



PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXIII • n. 1 • gennaio–giugno

PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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

Fondata e Diretta da:
Alberto Giannelli

Comitato di Direzione:
Massimo Rabboni (Bergamo)
Massimo Clerici (Monza)

Comitato Scientifico:
Claudio Mencacci (Milano, MI)
Gianluigi Tomaselli (Treviglio, BG)
Giorgio Cerati (Legnano)
Emilio Sacchetti (Brescia)
Silvio Scarone (Milano)
Gian Carlo Cerveri (Milano)
Arcadio Erlicher (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Mario Ballantini (Sondrio)
Franco Spinogatti (Cremona)
Costanzo Gala (Milano)
Gabiella Ba (Milano)
Cinzia Bressi (Milano)
Claudio Cetti (Como)
Giuseppe De Paoli (Pavia)
Nicola Poloni (Varese)
Antonio Magnani (Castiglione delle Stiviere, MN)
Gianluigi Nobili (Desenzano, BS)
Andrea Materzanini (Iseo, BS)
Alessandro Grecchi (Varese)
Francesco Bartoli (Monza)
Lucia Volonteri (Milano)
Antonino Calogero (Castiglione delle Stiviere, MN)

Segreteria di Direzione:
Giancarlo Cerveri

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.

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
Registrazione Tribunale Milano n. 627 del 4-10-88
Pubblicazione semestrale - Distribuita gratuitamente tramite internet.

IN PRIMO PIANO

3 **Psichiatria ai tempi di sars-cov-2: il caso di Codogno**
di Paletta S., Grassi S., Bertorello A., Bonizzoni M., Grasso F., Cerveri G.

PARERI

11 **Tossicodipendenza: normalità o coercizione alla cura?**
Possibilità e limiti di un approccio ad una "doppia diagnosi" che cambia sempre più velocemente
di Clerici M.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

20 **Interventi psichiatrici di consulenza e collegamento nei reparti COVID-19**
L'esperienza lariana
di Alamia A., Casolaro I., Guanella E., Banfi F., Ferrari R., Fraticelli C.

30 **Studio quali-quantitativo di follow up sul passaggio e la continuità delle cure dalla npia alla psichiatria adulti nei giovani in età di transizione**
di Carnevali C., Meiattini R., Montrasio C., Durbano F.

40 **I Disturbi da Stress nel personale sanitario**
Un modello di intervento durante l'emergenza Covid-19 nell'ASST di Lodi
di Cibra C., Marasco M., Grossi C., Diadema E., Carmassi C., Gesi C., Dell'Osso L., Paglia S., Cerveri G.

48 **Musicalità e psicopatologia: il potere riabilitativo del canto**
di Crespi G., Tringali A., Anguilano L., Viganò F., Limonta M., Clerici M.

57 **¡VAMOS!**
Un progetto terapeutico-riabilitativo per una psichiatria oltre i confini
De Adamich B.M., Parabiaghi A.

64 **Impatto di covid-19 sui servizi psichiatrici d'urgenza**
L'esperienza milanese del Fatebenefratelli-Sacco
di Dragogna F., Russo S., Mencacci C.

71 **Il servizio per l'ADHD dell'adulto durante la pandemia da COVID-19**
Tra riorganizzazione e individualizzazione degli interventi
di Uccello M., Meola L., Fraticelli C.

PSICHIATRIA FORENSE

76 **Uso di misure contenitive e responsabilità dello psichiatra**
di Mantovani R.

78 **Dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 99 del 2019 al bilanciamento tra il diritto alla salute dell'individuo affetto da patologie psichiatriche entrato nel circuito penale, il diritto alla sicurezza della collettività e le responsabilità e le risorse della psichiatria territoriale: i Dipartimenti di Salute Mentale come "vittime" o come attori protagonisti?**
di Amatulli A.

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

Dalla sentenza della Corte di Cassazione n. 99 del 2019 al bilanciamento tra il diritto alla salute dell'individuo affetto da patologie psichiatriche entrato nel circuito penale, il diritto alla sicurezza della collettività e le responsabilità e le risorse della psichiatria territoriale: i Dipartimenti di Salute Mentale come “vittime” o come attori protagonisti?

Antonio Amatulli

I percorsi dell'esecuzione penale dei soggetti affetti da patologie psichiatriche e giudicati infermi o semi-infermi di mente prevedono, superate le logiche e le strutture degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ¹, la possibilità di essere curati (e custoditi) nelle Residenze per la esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) quando considerati non imputabili o semi-imputabili e pericolosi socialmente, e di seguire percorsi territoriali, anch'essi sotto la responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD), in tutte quelle condizioni, che il legislatore ha definito dovere essere la norma (L.81 del 2014), nelle quali la pericolosità fosse ritenuta compatibile con misure di sicurezza meno afflittive di quella detentiva (esempio, libertà vigilata).

Rimaneva, però, fino a poco tempo fa, assolutamente scoperta tutta quella congerie di situazioni che non erano passate al vaglio processuale, come le patologie psichiatriche sopravvenute durante la detenzione. Per esse, rimaneva la grottesca situazione della permanenza dell'art.148 c.p., che le destinava all'OPG, nel frattempo istituzione scomparsa. Così, non restava che la cura (psichiatrica) nelle sezioni di salute mentale delle carceri,

ancorchè presenti, evidentemente inadeguate, nella maggioranza dei casi, a farvi fronte in maniera soddisfacente. Questo, sebbene l'art. 147 c.p. permettesse, invece, cure domiciliari o presso adeguate strutture pubbliche nei casi di gravi malattie fisiche accertate, permettendo il differimento della pena.

Veniva quindi da sé il contrasto, anche dal punto di vista costituzionale (art.3 Cost.) tra le due situazioni, con l'evidente discriminazione nei confronti delle persone con patologia psichica sopravvenuta.

Va invero ricordato come questa situazione fosse già emersa con evidenza sia attraverso la proposta elaborata dal Tavolo 10 degli Stati generali dell'esecuzione penale (Fiorentin F., 2016), sia dalla c.d. “Commissione Pelissero”, incaricata proprio di una elaborazione di un nuovo quadro di misure di sicurezza e dell'intervento sanitario negli istituti penitenziari, con particolare attenzione alle patologie psichiche (Pelissero M., 2016).

