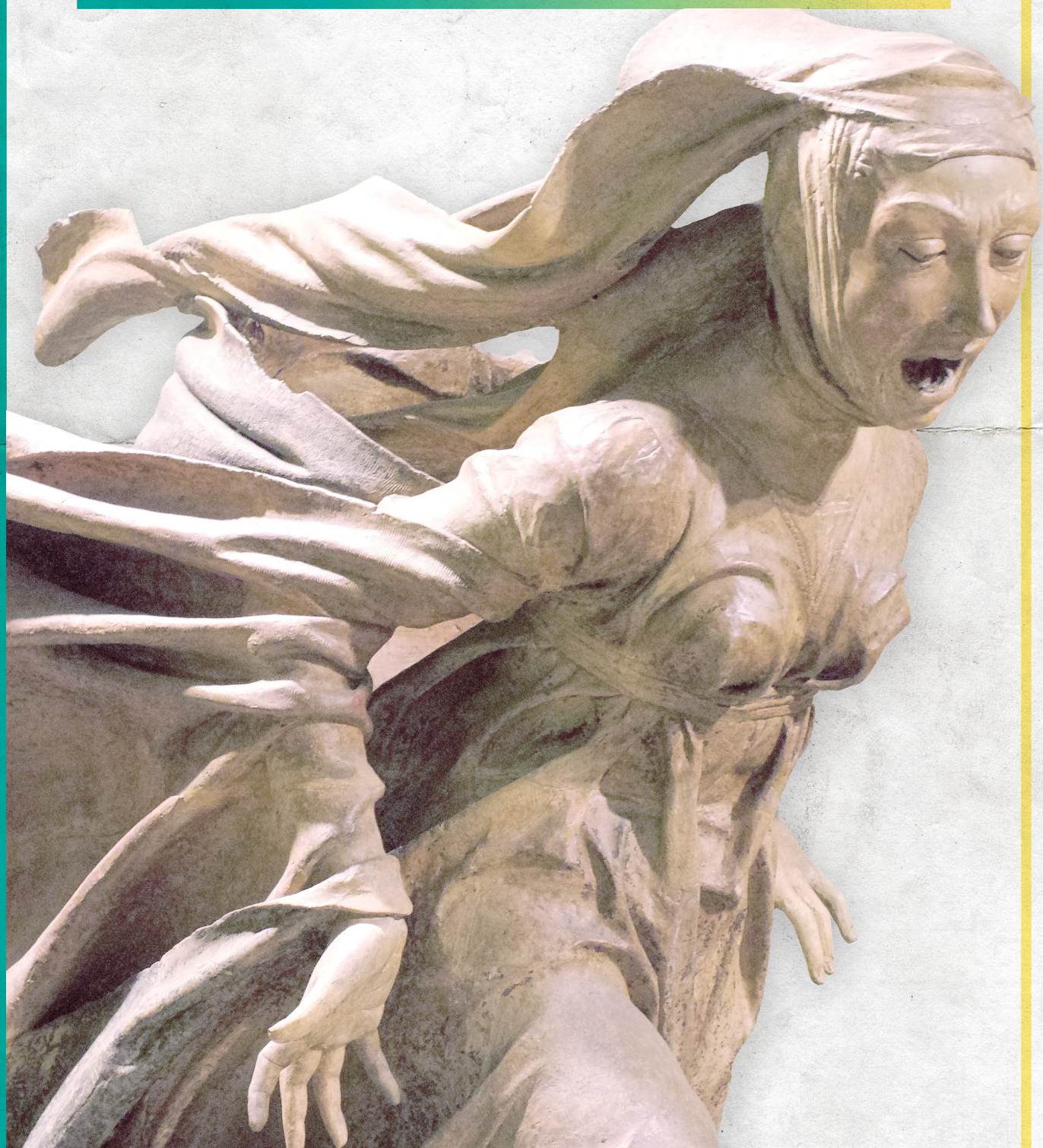




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

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 Novati (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Menacchi (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.

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

5 Stati mentali a rischio: traiettorie
diagnostiche e trattamentali
di Cerveri G.

13 Verso un'Agenzia Nazionale
per la Salute Mentale
di Menacchi C.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

16 Documento di consenso AcEMC, CNI-
SPDC, SIP-Lo, SITOX sulla valutazione
e il trattamento del paziente adulto con
disturbo comportamentale acuto in
Pronto Soccorso
di Paolillo C., Lerza R., Casagrande I.,
Bondi E., Fraticelli C., Cerveri G.,
Lonati D., Petrolini V., Locatelli C.

