funzione di cura e di riabilitazione, in quanto il perito non attiene ad attività sanitarie, ma giuridiche.



## COME CAMBIA IL RUOLO DEL PERITO

Il quesito che il Giudice pone al perito al momento del giuramento si è ampliato e non si limita più soltanto alla risposta sul vizio di mente e sull'eventuale pericolosità sociale, ma riguarda anche la declinazione della pericolosità

sociale, il suggerimento sulla misura più idonea a contenere il rischio di recidiva. Il perito può svolgere questo nuovo compito soltanto tramite una imprescindibile e fattiva interlocuzione con il DSM-DP competente per territorio.

Il superamento dell'OPG è stato compiuto dalla Legge n. 81, sancisce il principio di territorialità riportando al centro della cura il DSM del territorio di riferimento del paziente (e la REMS in ogni Regione). La Legge 81 mette il Dipartimento di Salute Mentale, ed il CPS competente, al centro della cura per il paziente autore di reato (prima vi era solo l'OPG).

Pertanto il curante del CPS mantiene la posizione di garanzia verso il suo paziente in ogni fase:

- nell'interloquire col perito
- prima dell'ingresso in REMS
- nell'interlocuzione con la REMS
- dopo la dimissione dalla REMS
- nei percorsi alternativi in libertà vigilata sul territorio o in una comunità.

Il percorso è fatto di tanti step in cui il regista è il DSM, i vari passaggi sono e devono essere sempre dettati dalla clinica e non dalle misure giudiziarie. Per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero in REMS.

La transitorietà è la sfida più difficile e importante anche nel mettere in campo risorse formate a ciò.

Sempre la Legge 81 sancisce che non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali.

Il Protocollo operativo del distretto di Milano in tema di misure di sicurezza psichiatriche del 2019 ha individuato nell'articolo 9 un prototipo di quesito peritale:

- Accerti il perito/consulente, sottoponendo a visita l'indagato/imputato ed acquisendo tutta la documentazione medica attinente alla sua condizione psichica, (esistente presso strutture - pubbliche o private - sanitarie oltre che carcerarie), contattati i servizi che hanno

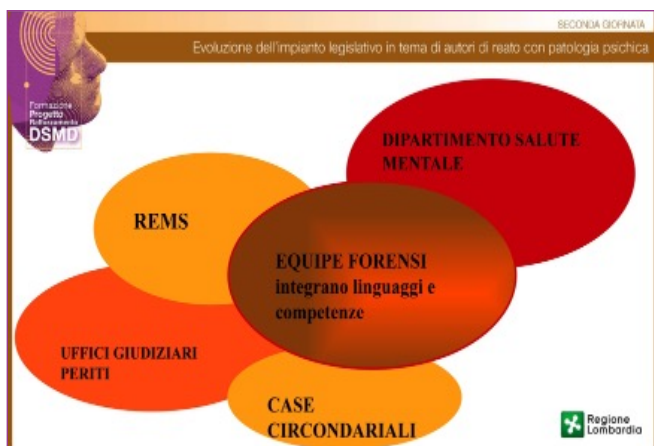
in cura l'indagato/imputato o quelli territorialmente competenti in relazione alla residenza del soggetto:

- se l'indagato/imputato sia affetto da disturbo mentale e, in caso positivo, di quale tipo; se lo stesso fosse capace di intendere e di volere al momento del fatto e in quale misura; specifichi in dettaglio il rapporto tra l'infermità accertata, la genesi e la dinamica della condotta;
- dica se lo stato mentale dell'esaminando sia tale da consentirgli l'attuale cosciente partecipazione al procedimento e se l'eventuale incapacità a partecipare sia da ritenersi reversibile o irreversibile ed in base a quali fattori di natura clinica prognostica;
- nel caso di accertata incapacità di intendere e volere, indichi il perito/consulente la persistenza di rischio psicopatologico rilevante ai fini dell'apprezzamento, da parte del giudice, della pericolosità sociale;
- in caso di accertata persistenza di rischio psicopatologico, dica il perito/consulente se il periziando sia da considerare persona che presenti, allo stato, necessità di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica, precisando i rispettivi indicatori clinici;
- individui, quindi, il perito/consulente il percorso terapeutico più idoneo alla cura del periziando ed eventualmente in grado di incidere positivamente sulla pericolosità di questo, d'intesa con i servizi sanitari territoriali, (DSMD) e tenendo conto che il ricovero in REMS "può essere disposto solo quando risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla sua pericolosità sociale" (art. 3 ter, co. IV D.L. 211/11);
- nel caso in cui il consulente/perito ritenga necessario un percorso terapeutico con ricovero in REMS specifichi gli elementi in base ai quali altri percorsi terapeutici, anche di tipo residenziale, non possono ritenersi idonei;



- nel caso in cui ritenga necessario un percorso terapeutico di tipo residenziale il perito concordemente con il DSMD suggerisca la tipologia di strutture idonee che saranno reperite dai referenti dell'equipe che ha in carico il paziente;
- qualora il ricovero in REMS sia ritenuto l'unica misura idonea e, sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediato ricovero, individui il perito/consulente, in accordo con i DSMD, i percorsi terapeutici alternativi, anche temporanei, considerando il ricovero in SPDC solo in condizioni di acuzie psicopatologica.

Le équipe forensi costituite con la DGR 5340 DEL 27/6/2016 costituiscono l'anello di congiunzione fra il DSM, la Magistratura e i periti, la REMS ed i penitenziari.



## QUALI INFORMAZIONI CLINICHE DARE AL PERITO?

**Dare notizie cliniche per gli indicatori interni di pericolosità sociale propri della patologia:**

- presenza e persistenza di sintomatologia psicotica florida;
- assenza di consapevolezza di malattia (insight);
- atteggiamento negativo o non collaborativo verso le terapie (adherence);
- scarsa o nulla risposta a quelle praticate (purché adeguate sotto il profilo qualitativo e del range terapeutico);
- segni di disorganizzazione cognitiva e impoverimento ideo-affettivo e relazionale;
- storia psichiatrica significativa.

## DARE NOTIZIE CLINICHE PER GLI INDICATORI ESTERNI ALLA PATOLOGIA DI CUI IL SOGGETTO È PORTATORE

- 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 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.

## FORNIRE NOTIZIE CLINICHE IN CASI DI VITTIMOLOGIA:

**Paziente non autore, ma vittima del reato**

- Capacità a rendere testimonianza;
- Circonvenzione d'incapace;
- Capacità a prestare un valido consenso all'atto sessuale o altro (es. cure, intervento chirurgico etc).

## OBBLIGHI DEL CPS:

- Redigere certificazioni anamnestico/cliniche su richiesta scritta dell'autorità inquirente (Pubblico Ministero, Polizia Giudiziaria);
- Redigere relazioni anamnestico/cliniche su richiesta del perito d'ufficio nominato (acquisire verbale di nomina con autorizzazione acquisizione documentazione sanitaria);
- Redigere certificazioni anamnestico/cliniche su richiesta dell'autorità giudiziaria (GIP/GUP/Giudice Dibattimento/Assise);
- Rendere testimonianza se chiamati a farlo in corso del procedimento (una relazione clinica completa di solito evita ciò);
- Per il paziente in REMS: stilare il progetto terapeutico entro 45 giorni dall'ingresso con i curanti della REMS ed effettuare periodicamente il monitoraggio;
- Per il paziente in dimissione dalla REMS: stilare relazione clinica su richiesta della REMS o della Magistratura di Sorveglianza;

- Per il paziente in libertà vigilata in Comunità: stilare il progetto terapeutico con i curanti della Comunità ed effettuare periodicamente il monitoraggio, relazionare al Magistrato su andamento come da Ordinanza
- Per il paziente in libertà vigilata con affido al CSM: relazionare obbligatoriamente e periodicamente al Magistrato su andamento come da Ordinanza (in genere ogni 3 o 6 mesi);
- Comunicare al Magistrato trasgressioni degli obblighi di libertà vigilata di cui si è a conoscenza.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. LEGGE 81 DEL 30/5/2014 - *“Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”*;
2. DGR 5340 DEL 27/6/2016 - Regione Lombardia, Deliberazione X/5340 del 27 giugno 2016;
3. Ugo Fornari *Trattato di Psichiatria Forense*, IX Ed., UTET, Torino 2024

# EQUIPE FORENSE E PSICHIATRIA PENITENZIARIA DI MONZA

27 MAGGIO 2024

## **Cova Francesca**

*Responsabile Struttura Semplice*

*Equipe Forense e Psichiatria Penitenziaria*

*Dipartimento Salute Mentale - Dir. Prof. Massimo Clerici*

*Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori - MONZA (MB)*

## **PREMESSE**

A seguito del trasferimento della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008) presso la Casa Circondariale di Monza prestano servizio medici ed operatori sanitari dipendenti dalla Fondazione IRCCS San Gerardo, già ASST di Monza, già Azienda Ospedaliera San Gerardo, anche grazie al finanziamento del Programma Innovativo Regionale TR 59 “DISAGIO MENTALE E CARCERE”.

Dal 2010 è attiva all'interno della Casa Circondariale l'Equipe di Salute Mentale, che garantisce la presenza quotidiana dal lunedì al venerdì di psichiatri, psicologi clinici, TeRP ed infermiere dedicato.

La normativa vigente (DGR Lombardia X/4716 del 13/01/2016) infatti prevede una differenziazione delle strutture penitenziarie regionali sulla base dell'intensità dell'assistenza e sulla specializzazione dell'offerta sanitaria:

- Strutture con Servizio Medico di Base (SMB);
- Strutture con Servizio Medico Multiprofessionale Integrato (SMMI);
- Strutture con Servizio Medico Multi-professionale integrato con sezione specializzata (SMMPI): es. presso CC MONZA l'ATSM (Articolazione per la Tutela della salute Mentale) Reparto Osservazione Psichiatrica;

- Strutture con Servizio Medico Multiprofessionale Integrato con Sezioni dedicate e specializzate di Assistenza Intensiva (SAI).

L' EQUIPE DI SALUTE MENTALE è responsabile, nel complesso:

- dell'osservazione epidemiologica e clinica dei Nuovi Giunti con rilevazione del rischio auto/eterolesivo e suicidario (Piano Locale Prevenzione del Rischio);
- dell'individuazione precoce di disturbi mentali e della loro eventuale presa in carico per tutti i detenuti;
- della strutturazione di progetti di cura con CPS e altri Servizi Territoriali;
- dell'ATSM R.O.P (Reparto Osservazione Psichiatrica)
  - art 112 DPR 230/2000;
- del lavoro di integrazione con le altre figure sanitarie (MMP e Ser.D- Protocolli Operativi), con la Polizia Penitenziaria e con l'Area Trattamentale;
- di interventi rivolti al personale carcerario non sanitario (sportello psicologico, gruppi di debriefing per eventi critici, formazione, gruppi stress lavoro correlato e DBT).

Dal 2022 è attiva l'Equipe Forense Territoriale che svolge le seguenti funzioni:

- consulenza sui casi di pazienti autori di reato rivolta a SPDC, CPS, Residenzialità dell'IRCCS San Gerardo e del SERD dell'ASST Brianza;
- verifica/supervisione dei percorsi in essere (anche tramite trasferte e/o visite da remoto presso Comunità Terapeutiche, REMS, Carceri, Domicilio, ecc);
- incontri di rete con SerD, Tribunali, UEPE, Periti, Servizi Sociali ecc;
- progettazione di programmi in Misura Alternativa o di Sicurezza, con particolare riferimento allo sfoltimento della lista d'attesa in REMS, come da indicazioni del dicembre 2022 di Regione Lombardia aventi per oggetto: “*Criticità REMS: Interventi per la riduzione delle liste di attesa e per l'agevolazione delle dimissioni*”;
- organizzazione delle attività formative sui temi della presa in carico dei pazienti autori di reato.

A tal fine è attiva una costante ricognizione dei pazienti autori di reato afferenti ai nostri Servizi Psichiatrici Territoriali (attualmente circa 40 pazienti), anche in Doppia Diagnosi, quindi afferenti al SerD di Monza ad oggi sul Territorio o inseriti in Strutture Riabilitative (16 pazienti con attuale Misura di Sicurezza).