Con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale dei decreti legislativi n. 121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018 si concludeva l'iter di riforma del sistema penitenziario ma, di fatto, il Governo non darà (almeno per l'ambito psichiatrico) adeguato seguito, tramite i sopra elencati

1. Senza pretesa di esaustività, ma con la finalità di delineare un percorso legislativo: sentenze Corte costituzionale nn. 139/1982, 253/2003 e 267/2004, DPCM 1 aprile 2008, L. 9/2012, L. 81/2014.

decreti legislativi, alla delega a lui affidata dalla L. 103 del 2017². Questi, infatti, non recepirono, di fatto, le conclusioni e le ipotesi portate nelle sedi sopra descritte (Collica M.T., 2017), lasciando molte delle istanze che i lavori del Tavolo 10 e la maggioranza degli operatori della salute mentale ritenevano ormai indispensabili per la cura e l'assistenza del malato psichiatrico sottoposto all'Autorità giudiziaria (ristretto in carcere, ma non solo). Si pensi, in particolare, *“alla ipotizzata equiparazione del disagio psichico a quello fisico ai fini del rinvio della pena ex art. 147 c.p. e all'accesso alla detenzione domiciliare ex art. 47 ter co. 1 ter o.p.; alla proposta di introdurre una specifica tipologia di affidamento in prova per i soggetti con disagio psichico; alla previsione di sezioni penitenziarie specializzate nel trattamento del disagio psichico”* (Della Bella A., 2018).

Di una complessa elaborazione della tematica e di forti stimoli in questo senso si è fatto carico, nel 2019, il Comitato nazionale per la bioetica, elaborando un complesso parere teso a completare adeguatamente il disegno della cura e delle misure di sicurezza di tutta la platea dei soggetti con patologie psichiche che entrano nel circuito penale, intercettati o meno dalla fase processuale (CNB, 2019). Il CNB ricorda come la condizione di internamento di per sé sia già gravemente afflittiva per le persone, e che,

rispetto anche al dettato costituzionale che impone che la pena abbia anche “finalismo rieducativo” (art. 27 Cost.), il sovrappiù di afflizione imposta al detenuto con grave patologia psichica sopravvenuta generi dei chiari connotati di contrasto³; in questo ambito, per altro, incontrandosi anche la censura operata dall'art.3 convenzione CEDU (*“Nessuno può essere sottoposto a tortura né a pene o trattamenti inumani o degradanti”*, art. 3, Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, Roma, 1950).

Così, sul tema, ha attivato l'incidente di costituzionalità la Suprema Corte di Cassazione con l'ordinanza n. 101 del 22 marzo 2018⁴, ed esplicitamente per le parti che non prevedono l'applicazione della detenzione domiciliare anche nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena. Si apriva così la strada per la sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019.

In estrema sintesi, quest'ultima parte dal presupposto che nei casi di malattia psichica o considerata non influente sulle capacità di intendere e volere al momento del compimento del fatto reato o intercettata nella fase processuale (malattia sopravvenuta alla condanna), il soggetto non può accedere a differimento o espiazione “in deroga” della pena in condizioni extracarcerarie, come avviene per le malattie fisiche. “La malattia psichica è

2. Legge n. 103 del 23.6.2017 recante *“Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario”*, pubblicata in G. U. n. 154 del 4.7.2017. Importante tassello aggiuntivo, in questo caso nell'ambito delle misure di sicurezza personali detentive, al processo di riforma sul tema del sistema sanzionatorio già in realtà iniziato con la *Delega al governo in materia di pene detentive non carcerarie e di riforma del sistema sanzionatorio. Disposizioni in materia di sospensione di procedimento con messa alla prova nei confronti degli irreperibili*, Legge 62/2014. Quest'ultima, in analogia alla sopra citata L. 103/2017, arrivava però in modo infruttuoso alla scadenza del termine della delega, non riuscendo a giungere alla definizione di nuove norme che permettessero, nel nostro ordinamento, pene detentive non carcerarie da eseguirsi presso il domicilio, intaccando la dimensione ancora carcerocentrica del sistema.
3. Altra questione sarebbe quella rappresentata dall'auspicio del CNB, nel medesimo parere, di superamento del cosiddetto “doppio binario” per i *rei folli*: questione complessa, che assumerebbe il postulato che tutti i malati psichiatrici sarebbero in grado, sempre, di valutare e intendere compiutamente il disvalore delle proprie azioni (delittuose, in questo caso) e delle loro conseguenze, nonché di inibire il proprio comportamento quando occorresse. Questione che nell'articolo sarà trattata più avanti.
4. Ordinanza del 22 marzo 2018 della Corte di Cassazione nel procedimento penale a carico di M. N., *Ordinamento penitenziario – Detenzione domiciliare – Applicazione nelle ipotesi anche di grave infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena – Mancata previsione*. Legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), art. 47-ter, comma 1-ter.

fonte di sofferenze non meno della malattia fisica ed è appena il caso di ricordare che il diritto fondamentale alla salute ex art. 32 Cost., di cui ogni persona è titolare, deve intendersi come comprensivo non solo della salute fisica, ma anche della salute psichica alla quale l'ordinamento è tenuto ad apprestare un identico grado di tutela"⁵. Così, nell'ambito dell'esecuzione penale nei confronti di pazienti psichiatrici, proprio questa fattispecie rimaneva al di fuori della possibilità di accesso a misure (alternative) le meno restrittive possibile della libertà degli individui. La Corte quindi, in questo vuoto di tutela che si sostanzia in una lesione del diritto alla salute così come in trattamenti "inumani e degradanti", ha così accolto la questione di legittimità costituzionale sopra richiamata e ha dichiarato "l'illegittimità costituzionale dell'art. 47 ter, comma 1 ter o.p., nella parte in cui non consente che la detenzione domiciliare umanitaria sia disposta anche nelle ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta", definendola di seguito come "una modalità di esecuzione della pena". La Corte, poi, richiama la necessità che questa sia accompagnata da adeguate prescrizioni del Magistrato di sorveglianza che limitino la libertà dell'individuo in misura correlata alla sua pericolosità, onde rispondere anche della tutela della collettività, e contemporaneamente in presenza dell'intervento del servizio sociale. In conclusione, con la sentenza n. 99 del 2019 la Corte Costituzionale ha, nei fatti: constatato la perdita di efficacia dell'art. 148 c.p. per lo svuotamento, di fatto, del suo contenuto a opera dell'evoluzione dell'ordinamento; ricordato la possibilità dei percorsi di cura dei pazienti autori

di reato giudicati non imputabili o semi-imputabili (esempio, misure di sicurezza non detentive come la libertà vigilata territoriale o comunitaria); aperto alla possibilità della detenzione domiciliare ex art. 47, comma 1, lettera c) o.p.; e soprattutto alla detenzione domiciliare "umanitaria" o "in deroga" ex art. 47 ter, comma 1 ter o.p. per le pene superiori ai 4 anni anche in caso di grave infermità psichica. Si sostanzia così un insieme di norme che garantisce "percorsi di cura a tutte le persone con problemi mentali che entrano nel circuito penale, siano esse intercettate prima, e quindi destinatarie di misure di sicurezza, siano esse detenute con malattie sopravvenute"... un complesso di norme in linea con le indicazioni del parere del Comitato nazionale per la bioetica e con i principi portati dalla psichiatria attuale" (Calcaterra A., 2019)⁶.

A questo punto, proseguito il lungo cammino della psichiatria riformata, e del suo ruolo di partnership e di cura e assistenza spogliato dalle finalità custodiali di matrice manicomiale, e informato da tempo di tutto ciò anche il mondo della giurisdizione, alcuni nodi critici emergono nel dibattito attuale.