20 Un modello per il trattamento dei disturbi
psichiatrici comuni: oltre un decennio di
attività dell'ambulatorio per l'ansia e la
depressione della Psichiatria Varese
di Caselli I., De Leo A., Isella C.,
Montagnoli M., Finotti P., Bellini A.,
Ielmini M., Callegari C.

28 Il progetto adolescenza, disagio
giovanile, territorio
di Cerati G., Belloni G., Parola L., Violino A.,
Colombini C.

37 Applicazione del modello della coalizione
comunitaria in un servizio di salute
mentale per i giovani: la Coalizione
Comunitaria CPS Giovani-Contatto
di D'Avanzo B., Cerri A., Barbera S.,
Righetti T., Percudani M.

45 Il conflitto in Ucraina come possibile
fattore di rischio per riaccutizzazione
psicotica: un caso di psicosi puerperale
in giovane donna di origine ucraina
di Grecchi A., Beraldo S., Cigognini A.C.,
Maresca G., Miragoli P.

49 Vivere all'altezza di morte
Note cliniche sulla connessione tra trauma
infantile, PTSD legato a traumi
bellici e sua riattivazione a distanza
di Leali P., Barbieri S., Capra B., Aroasio P.L.

60 Inclusione territoriale di migranti forzati
con disagio psichico. Implementazione
di un modello sperimentale di interventi
integrati per la diagnosi precoce,
abilitazione e riabilitazione.
di Leon E., Miragliotta E., Colmegna F.,
Clerici M.

71 Esiti del progetto aMl città: budget di
salute di comunità
di Morganti C., Porcellana M., Baldan L.,
Biancorosso C., Canton S., Cerri A.,
Fontana R., Lanzo F. R., Macchia P.,
Malchiodi F., Codazzi L., Motto D., Savino
C., Vairelli F., Zanolio A., Percudani M.

81 Ogni cura ha una storia
di Rabboni M.

LETTERE ALLA REDAZIONE

88 L'agonia della psichiatria di Eugenio
Borgna
di Giannelli A.

90 Ugo Cerletti nel secolo breve
di Patriarca C.

IN COPERTINA: *Compianto sul Cristo morto di Niccolò dell'Arca, 1463-1490*
Chiesa di Santa Maria della Vita, Bologna
© Paolo Villa VR / Wikimedia Commons / CC BY-SA 4.0

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



SOMMARIO

AnnoXXXV • n. 1 • gennaio–giugno

CONTRIBUTI DI ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

96

CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
SOCIETÀ ITALIANA DI SCIENZE
INFERMIERISTICHE IN SALUTE MENTALE

**L'assistenza infermieristica
all'adolescente con disagio psichico
in sdpdc: validazione di uno strumento
d'indagine esplorativa**
di Merlini R., Vescovi A.G., Scaburri A.
Galbiati G.

114

CONTRIBUTO AITERP
ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA
RIABILITAZIONE PSICHIATRICA
E PSICOSOCIALE

**Stato dell'arte e storia della professione
del Tecnico della Riabilitazione
Psichiatrica**
di Fioletti B., Casella N., Scagliarini V.

SEZIONE PSICHIATRIA FORENSE

145

La paura del salnitro
*Storia delle Misure di Sicurezza e caso
della signora MM*
di Grasso F., Bonizzoni M., Paletta S.,
Vercesi M.

153

Le REMS e i problemi di sicurezza
di Mantovani L., Mantovani R.

SEZIONE TECNOLOGIA IN PSICHIATRIA

119

**Nuove tecnologie in psichiatria: tra
teoria e pratica**
*Uno sguardo sul presente e sul prossimo
futuro. Le opportunità e i rischi dello
sviluppo tecnologico*
di D'Agostino A., Migliarese G.

123

**Nuove tecnologie in psichiatria e pratica
clinica. Una riflessione critica**
di Alamia A.

126

**Telemedicina in Psichiatria: il progetto
COD₂₀ (Cure Ospedaliere Domiciliari)**
di Palazzo M.C.

131

**La personalizzazione dei trattamenti
psicofarmacologici in psichiatria:
focus sui test farmacogenetici**
di Callegari C., Ielmini M.

135

**Stranger things: un'analisi delle
prospettive future in psichiatria**
di Olivola M.



PSICHIATRIA FORENSE

La paura del salnitro

Storia delle Misure di Sicurezza e caso della signora MM

di Grasso Federico, Bonizzoni Miki, Paletta Silvia, Vercesi Marco

DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DIPENDENZE ASST LODI

ABSTRACT

La recente sentenza del 27 gennaio 2022 della Corte Costituzionale ha riportato l'attenzione della comunità psichiatrica e della magistratura sul caso delle REMS, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Le problematiche messe in evidenza da tale sentenza sono numerose e spaziano dalle lunghe liste d'attesa per l'inserimento in REMS dei pazienti rei, la gestione dei medesimi sul territorio in attesa di posto letto, l'organizzazione interna delle strutture stesse e la regolamentazione delle modalità d'accesso.