Di fatto il territorio che fa riferimento all'IRCCS San Gerardo dei Tintori ha mosso i suoi primi passi in ambito forense attivando dal 2006 sul Territorio afferente all'allora ASL di Monza e Brianza, l'Equipe Territoriale Integrata Minori (ETIM), già NIS (Nucleo Integrato Specialistico), presso la Tutela Minori del Comune di Monza. L'ETIM nasce come progetto sperimentale, successivamente integrato nel sistema di offerta territoriale, per la valutazione e la presa in carico di situazioni complesse di grave disagio del minore e della sua famiglia, sottoposti a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria.

Dal 2014 inoltre sono stati attivati 4 posti letto dedicati a pazienti sottoposti a Misure di Sicurezza presso la CRA di Brugherio (MB) dell'IRCCS San Gerardo.

Ad oggi si sono avvicinati numerosi pazienti, provenienti dalla Libertà, da altre realtà riabilitative, da Istituti Penitenziari, da OPG/REMS, sottoposti a Misure di Sicurezza provvisorie o definitive, quale la Libertà Vigilata, ma anche in Misura Alternativa quale la Libertà Controllata, gli arresti e la detenzione domiciliare, in affidamento ai Servizi.

Il trattamento residenziale di questi soggetti prevede la creazione di PTRI ad hoc, una gestione strutturata da parte dell'équipe multiprofessionale, una continuità di contatti con gli Avvocati, con la Magistratura inquirente/giudicante/dell'esecuzione-sorveglianza, con le Forze dell'Ordine e con l'UEPE.

## LA REALTÀ DELLA CASA CIRCONDARIALE DI MONZA

Negli ultimi anni il numero dei detenuti valutati è superiore ai 1000/anno; il numero delle prestazioni ha visto una progressiva stabilizzazione oltre le 5000/anno; il numero delle assunzioni in cura si aggira sui 200 casi.

La distribuzione delle diagnosi dei valutati (circa il 37% in comorbilità con uso di sostanze, 17% disturbi della personalità, 12% nevrosi-disturbi dell'adattamento, 6% psicosi, 7% disturbi affettivi maggiori) identifica uno spostamento del baricentro clinico del lavoro dello psichiatra e dello psicologo verso i pazienti complessi.

Anche la giovane età appare molto rappresentata; fra i pazienti in carico la distribuzione è la seguente: < 25 anni: 17% dei detenuti, 25-34 anni: 30%, 35-44 anni: 27%, 45-55 anni: 18%, 55-65 anni: 8%, > 65 anni: 1%.

Oltre la metà dei detenuti è straniera, soprattutto afferente dal Nord Africa. I detenuti che accedono al fine dello svolgimento dell'art. 112 DPR 230/2000 sono stati nei ultimi 6-7 anni in media 25 pazienti/anno. Spesso inviati presso la Nostra CC in condizione di franco scopenso, rimangono ubicati in ROP per la durata di 30 giorni, quando non necessitano di ricovero urgente in SPDC. Nel 2023 sono stati osservati 40 pazienti, in netto aumento rispetto alla media. Sono stati ricoverati in SPDC in condizioni acute: dal 2017 al 2022 una media di 24 detenuti all'anno; nel 2023: 26 detenuti, di cui 9 in TSO. Le diagnosi (che confermano la prevalenza di casi gravi), si suddividono nel seguente modo: 10 per disturbi psicotici, 15 per disturbi della personalità, 1 uso di sostanze.

In linea con il trend degli ultimi anni, si è osservato un numero elevato di casi psichiatrici "complessi" assegnati alla CC Monza a seguito di importanti eventi a rilevanza penale nel territorio di competenza del DSM, ma soprattutto provenienti da "fuori territorio", che hanno comportato l'assunzione in cura all'interno della CC, oltre alla necessità di progettazioni complesse condivise con il Territorio e/o la Rems/altre strutture residenziali e frequenti ricoveri in SPDC.

Contestualmente, negli ultimi due anni, la Nostra Equipe è stata coinvolta da Regione Lombardia, in stretta collaborazione con la UOSP, nella stesura del Prontuario farmaceutico Regionale, oltre che nella gestione delle liste d'attesa in REMS (Punto Unico Regionale) e nel progetto di Rafforzamento delle Equipe Forensi dei DSM.

## IL PROGETTO REGIONALE DI RAFFORZAMENTO DELLE EQUIPE FORENSI

In attuazione delle “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale regionali” approvate con l’Intesa del 28/04/2022 - Rep. Atti n. 58/CSR - è stato finanziato il Progetto “Percorsi innovativi alternativi ai ricoveri nelle REMS” grazie al quale sono stati reclutati n. 4 contratti di psicologi in regime libero professionale che si sono occupati, dal settembre scorso, delle seguenti progettazioni:

1. Psicodiagnosi e psicoterapia focale (pazienti ROP e giovani adulti)
2. Interventi psicoeducativi per pazienti autori di reato sul Territorio e loro familiari (individuali e di gruppo)
3. Interventi psicoeducativi/psicoterapeutici per pazienti autori di maltrattamento/reati violenti intrafamiliari
4. Interventi sul trauma – EMDR al fine ultimo della riduzione del rischio di recidiva nei termini della pericolosità sociale psichiatrica.

Tali progetti verranno di seguito brevemente descritti:

1. Potenziamento trattamentale in carcere a supporto dell’Equipe di Psichiatria Penitenziaria del Dipartimento di Salute Mentale. Al fine di monitorare e migliorare la salute mentale dei detenuti riducendo i sintomi di disturbi mentali o identificando bisogni aggiuntivi durante la detenzione, ridurre i rischi di recidiva dei detenuti attraverso il raggiungimento di una maggiore consapevolezza delle motivazioni alla base del loro reato con il fine ultimo di diminuirne la pericolosità sociale, favorire una pratica attiva tra il Servizio Psichiatrico interno alla C.C., le comunità psichiatriche della Lombardia e i CPS di competenza territoriale, si sono svolti approfondimenti psicodiagnostici, terapie focali brevi, incontri di rete con altri Servizi.
2. Interventi individuali e Gruppo psicoeducativo per pazienti psichiatrici Territoriali autori di reato e familiari. Sono state segnalati e presi in carico

pazienti psichiatrici territoriali autori di reato in percorso individuale e/o percorso di gruppo (co-condotto da psicologo e TeRP); segnalati e presi in carico familiari di pazienti psichiatrici autori di reato in percorso individuale. Si sono riscontrati limiti e criticità, soprattutto nella partecipazione dei familiari all’intervento di gruppo, legati all’orario e alla sede dell’intervento, così come a condizioni di fragilità psichica e/o carenza di strumenti personali.

3. Interventi psicoeducativi e motivazionali al trattamento su pazienti autori di reato detenuti presso la CC di Monza – autori di maltrattamento e/o reati violenti intrafamiliari. Tramite colloquio Clinico – Criminologico individuale svolto da uno psicologo psicoterapeuta con esperienza nell’ambito criminologico, la valutazione clinica ha tenuto in considerazione le linee guida dello strumento testale HCR-20V3, intercettando i detenuti autori di maltrattamento/reati violenti intrafamiliari segnalati dall’Equipe Forense e dall’Istituto con cui si sono svolti colloqui motivazionali al trattamento.
4. Progetto Trattare il trauma. A seguito di una prima fase di assessment tesa ad approfondire e misurare:
  - DERS > capacità di regolazione emotiva
  - CORE – om > funzionamento generale
  - SCID-II > struttura di personalità
  - DES > tendenza alla dissociazione, viene valutata l’opportunità di avvio al trattamento, con i seguenti obiettivi: aumento capacità di mentalizzazione, riduzione messa in atto di agiti (=comportamenti violenti), aggiornamento pattern di attaccamento disfunzionali, integrazioni delle parti scisse del Sé. Si lavora quindi sul focus principale della “stabilizzazione delle risorse” per poter accedere all’elaborazione di traumi che il soggetto, accompagnato dalla competenza del clinico, identificherà quali target auspicando l’avvio di un processo di miglior stabilizzazione personale ed integrazione di parti del sé scisse o negate.

All'interno del medesimo progetto è stato svolto un evento formativo residenziale di una intera giornata dal titolo *"PSICHIATRIA FORENSE: aspetti teorico - pratici di gestione del paziente autore di reato* – accreditato ECM-CPD - per gli operatori dell'Equipe Forense con la partecipazione di avvocati, REMS Castiglione Stiviere, Comune Monza - Area Penale Minorile finalizzato al potenziamento di competenze necessarie alla gestione del percorso terapeutico riabilitativo di soggetti autori di reato e sono state svolte n. 3 mezze giornate di Formazione sul Campo per gli operatori del DSM volte alla diffusione delle conoscenze nell'ambito della Psichiatria Forense al fine della condivisione di programmi alternativi alle REMS dal titolo *"IL PAZIENTE AUTORE DI REATO: I PERCORSI DI CURA IN PSICHIATRIA FORENSE"* - accreditato ECM-CPD – al fine di creare e rafforzare le competenze dei professionisti sanitari che operano con i pazienti autori di reato nell'ambito del DSM dell'IRCCS san Gerardo dei Tintori di Monza.

### **LE NUOVE CRITICITÀ E LE NUOVE SFIDE**

Gli ultimi anni in carcere sono stati connotati da problematiche emergenti, quali la presenza di una popolazione detenuta, costituita in gran parte da stranieri, giovani, poliabusatori di sostanze, poveri dal punto di vista socio-economico e privi di supporto dal punto di vista relazionale e familiare, molto spesso portatori di traumi migratori.

In generale, la popolazione detenuta – anche allargando alle testimonianze dei colleghi europei ed americani – presenta una crescente problematica di tossicofilia, sotto forma di abuso/misuso/sovradosaggi a scopo stupefacente di numerosi psicofarmaci e farmaci internistici. Nella nostra realtà ciò si è evidenziato verificando che il consumo di alcuni psicofarmaci è **DECUPLICATO** negli ultimi due anni.

A ciò si sono sommati, o ne sono stati concausa, gli esiti della gestione intramuraria della pandemia Covid 19, che ha comportato una maggior chiusura del detentivo, sia al suo interno (sospendizione socialità ed attività), sia nei confronti del mondo esterno (divieto di colloqui, permessi ecc.)

Ne sono stati conseguenza un aumento degli episodi di auto/eteroaggressività dei detenuti, con un aumento del rischio di incolumità degli operatori.

Ad oggi tali episodi, così come l'abuso di farmaci ed in generale i disordini del comportamento, sembrano in calo, grazie all'intervento effettuato presso la CC di Monza di revisione del prontuario farmacologico con l'esclusione di alcune molecole da esso.

### **PROPOSTE PER IL PROSSIMO FUTURO**

Alla luce dell'esperienza maturata nella gestione di pazienti psichiatrici complessi autori di reato, sia all'interno della Casa Circondariale di Monza, sia sul Territorio e nelle Strutture Riabilitative, appare fortemente auspicabile il prosieguo di Progetti atti a sviluppare programmi alternativi alle REMS nell'ottica della prevenzione, sia psicopatologica, sia deviante, congiuntamente ad un incremento della comunicazione diretta e della condivisione di prassi operative con altre ATSM così come con altre Equipe Forensi Lombarde.

Altrettanto necessario il prosieguo di formazione sull'argomento e di sensibilizzazione interna ai DSM e rivolta al Territorio.

**BIBLIOGRAFIA**

1. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, Fifth Edition, American Psychiatric Publishing, Washington DC, 2013, p. 481.
2. Capuzzi E, Caldiroli A, Besana F, Cova F, Buoli M, Clerici M. *Factors associated with psychotic symptoms among a sample of male prisoners with substance use disorder: A cross-sectional study*. J Subst Abuse Treat. 2020;118:108104. doi:10.1016/j.jsat.2020.108104.
3. Clerici M, Carta I, Cazzullo CL. *Substance abuse and psychopathology. A diagnostic screening of Italian narcotic addicts*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1989;24:219-26.
4. D'Urso N., Bartoli F., Cova F., Primati C., Provenzi M., Clerici M.: *Psichiatria in carcere* in M. Balestrieri et al.: "Manuale di Psichiatria", Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2017.
5. Fazel S, Seewald K. *Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis*. Br J Psychiatry 2012; 200: 364-73.
6. Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. *Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions*. Lancet Psychiatry. 2016 Sep;3(9):871-81.
7. Fazel S, Ramesh T, Hawton K. *Suicide in prisons: an international study of prevalence and contributory factors*. Lancet Psychiatry. 2017 Dec;4(12):946-952. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30430-3. Erratum in: Lancet Psychiatry. 2017 Dec 21.
8. Motto D., Caronni S., Ambroset S., Cova F., Pedone S., Cicu F., Pomati G.: *SCARCERANDO – La salute mentale tra carcere e territorio*, Franco Angeli, Milano, 2008.