In primo luogo, in considerazione dell'incidenza, seppure in assoluto contenuta, di agiti aggressivi e violenti da parte di utenti della psichiatria, anche potenzialmente o realmente pericolosi (Iozzino L. et al, 2015; Bulgari V. et al, 2018; Witt K. et al., 2013; Brucato G. et al., 2018; Coid J.W. et al., 2016; Singh J.P. et al., 2014; Amore M. et al., 2013), si evidenzia l'importanza di affrontare senza posizionamenti ideologici i temi della sicurezza e della

5. Corte Cost., sentenza n. 99 del 20.2.2019, dep. Il 19.4.2019, par. 3.1.

6. Ad anticipare un elemento successivo di discussione, si noti che la sentenza della Corte di Cassazione da cui è partito l'incidente di legittimità costituzionale trattava del diniego di detenzione domiciliare alternativa nei confronti di un soggetto con "grave disturbo misto di personalità con predominante organizzazione borderline in fase di scompenso psicopatologico", con tendenze suicidarie e condannato per concorso in rapina aggravata. Gli addetti ai lavori della psichiatria, anche leggendo la sopra menzionata sentenza, facciano le loro valutazioni circa la definizione, affatto facile – anche se costituzionalmente ammessa – tra infermità psichica *grave* e disturbo tipo misto con prevalenti note borderline di personalità.

pericolosità, negati o comunque ridimensionati da molti addetti ai lavori⁷ ma, per non andare lontano, già bene inquadrati nella sentenza della Corte Costituzionale appena esaminata. Il giudice delle leggi, nel concordare con la Corte remittente che lo strumento per superare la discriminazione tra grave infermità fisica e psichica è già presente nell'ordinamento, ed è da individuarsi nell'art. 47 *ter*, comma 1 *ter*, o.p., chiarisce che tale articolo dell'ordinamento penitenziario *“permetterebbe anche ai malati psichici di espiare la pena fuori dal carcere in condizioni che consentano di contemperare le esigenze della tutela della salute con quelle della sicurezza”*. Con ancora maggiore chiarezza, più avanti, trattando dell'istituto della detenzione domiciliare, la definisce come una *“misura che può essere modellata dal giudice in modo tale da salvaguardare il fondamentale diritto alla salute del detenuto e, contemporaneamente, “le esigenze di difesa della collettività che deve essere protetta dalla potenziale pericolosità di chi è affetto da taluni tipi di patologia psichiatrica”*. Una sintesi radicale della divaricazione di interessi e doveri che incombono sullo psichiatra, la cui situazione è stata più volte riassunta con la metafora dell'incudine e del martello (Zanchetti M., 2014), checché posizioni aprioristicamente orientate alla deresponsabilizzazione generalizzata a favore di non bene definibili totali diritti dei pazienti possano sostenere. A ben vedere, però, la contemperazione di interessi cui ci richiama e a cui ci indirizza doverosamente la Suprema corte (e ormai tanta giurisprudenza) dovrà essere, di volta in volta, agita dal DSMD chiamato a prendersi carico della situazione, di talché il Giudice dovrà essere accessibile alla negoziazione di possibilità e garanzie che solo il DSMD può definire e quantificare per potere avviare il soggetto a percorsi di

cura e contemporaneamente avere un sufficiente controllo della eventuale pericolosità dello stesso. La dialettica in questo ambito, si anticipa qui, sarà una delle sfide maggiori (anche) nei possibili casi di applicazione della sentenza sopra riassunta.

Nella pratica, nel caso di richiesta di detenzione domiciliare in deroga per un soggetto portatore di infermità psichica grave sopravvenuta sarà necessario che le strutture del DSMD di competenza possano attivamente e pariteticamente interloquire col giudice per definire da una parte il percorso di cura possibile nella situazione data, e dall'altra parte definire anche tutti quegli aspetti legati alla specifica pericolosità eventualmente manifestata dal paziente, definendo le modalità migliori per affrontarla con l'intervento del magistrato di sorveglianza (prescrizioni) e di valutazioni espresse sulle prognosi di trattamento definibili nella attualità.

In secondo luogo, emerge il tema della responsabilità e del perimetro del libero arbitrio attribuibili ai malati psichici, e di conseguenza quali responsabilità sono loro ascrivibili o quali dovrebbero o non dovrebbero esserlo.

Attualmente, nei confronti del paziente autore di reato funziona il cosiddetto “doppio binario”, caratterizzato da una parte dalla responsabilità per colpa rispetto alla quale il soggetto può essere definito imputabile, semi-imputabile o non imputabile, e quindi il binario della pena, e dall'altra parte il binario delle misure di sicurezza, che si sostituiscono (non imputabili) o si aggiungono alla pena (semi-imputabili e imputabili), limitazioni della libertà personale con finalità preventive nei confronti del soggetto ritenuto pericoloso socialmente.

Non saranno qui affrontate le modalità di valutazione dell'imputabilità o della non imputabilità, né appro-

7. La pericolosità, se è uscita dal lessico della disciplina psichiatrica dopo la L.180/1978, è ampiamente rientrata dalla finestra della realtà, con la documentata prevalenza di agiti aggressivi da parte di utenti della psichiatria (soprattutto in fase di ricovero per acuzie) e con la giurisprudenza che attribuisce allo psichiatra precise responsabilità rispetto a tali agiti nei confronti di terzi eventuali. Comunque, si conferma che il *rischio attribuibile* (nella nostra società) di comportamenti violenti da parte di utenti della psichiatria non raggiunge percentuali tali da giustificare lo stigma esistente nei confronti della patologia mentale stessa, dei suoi portatori e delle strutture a essa dedicate.

fondito il tema della pericolosità sociale di un paziente psichiatrico autore di un reato, ma si vuole trattare di un dibattito ormai decisamente aperto: se cioè si possa considerare un paziente psichiatrico responsabile dei suoi atti sempre (e quindi sempre imputabile) oppure, come nel nostro ordinamento, se possa in determinati casi essere definito, per l'effetto della sua patologia, come non responsabile, e quindi non imputabile e prosciolto al processo (oppure semi-imputabile).

I sostenitori della *responsabilità sempre* partono con i buoni propositi dettati dalla radicale tensione riabilitativa e di appartenenza e dignità sociale delle persone affette da disturbo mentale, dalla considerazione della piena legittimità a godere di tutti i diritti socialmente disponibili e da loro raggiungibili, e contemporaneamente, per questo, a essere sottoposti ai corrispondenti doveri che dalla fruizione piena dei diritti sociali sopra delineati direttamente discendono. Si potrebbe dire: credo a tutti i costi nella tua partecipazione sociale piena e perciò ti espongo scientemente alle conseguenze che questa partecipazione piena ti determina. Desidero vincere in partenza, a tuo favore, per la tua piena dignità di persona che si autodetermina, costi quello che costi. Le conseguenze, per i pazienti psichiatrici autori di reato, sarebbero l'espiazione della pena in carcere, probabilmente, e in teoria, curati nelle sezioni psichiatriche a gestione sanitaria che in esso esistono o che vi dovrebbero essere approntate⁸. Nell'ipotesi di abolizione del doppio binario, e qui si semplifica molto per chiarire il concetto, la gestione carceraria dei pazienti psichiatrici autori di reato e condannati, oltre a superare le attuali REMS, si aggiungerebbe a quella degli osservandi (art.