Il presente articolo mira a offrire una panoramica dell'evoluzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza nel corso della storia, fin dai suoi albori ideali nel XVII secolo, presentando al contempo la componente del Doppio Binario nella gestione del paziente psichiatrico colpevole di reato. Ci si soffermerà, inoltre, sui concetti più recenti di imputabilità, misura di sicurezza e pericolosità sociale.

A titolo d'esempio si prenderà infine in esame il caso della signora MM, paziente in cura presso la psichiatria del distretto del lodigiano ritenuta inferma mentale e colpevole di reati di violenza domestica in contesto di abuso alcolico ripetuto. Si cercherà di evidenziare la problematicità della perizia psichiatrica che, nel caso

in oggetto, ha determinato la reclusione in REMS di una paziente alcolista priva di un disturbo psichiatrico maggiore ma con esclusiva diagnosi di Disturbo di Personalità. Il caso clinico verrà inoltre descritto in parallelo alla disamina della sopra citata sentenza del 27 gennaio 2022, così da evidenziare l'attualità delle problematiche evidenziate dalla Corte Costituzionale sul ruolo e gestione delle REMS nella realtà psichiatrica contemporanea.

A volte capita che la vita dell'uomo venga sconvolta da un evento improvviso. Può trattarsi di un repentino mutamento, una malattia inaspettata, di una circostanza che abbia in sé le caratteristiche della violenza e dell'imprevedibilità. La parola *trauma* racchiude queste sfumature e suscita in chi la pronuncia e in chi l'ascolta il timore di qualcosa di irreversibile e pericoloso. Il trauma assume i caratteri di un'esplosione, un rilascio di energia improvviso e violento, rapido nel generarsi e potenzialmente catastrofico. È una detonazione che ferisce tanto l'uomo che la subisce quanto tutte le persone che gli stanno attorno. Proprio per prevenire questi scoppi, per proteggere i cittadini dall'instabilità della polvere nera, in Francia, nel 1600, fu edificato un luogo apposito che contenesse il salnitro, lo tenesse lontano dalla società, perché non

creasse scompiglio e non causasse danni alla gente perbene. Quell'edificio, che dal salnitro prese il nome ma che non fu soltanto polveriera ma anche carcere/ospedale, si chiamò Salpêtrière.

Non sapremo mai quanti veri malati psichiatrici furono rinchiusi nell'ospedale Salpêtrière e quanti, invece, furono soltanto barboni, mendicanti, prostitute, criminali e, più in generale, gente malvista dalla società, di cui la società medesima desiderava disfarsi. Conosciamo i numeri generici, certo, come il fatto che questo grande ospedale accolse più di 250.000 persone dal 1721 (un gran numero di registri precedenti quest'anno finirono bruciati durante un incendio) al 1791 (anno delle dimissioni dei direttori). Ciò può portare a una stima di oltre 400.000 individui dal 1656 al 1791 (Carrez, 2022). Conosciamo i modi con cui i rinchiusi venivano trattati: le catene, i letti sovraffollati, le epidemie, le punizioni corporali (Colombier, 1785). Conosciamo, infine, come l'edificio venisse considerato mero contenitore di gente ritenuta problematica o non adatta a un contesto sociale, e come tale ruolo si fosse già trovato *in nuce* fin nei pensieri del primo finanziatore: Re Luigi XIV, il Re Sole (Lavis, 1979).

Non è un caso che il titolo di uno dei più celebri quadri del pittore francese Tony Robert Fleury sia *Philippe Pinel libera i folli dalle loro catene*: i folli – noi lo sappiamo, ma al termine del XVIII secolo non era altrettanto ovvio – non si tengono in catene, non si imprigionano. I criminali stanno in prigione e i folli in ospedale. Philippe Pinel fu il nome che guidò la prima rivoluzione della psichiatria europea: i folli dovevano essere curati e i criminali rinchiusi, l'ospedale-contenitore non doveva esistere. L'allontanamento dalla società avveniva in queste due categorie diverse di persone – fino a quel momento arbitrariamente assimilate – ma per due ragioni diverse: chi si fosse macchiato di un crimine era allontanato per tutela altrui e punizione propria, chi avesse sofferto di un disturbo psichico necessitava della reclusione per scopi sanitari e assistenziali.