# 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

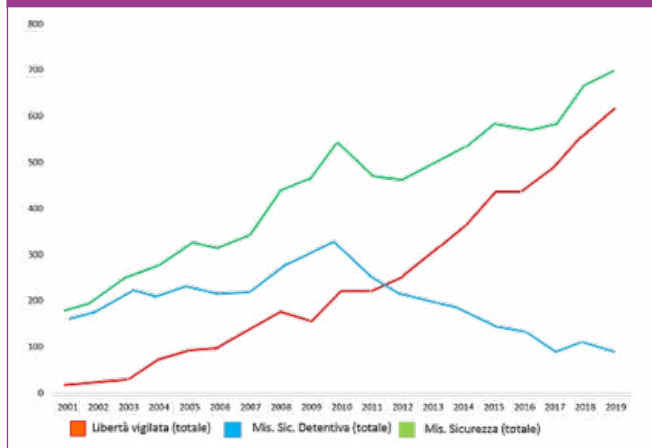
misure restrittive totalizzanti, ma, mantenendo inalterato il concetto di pericolosità sociale, non cambia l'essenza della questione. Infatti a volte l'internamento in REMS presenta caratteri restrittivi eccessivi o squilibrati rispetto a precedenti esperienze (soprattutto per utenti provenienti da residenzialità 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
- Presenza 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.

# 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 nozioni<sup>1</sup>.

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 forensi.

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 forensi, 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 epifonemenizzati 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.

# 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*).

# LE AZIONI DI REGIONE LOMBARDIA

6 MAGGIO 2024

**Limosani Ivan**

Dirigente Struttura Salute Mentale

Direzione Generale Sanità Regione Lombardia

## 1.

Per il superamento delle 8 REMS provvisorie di Castiglione delle Stiviere (sorte laddove già esisteva l'OPG) per un totale di 160 posti, sono in corso i lavori per la creazione delle 6 REMS definitive di Castiglione delle Stiviere (120 posti) e delle 2 REMS di Limbiate (40 posti).

## 2. ISTITUZIONE DEL PUR E APPROVAZIONE DELLE LINEE DI INDIRIZZO PER L'ESERCIZIO DELLE RELATIVE FUNZIONI CON LA DGR XII/1296 DEL 13 NOVEMBRE 2023.

DELIBERAZIONE N° XII/ 1296 Seduta del 13/11/2023

«Istituzione del Punto Unico Regionale (P.U.R.) per la gestione dei pazienti con misure di sicurezza e approvazione delle linee di indirizzo per l'esercizio delle relative funzioni, in recepimento e attuazione dell'accordo n. 188/cu del 30/11/2022»

Composizione del PUR:

- un Direttore di Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze di una ASST sede di progettualità nell'ambito psichiatrico forense;
- quattro rappresentanti delle equipe forensi di cui alla DGR X/5340/2016, istituite presso i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) delle ASST/IRCCS, appartenenti alle diverse figure professionali (psichiatra, tecnici della riabilitazione psichiatrica infermieri, assistente sociale) rappresentativi di tutto il territorio lombardo;

- un Responsabile delle REMS;
- i coordinatori sanitari degli Istituti penitenziari, sedi di Articolazione di Salute Mentale (ATSM) e di Reparto di Osservazione Psichiatrica;
- i rappresentanti della Magistratura di Sorveglianza e dei tribunali ordinari delle sedi delle Corti d'Appello di Milano e di Brescia;
- il responsabile della Unità Operativa di Sanità Penitenziaria (U.O.S.P.) regionale istituita con decreto regionale n. 6270 del 23/06/2009, sopra citato;
- Personale amministrativo

## 2.1 FUNZIONI DEL PUR

### Coordinamento e supervisione dei percorsi di cura per i pazienti con misura di sicurezza.

Per ogni paziente al quale è applicata una misura di sicurezza è definito uno specifico progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (P.T.R.I.). Il P.U.R. verifica che il DSM-D competente, entro 45 giorni, definisca il P.T.R.I., in collaborazione con i servizi sociali e sociosanitari di riferimento e gli Uffici U.I.E.P.E. del territorio competente e che lo stesso venga comunicato all'Autorità Giudiziaria e periodicamente rivalutato per consentire l'eventuale rimodulazione del percorso assistenziale. Le attività terapeutico-riabilitative, quali elementi costitutivi del percorso di cura, ancorché svolte in luogo esterno alla R.E.M.S., vengono riportate nello specifico P.T.R.I. e non necessitano di ulteriore avallo da parte delle AA.GG.

Il P.T.R.I. definisce il percorso di cura e riabilitazione che comprende obiettivi generali e specifici, prevenzione di comportamenti a rischio, specifici trattamenti e interventi comunque finalizzati al reinserimento sociale anche attraverso la gestione dei rapporti con la famiglia, la comunità esterna e il mondo del lavoro. Tale percorso deve prevedere il massimo coinvolgimento attivo del soggetto, come indicato nei principi della recovery:

- valutazione multi-professionale, secondo precise procedure e strumenti definiti per ciascun ambito;

– definizione del percorso terapeutico-riabilitativo e del contratto di cura che comprenda obiettivi generali e specifici, la prevenzione del comportamento a rischio e che sia comunque finalizzato alla re-inclusione sociale, nonché aspetti specifici di trattamento (impostazione della quotidianità, responsabilizzazione delle persone nella vita della struttura, attività riabilitative, anche attraverso il mantenimento dei rapporti con la famiglia).

### **Assegnazioni in REMS e gestione delle liste d'attesa.**

Attenendosi al principio di territorialità, le assegnazioni ed i trasferimenti presso le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (di seguito R.E.M.S.) sono eseguiti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (di seguito DAP) in collaborazione con il P.U.R.

Le assegnazioni sono disposte dal DAP anche tenuto conto della disponibilità di posti nelle singole R.E.M.S., come segnalati e tempestivamente aggiornati dal P.U.R.

I soggetti senza fissa dimora/stranieri sono presi in carico dal DSMD sul cui territorio è avvenuto il reato connesso alla misura di sicurezza. Gli autori di reato non residenti nel territorio nazionale o senza fissa dimora, salvo altre diverse definizioni o accordi tra enti sanitari, sono da considerarsi a carico dell'ASST nel cui territorio sia stato commesso il reato, sia per quanto concerne gli aspetti di gestione dell'urgenza, sia per la presa in carico sociosanitaria, nonché per gli aspetti relativi ai percorsi di cura.

Il DAP assicura, ai sensi dell'art. 1 e 3 dell'Accordo n. 188/CU del 30.11.2022, l'invio al P.U.R. delle pertinenti informazioni relative alla singola persona alla quale è

applicata dalla Magistratura una misura di sicurezza e le informazioni disponibili sul Comune di residenza o domicilio, ovvero, nei casi di persone senza fissa dimora, di quello di commissione del reato.

Il P.U.R. fornisce supporto all'Autorità Giudiziaria al fine di dare esecuzione ai provvedimenti applicativi di misura di sicurezza detentiva in base al principio di territorialità, individuando la REMS di assegnazione.

Il DAP, ai sensi dell'art. 2 dell'Accordo n. 188/CU del

30.11.2022, si impegna a svolgere ogni utile funzione di raccordo e coordinamento tra l'Autorità Giudiziaria ed il P.U.R. ricevendo dall'Autorità Giudiziaria e condividendo le richieste di collocazione di soggetti nelle R.E.M.S. e la copia dei provvedimenti applicativi della misura di sicurezza detentiva.

Al momento della trasmissione dei provvedimenti di assegnazione alla R.E.M.S., il DAP si impegna altresì a comunicare al P.U.R. se la richiesta riguarda:

- un soggetto già presente in lista di attesa in quanto già sottoposto a misura di sicurezza detentiva mai eseguita per carenza di posto in R.E.M.S. che sia stato raggiunto da un ulteriore provvedimento applicativo di misura di sicurezza detentiva in relazione ad un nuovo titolo di reato;
- un soggetto già sottoposto a misura di sicurezza non detentiva che sia stato raggiunto da un provvedimento di aggravamento, con applicazione della misura di sicurezza detentiva.

Il P.U.R. provvede, quindi, ad indicare tempestivamente e direttamente all'Autorità Giudiziaria richiedente, nonché al DAP, la R.E.M.S. di destinazione per competenza territoriale.

Qualora nell'immediato non siano disponibili posti in R.E.M.S., il P.U.R. favorisce il raccordo con la Magistratura competente al fine di permettere una periodica, stringente, revisione della situazione clinica dei soggetti in attesa di internamento.

Qualora emergessero le condizioni per la revisione della misura di sicurezza sarà cura del P.U.R. indicare le strutture presenti sul territorio per accogliere il soggetto, anche in regime residenziale o semi-residenziale, previa eventuale sostituzione, da parte dell'Autorità Giudiziaria, della misura di sicurezza detentiva con quella non detentiva della libertà vigilata.

Qualora l'Autorità Giudiziaria disponga il ricovero provvisorio del soggetto presso una struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero presso altro luogo di cura (adeguato alla situazione e alla patologia della persona), ai sensi degli articoli 73 del c.p.p. o 211-bis del c.p., il P.U.R. provvede a raccordare l'Autorità Giudiziaria e i servizi

aziendali di competenza per ogni opportuna soluzione di cura idonea allo scopo (anche ambulatoriale, semi-residenziale, residenziale), considerato che il ricovero in ambito ospedaliero è appropriatamente utilizzabile solo limitatamente alla fase della gestione dell'acuzie; nel caso in cui l'Autorità Giudiziaria disponga la sostituzione della misura di sicurezza detentiva con altra misura non detentiva, il P.U.R. ne dà tempestiva notizia al DAP.

Il P.U.R. e il DAP s'impegnano a revisionare periodicamente e comunque ogni sei mesi le liste di attesa per gli ingressi in R.E.M.S. scambiandosi ogni dato ritenuto rilevante, nel rispetto del principio di leale collaborazione e della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali. Il P.U.R. si impegna a ridurre gradatamente, la lista d'attesa per l'ingresso in R.E.M.S., nonché a programmare e realizzare ogni iniziativa per prevenire la formazione di nuove liste, nel rispetto dei principi sanciti in materia dalla Corte Costituzionale (Sentenza n. 22/2022).

Tra le già menzionate iniziative sono sempre assicurate quelle idonee a garantire la completa e sollecita disponibilità di tutti i posti autorizzati in R.E.M.S. e, a tal fine, è esclusa la possibilità di attuare regolamentazioni che prevedano il non utilizzo a medio-lungo termine dei posti (come, per es., nei casi di dimissioni di internati cui è applicata la Licenza Finale di Esperimento).

La lista di attesa, sino all'esaurimento della stessa, viene dal P.U.R. costantemente aggiornata per includere le persone assegnate e stabilire l'ordine di priorità dell'ingresso in R.E.M.S., secondo quanto definito dal P.U.R. stesso di concerto con l'Autorità Giudiziaria, mediante apposito accordo e nel rispetto dei seguenti criteri:

1. della data di applicazione della misura di sicurezza detentiva in R.E.M.S.;
2. delle caratteristiche sanitarie del paziente;
3. del livello attuale di inappropriata collocazione del paziente cui è applicata una misura di sicurezza detentiva immediatamente eseguibile, con particolare riferimento allo stato di detenzione in Istituto penitenziario o al ricovero in SPDC;

4. dell'adeguatezza, al momento di ogni revisione della lista di attesa, delle soluzioni assistenziali, non solo residenziali, alternative alla R.E.M.S. per i pazienti assegnati, da sottoporre alla competente Autorità Giudiziaria.