112 R.E., Regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario), dei minorati psichici (art. 111 R.E.) e dei provvisori (art. 206 c.p.), se questi ultimi non divenissero popolazione "residuale" delle REMS stesse. Va da sé, dunque, che tali reparti a esclusiva gestione sanitaria (e dentro un carcere questa "esclusività" è già difficile da concepire), se e quando realizzati, assumerebbero facilmente dimensioni e concentrazioni neo-manicomiali, da cui, a cascata, facilmente anche le prassi.

Ma alla radice, l'idea che il paziente psichiatrico debba rispondere sempre e comunque dei reati commessi, presupponendo che mai alla commissione del reato abbia avuto alcuna parte la *follia del paziente* in quel momento, significa, *in nuce*, dimenticare le origini stesse della psichiatria, che entra nelle carceri qualche secolo fa e distingue la follia, per perseguire la cura piuttosto della condanna. Se la psichiatria esiste, se è con pari dignità inserita tra le discipline mediche (scientifiche) avrà bene la capacità di definire il suo oggetto di cura e di studio (il disturbo mentale), la sua esistenza o meno, la sua influenza sul comportamento dell'uomo. L'influenza, in breve, che può avere nelle capacità del soggetto di cogliere il senso e le conseguenze dei suoi atti, di infine intervenire sul libero arbitrio della persona e di conseguenza sulla responsabilità (servo arbitrio o arbitrio *coatto*). Così, negare ciò, e definire responsabile *sempre* un soggetto con grave malattia psichiatrica, molto semplicemente vuole dire negare o sottodimensionare l'oggetto della psichiatria stessa, il soggetto malato e la sua patologia. Ancora, se cade il "doppio binario" la responsabilità penale del soggetto con malattia mentale autore di reato è automaticamente riconosciuta, con questo definendolo a priori

8. Su questo punto (il grassetto è nostro): "*Venendo ora alle disposizioni in materia di assistenza sanitaria in ambito penitenziario, occorre prima di tutto osservare che dei due criteri di legge delega relativi a questo profilo – ossia, ex art. 1 co. 85, lett. l., l'adeguamento ai principi del d. lgs. 22 giugno 1999, n. 230 (che ha trasferito le competenze della medicina penitenziaria al servizio sanitario nazionale) ed il potenziamento dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena – il secondo non ha ricevuto attuazione. Nessuna traccia dunque, nel capo I del d. lgs. 123, delle proposte contenute nel progetto Pelissero su questo punto (si pensi, in particolare, alla prospettata equiparazione del disagio psichico a quello fisico ai fini del rinvio della pena ex art. 147 c.p. e della detenzione domiciliare ex art. 47 ter co. 1 ter o.p.; alla proposta di introdurre una specifica tipologia di affidamento in prova per i soggetti con disagio psichico; all'ipotizzata previsione di sezioni penitenziarie specializzate nel trattamento del disagio psichico)*", Della Bella A., 2018.

capace di autodeterminarsi, di valutare correttamente le ragioni di un fatto, le modalità di estrinsecazione, le sue conseguenze e il suo disvalore, nel caso di atto lesivo verso terze persone. La capacità di autodeterminazione a questo punto intrinsecamente riconsegnata sempre al soggetto con grave malattia psichiatrica renderebbe, poi, inutili percorsi di inabilitazione o interdizione o di sostegno, insomma, qualsiasi percorso finalizzato a intervenire limitando il perimetro di libero arbitrio del soggetto⁹ (financo un trattamento obbligatorio?), a meno che non siano motivati da quadri di deterioramento cognitivo. Al soggetto con grave malattia mentale viene riconosciuta *sempre* la disponibilità delle funzioni volitive, di critica e di giudizio (parrebbe a tutta prima sufficiente andare a leggere gli esami psichici dei pazienti in cura presso un CPS per capire come questo apriorismo possa affondare in realtà le sue radici in premesse ideologiche, di conseguenza polarizzate e pre-definite).

Va da sé che la psichiatria riformata, che nel percorso condiviso di cura e nella autoconsapevolezza fonda le

sue radici e le sue ragioni, e che considera la riabilitazione come la ri-appropriazione di funzioni, capacità, *cose*, prima espropriate ai malati mentali, non può che a tutta prima riconoscersi nella specularità “voglio che tu sia libero e responsabile, e di conseguenza devi rispondere di ciò di cui ti rendi responsabile”. Posizione teoricamente corretta, che sta alla base del vero concetto di recupero e di agibilità della cittadinanza (Ware N.C. et al., 2007), origine del binomio inscindibile diritti/doveri, dove non esistono diritti (attivi, cioè conquistati, raggiunti nella loro agibilità) senza i doveri conseguenti.

Giova qui ricordare, però, come lo stesso Comitato nazionale per la bioetica, di fronte alla libertà automaticamente attribuita al paziente e al suo trattamento, sottolinei come risulti a evidente detrimento del paziente stesso il mancato riconoscimento e utilizzo del sapere della medicina (in questo caso, dei limiti scientifici, clinici e psicopatologici) rispetto alla sua sfera personale e nell'ambito della malattia di cui soffre (CNB, 2019). Nella stessa linea di ragionamento si sviluppa, poi, come