L'azione di Pinel permise una prima, fondamentale distinzione tra la responsabilità penale da una parte e la malattia mentale dall'altra. Tale divisione si sarebbe allungata – e allargata – dai confini Francesi in tutta Europa, toccando anche l'Italia del 1800. Qui, sotto l'influenza della corrente positivista, che sosteneva una filosofia alleata dell'uomo 'moderno', rivolta cioè a risolvere le problematiche del contesto sociale e cittadino (la legge, l'economia, la politica), si definì il concetto del Doppio Binario, un sistema sanzionatorio nuovo, che ripartiva le forme di reazione dello Stato nei confronti del reato tra pene da un lato e misure di sicurezza dall'altro (Pelissero, 2008).

Secondo tale modello, alla base del reato deve individuarsi la capacità, da parte del soggetto reo, di intendere e volere, cioè il suo essere consapevole delle proprie azioni e delle conseguenze delle medesime. Chi commette un reato e va incontro a una pena, dunque, è una persona *in grado di intendere e volere*, responsabile cioè della propria colpevolezza, e la pena in cui incorrerà sarà proporzionale alla gravità del fatto. Ben diverso, invece, è lo strumento sanzionatorio messo in atto dallo Stato verso chi, pur commettendo reato, non ne ha la responsabilità – *incapacità*, dunque, di intendere e di volere. In queste circostanze, il binario che si prende non è quello della pena, ma della *pericolosità sociale*.

Il Doppio Binario rivisita in chiave moderna l'antico mito di Edipo nella versione di Sofocle (Edipo): il governatore di Tebe, sposo felice di Giocasta, nell'arco di una sola giornata scoprirà di essere proprio lui la causa della peste che devasta la città, nonché responsabile di un atto blasfemo e terribile. Egli, infatti, pur senza dolo, ha ucciso Laio – suo padre – e sposato la regina di Tebe – sua madre – con cui ha generato prole illegittima e invisa agli Dei. Edipo, secondo gli Olimpici, è colpevole anche se inconsapevole, cieco eppure degno di disprezzo, criminale per gli atti nefandi. Per i Greci era ovvio: gli Dei sono al di sopra dell'uomo, vedono tutto e sanno ogni cosa. Se l'uomo sbaglia, il Dio punisce. Ma per l'Italia del 1800 Edipo rimane un innocente sfortunato, un folle, semmai,

ma non certo un criminale. Merita pietà, in primo luogo, e solo in seguito punizioni per i propri crimini. Ecco allora che già in Edipo si può intravedere quella difficile capacità di separazione di binari che, nel corso della storia, si concretizzerà infine negli OPG.

I due binari, di per loro intesi paralleli, si rivelano infatti sovrapponibili con quei soggetti pienamente o parzialmente non-imputabili e al tempo stesso ritenuti socialmente pericolosi. La misura di sicurezza, allora, si accumula alla sanzione sanitaria, viene applicata congiuntamente a questa e ne svolge un ruolo di completamento (Pelissero, 2008).

Andiamo per gradi, però, che se sul concetto di 'reato → pena' non c'è molto da spiegare – non si è giuristi, in questa sede – ben più importanti e meritevoli di maggiore attenzione sono per noi i concetti di *imputabilità*, *misure di sicurezza e pericolosità sociale*. Per andare a esaminarli, si salti la prima guerra mondiale e si giunga al 1930, quando re Vittorio Emanuele III firmava il Codice Rocco, in vigore ancora oggi nella nostra democrazia.

Nell'articolo 85 del Codice Penale si definisce *imputabile* qualunque persona sia in grado di intendere e volere. Detto in altri modi: non è imputabile colui che viene ritenuto tramite apposita perizia incapace di intendere e volere. Certo, vi sono delle eccezioni: colui che si provoca ebrezza alcolica al fine di essere considerato non imputabile durante la commistione di un reato non solo è imputabile, ma la pena sarà maggiorata¹. Negli articoli dall'88 al 98 del codice penale si definiscono, invece, quei casi in cui l'imputabilità sia da ritenersi *esclusa o diminuita*:

- Minore età
- Infermità di mente
- Sordomutismo
- Ubriachezza e sostanze stupefacenti²

Fino a qui è chiaro che colui che soffre, per esempio, di infermità mentale, sia ritenuto incapace di intendere e volere e, dunque, non imputabile. Qualora tale soggetto commetta un crimine, la prima cosa da definire è se ci sia o meno il rischio che lo stesso venga ripetuto, essendo questo dovuto – in maniera semplificativa – alla condizione succitata di infermità. È adesso che entrano in gioco la perizia e la pericolosità sociale.