Sulla tenuta della lista di attesa il P.U.R. si impegna a:

- escludere i soggetti che facciano ingresso in R.E.M.S., ovvero i destinatari di misura nelle more deceduti, ovvero coloro nei cui confronti la misura detentiva risulti revocata/sostituita con provvedimento adottato dall'Autorità Giudiziaria;
- non escludere dalla lista di attesa coloro che, nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., vengano temporaneamente collocati in altre strutture terapeutiche del territorio ma nei cui confronti non risulti formalmente revocata/sostituita la misura di sicurezza detentiva con provvedimento adottato dall'Autorità Giudiziaria;
- inserire in elenchi separati oggetto di costante monitoraggio i destinatari di misura di sicurezza detentiva di seguito indicati:
  - coloro che, al momento della esecuzione della misura, risultino irreperibili all'esito delle ricerche effettuate dalla polizia giudiziaria, nonché coloro che risultino espatriati;
  - coloro che, al momento dell'applicazione della misura di sicurezza detentiva o nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., si trovino o vengano ristretti in istituto penitenziario per causa diversa da quella per la quale è stata applicata nei loro confronti la misura di sicurezza detentiva;
  - coloro nei cui confronti sia stato disposto il ricovero in R.E.M.S. da eseguirsi dopo che la pena restrittiva della libertà personale sia stata scontata o altrimenti estinta, ai sensi dell'art. 220, co.1 codice penale;
  - coloro nei cui confronti, nelle more dell'ingresso in R.E.M.S., venga applicata una misura di sicurezza non detentiva, sino all'acquisizione di disponibilità di posto in R.E.M.S.;
  - coloro che vengano provvisoriamente accolti, per specifiche ed eccezionali motivazioni, in una



R.E.M.S. di una Regione o P.A. diversa da quella di competenza territoriale.

Il P.U.R. definisce un regolamento di funzionamento delle REMS e di gestione della lista d'attesa sulla base dei criteri concordati nell'accordo con la Magistratura come sopra riportato.

#### **Accordi, collaborazioni e procedure interistituzionali.**

Il P.U.R. promuove e garantisce la formalizzazione di:

- I. protocolli operativi con le Autorità Giudiziarie presenti sul territorio al fine di elaborare percorsi condivisi e strategie efficaci di collaborazione; con l'attenzione alla fase peritale, è opportuno che vengano previste modalità di raccordo-contatto tra periti e consulenti tecnici con i DSMD e, secondo procedure, con il PUR, allo scopo di individuare percorsi di cura idonei, anche di tipo residenziale, qualora, all'esito degli accertamenti, l'Autorità Giudiziaria dovesse ritenere sufficiente l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva;
- II. modalità di collaborazione tra i Servizi Sanitari e la Magistratura del territorio (con riferimento ai servizi sanitari e sociosanitari delle Aziende Socio-Sanitarie Territoriali e agli uffici locali delle Procure della Repubblica, Corte d' Appello, Tribunale di Sorveglianza, UIEPE) coinvolgendo, se necessario, Prefetture e Ordini degli Avvocati al fine di concorrere alla riduzione del ricorso alle misure di sicurezza detentive, con particolare riferimento alle misure provvisorie. Sarà posta attenzione a:
  - modalità di contatto e interlocuzione tra i servizi sanitari e giudiziari in ogni fase del procedimento giudiziario, con declinazione delle rispettive competenze nella gestione del caso;
  - conoscenza aggiornata delle soluzioni offerte dai servizi sanitari territoriali;
  - disponibilità di un ventaglio di plurime soluzioni applicative adatte al caso di specie,
  - possibilità di indirizzare il non imputabile ad un

programmaterapeutico adeguato al caso singolo, di plasmare il contenuto delle misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale, di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza dell'infermo di mente autore di reato e l'eseguitività della misura di sicurezza nei suoi confronti;

- ricorso alla misura di sicurezza detentiva, cioè diversa dalla libertà vigilata, solo quando essa si appalesi l'unica soluzione utile e praticabile e non quando essa appaia, meccanicisticamente, la via più immediata per la neutralizzazione della sua carica di pericolosità;
  - possibilità di impostare la risposta trattamentale del prosciolto non imputabile sin dal momento del giudizio, in modo adeguato alle esigenze del singolo, in rapporto costante di collaborazione, scambio di informazioni e conoscenza capillare della rete dei servizi di salute mentale che fanno capo al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze di competenza;
- III. raccordi operativi con i DSMD titolari della presa in carico (in conformità alla Legge 81/2014), qualora da questi venga sollecitata la necessità di rivalutazione della pericolosità sociale ai fini dell'eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti presenti nelle liste di attesa per l'ingresso in R.E.M.S..
  - IV. procedure per la rivalutazione della pericolosità sociale ai fini della eventuale revoca o sostituzione della misura di sicurezza detentiva nei confronti di soggetti ricoverati in R.E.M.S. a cura del Magistrato competente qualora venisse ravvisata dall'equipe curante della R.E.M.S. e/o del DSMD competente la possibilità di adozione di misure terapeutiche alternative. Per la realizzazione delle principali attività in capo al Punto Unico Regionale ci si potrà avvalere anche di collaborazioni stabili con organismi, enti, istituzioni e professionisti individuati nell'immediatezza dei primi incontri del PUR.

### **Alimentazione del sistema informativo SMOP e monitoraggio efficacia dei percorsi sanitari.**

Il P.U.R. promuove e sollecita il corretto utilizzo del sistema informativo SMOP al fine di avere un monitoraggio continuo e complessivo dell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non detentive applicate sul territorio lombardo in via provvisoria o definitiva a persone affette da infermità psichica, totale o parziale, eritenute socialmente pericolose.

Il Sistema informativo SMOP consentirà, tra l'altro, la visualizzazione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali PTRI (realizzati ed inseriti secondo i tempi previsti e costantemente aggiornati), la gestione delle liste di attesa e il trattamento di ogni informazione sui percorsi di presa in carico in applicazione di misure di sicurezza detentive e non detentive. Il P.U.R., attraverso il suo Coordinamento, monitora l'efficacia delle attività svolte, in particolare il governo della lista di attesa per i ricoveri in REMS, l'appropriatezza nella gestione dei percorsi assistenziali e nei rapporti tra i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, i Direttori delle REMS e i periti, il fabbisogno dei posti letto in REMS e nelle strutture territoriali deputate alla promozione di percorsi di cura non detentivi, l'efficacia del regolamento di funzionamento delle REMS e degli accordi stipulati con la Magistratura.

### **Rapporti tra il Coordinatore del P.U.R. e la Direzione Generale Welfare**

La Direzione Generale Welfare di Regione Lombardia, attraverso il Dirigente della Struttura Salute Mentale e Dipendenze, assicura il monitoraggio delle attività del P.U.R. e la promozione di iniziative volte a garantire il buon funzionamento dello stesso attraverso periodiche riunioni con il Coordinatore, di verifica e analisi dell'andamento dei percorsi, indirizzo e programmazione per il miglioramento continuo dei processi e la risoluzione di eventuali criticità.

Attraverso il Coordinatore del P.U.R., anche richiedendo Relazioni su specifici argomenti e contenuti, il Dirigente

della Struttura Salute Mentale e Dipendenze della Direzione regionale procederà a periodico aggiornamento qualitativo e quantitativo sulle attività, sulla lista di attesa delle REMS e su ogni dato, informazione, documento utile a verificare l'efficacia del monitoraggio di cui al precedente punto 4).

In caso di criticità rilevate o riferite dal Coordinatore del P.U.R., il Dirigente della Struttura Salute Mentale e Dipendenze della Direzione regionale si attiva con ogni iniziativa finalizzata alla pronta risoluzione delle problematiche riscontrate, anche confrontandosi con la Cabina di Regia presso il Tavolo di Consultazione Permanente, prevista ai sensi dell'art. 13 dell'Accordo 188/ CU del 30.11.2022.

Il Dirigente della Struttura Salute Mentale e Dipendenze della Direzione regionale

informerà il Coordinatore del P.U.R. di ogni determinazione o aggiornamento normativo e d'indirizzo deciso in sede di suddetta Cabina di Regia o in altra sede istituzionale nazionale.

Gli esiti del monitoraggio della lista di attesa per l'ingresso in R.E.M.S. verranno dalla Direzione regionale, attraverso il Dirigente della Struttura Salute Mentale e Dipendenze, comunicati al Ministero della Salute e al Ministero della Giustizia, secondo quanto previsto dall'art. 3 dell'Accordo n. 188/ CU del 30.11.2022.

La Direzione regionale promuove altresì iniziative formative interdisciplinari e multiprofessionali per gli operatori del P.U.R., per l'utilizzo del sistema SMOP e per ogni aggiornamento degli ambiti d'interesse professionale, anche in condivisione con l'Amministrazione Giudiziaria e Penitenziaria.

### **RAFFORZAMENTO DSMD DI CUI ALLA DGR XI/7661/22**

**DELIBERAZIONE N° XI/ 7661 Seduta del 28/12/2022**

«APPROVAZIONE DEI PROGETTI REGIONALI VOLTI AL RAFFORZAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE IN ATTUAZIONE DELLE "LINEE DI INDIRIZZO

PER LA REALIZZAZIONE DEI PROGETTI REGIONALI VOLTI AL RAFFORZAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE REGIONALI" APPROVATE CON L'INTESA DEL 28/04/2022 - REP. ATTI N. 58/CSR»

Il finanziamento di cui alla DGR 7661/22 è pari a € 11.351.483; gli Obiettivi che si intendono raggiungere con i progetti riguardano il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze per:

- Il superamento della contenzione meccanica in tutti i luoghi di cura della salute mentale
- La qualificazione dei percorsi per la effettiva presa in carico e per il reinserimento sociale dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato a completamento del processo di attuazione della legge n. 81/2014.
- Formazione Progetto Rafforzamento DSMD 3 giornate formative 6-20-27 maggio organizzate dalla ASST Lodi di concerto con DG Welfare di Regione Lombardia.

**POTENZIAMENTO DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE DEDICATA A PAZIENTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO, CON STANZIAMENTO DI RISORSE FINO A 3,11 MLN/EURO DI FSR PER LO SVILUPPO DI COMUNITÀ AD ALTA ASSISTENZA DEDICATE A PAZIENTI ADULTI AUTORI DI REATO E PER LO SVILUPPO DI PERCORSI PER FACILITARE LE DIMISSIONI DALLE REMS**

Al fine di potenziare l'attività assistenziale dedicata a pazienti psichiatrici autori di reato, le risorse previste nel Piano di Sviluppo saranno così destinate:

- fino a 1,10 Mln/Euro di FSR per implementazione di posti nella SLIEV, in una logica di continuità e prossimità con l'attività esercitata dalla REMS;
- fino a 2,01 Mln/Euro di FSR per lo sviluppo di Comunità ad alta assistenza dedicate a pazienti adulti autori di reato, Residenze Sanitarie per Pazienti psichiatrici Autori di Reato

**IN CONCLUSIONE:**

Numerose azioni per fronteggiare l'aumento della complessità nella quale i servizi per la salute mentale si sono trovati dopo il 2014, sul lato sanitario (nazionale e regionale). Tuttavia è necessario completare il processo di riforma che la legge 81 ha iniziato:

- Necessità di rivedere gli articoli 88 e 89 del cp
- Necessità di introdurre misure detentive (di competenza giudiziaria, con partecipazione dell'area DSM deputata alla cura dei pazienti autori di reato):  
1) articolazioni salute mentale in carcere; 2) Strutture Detentive – giudiziarie, con polizia penitenziaria – con alta integrazione sanitaria

# IL SERVIZIO SOCIALE NELLE REMS E I PERCORSI DI REINSERIMENTO SOCIALE

FORMAZIONE PROGETTO  
RAFFORZAMENTO DSMD

27 MAGGIO 2024

**Panni Noemi**

Servizio sociale Rems  
coordinatore servizio sociale

Il titolo assegnato ha innescato nel gruppo di lavoro di servizio sociale Rems una serie di domande, e la prima è: **cosa si intende per territorio?**

Il dizionario di sociologia cita quanto segue, *“al termine territorio si attribuiscono significati diversi poiché riferiti ad aspetti e componenti diverse: il territorio può avere un significato geografico, può essere un’area caratterizzata da connotati fisici, etnici, demografici, economici, culturali; può essere come bacino utenza per dei servizi: come l’insieme di tutte le componenti e dei soggetti che ne fanno parte”*.

Più nello specifico, **cosa significa territorio per il servizio sociale?** A riguardo l’art.35 del codice deontologico servizio sociale asserisce, *“l’assistente sociale non può prescindere da una approfondita conoscenza della realtà territoriale in cui opera e da un’adeguata considerazione del contesto storico e culturale e relativi valori”*

Per le situazioni che abbiamo in carico e che sono oggetto della nostra valutazione sociale il territorio è il luogo dove la persona ha vissuto parte della sua vita, prima dell’arrivo in Rems. È dove c’è la sua famiglia, i servizi specialisti che lo hanno conosciuto o deve essere segnalato come prima volta, è il luogo del reato, è dove sono rimaste le vittime.