9. Sul punto, come esempio, P. Pellegrini, *La posizione di garanzia e il medico psichiatra*, in *Psichiatria Oggi*, XXXII, 1, 2019, dove si scinde, di fatto, la responsabilità dello psichiatra “che non può assumere la posizione di garanzia di controllo” dal diritto al libero arbitrio del paziente: “I pazienti sono a pieno titolo cittadini, titolari della loro vita. Per questo sotto il profilo legislativo occorre superare il doppio binario, pericolosità sociale e misure di sicurezza. Va garantito il diritto al processo. Se il cittadino è libero e agisce i propri diritti e quindi il consenso alle cure con il diritto a rifiutarle, non si può poi applicare al medico psichiatra la posizione di garanzia in particolare di controllo in quanto non solo significa chiedere un compito umanamente e professionalmente impossibile ma riporta a pensare la persona con disturbi mentali come totalmente incapace (naturale) e agita lo spettro dell'obbligatorietà (TSO) che invece andrebbe superato”. Una visione, come detto, strabica, anche se teoricamente a favore del paziente, nella pratica poco realistica tanto da prospettare la cessazione del bisogno di interventi coattivi in salute mentale e che non affronta la complessità della problematica reale degli agiti dei pazienti psichiatrici, dei limiti creati dal disturbo mentale e della necessità di una lettura generale del contesto degli accadimenti. Infine, deresponsabilizzante nella misura in cui respinge il ruolo (anche) di protezione del paziente come della collettività che lo psichiatra di fatto ricopre. Pensare che lo psichiatra non possa mai essere chiamato a rispondere di fatti di reato perpetrati dal paziente verso terzi (per altro è assai rara in giurisprudenza la condanna per concorso colposo in delitto doloso di uno psichiatra – Dodaro G. a cura di, *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici*. Giurisprudenza e clinica a confronto, Franco Angeli, Milano, 2011) presuppone la volontà di non riconoscimento dell'ordinamento penale attuale, riformabile, certo, ma non pare possibile nella chiamata a eliminare l'obbligo di mezzi in capo al medico e la relativa messa in atto delle dovute regole cautelari finalizzate al governo del perimetro di rischio (governo del rischio e messa in atto delle azioni doverose per quella data situazione, si badi bene, non responsabilità oggettiva tout court). Così si è espressa anche la Cassazione: “la moderna psichiatria mostra patologie che non di rado sono difficilmente controllabili completamente, anche in ragione dell'abbandono di deprecate pratiche di isolamento e segregazione del paziente psicotico, a favore di terapie rispettose della dignità umana che, tuttavia, non eliminano del tutto il rischio di condotte inconsulte; in tali casi, il giudice deve verificare, con valutazione ex ante, l'adeguatezza delle pratiche terapeutiche poste in essere dal sanitario a governare il rischio specifico, pure a fronte di un esito infausto sortito dalle stesse; in tale percorso valutativo, che involge la delimitazione del perimetro del rischio consentito insito nella pratica medica, vengono in rilievo le raccomandazioni contenute nelle linee guida, in grado di offrire indicazioni e punti di riferimento, tanto per il medico nel momento in cui è chiamato ad effettuare la scelta terapeutica adeguata al caso di specie, quanto per il giudice che deve procedere alla valutazione giudiziale di quella condotta.” Corte di Cassazione, sez IV penale, sentenza 7 giugno 2017 n. 28187

già detto, la recente sentenza della Cassazione più sopra richiamata, che dispone, sì, che la grave malattia mentale sopravvenuta in carcere o, in ogni modo, non intercettata durante il processo, possa e debba essere curata fuori dal carcere, ma stabilendo l'importanza del ruolo del magistrato di sorveglianza cui è attribuito il compito di contemperare (bilanciare) le istanze di cura (*rectius* di libertà del soggetto) con le istanze della sicurezza (*rectius* di limitazione della libertà del soggetto).

Così, oggi più frequentemente si tende a considerare (nel diritto e nella pratica clinica) la questione dell'imputabilità, della responsabilità, dell'autodeterminazione del soggetto (con malattia psichica grave), come questione di bilanciamento, contemperazione, variabilità, così come tante manifestazioni complesse dell'essere umano che mal si adattano a radicalismi, polarizzazioni tutto-o-niente, che tanto risultano seducenti quanto semplificatorie di realtà invero assai complesse. Semmai, la facilità o meno nell'ottenimento dell'infermità, i percorsi di infermità o seminfermità, l'utilizzo adeguato di periti e consulenti informati della pratica clinica e organizzativa attuale della disciplina psichiatrica e delle sue strutture pubbliche territoriali, la rapidità di risposta e di collaborazione tra servizi psichiatrici e magistratura¹⁰, l'utilizzo di forme elastiche e in collaborazione con i territori nei percorsi di espiazione alternativa della pena o di messa alla prova, ecc, semmai in questi ambiti si deve lavorare se si hanno a cuore contemporaneamente la cura, la protezione e la riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato da una parte e la tutela della collettività dall'altra.

Infine, se per così radicale considerazione dell'essere

umano con malattia psichica lo si dovesse chiamare sempre a rispondere dei reati eventualmente commessi, se, come detto, gli fossero costantemente attribuite piene capacità di autovalutazione e di inibizione dei propri comportamenti a seguito del suo giudizio morale (conservato), allora anche parti dei codici civile e/o penale dovrebbero di conseguenza essere modificate (nessuno può essere circonvvenuto in quanto incapace, nessuno dovrebbe essere aiutato o limitato da un amministratore, e così ragionando).

In terzo e ultimo luogo, appare fondamentale un punto, a oggi e nell'ambito del discorso che andiamo svolgendo, sulla responsabilità (penale) degli esercenti la professione sanitaria psichiatrica nell'ambito del loro lavoro di cura e assistenza.

È noto che sullo psichiatra gravi una posizione di garanzia nei confronti del paziente, con la relativa responsabilità inerente la cura e l'assistenza che obbliga alla messa in atto di azioni di salvaguardia a protezione dei beni giuridicamente rilevanti della persona affidata (A. Amatulli, 2019). Ma nell'ambito della psichiatria la questione è maggiormente sensibile ed estesa rispetto ad altri campi della medicina, come già detto, in quanto alla tutela del soggetto si somma la possibilità che dallo stesso vengano messe in atto condotte lesive nei confronti di terzi, ponendo così più articolate questioni relativamente a chi deve eventualmente rispondere delle conseguenze. Si tratta, in sostanza, del ruolo di garante di interessi rilevanti affidati per legge, atteso che quest'ultima fornisca al professionista adeguati strumenti d'impedimento. Responsabilità di protezione nei confronti del paziente,

10. "Ed è questo che potrà consentire all'autorità giudiziaria di indirizzare il non imputabile ad un programma terapeutico adeguato al caso singolo, di plasmare le misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale, di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza e l'esecuzione della misura", *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014*. Delibera consiliare del 19 aprile 2017, Consiglio Superiore della Magistratura. Dove si prospetta un percorso di collegamento tra psichiatria e autorità giudiziaria perché le misure di sicurezza siano rispettose del quadro psicopatologico e comportamentale presente, della previsione di reale pericolosità, del diritto al massimo di autodeterminazione possibile e dei percorsi di cura territoriali che possono essere previsti.

ma anche di controllo, equiparandolo a una possibile fonte di pericolo per terze persone ¹¹.