Il concetto di *pericolosità sociale* è delicato e complesso. Esso prevede una capacità, che l'uomo non possiede, di prevedere il futuro, cioè quella da parte di un perito di indicare se il soggetto che ha commesso il fatto antigiusdico ripeterà il crimine. A fronte dell'impossibilità di dare una risposta certa, la domanda viene riformulata come segue: con quale *probabilità* il soggetto in esame ripeterà il fatto antigiusdico? All'articolo 203 del codice penale si definisce infatti che 'agli effetti della legge penale, è *socialmente pericolosa* la persona, anche se non imputabile o non punibile [...] quando è *probabile* che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati'³.

Il peso dell'articolo sta tutto in quella parola: *probabile*. Di fronte alle situazioni in cui si sospetti che l'imputabilità del soggetto sia ridotta o esclusa (minore età, infermità mentale, ecc...), un perito è chiamato a valutare la *probabilità* che il reo commetta nuovi reati. Se sembra poca cosa, basti pensare che proprio tale valutazione rappresenta la leva del cambio con cui quel Doppio Binario solitamente parallelo si trasforma in incidente. Se il soggetto è al tempo stesso *non imputabile e pericoloso socialmente*, per lui si apre la strada della *misura di sicurezza*, un sistema sanzionatorio che rappresenta la sovrapposizione tra punizione, isolamento e cura, come ai tempi faceva la polveriera parigina.

Ecco quindi che il paziente psichiatrico reo, inimputabile, socialmente pericoloso, vede un *percorso di cura*

1. Codice Penale, articolo 85

2. Codice Penale, articoli 88 – 98

3. Codice Penale, articolo 203

obbligato definito da un giudice, non da un medico. In passato tale percorso era quello degli OPG, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, che dagli anni '70 fino al 2013 sostituirono quei manicomi criminali che il Codice Rocco⁴ aveva sentenziato rappresentassero il 'luogo di cura' dei pazienti psichiatrici socialmente pericolosi. Tra il 2013 e il 2015 gli OPG furono chiusi e sostituiti dalle REMS, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza⁵, il cui ordinamento è fonte ancora oggi di dibattito.

Basti pensare a questo proposito che nella gestione e amministrazione delle REMS si sovrappongono, così come due binari, anche due Ministeri, della Giustizia e della Salute. Le REMS⁶ sono realizzate e gestite dal Servizio sanitario delle Regioni e delle Province autonome e l'assistenza sanitaria erogata rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), così come la loro gestione interna è di esclusiva competenza sanitaria. Tuttavia, permane in capo alla magistratura di sorveglianza il compito di vigilare sulle strutture. Il ruolo di assegnare un paziente psichiatrico a una misura di sicurezza in REMS, poi, è svolto dal DAP (Dipartimento Amministrativo Penitenziario), non da un medico. Ciò comporta un problema: il DAP si limita a porre indicazione al ricovero in REMS di un paziente psichiatrico socialmente pericoloso, ma l'accesso alla struttura è subordinato alla dichiarazione di disponibilità di posto letto da parte del responsabile sanitario. Nel frattempo, qualora come spesso accade il posto non sia disponibile, che succede al reo socialmente pericoloso?

È questo il caso della signora MM., una donna di 28 anni, secondogenita tra due sorelle, incarcerata in REMS e ritenuta incapace di intendere e volere da una perizia, pur in presenza di una valutazione psichiatrica che escludeva una diagnosi maggiore. La signora conseguiva

un diploma di scuola secondaria superiore, si iscriveva alla Libera Università di Lingue e Comunicazione di Milano (IULM) ove, però, non completava gli studi. Durante il periodo universitario abusava di cannabinoidi e alcool, manifestando un deterioramento progressivo del funzionamento sociale e scolastico. I rapporti in casa si facevano allora tesi, la paziente esigeva quantità di denaro e conduce una vita poco strutturata, caratterizzata da frequenti viaggi all'estero e feste con amici. Al contempo, la signora B. L. manifestava nei confronti della madre comportamenti esplosivi e aggressivi, che si verificavano sempre in condizione di intossicazione da sostanze con fenomeni di estorsione di denaro.

Il Centro Psico Sociale di Casalpusterlengo ha conosciuto la signora MM nel 2014, anno in cui la paziente effettuava tre sole visite colloquio, con esito diagnostico di Abuso di Sostanze Varie (alcool, cannabinoidi, occasionale uso di cocaina) e disturbo della Personalità NAS. Dal 2014 ad ora, tuttavia, la paziente è stata ricoverata nel reparto di Psichiatria per *sette volte*, sempre per brevi periodi di pochi giorni, in due occasioni con provvedimento di TSO (trattamento sanitario obbligatorio), riportando diagnosi di Disturbo da Abuso di Alcol, sia Acuto che Continuo, e Disturbo della Personalità, con manifestazioni di impulsività, rabbia, minacciosità e aggressività eterodiretta in condizione di intossicazione da sostanze. I ricoveri erano mirati a risolvere il clima di tensione al domicilio e la necessità dei medesimi si esauriva in corrispondenza della risoluzione dell'episodio d'ebbrezza. La paziente risulta nota e in carico presso il SerD dal 2013 per Abuso di Cocaina e fino al 2018 per Abuso di Alcol e Sostanze Varie, per quanto si sia presentata sempre con incoerenza alle visite del servizio per le dipendenze.

4. Corte Costituzionale, sentenza legislativa n. 354/1975

5. Corte Costituzionale, sentenza 30 maggio 2014, n. 81

6. Corte Costituzionale, sentenza 27 gennaio 2022, n 22 art. 5.3

A seguito dell'ennesimo episodio di violenza domestica, la famiglia ha sporto denuncia contro la signora MM. Nel novembre 2021 il giudice richiedeva allo psichiatra consulente esterno all'ASST di Lodi di redigere una perizia. Il perito, il dottor A., interrogava sia la signora MM, la quale però si sottraeva alla visita, sia i familiari della medesima, che ribadivano quanto già espresso in altre circostanze: la violenza della signora in contesto di ebbrezza alcolica e il rifiuto della signora di astenersi dall'alcool. Il dottor A., successivamente, chiedeva al responsabile del caso del CPS e al primario del dipartimento di psichiatria di Lodi una relazione clinica aggiornata. In quest'ultima veniva descritto un quadro di Disturbo di Personalità, privo di anomalie della sfera ideica, alterazioni psichiatriche maggiori e oscillazioni dell'asse timico. Nella relazione si riconosceva che la paziente, per guarire dal proprio quadro psicopatologico, necessitasse di un progetto di cura di tipo *riabilitativo comunitario*, al fine da avviare un processo di disintossicazione da sostanze. Tale progetto, però, che era già più volte stato presentato, era sempre stato rifiutato dalla paziente.

MM era inoltre nota al Corpo dei Carabinieri per i numerosi interventi domiciliari che i suoi comportamenti avevano determinato; il contesto abitativo della signora, inoltre, era quello di un piccolo centro di campagna, ove la minima bizzarria suscita spesso stigma e chiusura da parte della comunità. Forse, proprio a causa dell'alto stato di tensione e sdegno sociale che gli agiti della signora avevano suscitato e nonostante la storia clinica non deponesse per una franca infermità mentale, il dottor A. ha comunque espresso nella propria perizia un giudizio di *inimputabilità* a fronte delle accuse mosse di aggressione domestica, definendo la signora *incapace di intendere e volere e socialmente pericolosa*, tale da necessitare, come poi il giudice ha convalidato, un ricovero presso REMS. È questo, in altri termini, uno

di quei casi a metà tra la psichiatria e la magistratura, ove non sembra importare il giudizio clinico ma solo le conseguenze sociali che spingono la magistratura a reperire un luogo di contenimento per quell'esplosivo che rischia di minare e scandalizzare la comunità.

Tutto ciò accadeva in data 16/12/2021, mentre la signora MM si trovava ricoverata in SPDC volontariamente a seguito dell'ennesimo episodio di agitazione psicomotoria in contesto di abuso alcolico. Da allora la paziente è rimasta ricoverata fino alla data del 2/3/2022, quando è stata condotta in REMS secondo ordinanza giudiziaria. Con lei, sempre ricoverato in SPDC in attesa di REMS, vi era un altro paziente, non dimissibile secondo volontà del DAP ma al contempo – e come la signora B. L. – in buon compenso psichico secondo il giudizio clinico. Due pazienti con storia diversa, ma entrambi ritenuti socialmente pericolosi e non-imputabili sono rimasti mesi in un reparto psichiatrico per acuti pur se stabili sotto il profilo psichico, perché non disponibili posti in REMS ove si sarebbe dovuto avviare il progetto di cura e riabilitazione deciso dalla magistratura.

Uscendo dalla realtà lodigiana la situazione non cambia: un numero di persone almeno pari a quelle ospitate nelle 36 REMS allo stato attive è in attesa di trovare una collocazione in una REMS nella propria regione o altrove. Si parla, in altri termini, di circa seicento persone ritenute socialmente pericolose, che non si sa dove collocare all'interno dello stato¹². La permanenza media in una lista d'attesa è pari a circa *dieci mesi*, ma in alcune Regioni i tempi per l'inserimento in una REMS possono essere assai più lunghi. Non è chiaro se l'esistenza di lunghe liste d'attesa sia ascrivibile principalmente all'insufficienza complessiva dei posti letto disponibili o all'assenza di soluzioni alternative sul territorio, oppure se, come sostenuto dal Ministero della salute unitamente alla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, non vi sia un eccesso di

provvedimenti di assegnazione alle REMS da parte dell'autorità giudiziaria⁷. È comunque evidente il problema che da questa lunga lista d'attesa scaturisce e che già il caso della signora MM evidenzia: l'impossibilità di applicare in tempi se non immediati, quanto meno rapidi, provvedimenti emessi dall'autorità giudiziaria nei confronti di autori di reato sul presupposto della loro pericolosità sociale.

Da un lato, un diffuso e significativo ritardo nell'esecuzione dei provvedimenti in esame comporta un *difetto di tutela* effettiva dei diritti fondamentali delle potenziali vittime di aggressioni, che il soggetto affetto da patologie psichiche, e già autore spesso di gravi o gravissimi fatti di reato, potrebbe nuovamente realizzare e che l'ordinamento ha il dovere di prevenire. Dall'altro, la mancata tempestiva esecuzione di questi provvedimenti *lede il diritto alla salute* del malato, al quale non vengono praticati i trattamenti – rientranti a pieno titolo tra i LEA – che dovrebbero essergli invece assicurati per aiutarlo a

superare la propria patologia e a reinserirsi gradualmente nella società.

Queste e molte altre problematiche sono state evidenziate dalla sentenza del 22 gennaio 2022 della Corte Costituzionale, che prosegue alla conclusione più ovvia che il problema delle liste d'attesa pone: da una parte, la soluzione al *deficit di tutela* dei diritti fondamentali non può essere quella dell'assegnazione in

soprannumero delle persone in lista d'attesa alle REMS esistenti, pena la creazione di situazioni di sovraffollamento con perdita degli scopi terapeutico-riabilitativi per cui le medesime sono nate. D'altra parte, però, non è un rimedio neppure quello di collocare provvisoriamente in istituti penitenziari queste persone, le quali necessitano invece di terapie e di percorsi riabilitativi che il carcere non è in alcun modo idoneo a fornire. La soluzione viene allora individuata nel sol-

lecito di adeguati *finanziamenti* da parte dello Stato e delle autonomie territoriali, al fine di ridurre il divario tra il numero di posti disponibili e il numero dei provvedimenti di assegnazione. Al contempo, la sentenza sollecita la valorizzazione e il potenziamento delle *alternative terapeutiche* per la salute mentale esistenti sul territorio, così da contenere il più possibile la necessità di ricorrere ai provvedimenti custodiali nelle REMS¹³.

Se un tempo il soggetto socialmente pericoloso veniva posto in una struttura al mero scopo di reclusione e allontanamento dalla collettività, oggi giorno vi sono i presupposti per interventi maggiormente inclusivi, di supporto e, soprattutto, di assistenza sanitaria, seppur legati a provvedimenti giudiziari. Le REMS sono piene, le liste d'attesa lunghe e la stessa Corte Costituzionale invita a trovare soluzioni alternative alla reclusione nel rispetto del singolo e in considerazione della tutela per i cittadini. Il processo è lento – più di trecento anni non sono bastati a superare la Salpetrière – ma urgente e dagli esiti incerti. Ciò cui assistiamo ora è la fase di transizione, sperimentiamo la difficoltà di lavorare in una zona grigia, dove il paziente è malato ma non può accedere agli interventi sanitari più appropriati, dove è pericoloso, ma non può essere recluso. La signora MM e come lei molti altri, sono stati dichiarati inimputabili e socialmente pericolosi da una perizia, eppure non hanno potuto accedere alle REMS che, in teoria, sarebbero predisposte alla loro cura. D'altra parte tali pazienti non possono neppure essere dimessi sul territorio, in quanto pericolosi per la collettività e ritenuti capaci di reiterare il reato. Dove mettere, allora, questo salnitro che fa così paura? L'unica risposta è l'SPDC, ma questo altro non fa che danneggiare ulteriormente la salute del paziente e ritardarne la riabilitazione. Senza contare che l'SPDC è un luogo ospedaliero di cura per *acuzie* psichiatriche, un posto chiuso o aperto ma comunque di piccole dimensioni, privo dei progetti riabilitativi e

7. Corte Costituzionale, sentenza 27 gennaio 2022, n. 22 art. 5.4

terapeutici cui il paziente stabilizzato sotto il profilo clinico dovrebbe avere il diritto di accedere.

La signora MM è allora un salnitro che non trova posto, che per necessità – e non per ragioni né sanitarie né giudiziarie – è rimasta in un luogo che non le apparteneva e che non le offriva alcun sostegno, né cura. La storia della signora B. L. è comunque ben lontana dall'essere conclusa: carcerata – è questo il termine utilizzato nell'ordinanza per indicare l'ingresso in REMS – il 2/3/2022, è stata rilasciata il 25/5/2022 dopo quasi quattro mesi di detenzione. Si rammenti che il tempo d'attesa per l'effettuazione della misura di sicurezza è stato pressoché di pari entità. L'indicazione all'atto della scarcerazione, comunque, è quella del reperimento di un *percorso riabilitativo comunitario*, in quanto non ancora risoltosi il problema di dipendenza da alcool ed essendo la signora rientrata al domicilio con quella stessa madre e sorella verso cui manifestava gli episodi di aggressività durante gli abusi alcoolici. In altri termini, si è alla fine concretizzato quello che già il responsabile del CPS e il direttore del servizio di psichiatria interpellati dal dottor A. avevano predetto: la signora ha necessità di una struttura comunitaria per alcoolisti, non di una residenza detentiva. Il tempo trascorso nella REMS è apparentemente stato privo di risultati: la signora ha ripreso a utilizzare alcool appena scarcerata e ha fatto ritorno al domicilio, entrambi segni evidenti dell'inutilità – se non per scopi punitivi – della misura di sicurezza applicata contro il parere degli psichiatri del servizio di cura ma secondo la volontà del perito esterno.

In una condizione come quella descritta è solo questione di tempo prima che si ripresentino gli episodi di agitazione e violenza domestica, solo questione di tempo prima che la signora MM, che non può stare a casa e che non ha ancora una comunità ove essere riabilitata, torni in SPDC. Doppia paradossale è allora rileggere i consigli della sentenza del gennaio 2022 della Corte Costituzionale, la quale perorava il reperimento di strutture alternative alla REMS per una gestione

territoriale dei pazienti psichiatrici autori di reato. Il servizio di psichiatria del territorio aveva già espresso l'opinione per cui la signora MM avrebbe giovato di un intervento comunitario, anziché di uno detentivo, eppure il perito dottor A. e la magistratura sono intervenuti per altre vie e con diverso esito. La signora è rimasta ricoverata in SPDC da dicembre 2021 a marzo 2022 e incarcerata in REMS da marzo a maggio 2022, per un totale di sei mesi di ritardo nell'applicazione della cura che gli psichiatri avevano ritenuto essere maggiormente idonea: la comunità riabilitativa.

L'intero caso della signora MM permette di evidenziare il contrasto che spesso nasce tra l'aspetto sanitario e quello giudiziario in contesti di *disordine sociale*, l'imperizia di porre determinate valutazioni su una paziente che non si conosce e che si interroga per la prima – e unica – volta, i ritardi nell'applicazione delle misure di sicurezza, i ritardi ancora più gravi nell'individuare le tipologie di cura opportune e permettere l'accesso alle medesime, la difficoltà da parte della magistratura stessa di superare la sicurezza detentiva garantita dalle REMS e, infine ma non meno importante, la lesione dei diritti del cittadino che tutte quante queste incongruenze comportano.

Il salnitro rimane un composto pericoloso, ad alto rischio di detonazione, che alla comunità fa paura. Per prima cosa, allora, ancora oggi si cerca un luogo di custodia, ove immagazzinare questo esplosivo che la società rifiuta. Eppure si dovrebbe portare la ricerca a un passo successivo, dove non è la comunità l'unica vittima da proteggere, ma anche e soprattutto il paziente, che per le sue stesse esplosioni può ferirsi, venire isolato, forse persino rinchiuso per volere di un giudice.

E dire che basterebbe così poco, l'SPDC ce l'ha nel nome: si tratta di diagnosi e cura, non di detenzione e custodia.

BIBLIOGRAFIA

1. Jean-Pierre Carrez, « *La Salpêtrière de Paris sous l'Ancien Régime : lieu d'exclusion et de punition pour femmes* », Criminocorpus [En ligne], Varia, mis en ligne le 01 janvier 2008, consulté le 19 février 2022. <http://journals.openedition.org/criminocorpus/264>
2. Colombier et Doublet, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés*, Paris, Impr. royale, 1785, 44 p.
3. E. Lavis, in A. Corvisier, *La France sous Louis XIV, ordre intérieur et place en Europe*, Paris, S.E.D.E.S., 1979, p.274.
4. M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario*. G. Giappichelli editore, Torino, 2008, pag. 3
5. Edipo Re, *Sofocle*, edizione Classici Feltrinelli
6. M. Pelissero, *Pericolosità sociale e doppio binario* G. Giappichelli editore, Torino, 2008, pag. 210

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 Migliaresse

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