Il territorio è il luogo dove la persona ha trascorso il suo *“passato”*; è il luogo da conoscere per comprendere quali risorse per il suo *“futuro”*.

Le storie dei soggetti in Rems, sono narrazioni di rotture, privazioni, perdite e abbandoni.

Quando la persona arriva in Rems viene effettuata una prima valutazione sociale; il primo incontro con il soggetto ci fa comprendere, fin da subito, i bisogni sociali; la sua età, la sua famiglia, il suo paese di origine, come si è mantenuto economicamente fino ad ora.

L’importanza dei primi colloqui e di come avvicinarsi alla comprensione della persona è intravedere da dove ripartire, è un’analisi tra bisogni e risorse, è percepire una congiunzione tra passato e futuro.

Costruire il percorso di reinserimento sociale è fatto di passaggi e occorre continuamente rivedere alcuni punti:

- in termini di bisogni: quale è la priorità
- in termini di tematica: da dove partire
- in termini di azioni/ interventi: come e da chi sono coordinati
- in termini di competenze: di chi sono le responsabilità
- in termini di tempo: adeguatezza degli interventi
- in termini di rischi: quali comportamenti dannosi si potrebbero ancora verificare
- in termini di risultato: rivedere i risultati rispetto agli obiettivi posti.

Il servizio sociale, partecipa all’equipe multiprofessionale portando la valutazione sociale che si caratterizza per: l’indagine socio- familiare - il segretariato sociale a favore della persona – le analisi delle risorse personali e sociali.

Il ruolo del servizio sociale in Rems si caratterizza marcatamente nel lavoro di rete, con l’attività di *“regia”*, ossia riattiva e costruisce collaborazioni con il territorio per la costruzione del progetto individualizzato a favore della persona. E precisamente per:

- favorire e garantire la connessione tra i servizi.
- fare da filtro e da ponte tra sanitario e sociale e giuridico.
- evitare la frammentazione e la sovrapposizione degli interventi.
- tenere insieme la complessità.
- condurre la multiproblematicità.
- costruire ipotesi.

Il percorso di inclusione è dare una nuova opportunità di cambiamento alla persona e al suo mondo circostante, quindi il territorio “*diviene una risorsa strategica per lo sviluppo di ipotesi, preziosa in quanto portatrice di specificità, qualità e differenze*”.

Lavorare con il territorio è collaborare con Enti e Servizi, nell’ottica di ricostruire e/o riparare storie che hanno profondamente segnato per la persona e per la sua comunità di appartenenza.

Preso atto del lavoro con il territorio, la successiva domanda che ci siamo posti è: **dove sono andate le persone dimesse dalle Rems?**

I dati raccolti, nell’anno 2023 indicano che l’uscita dalla Rems avviene attraverso percorsi in comunità; prima in regime di licenza-esperimento con successiva applicazione della libertà vigilata.

Le comunità interessate sono: strutture per doppia diagnosi- CPA- CRA- RSD.

Strutture lombarde del circuito privato accreditato.

Pertanto si può affermare che il percorso post Rems è caratterizzato da percorsi terapeutici comunitari e che la misura di sicurezza si mantiene per oltre per la durata di un anno (la libertà vigilata non può essere inferiore ad un anno).

Alla luce di quanto esposto, è certo, che il rientro della persona nel territorio di provenienza comporta tempi molto lunghi, con la necessità di un monitoraggio continuo della evoluzione del percorso trattamentale, nonché della misura di sicurezza in corso.

Nell’ultimo anno si sono verificati diversi rientri in Rems, conseguentemente la domanda è: **che cosa non ha funzionato sul territorio?**

Molte sono le riposte che potremmo darci, dato certo è che vi sono situazioni altamente complesse e di allarme sociale, che spesso il territorio non riesce a tenere.

Negli ultimi anni significativa è la presenza in Rems di persone comunitarie ed extracomunitarie e che si può riassumere in:

– persona straniera residente in Italia da diverso tempo nota ai servizi territoriali.

- persona straniera residente in Italia da tempo e non nota ai servizi territoriali
- persona straniera arrivata in Italia e che non ha una collocazione abitativa e familiare.

Nel 2023 le persone comunitarie ed extracomunitarie entrate in Rems sono state 24, la presenza annua si mantiene sulle 45 persone.

Rispetto a questa utenza la domanda è “**quale territorio pensare e/o fare riferimento?**”

Il paese d’origine e il viaggio migratorio ci indica il passato della persona mentre per il futuro le ipotesi possibili, nonché gli interventi da costruire comportano un lavoro sociale molto complesso.

Una funzione importante diviene il lavoro con la mediazione culturale, in tutte le sue competenze e durante tutto il tempo della degenza della persona.

In tale ambito la collaborazione prevalente è con gli Enti locali di residenza dei soggetti, volta a valutare a quali prestazioni sociali possono accedere, a seconda della condizione in cui vengono a trovarsi anche le loro famiglie.

Per questa fascia di popolazione, il servizio sociale svolge attività di segretariato sociale (verifica residenze-verifica documenti personali- permessi di soggiorno, ecc..) volta alla regolarizzazione del soggetto.

Quando la persona dichiara la volontarietà al rientro nel paese di origine, il servizio sociale Rems in collaborazione con la Questura e il Consolato interessato, promuove tutte le azioni volte presentazione del progetto di rimpatrio volontario, al Magistrato.

## BIBLIOGRAFIA

1. Rainieri – Corradini, *Linee guida e procedure di servizio sociale*. Manuale ragionato per lo studio e la consultazione, Erickson Editore.
2. Niero, *Metodi e tecniche di ricerca per il servizio sociale*, Carocci Editore.
3. Bertotti-Fazi-Rosignoli, *Il servizio sociale: le competenze chiave*, Carocci Editore.

# MISURA DI SICUREZZA DETENTIVA DELLA REMS, LIBERTÀ VIGILATA, MISURE PROVVISORIE E DEFINITIVE

6 MAGGIO 2024

**Secchi Beatrice**

Magistrato presso il Tribunale di Milano

In considerazione dell'argomento che mi è stato chiesto di affrontare, parlerò brevemente degli aspetti strettamente giuridici delle misure di sicurezza.

Un breve cenno in ordine ai presupposti applicativi di ogni misura di sicurezza personale, pur nella necessità di limitare il mio intervento alle misure di sicurezza applicabili ai soggetti nei cui confronti sia stato riconosciuto un vizio parziale o totale di mente (per noi imputati, condannati con pena ridotta o assolti, per voi pazienti).

Questi presupposti sono:

- l'aver commesso un fatto previsto dalla legge come reato;
- la pericolosità sociale del soggetto, intesa come probabilità di commissione di nuovi fatti di reato.

Una parentesi, in realtà essenziale, in un punto di pericolosità sociale.

A fondamento delle misure di sicurezza personali vi è un giudizio prognostico di pericolosità sociale, che nel soggetto portatore di disturbo psichiatrico assume una connotazione ben precisa e fortemente connessa al relativo quadro patologico della persona. Si parla più correttamente di pericolosità sociale psichiatrica.

Bisogna distinguere il concetto di pericolosità sociale psichiatrica (oggetto di accertamento peritale), declinabile in elevata e attenuata, che si identifica con la necessità attuale di cure e assistenza in regime di coazione o di libertà vigilata, da quello di pericolosità sociale, che è

una categoria prettamente giuridica e si fonda sui presupposti indicati dagli articoli 203 c.p. e 133 c.p., come prognosi criminale e rischio di recidiva, che rimane di competenza del giudice.

Nella valutazione di questo presupposto di applicabilità delle misure di sicurezza è all'evidenza importante il ruolo dell'esperto, detentore del sapere scientifico, e della **perizia**, a supporto della valutazione del giudice. Importanza che, tuttavia, non deve e non può tradursi in una delega totale a clinici e psichiatri di un giudizio che resta sempre di pertinenza della magistratura ed ancorato a parametri psichiatrico-forensi. Sul punto non può non richiamarsi il consolidato orientamento della giurisprudenza di legittimità secondo cui *“il giudizio sulla pericolosità sociale, rilevante ai fini dell'applicazione di una misura di sicurezza, costituisce compito esclusivo del giudice che deve tenere conto dei rilievi dei periti sulla personalità, sui problemi psichiatrici e sulla capacità criminale dell'imputato per valutare l'effettivo pericolo di recidiva, ma anche degli altri parametri desumibili dall'art. 133 c.p.”*.

È chiaro che quando si discosta dalle conclusioni del perito il giudice ha comunque sempre *“l'obbligo di motivare adeguatamente il proprio avviso contrario”*.

L'importanza del ruolo del perito, porta con sé l'assoluta necessità di un quesito aderente alla nuova normativa e non eccessivamente sintetico. Sul punto ricordo che il Protocollo di Milano contiene un “suggerimento” di quesito che mi pare adeguatamente completo.

Le misure di sicurezza rilevanti in relazione all'autore di reato affetto da vizio parziale o totale di mente sono: l'ospedale psichiatrico giudiziario e la casa di cura e di custodia (rispettivamente per il soggetto totalmente incapace e per quello parzialmente incapace) da eseguirsi presso REMS e la libertà vigilata (per entrambi) (nonostante la chiusura degli OPG, il nostro codice penale non è stato modificato né coordinato con la legge n. 81 e parla ancora di ospedale psichiatrico giudiziario e casa di cura e di custodia).

Le prime sono misure di sicurezza detentive, la seconda è non detentiva e può essere territoriale o comunitaria.

Autorità giudiziaria competente: il GIP o il Giudice del dibattimento che possono applicare la misura di sicurezza sia in via provvisoria nel corso del procedimento e del processo sia in via definitiva al momento dell'emissione della sentenza. Anche la Corte d'Appello può applicare una misura di sicurezza, sebbene ciò avvenga raramente.

L'applicazione di misura di sicurezza in via provvisoria può dunque avvenire sia nel corso delle indagini che nel corso del processo. Vi sono casi in cui, disposta una misura cautelare, emerga la patologia psichiatrica dell'imputato, con sostituzione della misura cautelare con una misura di sicurezza (provvisoria).

Non raramente accade che in udienza di convalida di arresto in flagranza o in sede di interrogatorio successivo all'applicazione di misura cautelare si possano cogliere tratti estremamente problematici nella personalità dell'imputato. In alcuni casi la difesa è in grado di produrre documentazione relativamente alla presa in carico del soggetto da parte dei centri di salute mentale o comunque relativa alle condizioni di salute psichica del soggetto. In altri casi, di maggiore emarginazione sociale, non si dispone di alcuna documentazione.

In questi casi, viene normalmente disposta nel più breve tempo possibile una perizia (ovvero una consulenza da parte del PM) con un quesito sia relativo alla capacità di intendere e di volere che alla pericolosità sociale.

Ove, in considerazione del quadro emerso, si debbano ritenere presenti esigenze cautelari di una certa rilevanza, può utilmente disporsi misura cautelare ex art. 286 c.p.p. ed utilizzare il tempo del ricovero (necessariamente breve) per disporre i necessari accertamenti. Ancora una volta è estremamente importante che il perito si rapporti con i servizi territoriali e valuti con attenzione – nel caso in cui formuli un giudizio di pericolosità sociale - la possibilità/utilità di disporre la misura di sicurezza della libertà vigilata, eventualmente con obbligo di permanenza presso struttura comunitaria terapeutica.

La misura di sicurezza disposta in via provvisoria, se non revocata dal Giudice e confermata in sede di emis-

sione della sentenza, permane sino alla irrevocabilità della sentenza stessa.

La misura di sicurezza, anche quando disposta in via provvisoria, è comunque soggetta alla regola della necessaria rivalutazione semestrale della pericolosità sociale. Questa rivalutazione peraltro spesso non avviene.

Quando la sentenza diventa irrevocabile (passa in giudicato), gli atti vengono trasmessi al magistrato di sorveglianza che dovrà valutare l'attualità della pericolosità sociale del condannato (o assolto per vizio totale di mente) e, in caso positivo, dichiarare eseguibile la misura di sicurezza.