Contemporaneamente, riveste importanza il tema collegato del consenso alle cure: gli interventi legislativi recenti (L. 219/2017 ¹²) ne hanno rafforzato il ruolo di prima legittimazione dell'atto medico, diminuendo di conseguenza gli spazi per discutibili estensioni paternalistiche della garanzia. Al medico psichiatra è imposto l'obbligo che il paziente affidato alle sue cure, o che con esso sia entrato in contatto anche in modo informale, o magari perché normalmente seguito da altro medico attualmente assente, non subisca eventi di danno rispetto ai beni giuridici rilevanti (qui si parla della salute e della vita), come più sopra accennato; ma è anche imposto che non compia atti lesivi nei confronti di terze persone, in questo caso subendone poi tutte le conseguenze giudiziarie ed esistenziali (posizione di controllo). La posizione di garanzia ha le sue fondamenta in un universo extra penale¹³, nella cornice di obblighi di cura e di solidarietà definiti in Costituzione (Artt. 2 e 32 Cost.). L'evidenza di un fatto reato (in questo caso, più frequentemente delitto colposo nell'ambito di riconosciuta posizione di garanzia) si sostanzia poi attraverso l'art 40 c.p., plasticamente al

suo comma 2¹⁴, la violazione di una norma cautelare configurante un profilo di colpa, la sussistenza di un nesso di causa tra azione od omissione medica ed evento di danno, e l'evidenza della prevedibilità dell'evento, che l'agente era tenuto a prevedere *ex ante*, cioè alle situazioni date di quel momento (Amatulli A. 2011). Lavorando con i pazienti autori di reato quindi, lo psichiatra sarà obbligato a definire (e a rimanere sempre nel) l'ambito del *rischio consentito*, quel campo dove si possono (devono) contemperare le responsabilità del medico, quella del paziente, la sua prognosi comportamentale (lasciamo stare quella lieve ipocrisia che impedisce, quando del caso, di abbreviare in *pericolosità*), le sue esigenze di cura, la sua volontà (ambito del consenso e il perimetro della sua autodeterminazione ¹⁵) e le esigenze di tutela (lasciamo ancora stare quella lieve ipocrisia che impedisce di abbreviare, quando del caso, in *sicurezza*) della collettività, quest'ultima fissata dalla Carta costituzionale. Sarà, poi, importante che lo psichiatra e tutti gli esercenti la professione sanitaria nell'ambito della psichiatria (la posizione di garanzia grava su tutti i membri della équipe, in proporzione e profondità variabili, e definite dalla posizione gerarchica e funzionale e dal ruolo in quel determinato

11. *“L’obbligo giuridico gravante sul medico psichiatra risulta potenzialmente qualificabile al contempo come obbligo di controllo, equiparando il paziente a una fonte di pericolo, rispetto alla quale il garante avrebbe il dovere di neutralizzarne gli effetti lesivi verso terzi, e di protezione del paziente medesimo, soggetto debole, da comportamenti pregiudizievoli per se stesso”... “...presenza di vincoli protettivi e pretese di controllo, unitamente alla particolare complessità della situazione rischiosa da governare”* (Corte di Cassazione, sez. IV Penale, Sentenza n. 43476 del 18 maggio 2017).
12. *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. All’articolo 1 è stabilito con forza di legge scritta che “nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge”.*
13. La Posizione di garanzia consiste nella *“espressione dell’obbligo di solidarietà costituzionalmente imposto ex art. 2 e 32 Cost. nei confronti dei pazienti, la cui salute deve essere tutelata contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l’integrità”* (Corte di Cassazione, sez. IV penale, sentenza n. 9638 del 13 settembre 2000).
14. **“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l’evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l’esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”.**
15. La responsabilità penale dell’operatore psichiatrico è *“un campo in cui le esigenze di tutela (dell’incapace o dall’incapace) si legano a esigenze di rispetto di sfere di autonomia dell’incapace stesso, secondo una linea di crescente attenzione alla dignità personale e ai diritti dell’incapace”*, in Pulitanò D., *Diritto penale*, Giappichelli Editore, Torino, 2009.

momento svolto nei confronti del paziente) conoscano la legislazione attuale inerente la responsabilità civile e penale degli esercenti le professioni sanitarie ¹⁶.

Ecco quindi che si delineano l'ambito, il perimetro e le regole del campo nel quale le istanze e le azioni del paziente autore di reato, e la gestione dello stesso una volta entrato nel circuito giudiziario, sono portate avanti e affrontate dai vari portatori di interesse e dalle agenzie che sono chiamate a intervenire. I DSMD si trovano quindi a ricoprire ruoli differenti (cura, previsione comportamentale, controllo, valutazione) con responsabilità differenziate a seconda di molteplici fattori, ma sempre con la consapevolezza che dal dilemma della cura e del controllo, dell'assistenza e della limitazione del rischio, non potranno uscire ¹⁷, pena, come detto sopra, esporre anche in vece propria il paziente alle molteplici conseguenze dei suoi atti, da una parte, oppure limitarlo

in modo eccessivo e arbitrario negandone i diritti di autodeterminazione e di accettazione o di rifiuto, o di discussione, delle cure, dall'altra.

Una psichiatria responsabile, così, accetta l'esistenza del rischio insito in ogni istanza legittimatoria e riabilitativa, utilizza tutte le cautele possibili per la corretta gestione e protezione del paziente limitandone il meno possibile il perimetro della possibile libertà ¹⁸ e si fa portatrice di istanze sue proprie di declinazione degli obblighi di cura e controllo (che talvolta obblighi restano).

La gestione del paziente autore di reato non può quindi che essere portata avanti attraverso una legittimazione reciproca tra DSMD e Autorità giudiziaria, dove i DSMD si devono fare carico dei percorsi di cura (che possono tenere insieme, sicuramente, la cura e il controllo dei comportamenti: dalla cura nasce anche sicurezza) in condivisione con l'Autorità giudiziaria, che dovrà de-

16. In breve, la Legge 24/2017 "Gelli - Bianco", termine, a oggi, di un percorso legislativo finalizzato a limitare la responsabilità penale medica al fine (anche) di diminuire l'incidenza della c.d. medicina difensiva, è intervenuta, in modo per altro intrinsecamente contraddittorio tanto da creare un "nodo" interpretativo relativamente agli ambiti di applicabilità risolto solo dalle SS. UU. della Corte di Cassazione, sent. 8770/2018, in estrema sintesi limitando la responsabilità penale dell'esercente le professioni sanitarie nei casi in cui si possa evidenziare che siano state seguite le corrette linee guida applicabili per quel caso concreto, e in loro mancanza la corretta pratica clinica. È poi ancora intervenuta in favore della classe medica prevedendo l'estensione della "responsabilità extracontrattuale" (diciamo, meno estesa e vincolante di quella definita "contrattuale") al professionista dipendente della struttura pubblica (prima gravato di responsabilità contrattuale). Sull'argomento, infine, si segnala che è in studio un DDL di riforma della medesima legge, che ne semplificherebbe l'applicazione con la depenalizzazione estesa, sempre solo in caso di colpa lieve, anche alla negligenza e all'imprudenza (differentemente dalla legge in vigore, che si limita alla depenalizzazione solo nel caso di imperizia nell'attuazione delle corrette linee guida), con l'impressione di un progresso sul fronte della diminuita imputabilità degli esercenti le professioni sanitarie. In particolare, si prevede che l'esercente la professione sanitaria il quale, nello svolgimento della propria attività, si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero, in mancanza di queste, alle buone pratiche clinico-assistenziali, non risponda penalmente per colpa lieve, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida o buone pratiche risultino adeguate alle specificità del caso concreto.
17. Già la Suprema corte, ancora parecchi anni fa, definiva "inscindibili" le "dimensioni di "sicurezza" e dimensioni terapeutiche; il che è necessario a legittimare la misura [di sicurezza], sia di fronte alla finalità di prevenzione speciale, "riabilitativa" [qui però intesa in termini sociali], propria in genere delle misure di sicurezza sia di fronte al principio, anch'esso costituzionale, di tutela della salute (art. 32 Cost.)", Corte Costituzionale, sentenza 139, 1982. L'aggancio alla definizione di presupposti specifici legati al singolo caso e ai comportamenti concreti (...risposta alla pericolosità del soggetto; risposta modellata sulla specifica ragione (causa) di questa sua ritenuta pericolosità, vale a dire l'infermità psichica quale si è estrinsecata nel delitto commesso...) per definire le conseguenti misure di sicurezza, può indurre a porre simbolicamente questa sentenza all'inizio del percorso di superamento delle logiche prevalentemente punitive e custodialistiche di gestione dei pazienti autori di reato che è giunto fino alla L. 81/2014 e alla già citata sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019.
18. Nel massimo rispetto delle libertà individuali (art. 13 Cost.), custodite dalla doppia mandata della riserva di legge e riserva di giurisdizione a tutela di tutti i cittadini, si ricordi anche che una libertà considerata come dimensione generalizzata converge con quanto sostenuto da H. Lacordaire: "tra il forte e il debole è la libertà che opprime e la legge che affranca", cit. In Lorenzo Milani, *Lettera 29/50 del 30 ottobre 1950*, San Paolo Ed., Milano, 2007.

finire i limiti e le prescrizioni cui il reo dovrà attenersi. Questa gestione condivisa del rischio, se portata avanti nel rispetto delle buone pratiche (*ars medica* psichiatrica) non porta alcun detrimento nelle possibilità di cura dei DSMD (come talvolta, in modo professionalmente un po' infantile viene sostenuto) quando una psichiatria matura e informata conosce in modo completo e approfondito il campo di gioco come più sopra descritto¹⁹.

Al termine, è però assolutamente doveroso sottolineare che ogni intervento finalizzato alla gestione umanizzata e attenta ai diritti del paziente autore di reato in ogni punto del percorso penale (e rispettando i fondamentali principi della continuità della cura e della territorialità), soprattutto se giocato sulla massima limitazione possibile delle restrizioni della libertà personale e a favore di percorsi di cura territoriali, è sempre riconosciuto possibile *“posto che non si era provveduto a stanziare ulteriori fondi che potessero consentire un potenziamento organico dei servizi territoriali e che in molte Regioni gran parte delle risorse erano state inizialmente destinate alla costruzione di strutture a discapito del rafforzamento dei servizi territoriali”* (Secchi B. e Calcaterra A., 2018), questi ultimi di base già gravati dall'aumento, negli anni, della popolazione afferente²⁰. Tutto questo, di base, non sta avvenendo²¹. Il disagio della

psichiatria territoriale, quindi, è quello di non potersi sottrarre alla scomoda posizione tra l'incudine e il martello, tra la gestione territoriale di un numero crescente di pazienti autori di reato e collocati in punti diversi del circuito penale, le risorse obiettivamente limitate, la chiamata a tutelare i diritti del paziente reo (talvolta responsabile di reati molto gravi) assicurandogli i massimi livelli di libertà possibili e contemporaneamente tutelare la collettività, e di dovere temperare la cura e il controllo per una committenza multipla alla quale non si può, e a parere del sottoscritto, non si deve, sottrarre (la complessità della nostra materia non ci può esimere dalla valutazione e dall'intervento su tutto il contesto di vita, di cura, di contrasto e di sostegno nei confronti del paziente). Una complessità e molteplicità di istanze, dove *“le regole di condotta a contenuto precauzionale rilevanti ai fini dell'imputazione colposa hanno sempre come presupposto (e limite) i doveri del medico”* (Cupelli C, 2016), la cui sintesi resta, attualmente, in capo allo psichiatra. E quindi, per ritornare alla domanda posta dal titolo di questo intervento, il DSMD ha tutti gli strumenti per essere protagonista (e quindi per governare le difficoltà piuttosto che subirle) a patto che li conosca adeguatamente e li utilizzi correttamente. Naturalmente è possibile almeno in parte sovrapporre la “pericolosità” con il “bisogno di cure”²², ma è noto come, in psichiatria, la cura né risolve sempre il

19. Una giusta perplessità, comunque, nasce tra gli operatori della salute mentale allorché viene prospettata l'ipotesi che l'équipe di cura del DSMD possa svolgere il ruolo di “perito” del giudice, in sintonia con la auspicata (anche in questo scritto) collaborazione tra Magistratura e Dipartimenti di Salute mentale. In questo caso, troppo discordanti sarebbero il ruolo di valutatore esterno (perito) e di curante da parte della medesima équipe (del DSMD), che deve invece mantenere l'identità di cura e di relazione con il paziente, oltre che il ruolo, in modo chiaro e univoco.
20. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale, SISM. Numero degli utenti psichiatrici assistiti nei servizi di salute mentale italiani: 777.035 nel 2015 e 851.189 nel 2017, con un incremento in soli due anni pari al 9,5%.
21. I finanziamenti dedicati, in Lombardia, al potenziamento dei DSMD con la costituzione delle cosiddette “équipe forensi” ha permesso incrementi di risorse meritevoli ma ancora sottodimensionati.
22. Il Consiglio Superiore della Magistratura, nella risoluzione del 24 settembre 2018 (Pratica n. 521/VV/2018. *Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche*. Delibera 24 settembre 2018) invita a che *“gli uffici giudicanti mantengano un rapporto di costante collaborazione, scambio di informazioni e conoscenza capillare della rete dei servizi di salute mentale che fanno capo al DSM cui la legge n. 833 del 1978 assegna la responsabilità di prevenzione cura e riabilitazione dei problemi di salute psichica”*. Ed è questo che potrà consentire all'autorità giudiziaria di *“indirizzare il non imputabile ad un programma terapeutico adeguato al caso singolo, di plasmare le misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale, di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza e l'esecuzione della misura”*.

problema né, tanto meno, incide sempre adeguatamente sui comportamenti, lasciando fuori dalla “coperta” ambiti di concreta pericolosità che devono essere affrontati con mezzi ulteriori. Il medico della psichiatria è gravato, come tutti i medici d'altronde, dall’“obbligo di mezzi”, che altro non è che l’obbligazione alla corretta *ars medica* che quel caso determinato richiede. Ambiti di complessità quindi, che non possono essere semplificati da interventi di “riduzionismo” motivati da posizionamenti ideologici, e che devono analizzare contemporaneamente gli elementi psicopatologici, il mondo reale, la giurisprudenza attuale e la collettività.