Il Magistrato di Sorveglianza fonda sostanzialmente la propria decisione sulle relazioni che vengono inviate dai DSM e che evidenziano l'evoluzione della storia clinica del paziente. È a mio avviso importante in questi casi tenere ben distinta la necessità di cura del soggetto dalla valutazione sulla sua pericolosità sociale e non protrarre indefinitamente nel tempo l'applicazione di misure di sicurezza, e specificamente della libertà vigilata (che non ha termine di durata massima) in assenza di una concreta pericolosità sociale del paziente e solo per "il timore" che un abbandono della cura possa determinare la ricaduta nel delitto. Soprattutto quando i servizi psichiatrici riescono a creare un'alleanza terapeutica con il paziente (che viene in pratica convinto a recarsi al servizio, anche talvolta in assenza di una completa consapevolezza di malattia), può giungersi alla revoca della misura di sicurezza della libertà vigilata. Già si è detto che la pericolosità sociale non può essere sovrapposta acriticamente alla necessità di cura, ma postula un giudizio sulla probabilità che il soggetto possa commettere reati. È utile che questo aspetto venga affrontato nelle vostre relazioni, fermo restando che la responsabilità ultima della revoca di una misura di sicurezza è del Magistrato.

Quali sono i principi che il Magistrato deve seguire nell'applicazione delle misure di sicurezza.

Ricordo che l'art. 1 del d.l. 52/2014, convertito nella legge 81/2014 dispone: Il giudice dispone nei confronti

dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali.

È assolutamente pacifico che questi criteri si applichino sia alle misure di sicurezza definitive che a quelle provvisorie.

In sintesi i principi di fondo della legge n. 81 ai quali il magistrato deve attenersi sono:

- il principio di priorità della cura necessaria,
- l'essere la misura di sicurezza detentiva misura residuale e transitoria,
- la centralità del progetto terapeutico individuale,
- il principio di territorialità (strettamente connesso alla finalità della cura che è necessariamente anche quella del reinserimento del soggetto nel tessuto sociale dal quale proviene).

Quindi: in base all'attuale normativa la misura di sicurezza detentiva (OPG o casa di cura e di custodia, entrambe da eseguirsi presso Rems) ha in primo luogo assunto il **carattere della eccezionalità**. La legge dispone chiaramente che la misura di sicurezza detentiva può essere disposta solo quando siano acquisiti elementi dai quali risulta che ogni altra misura di sicurezza – vale a dire la libertà vigilata – non è idonea ad assicurare cure adeguate a fronte della pericolosità sociale dell'imputato.

**La mancanza del programma terapeutico individuale** (che deve essere predisposto dal servizio territoriale) è per

espressa disposizione di legge elemento che non può essere considerato al fine di supportare il giudizio di pericolosità sociale. Questa fondamentale disposizione implica che l'abbandono dell'autore del reato, la circostanza cioè che l'autore di reato non sia "preso in carico" da nessun servizio, non è elemento che possa essere posto a base della valutazione del giudizio di pericolosità sociale. Sul punto deve essere ricordata la sentenza della Corte Costituzionale n. 186/2015 che espone principi importanti e sul punto specifico afferma: "l'inefficienza delle amministrazioni sanitarie regionali nel predisporre i programmi terapeutici individuali non può tradursi nell'applicazione di misure detentive, inutilmente gravose per il malato".

Ancora: sempre per espressa disposizione di legge, non sono elementi che possano supportare un giudizio di pericolosità prodromico all'applicazione di misura di sicurezza detentiva le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo di cui all'**art. 133 II comma n. 4 c.p.**

Questo significa che, per espressa disposizione di legge, il Giudice non potrà ritenere necessaria la misura di sicurezza detentiva in ragione delle condizioni di vita particolarmente svantaggiate dell'imputato. Questa norma è stata voluta per interrompere la realtà di internamenti determinati o prorogati in ragione delle condizioni di emarginazione sociale del soggetto e dunque **di porre freno alla categoria di origine giurisprudenziale della c.d pericolosità latente.**

La legge ha dunque espressamente stabilito che l'internamento in REMS può avvenire sulla base dei soli **indicatori interni**, ossia sulla base delle sole qualità soggettive della persona, senza tenere conto di condizioni di vita, familiari e sociali o per carenza di programmi di cura.

Questo passaggio è stato confermato dalla Corte Costituzionale (sentenza n. 186 del 24.06.2015) che ha dichiarato la costituzionalità della norma ed affermato che questa limitazione vale "solo per disporre il ricovero di una persona in ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura". La limitazione non riguarda in generale la pericolosità sociale, ma ha lo scopo di riservare le misure



estreme ai soli casi in cui sono le **condizioni mentali** della persona a renderle necessarie.

È pacifico che le condizioni di cui all'art. 133 n. 4 c.p. possono – o meglio devono – essere tenute presenti in senso favorevole all'imputato; questo significa che l'esistenza di una rete familiare e sociale di sostegno può essere considerata elemento suscettibile di supportare un giudizio di non necessità della misura di sicurezza detentiva.

L'internamento in REMS ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere della eccezionalità, **ma anche della transitorietà**: il Dipartimento di salute mentale competente per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere transitorio il ricovero in struttura e tale da strutturare un ritorno sul territorio del soggetto.

Deve dunque evidenziarsi che la riforma ha posto al centro del sistema i dipartimenti di salute mentale, titolari dei programmi terapeutici individuali; **le Rems oggi sono solo un elemento del sistema di cura** e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. I dipartimenti di salute mentale, servizi territoriali ai quali è affidata la cura dei malati psichici e titolari del programma terapeutico individuale, **hanno assunto un ruolo centrale**. Anche se purtroppo le risorse finanziarie dei dipartimenti non sono state aumentate come la nuova legge avrebbe necessariamente richiesto.

Un dato è pacifico in quanto espresso dalla legge e sottolineato in importanti pronunce della Corte Costituzionale: la misura di sicurezza detentiva deve essere utilizzata con estrema cautela. È pacifico l'effetto iatrogeno del ricovero, della prolungata istituzionalizzazione e della privazione della libertà del malato.

Non può essere attribuita ad una istituzione – nella specie la REMS – una funzione che deve essere svolta da altri. La cura del soggetto deve avvenire nei contesti a ciò specificamente deputati, riservando la misura di sicurezza detentiva ai soli casi nei quali il soggetto – sulla base di una valutazione rispettosa dei criteri di legge – debba

essere considerato socialmente pericoloso e bisognoso di misura detentiva.

Un dato è certo: sino a quando la magistratura, da un lato, ed i medici, dall'altro, non riusciranno a realizzare una collaborazione sostanziale – indipendentemente e nonostante dalla mancanza di risorse che affligge tutti noi – la legge di riforma resterà lettera morta.

La misura di sicurezza detentiva ha una **durata massima**, decorsa la quale il soggetto non potrà più esservi sottoposto.

La libertà vigilata, misura di sicurezza non detentiva, non ha durata massima.

Problema assolutamente rilevante è quello, notorio, delle **liste d'attesa** per fare ingresso nelle REMS: sappiamo bene che i soggetti destinatari di misura di sicurezza detentiva che rimangono in lista d'attesa o sono liberi oppure, nei casi in cui la misura cautelare della custodia in carcere è stata sostituita con la misura di sicurezza detentiva, rimangono detenuti. Questo dovrebbe portare ad una seria riflessione in quanto, nei fatti, noi disponiamo misure di sicurezza detentive che o rimangono ineseguite o sono alla base di detenzioni pacificamente illegittime. Anche in questo caso una seria implementazione dei servizi territoriali e delle possibilità di collocamento in comunità dei destinatari di misura di sicurezza, potrebbe pacificamente contribuire ad affrontare efficacemente il problema. È ovvio che sarebbero necessari appropriati stanziamenti al fine di dotare i servizi territoriali di personale, medico ma non solo (assistenti sociali, educatori).

Altro punto ancora oggi non adeguatamente affrontato è quello delle prescrizioni inerenti la misura di sicurezza della libertà vigilata, espressamente previste dall'art 228 cp. È assolutamente indispensabile che il magistrato indichi precisamente le prescrizioni alle quali il libero vigilato deve attenersi. Soprattutto nel caso in cui il soggetto sia collocato in comunità, il fatto che il magistrato indichi chiaramente le prescrizioni connesse alla misura è indispensabile anche per fare comprendere a coloro che devono gestire la situazione ed impostare la cura i confini entro i quali devono e possono muoversi.

Un tema dolente è quello dei **soggetti stranieri ed irregolari sul territorio**. Si tratta di soggetti normalmente privi di collegamenti sul territorio, che molte volte vivono in situazioni di assoluta indigenza; spesso si tratta addirittura di soggetti privi di una abitazione. Soggetti dunque nei cui confronti è particolarmente complicato un approccio diverso da quello prettamente custodialistico. Sono soggetti che non sono quasi mai "in carico" ad una struttura sanitaria. Si tratta però di persone nei cui confronti devono essere seguiti gli stessi criteri e principi sopra indicati.

L'art. 35, comma III, d.lvo 286/1998 stabilisce che ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno sono assicurate nei presidi pubblici ed accreditati le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva". La circolare del Ministero Salute n. 5 del 2000 afferma: "In ordine alla tipologia di prestazioni previste dal terzo comma dell'art. 35 del testo unico si chiarisce che: per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona; per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti). È stato, altresì, affermato dalla legge il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso." Anche gli stranieri "irregolari", dunque, hanno diritto alla cura, devono necessariamente essere "presi in carico" dai dipartimenti di salute mentale e nei loro confronti devono essere predisposti programmi di cura. Ancora una volta si presenta il problema delle risorse economiche assicurate ai Dipartimenti di salute mentale.

Ringrazio tutti Voi per il lavoro che fate (in assoluto uno dei più difficili in quanto sempre a contatto con la sofferenza umana) augurandoVi *"lo slancio e la passione della speranza, l'intelligenza del cuore e l'attenzione, l'immedesimazione negli stati d'animo dei pazienti e l'ascolto delle loro parole, incrinata da un dolore talora infinito"* (Borgna E., L'agonia della psichiatria).

# SULLE EQUIPE FORENSI: DALLA TEORIA ALL'APPLICAZIONE PRATICA

27 MAGGIO 2024

**Stanga Valentina**

*Equipe Forense DSM-D ASST Spedali Civili di Brescia*

Nella realtà rappresentata da ASST Spedali Civili di Brescia l'equipe multidisciplinare forense è attiva da Gennaio 2018 con sede attuale presso la Comunità ad Alta Assistenza (CPA) "Giardino". Nel corso del 2023 sono stati individuati gli spazi per la costituzione di due sedi dedicate ubicate in due poli della città adiacenti a CPS e centri diurni, con l'obiettivo di inserire l'equipe nelle maglie del territorio ed essere facilmente accessibile a pazienti e operatori.

I componenti dell'equipe forense sono stati quattro dal 2018 al 2023 (di cui tre operatori a tempo parziale e solo uno a tempo pieno), il progetto di rafforzamento dei DSM-D ci ha permesso di acquisire una assistente sociale a tempo pieno, 2 TerP a tempo pieno e 2 psicologi liberi professionisti a 20 ore settimanali. I nuovi professionisti hanno preso servizio in Unità operative e strutture differenti in modo che l'equipe forense potesse essere ben rappresentata in più contesti.

Ciascun paziente noto al servizio per avere un procedimento penale attivo – sia una misura di sicurezza che un procedimento ordinario - o una pendenza penale ha un fascicolo integrativo forense oltre alla cartella del CPS. Nel momento in cui la Misura di Sicurezza o la pena si esaurisce, il fascicolo viene chiuso.

Le attività svolte dai componenti dell'equipe forense, secondo competenza, sono diverse e variegate:

- stesura condivisa con i Servizi delle relazioni richieste dal Magistrato di Sorveglianza per il riesame della pericolosità sociale e dall'avvocatura;

- accompagnamento in udienza/Questura per la firma dei pazienti con tale prescrizione inseriti nelle nostre strutture (se ritenuto auspicabile);
- comunicazione e collaborazione con i periti nominati da PM/GIP;
- comunicazione con Procura e Tribunale di Sorveglianza, secondo competenza;
- riunioni d'equipe con le strutture extra-dipartimentali ospitanti nostri pazienti in Misura di Sicurezza;
- gestione di SMOP e aggiornamento PTRI (per i pazienti inseriti in REMS);
- attività Istituti Penitenziari (coordinamento consulenti, collaborazione con la Area Sanitaria e Direzione);
- nel caso di pazienti inseriti in REMS interfaccia con l'equipe multiprofessionale della struttura, al fine di fornire informazioni clinico-anamnestiche e sociali integrative, valutare il decorso clinico, stilare insieme il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) e valutarne nel tempo gli esiti;
- nell'ambito della definizione di un progetto – quando possibile - veicolare il flusso di informazioni utili per la definizione della Misura di Sicurezza più adeguata all'Autorità Giudiziaria e al perito con l'obiettivo di favorire percorsi di cura alternativi all'invio nelle REMS (da Lg. 81 considerate extrema ratio), riservando la Misura di Sicurezza detentiva ai pazienti con pericolosità sociale elevata. Non è valido motivo di invio in REMS la mancanza di progetti sul territorio, se praticabili.

Grazie all'acquisizione di nuovi componenti dell'equipe forense è stata possibile la strutturazione, condivisione ed applicazione di due gruppi dedicati ai pazienti autori di reato inseriti nelle strutture residenziali del DSM-D. Il primo gruppo è denominato "Progetto Social Skills Training" ed è stato costruito ed attualmente gestito dalle due TerP dell'Equipe Forense. Il secondo gruppo è denominato "R.I.P.A.R" ed è stato costruito ed attualmente gestito dai due psicologi acquisiti in Equipe Forense. Entrambi i corsi sono stati avviati e si stanno svolgendo all'interno

degli spazi delle strutture riabilitative del Dipartimento. Elaborato inoltre il protocollo del terzo gruppo, dedicato ad utenti autori di reato afferenti ai CPS e non inseriti in residenzialità, finalizzato alla gestione della rabbia e dell'impulsività. Il gruppo è denominato "Struttura gestione gruppo ACT" (Acceptance & Commitment Therapy) focalizzato sulla gestione della rabbia problematica e del controllo degli impulsi. In corso il consolidamento e la costruzione di una rete di comunicazione diretta fra gli psicologi dell'Equipe Forense e gli psicologi dei CPS del nostro territorio al fine di condividere il percorso psicologico dei pazienti autori di reato attraverso l'utilizzo di connessioni da remoto ed equipe in presenza, con presa in carico da parte degli psicologi dell'EF di utenti con predominanti problematiche di natura forense (es: invio da parte della Autorità Giudiziaria per percorso di supporto e riabilitazione dei pazienti maltrattanti, lavoro sulla consapevolezza del reato).

Dati Equipe Forense aggiornati al 17.05.2024: 192 fascicoli aperti (116 fascicoli archiviati), tracciati tutti i pz per i quali è noto ai servizi un procedimento penale in corso, sia esso in fase preliminare o definitivo, nonché una indagine (es: richiesta di informazioni da parte della Autorità Giudiziaria). 87% dei pazienti è di sesso M (167 M vs 25 F).

#### Criticità emerse dall'attività dell'Equipe Forense:

- L'attività si concentra sull'urgenza e sui percorsi dei pazienti in Misura di Sicurezza.
- La comunicazione con il perito è spesso limitata alla trasmissione di relazioni cliniche aggiornate (se paziente noto), senza alcuna reale condivisione della progettualità, motivo per il quale derivano problemi legati all'effettiva costruzione dei progetti residenziali nonché assegnazioni evitabili.
- Criticità interna al DSM: pazienti in attesa di essere inseriti in una struttura nel frattempo permangono al domicilio (spesso con le p.o.!) o in SPDC mentre pz assegnati alla REMS nelle more vengono inseriti in strutture del DSM (CPA/CRA) che però per definizione non sarebbero idonee alla loro accoglienza con

conseguenti vissuti di insofferenza, timori e resistenze da parte del personale.

- Difficile reperimento posti letto nelle residenzialità, che presentano lunghe liste d'attesa anche per pazienti «ordinari» (proposta di contemplare posti dedicati ai liberi vigilati, incrementare i posti delle c.d. «doppie diagnosi» con maggior facilità di inserimento in tempi contenuti).
- Comunità 43 san: hanno più facilmente posto ma hanno costi onerosi e spesso sono dislocate rispetto al territorio con difficoltà di condivisione del percorso di cura.
- Tuttora difficoltosa la comunicazione con le ff.oo, che spesso confondono le funzioni della psichiatria e ci chiedono di fare custodia e vigilanza.

Si allegano le slide riguardanti i due casi clinici trattati.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

1. DSM 5 TR *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Quinta edizione. 2023 Raffaello Cortina Editore.
2. Ugo Fornari, *Trattato di psichiatria forense*. 2018. a cura di Utet giuridica.
3. Ugo Fornari, *I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto di infermità?* [www.giustizia.lazio.it/2005](http://www.giustizia.lazio.it/2005)
4. Legge 30 maggio 2014, n. 81
5. Delibera X/5340 del 2016

# SMOP E ALTRI SISTEMI INFORMATIVI DI GESTIONE DEI SOGGETTI AUTORI DI REATO

27 MAGGIO 2024

**Vanna Poli**

Struttura Salute Mentale Direzione Generale  
Sanità Regione Lombardia

Le informazioni a disposizione dei professionisti costituiscono una delle principali fonti di lavoro; attraverso di esse si traccia una linea di continuità tra il passato ed il futuro necessaria a modulare le organizzazioni, orientarle, migliorarne e attualizzarne le performance con l'obiettivo di rispondere, al meglio possibile, all'utenza dei servizi.

Quando parliamo di Servizi, il primo utente che deve trarre beneficio dall'utilizzo dei Sistemi Informativi è il professionista stesso. Troppo spesso, per la gravosità dei

carichi di lavoro o per la scorretta organizzazione, l'azione di "alimentare" un sistema informativo è vissuta come un'attività afinalistica oppure come legata esclusivamente a necessità di natura rendicontativa.

È ormai fondamentale dare una corretta lettura della porzione di impegno che viene richiesto ai professionisti sanitari nell'utilizzare i sistemi informativi; appropriarsi delle informazioni in essi contenute, saperle leggere, consultare, rielaborare ed utilizzare, restituirà al professionista il valore del lavoro di data-entry.

Il sistema informativo è una componente fondamentale di ogni organizzazione: è l'insieme dei processi che gestiscono la risorsa informazione.

Un sistema informativo è una combinazione di risorse, umane e materiali, e di procedure organizzate per la raccolta, l'archiviazione, l'elaborazione e lo scambio delle informazioni necessarie alle attività operative (informazioni di servizio), alle attività di gestione (informazioni di gestione) e alle attività di programmazione, controllo e valutazione (informazioni di governo).

La porzione informatizzata del sistema informativo è chiamata sistema informatico, cioè l'insieme delle

applicazioni software e degli strumenti hardware che gestiscono i dati e i flussi informativi.

Nel sistema informativo della psichiatria lombarda (nelle sue evoluzioni dal 1993 ad oggi, PSICHE – PSICHE 2000 – PSICHE WEB – SIPRL) è da sempre presente la possibilità di identificare le prestazioni erogate a favore di persone inserite nel circuito giudiziario attraverso l'apposizione di un flag nell'apposito spazio.

Con la Circolare Regionale n. 16/2016 è stata introdotta tra le sedi in cui si erogano prestazioni di salute mentale, anche gli Istituti Penitenziari (punto 6.0 PRESTAZIONI PSICHIATRICHE IN ISTITUTO DI PENA); si specifica che *“Le prestazioni psichiatriche erogate presso gli istituti di pena sono da considerarsi parificate alle prestazioni erogate dalle Strutture territoriali (CPS – AMB) delle Unità Operative di Psichiatria pur alla presenza di un diverso sistema di finanziamento Specifico per la sanità penitenziaria.”*

Con DGR n. 2672 del 16/12/2019, Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2020, al paragrafo n. 6.8. Sanità Penitenziaria, al punto Obbligo di utilizzo del Sistema Informativo Regionale della Sanità Penitenziaria /REMS,

tra le altre determinazioni viene disposto che *“Il sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere avvierà la registrazione delle attività di natura psichiatrica erogate ai soggetti in esse residenti tramite il sistema Psiche Web a far tempo dal 1° gennaio 2020; ciò consentirà di mantenere un raccordo anamnestico e di percorso terapeutico tra il sistema polimodulare e i DSMD che devono garantire la presa in carico dei pazienti ad essi afferenti.”*

Infatti, il Sistema Informativo di Psichiatria della Regione Lombardia (SIPRL) mette in rete tutti i servizi di psichiatria degli enti pubblici e privati accreditati a contratto (questi ultimi erogatori di prestazioni residenziali e semiresidenziali).

L'utilizzo del Sistema informativo per il Monitoraggio del processo di superamento degli OPG (SMOP) viene disposto come obbligatorio in regione Lombardia con DGR n. 5954 del 05/12/2016, Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2017. Al capoverso i) Sanità Penitenziaria, tra i contenuti si recita *“Pertanto, dal 2017 esso dovrà essere utilizzato sistematicamente per l'inserimento dei dati dei pazienti sottoposti a misura di sicurezza, con particolare*

*riguardo al previsto PTRI che deve obbligatoriamente essere predisposto ed inviato al Ministero ed alla Magistratura ai sensi dei disposti della legge 81/2014. L'inserimento di tali dati nel sistema web costituirà dunque pieno adempimento rispetto alle suddette previsioni di legge, senza ulteriori invii cartacei."*

In tempi più recenti viene confermato l'utilizzo di SMOP:

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza, ai sensi dell'articolo 3-ter, decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 e del D.M. 1° ottobre 2012 (Allegato A), recante "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia". (Rep. Atti n. 188/CU del 30 novembre 2022)

Art. 14 - Sistema informativo per il monitoraggio del processo di superamento degli OPG (SMOP)

Le Regioni e le PPAA assicurano l'uniforme e continuo monitoraggio delle attività delle R.E.M.S. - con priorità per gli ingressi e le uscite dalle R.E.M.S., la definizione dei progetti terapeutico riabilitativi individuali ai sensi della legge n. 81/2014, la gestione delle liste di attesa e le informazioni sui percorsi di presa in carico sanitaria in applicazione di misure di sicurezza non detentive - attraverso il Sistema informativo SMOP1 della Regione Campania, già adottato dalla quasi totalità delle Regioni e, in particolare, da tutte le Regioni e PPAA. sede di R.E.M.S. ...

Le Regioni e le PPAA, il Ministero della Salute ed il Ministero della Giustizia assumono l'impegno ad assicurare

l'allineamento e l'eventuale unificazione della gestione informatizzata di monitoraggio continuo e complessivo dell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non detentive applicate sul territorio nazionale in via provvisoria o definitiva a persone affette da infermità psichica, totale o parziale, e ritenute socialmente pericolose.

Le informazioni visibili e/o gestibili dai diversi utenti che accedono a SMOP, variano in funzione del livello e della struttura di appartenenza del singolo utente: gli operatori di una ASL/ATS, per esempio, accedono al sistema con specifici privilegi che consentono la visualizzazione dei soli pazienti di propria competenza territoriale, indipendentemente dalla struttura nella quale si trovano, e potranno accedere a tutte le informazioni (anagrafiche, giuridiche, sanitarie) ma inserire e modificare solo quelle di stretta pertinenza della propria ASL/ATS (es documentazione da allegare, percorsi direttamente gestiti, ecc.). I DSM/UOP (Dipartimenti di Salute Mentale/Unità Operative di Psichiatria avranno accesso, in visualizzazione, inserimento e modifica, a tutti i pazienti afferenti per competenza territoriale e, attraverso SMOP possono gestire tutta la documentazione relativa al paziente in lista d'attesa REMS o in essa già inserito (es documentazione di presa in carico territoriale, progetto di uscita ecc.). Analogamente sono predisposti gli accessi e le operatività dei livelli organizzativamente superiori (Regione, Coordinamento di bacino macroregionale e Coordinamento del Laboratorio).

Come da disposizioni, in SMOP deve essere inserito il P.T.R.I. (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale) definito in collaborazione tra i diversi attori istituzionali coinvolti, deve essere inserito entro 45 giorni dalla segnalazione per la presa in carico nel sistema informativo di cui all'articolo 14 dell'Accordo di CU del 30.11.2022

Sempre in tema di gestione informativa della persona con disturbi psichici e sottoposta a procedimento penale, è opportuno richiamare l'attenzione sul Sistema Informativo di Sanità Penitenziaria (SISPE); si tratta

di una cartella clinica informatizzata introdotta negli istituti di pena con atto regionale già sopra richiamato: DGR n. 5954 del 05/12/2016, Determinazioni in ordine alla gestione del Servizio Sanitario e Sociosanitario per l'esercizio 2017, con l'obiettivo di favorire la continuità assistenziale e terapeutica, e pertanto anche degli aspetti relativi alla diagnosi, trattamento e continuità di cura dei disturbi psichici.

L'attivazione di un sistema informativo alimentato da cartelle sanitarie informatizzate è individuata tra gli strumenti per perseguire gli obiettivi di salute previsti dal D.P.C.M. 1° aprile 2008 che, come noto, ha trasferito al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie, i rapporti di lavoro e le risorse in materia di Sanità Penitenziaria.



# ALLEGATI

> **IL PROTOCOLLO DI MILANO**

> **IL PROTOCOLLO DI BRESCIA**



# PROTOCOLLO OPERATIVO IN TEMA DI MISURE DI SICUREZZA PSICHIATRICHE PER IL DISTRETTO DI MILANO

## **Documento stipulato tra:**

*Corte di Appello di Milano*

*Procura Generale presso la Corte di Appello di Milano*

*Tribunale di Sorveglianza di Milano*

*Tribunali del Distretto*

*Procure della Repubblica presso i Tribunali del Distretto*

*Ordine distrettuale degli Avvocati di Milano*

*Camere Penali distrettuali di Milano*

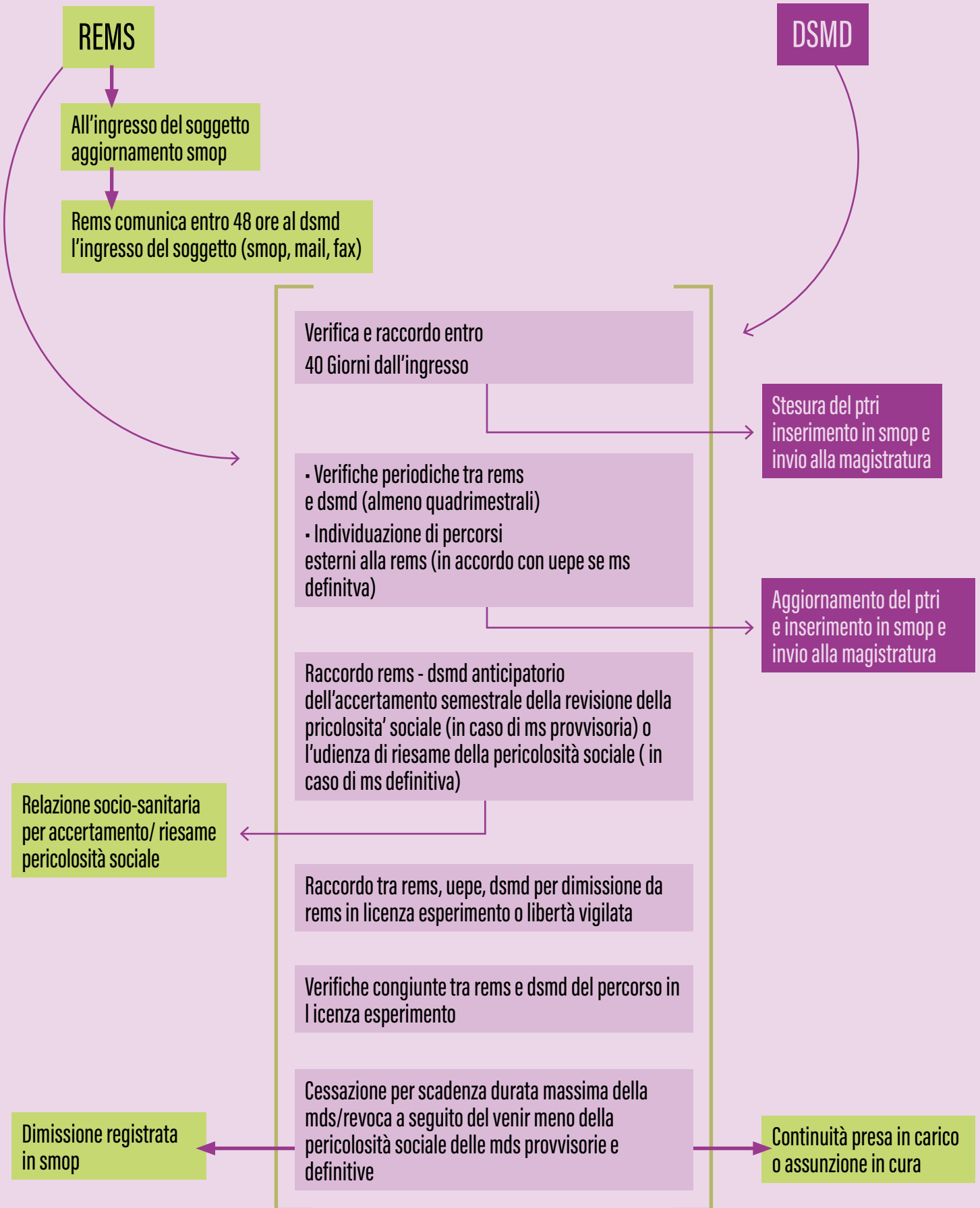
*Regione Lombardia Direzione Generale del Welfare*

*Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria*

## **LINK AI DOCUMENTI:**

- ▶ [Decreto 17847 del 6 dicembre 2019](#)
- ▶ [Protocollo di Milano](#)
- ▶ [Conferenza unificata](#)
- ▶ [Indicazioni per il funzionamento delle micro equipe ex DGR 5340/2016](#)
- ▶ [Glossario](#)
- ▶ [Elenco allegati](#)
- ▶ [Allegato 1](#)
- ▶ [Allegato 2](#)
- ▶ [Allegato 3](#)
- ▶ [Allegato 4](#)
- ▶ [Allegato 5](#)
- ▶ [Allegato 6](#)
- ▶ [Allegato 7](#)

## PERCORSO DEL SOGGETTO IN REMS



# PROTOCOLLO D'INTESA PER L'APPLICAZIONE DI UN MODELLO OPERATIVO DI SUPERAMENTO DEGLI OPG (L. 81/2014) NEL TERRITORIO DEL DISTRETTO DI CORTE D'APPELLO DI BRESCIA

## **Documento elaborato da:**

Monica Lazzaroni e Marina Azzini <sup>1</sup>

Erica Battaglia <sup>2</sup>

Giovanni Pagliuca <sup>3</sup>

Franco Milani, Vanna Poli, Gianfranco Rivellini <sup>4</sup>

Severina Panarello <sup>5</sup>

<sup>1</sup> per la magistratura di sorveglianza

<sup>2</sup> per le Procure della Repubblica del distretto;

<sup>3</sup> per gli uffici giudicanti del distretto;

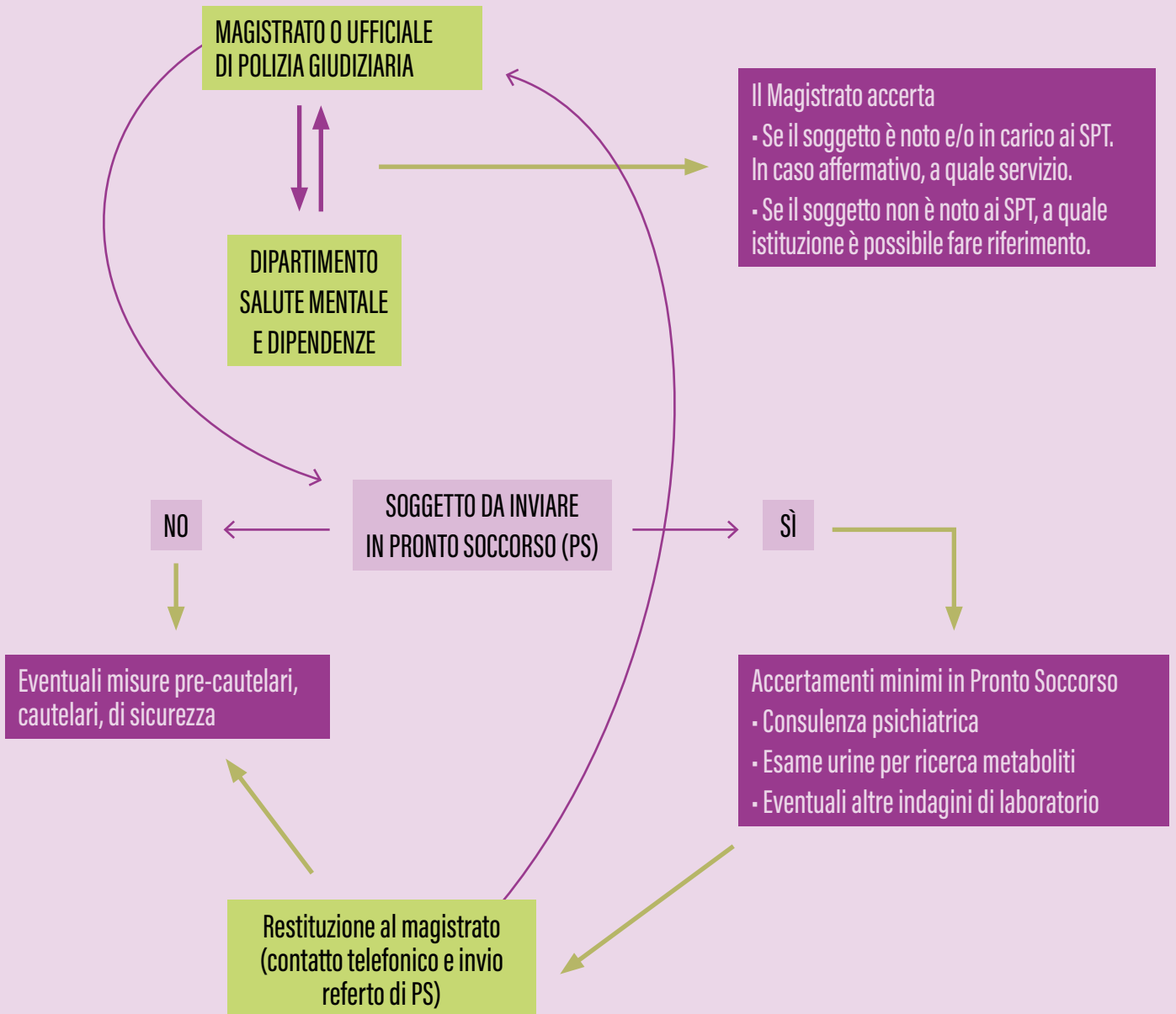
<sup>4</sup> per la Regione Lombardia;

<sup>5</sup> per l'Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna

## **LINK AI DOCUMENTI:**

- ▶ [Decreto 9958 del 10 luglio 2018](#)
- ▶ [Protocollo di Brescia](#)
- ▶ [Materiale di consultazione](#)
- ▶ [Elenco allegati](#)
- ▶ [Allegato 1](#)
- ▶ [Allegato 2](#)
- ▶ [Allegato 3](#)
- ▶ [Allegato 3 bis](#)
- ▶ [Allegato 4](#)
- ▶ [Allegato 5](#)
- ▶ [Allegato 6](#)
- ▶ [Allegato 7](#)
- ▶ [Allegato 8](#)
- ▶ [Allegato 9](#)
- ▶ [Allegato 10](#)
- ▶ [Allegato 11](#)
- ▶ [Allegato 12](#)
- ▶ [Allegato 13](#)
- ▶ [Allegato 14](#)
- ▶ [Allegato 15](#)

## PERCORSO PER ACCERTAMENTO DELLO STATO CLINICO-PSICOPATOLOGICO DEL SOGGETTO NELL'IMMEDIATEZZA DEL REATO



## COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

Tutti i Soci e i Colleghi interessati possono collaborare alla redazione del periodico, nelle diverse sezioni in cui esso si articola.

Per dare alla rivista la massima ricchezza di contenuti, è opportuno, per chi lo desidera, concordare con la Redazione i contenuti di lavori di particolare rilevanza inviando comunicazione al Direttore o la segreteria di redazione, specificando nome cognome e numero di telefono, all'indirizzo [redazione@psichiatriaoggi.it](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