AFFERENZA DELL'AUTORE:

*Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ASST
Vimercate (MB)*

CORRISPONDENZA A:

mail: antonio.amatulli@asst-vimercate.it

BIBLIOGRAFIA

1. Fiorentin F., *La conclusione degli "Stati generali" per la riforma della esecuzione penale in Italia*, Diritto Penale Contemporaneo, 2016.
2. Pelissero M., *Gli Stati generali sull'esecuzione penale: i problemi noti messi a nudo e le necessità di risposte di sistema*, in Diritto Penale e Processo, 2016, 1125 ss.
3. Collica M.T., *La delega della legge Orlando sulle misure di sicurezza*, in Legislazione penale, 2017.
4. Della Bella A., *Riforma dell'ordinamento penitenziario: le novità in materia di assistenza sanitaria, vita detentiva e lavoro penitenziario*, Decreti legislativi 2 ottobre 2018, n. 123 e 124, in Diritto Penale Contemporaneo, 2018.
5. Comitato Nazionale di Bioetica, *Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*, parere del 22.3.2019.
6. Calcaterra A., *Salute mentale e detenzione: un passo avanti. È possibile la cura fuori dal carcere. La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 99 del 19 aprile 2019, spazza via l'inspiegabile divergenza di cura tra le persone detenute che si trovano in stato di grave infermità fisica e quelle affette da gravi patologie psichiatriche*, in Diritto Penale Contemporaneo, 29 settembre 2019.
7. Iozzino L., Ferrari C., Large M., Nielssen O., De Girolamo G., *Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Li S, editor, PLoS One, 2015.
8. Bulgari V., Ferrari C., Pagnini F., De Girolamo G., Iozzino L., *Aggression in mental health residential facilities: A systematic review and meta-analysis*, *Aggress. Violent Behav.*, 2018; 41: 119–127.
9. Witt K., Van Dorn R., Fazel S., *Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies*, PLoS One, 2013.
10. Brucato G., Appelbaum P.S., Lieberman J.A., Wall M.M., Feng, Masucci M.D., et al., *A Longitudinal Study of Violent Behavior in a Psychosis-Risk Cohort*, *Neuropsychopharmacology*, 2018; 43: 264–271.
11. Coid J.W., Ullrich S., Bebbington P., Fazel S., Keers R., *Subject Data of 7 Population Surveys*, *Schizophr. Bull.*, 2016; 42: 907–915.
12. Singh J.P., Fazel S., Gueorguieva R., Buchanan A., *Rates of violence in patients classified as high risk by structured risk assessment instruments*, *Br. J. Psychiatry*, 2014; 204: 180–187.
13. Amore M., Tonti C., Esposito W., Baratta S., Berardi D., Menchetti M., *Course and Predictors of Physical Aggressive Behaviour after Discharge from a Psychiatric Inpatient Unit: 1 Year Follow-up*, *Community Ment. Health J.*, 2013; 49: 451–456.
14. Zanchetti M., *Fra l'incudine e il martello: la responsabilità penale dello psichiatra per il suicidio di un paziente in una recente pronuncia della Cassazione*, in *Cass. Pen.*, 2004, p. 2859 ss.
15. Ware N.C. et al., *Connectedness and citizenship: redefining social integration*, in *Psychiatric Services*, 58:4, 2007, pp. 469-474.
16. Amatulli A., *La posizione di garanzia in psichiatria. Il paziente autore di reato: un difficile equilibrio tra obblighi prudenziali e rispetto della persona*. In *Ius in itinere*, vol. 1, 2019, pp. 3-19.
17. Amatulli A. et al., *La Psichiatria: confrontiamoci con indagini, procedimenti e sentenze*, In AA.VV., *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici*, a cura di Dodaro G., Franco Angeli, Milano, 2011.
18. Secchi B., Calcaterra A., *La nuova risoluzione del CSM in tema di misure di sicurezza psichiatriche. I protocolli operativi: uno strumento di cooperazione e dialogo ai fini della piena realizzazione dei principi sanciti con la legge 30 maggio 2014 n. 81 dettata in tema di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*, In *Diritto Penale Contemporaneo*, 5 novembre 2018.
19. Cupelli C., *La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e linee guida*, In *Diritto penale contemporaneo*, 2016.

COME SI COLLABORA A PSICHIATRIA OGGI

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

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

NORME EDITORIALI

Lunghezza articoli: da 5 a 15 cartelle compresa bibliografia e figure.

Cartella: Interlinea singola carattere 12, spaziatura 2 cm sopra e sotto 2,5 cm sin/dx.

Ogni articolo deve contenere nell'ordine:

- Titolo
- Cognome e Nome di tutti gli autori (c.vo, preceduto da di e seguito da asterischi)
- Testo della ricerca
- Affiliazione di tutti gli autori
- Indirizzo email per corrispondenza da riportare nella rivista
- Eventuali figure tabelle e grafici devono trovare specifico riferimento nel testo
- Ringraziamenti ed eventuali finanziamenti ricevuti per la realizzazione della ricerca
- Bibliografia: inserire solo i riferimenti bibliografici essenziali: massimo 25 titoli, numerati, disposti secondo ordine di citazione nel testo, se citati secondo le norme dell'INDEX medico, esempio:
 1. Cummings J.L., Benson D.F., *Dementia of the Alzheimer type. An inventory of diagnostic clinical features.* J Am Geriatr Soc., 1986; 34: 12-19.

Nel testo l'indicazione bibliografica dovrà essere riportata indicando tra parentesi il cognome del primo autore e l'anno di pubblicazione, ad esempio (Cummings, 1986).

I lavori vanno inviati all'indirizzo e-mail redazione@psichiatriaoggi.it in formato .doc o .odt. Nella mail dovrà essere indicato nome e cognome dell'autore che effettuerà la corrispondenza ed un suo recapito telefonico. Nella stesura del testo si chiede di evitare: rientri prima riga paragrafo, tabulazioni per allineamenti, più di uno spazio tra una parola e l'altra, a capo manuale salvo inizio nuovo paragrafo e qualunque operazione che trascenda la pura battitura del testo.



SIP-Lo

Sezione Regionale Lombardia
della Società Italiana di Psichiatria

Presidenti:

Mauro Percudani e Massimo Clerici

Segretario:

Carlo Fraticelli

Vice-Segretario:

Giovanni Migliarese

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli

Consiglieri eletti:

Mario Ballantini
Franco Spinogatti
Gianmarco Giobbio
Luisa Aroasio
Carla Morganti
Federico Durbano
Alessandro Grecchi
Camilla Callegari
Antonio Magnani
Laura Novel
Pasquale Campajola
Giancarlo Belloni
Marco Toscano
Antonio Amatulli
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

Francesco Bartoli
Giacomo D'Este
Filippo Dragona
Claudia Palumbo
Lorenzo Mosca
Matteo Rocchetti

Membri di diritto:

Claudio Mencacci
Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni