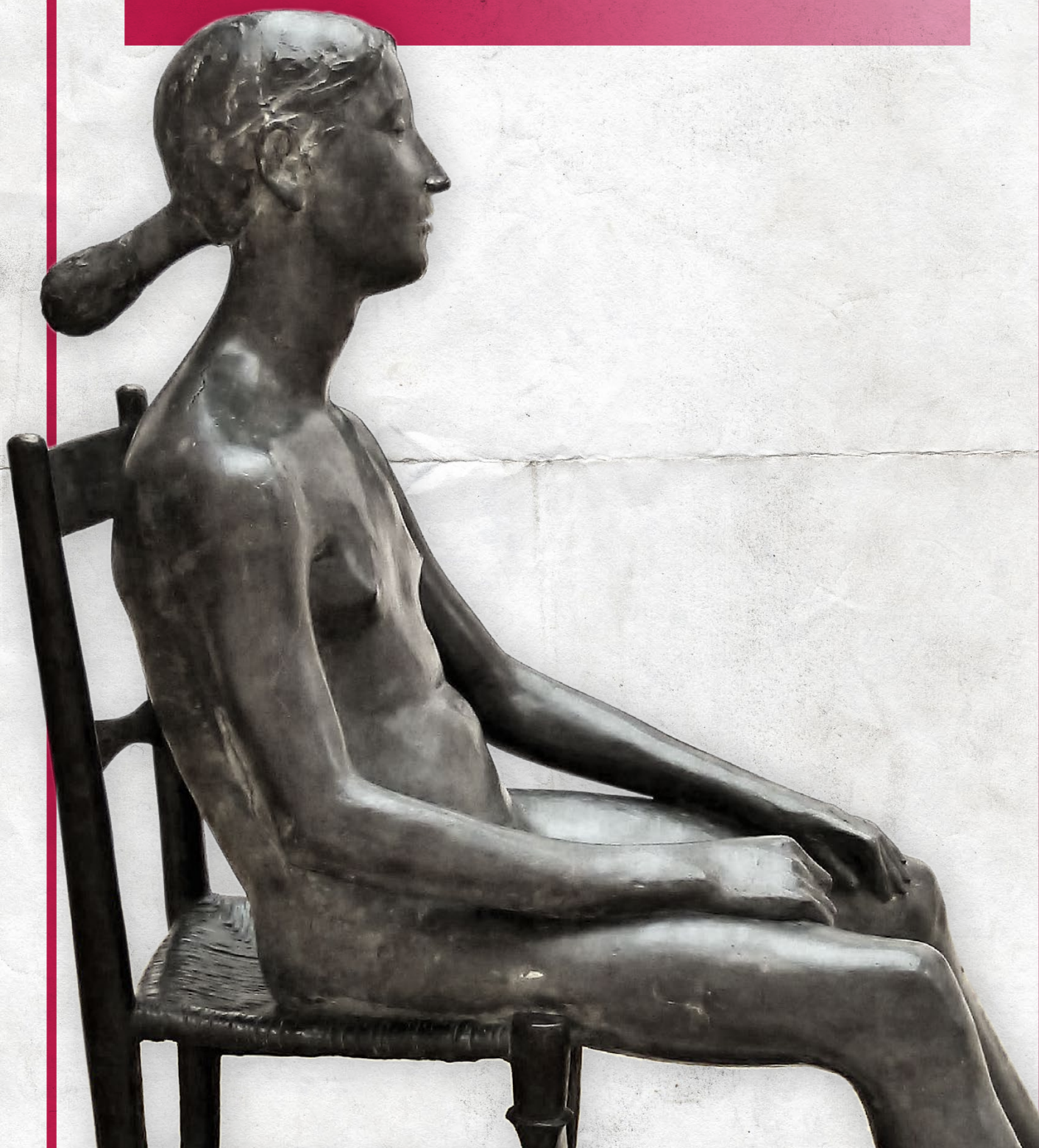




PSICHIATRIA OGGI

Fatti e opinioni dalla Lombardia

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





SOMMARIO

Anno XXXVI • 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 Arosio (Voghera)
Carla Morganti (Milano Niguarda)
Federico Durbano (Melzo)
Alessandro Grecchi (Milano SS Paolo Carlo)
Camilla Callegari (Varese)
Antonio Magnani (Mantova)
Laura Novel (Bergamo)
Pasquale Campajola (Gallarate)
Giancarlo Belloni (Legnano)
Marco Toscano (Garbagnate)
Antonio Amatulli (Vimercate)
Caterina Viganò (Milano FBF Sacco)
Claudio Mencacci (Milano FBF Sacco)
Emi Bondi (Bergamo)
Pierluigi Politi (Pavia)
Emilio Sacchetti (Milano)
Alberto Giannelli (Milano)
Simone Vender (Varese)
Antonio Vita (Brescia)
Giuseppe Biffi (Milano)
Massimo Rabboni (Bergamo)

Segreteria di Direzione:
Silvia Paletta (ASST Lodi)
Matteo Porcellana (ASST GOM Niguarda)
Davide La Tegola (ASST Monza)

Responsabile Comunicazione Digitale:
Federico Grasso (Lodi)

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

- 4** La difesa del diritto alla cura per i soggetti affetti da patologia psichiatrica di Cerveri G.
- 9** Proposta di programma per la Salute Mentale in Regione Lombardia Documento Congiunto CPPL-SIPLO-SIP
- 11** "Uscire dal convento" per andare verso una psichiatria postnormale di Toscano M.
- 14** Chi pensa alla salute mentale oggi? di Vender S.

SEZIONE CLINICO-SCIENTIFICA

- 21** La sperimentazione del Budget di salute dell'ASST Santi Paolo e Carlo di Milano di Ferrario S., Grecchi A., Alaia M., Bordonaro V., Caccia A., Pisciotto G., Raguso V., Miragoli P.
- 26** Gli Interventi Assiſiti con gli Animali nei contesti psichiatrici di Guarisco C., Paganini M.A., Suter R.
- 34** "Piacere di conoscerti" Progetto pilota di Intervento Assiſito dall'Animale in contesto grupale dedicato agli utenti dei CPS afferenti al Progetto Giovani di Luchetta G.A., Collodello S., Carnevali S., Durbano F.
- 43** Emergenza Chemsex Mpdv, sessualità e rischio psicopatologico di Pinamonti H., Clerici M.
- 61** Percorsi intensivi territoriali di riabilitazione psicosociale con la metodologia del Budget di Salute: il Piano Urbano 2022-2024 di Polizzi M., Massarotto F., D'Avanzo B., Perillo A., Porcellana M., Morganti C., Percudani M.
- 68** Dai "percorsi di cura integrati per i minori autistici e le loro famiglie" alla visione inclusiva e continuativa dell'autismo del progetto "per.V.In.C.A" di Resi C., Quintini T., Contini R., Chiominto I., Cerveri G.

PSICHIATRIA FORENSE

- 74** L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato. di Amatulli A.
- 81** Prospettive e limiti della gestione del paziente forense tra "territorio" e "giustizia" di Provenzi M., Lagazzi M., Di Forti C.L., Affaticati L., Carrara G., Crespi G., Viganò D., Clerici M.
- 86** La detenzione domiciliare a persona affetta da gravi problematiche psichiatriche di Mantovani R. e Mantovani L.

CONTRIBUTI DA ALTRE SOCIETÀ SCIENTIFICHE

- 88** CONTRIBUTO AITERP – ASSOCIAZIONE ITALIANA TECNICI DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA (ATS)
The world forgetting, by the world forgot
Un passo indietro...tre in avanti.
Una riflessione riabilitativa sulla condizione di Abelardo ed Eloisa di Fossati E.M., Racioppi L., Scagliarini V.
- 92** CONTRIBUTO S.I.S.I.S.M.
IPronto soccorso psichiatrico ad accesso diretto in psichiatria: evoluzione o involuzione? Uno studio qualitativo di De Paola T., Romano F., Elsa V.

ANGOLO DELLA REDAZIONE

- 104** La vita del mondo che verrà di Giannelli A.
- 110** Sindrome della rassegnazione: uno sguardo alla complessità di Pantalone A.
- 115** Rosalba Terranova Cecchini
Una vita per la psichiatria e la transcultura di Aliverti M.



PSICHIATRIA FORENSE

L'attualità: ragione e sentimento in materia di esecuzione penale dei pazienti autori di reato.

Alcune considerazioni, qualche ragionevole auspicio

di Antonio Amatulli

DIRETTORE DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE ASST BRIANZA

Intervenire in questo momento di sgomento e cordoglio, e incredulità, per la morte della collega Barbara Capovani, sull'ampia tematica dei pazienti autori di reato, del loro profilo giuridico, dei loro diritti e dei relativi percorsi, ancorché prosciolti per infermità o definiti seminfermi, ecco, tutto ciò determina una radicale divaricazione interiore tra spinte retributive ed emozioni più ponderate e, alla fine, più costruttive. Cercando quindi di superare le legittime pulsioni (ri)vendicative, la ulteriore vicenda luttuosa (la lista degli operatori della salute mentale uccisi a causa del loro lavoro è plurale) può quindi essere un ulteriore spunto per una rilettura del dove siamo ora e dove potremmo andare nel prossimo futuro in una materia attualmente ancor più incandescente come quella dei percorsi penali dei pazienti psichiatrici autori di reati.

Sono quindi possibili, e forse doverose, alcune considerazioni.

Mantenere il costrutto giuridico dell'infermità mentale ci pare a oggi inevitabile, e appare sostanzialmente velleitario puntare sulla abolizione del vizio di mente e della non imputabilità. La psichiatria nasce definendo i

disturbi mentali, quelle perturbazioni psichiche oggettivamente presenti che poi la nosografia ha progressivamente catalogato. È in grado, quindi, anche nel suo relativismo e nel modificarsi nel tempo dei linguaggi interpretativi, fino all'attuale visione bio-psico-sociale, di definire specifici quadri psicopatologici, che a loro volta contraddistinguono la relazione delle persone con il mondo (realtà). Appare pacifico che alcuni di questi (il concetto di infermità permette di inserirvi i mutevoli indicatori diagnostici) siano in grado di incidere profondamente sulle capacità valutative, di giudizio, di controllo e di autodeterminazione del singolo. Il principio di colpevolezza inteso in Costituzione (la possibilità di muovere un rimprovero nei confronti di un individuo per non aver tenuto, pur potendo, un comportamento conforme alla legge) e il radicamento del codice penale sul concetto del libero arbitrio, indicano nella capacità di comprendere e di autoregolarsi il discrimine e il fondamento della responsabilità dell'atto compiuto, e quindi della possibilità del relativo rimprovero. Così, si può discutere sulla abolizione dell'art 89 c.p. (anche per l'utilizzo "pilatesco" della clausola di responsabilità parziale che nella pratica con certa frequenza si incontra), ma pare avventuroso

invocare l'abolizione completa del doppio binario con la finalità di chiamare chiunque in giudizio per un fatto di reato, ancorché in stato di incapacità. Lo slogan "la responsabilità è terapeutica" nasconde, in questo contesto, o pulsioni repressive (riprendendo l'inizio dell'intervento, in questi momenti forse più facili) o velleità libertarie dimentiche delle eventuali innumerevoli problematiche concrete che si presenterebbero (per prima, una caduta delle tutele individuali) così come degli assunti identitari della stessa scienza psichiatrica. Abolire il concetto stesso di infermità psichica e definire sempre responsabile del fatto compiuto il paziente, sposterebbe semplicemente la problematica della sicurezza nella fase esecutiva, ove, con minori garanzie, la sanzione dovrebbe giocoforza essere rimodulata. Semplicemente non esiste la possibilità di una cura adeguata nelle carceri, e la psichiatria vedrebbe obliterata in radice la sua capacità di diagnosticare, nella sostanza, nella forma e nelle conseguenze (sintomi), le malattie mentali. Infine, è stato giustamente rilevato come l'unitarietà della risposta sanzionatoria (pena e considerazione del disagio psichico in radice) potrebbe aumentare la componente segregazionista della risposta dello Stato da un lato, e dall'altro il trattamento rieducativo del soggetto (imputabile) in sede di esecuzione penale potrebbe comprendere eccessive dimensioni "psichiatrizzanti" estranee allo "status" di condannato e in contrasto con la dimensione retributiva della pena (che la Costituzione ha comunque deciso di mantenere)¹.

Se quindi è mantenuto il concetto di non imputabilità, concordando per altro con la maggior parte della dottrina e del mondo giuridico, a nostro modesto parere si dovrebbe partire da una presa di coscienza della direzione degli intenti ultimi dei servizi per la salute mentale rispetto ai

pazienti autori di reati. Se, semplificando forse radicalmente ma facilitando così la comprensione, la psichiatria intenda farsi carico della cura e assistenza (e parti di controllo, come poi vedremo) di questa categoria di soggetti o se, all'opposto, almeno per alcune fattispecie, attraverso contorsionismi diagnostici e capriole ideologiche ritenga prioritario indirizzarle verso altre strade (dove il pensiero, non troppo velato, va alle carceri - dimentica, va detto, sia del dato della realtà del sistema carcerario italiano e sia che comunque ad altri psichiatri il problema, infine, arriverebbe).

Così, attualmente, percorsa gran parte della strada che dal codice Rocco (spesso speciosamente richiamato utilizzando la poco condivisibile inferenza per cui tutto quanto da esso discende sia da riformare vista la temperie politica e culturale dalla quale è nato), passando dalla Costituzione e dai suoi articoli nn. 2, 13, 27 e 32, dalle sentenze della Corte costituzionale tra gli anni 2003 e 2009 (n.253/2003, n.367/2004, n.208/2009) che hanno via via indirizzato verso dimensioni di salute le misure di sicurezza e i percorsi penali dei pazienti autori di reato (modificando in radice la lettura attuale delle norme di nostro interesse del Codice Rocco), dalla sentenza Suprema Corte n. 99 del 2019 che si è occupata delle problematiche dei "sopravvenuti", arriva infine alla sentenza n. 22 del 2022, ora, lasciate perdere le ideologie, questi a nostro parere alcuni nodi importanti da affrontare in materia.

In primo luogo, il vuoto legislativo evidenziato dalla medesima sentenza Corte costituzionale n. 22 del 2022. Penso che la psichiatria debba tenere alta la guardia nel momento in cui il legislatore interverrà nel merito, definendo, come richiesto dal Giudice delle leggi, "forme di idoneo coinvolgimento del Ministro della Giustizia nell'attività

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

di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti² e degli altri strumenti di tutela della salute mentale degli autori di reato” (il grassetto è nostro), e provvedendo a un ancoraggio di legge più forte della misura detentiva in REMS rispetto all’unicità dell’art 3-ter del d.l. 22 dicembre 2011 n. 211, come è ora³. Un destino da vaso di coccio potrebbe attenderla⁴.

Solo un accenno, dovuto, all’“ottimismo” che ha suscitato in alcuni operatori delle REMS il passaggio in cui questa sentenza indica la qualità di trattamento “coatto” nei confronti degli internati in quelle strutture⁵. L’*arrière-pensée* è quella, di fatto, di mano libera nelle REMS, per trattamenti obbligatori/coattivi e, magari, per l’utilizzo della contenzione meccanica. Meno problemi desta la confutazione di questo ultimo punto, essendo la contenzione meccanica scriminata solo ex art. 54 c.p. (e qui, appare utile una esatta conoscenza della lettera del codice, basti pensare alla capacità di commisurarsi al concetto di “proporzionalità” del fatto salvifico ma illecito messo in atto), ma più articolata la risposta al primo punto. Non riteniamo che lo specifico passaggio della pronuncia della Corte costituzionale sul punto liberi

tutti, ad esempio, a favore di trattamenti obbligatori in REMS: l’articolo 13 Cost. implica la doppia riserva di legge e di giurisdizione per ogni intervento di limitazione della libertà personale; ma, a oggi, l’unica legge che disciplini il punto in ambito di salute mentale è la 833/78, articoli 33, 34 e 35. Nonostante le mai abbastanza note difficoltà che si vivono nelle REMS, un TSO può quindi oggi essere effettuato solo in SPDC. Unica possibilità individuabile, un TSO extraospedaliero in struttura. Induce sorpresa la notizia, se confermabile, di un garante (in questo momento ci sfugge specificatamente quale e dove) che si sarebbe espresso censurando tale possibilità. Che resta, invece, difficilmente contestabile.

Di sfuggita, l’allarme che da una così alta fonte (Corte costituzionale) arriva circa il sottofinanziamento del sistema dei servizi per la salute mentale, che, come in questa sede è ribadito, impedisce e impedirà un adeguato (rispetto ai dati epidemiologici degli ultimi anni) e stabile rafforzamento della risposta possibile⁶.

In secondo luogo, a condizioni date (legislative, strutturali delle carceri e dei servizi di salute mentali,

2. ...”Cionondimeno, l’assegnazione a una REMS – così come oggi concretamente configurata nell’ordinamento – non può essere considerata come una misura esclusivamente sanitaria”. Corte costituzionale — Sentenza 16 dicembre 2021 — 27 gennaio 2022 n.22

3. “...in effetti, l’art. 3-ter del d.l. n. 211 del 2011, come convertito, in questa sede censurato, rappresenta la sola disposizione contenuta in un atto avente forza di legge su cui si fonda, oggi, l’intera disciplina dell’assegnazione a una REMS...” . Ivi, p. XVIII

4. Il P.U.R. delineato nell’art. 3 dell’“Accordo, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza”, prevede una ampia serie di funzioni, con l’obiettivo generale di fornire supporto all’Autorità giudiziaria per dare esecuzione ai provvedimenti applicativi delle misura di sicurezza detentive; ma non risolve il vacuum di legge evidenziato dalla Suprema corte.

5. “...Durante la sua esecuzione [misura detentiva in REMS] possono essere praticati al paziente trattamenti sanitari coattivi, ossia attuabili nonostante l’eventuale volontà contraria del paziente...”. Ivi, p. XV.

6. “secondo il Sistema informativo per la salute mentale (SISM), nell’anno 2019 la spesa complessiva per l’assistenza psichiatrica è stimata pari a 65 euro per residente. A livello nazionale, la spesa ammonta a 3,3 miliardi di euro, pari a circa il 2,9 per cento della spesa per il SSN – una percentuale in riduzione rispetto agli anni precedenti. A livello regionale, la percentuale appare differenziata, e in ogni caso nettamente inferiore all’impegno assunto dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in occasione della prima Conferenza nazionale sulla salute mentale nel gennaio 2001, di destinare almeno il 5 per cento dei fondi sanitari regionali per le attività di promozione e tutela della salute mentale”. Ivi, p. VIII.

giuridiche), un intervento che faciliti i percorsi penali dei pazienti autori di reato (per i loro diritti nonché per la gestione a cura delle diverse agenzie interessate), deve partire già in fase preliminare. Il giudice dovrebbe subito avere contatti con i DSM perché, immediatamente, le informazioni possano da lui essere utilizzate per eventualmente mettere in campo tutti gli strumenti idonei per intraprendere un percorso adeguato al caso concreto, alle sue dimensioni personali e, nel caso, psicopatologiche, con la chiarezza immediata, esempio, di necessità o meno di una valutazione peritale

In terzo luogo, utile porre una adeguata attenzione alle fasi esecutive, con un corretto, attivo e fattivo rapporto con la Magistratura di sorveglianza. Alle condizioni date, la fase della esecuzione penale può determinarsi come sufficientemente elastica e reattiva per adattarsi alla evoluzione del quadro di cura dei pazienti (e dei cambiamenti dei loro profili giuridici nei difficili percorsi delle mancate esecuzioni), potendo via via attagliarvisi a favore di una corretta valutazione della rischiosità parallela all'andamento della psicopatologia. I Magistrati di sorveglianza tendono a lamentare i limiti, imposti indirettamente alla loro giurisdizione, dal "pacchetto" già confezionato che ricevono dalla fase di cognizione e dalla pressione esterna nei casi di delitti particolarmente efferati, allorché la spinta in senso retributivo diviene molto intensa nei loro confronti (medesima aria segregazionista già citata più sopra, con gli effetti, talvolta, di seminfermità riconosciute a quadri di palese incapacità, allo scopo di incarcerare il reo, come primo passaggio). Ma con la Magistratura della esecuzione ci sono spazi dove la collaborazione può essere più facile e intensa, per "tagliare" sul singolo soggetto la caratteristica dei provvedimenti salvaguardando contemporaneamente, e a livello del singolo (questo è importante e costituzionalmente orientato), le istanze di (quasi) pari importanza del diritto alla salute del singolo e della sicurezza dei consociati. Due gli aspetti che devono essere messi qui

in evidenza. Il primo corrisponde alla difficoltà, per il Magistrato di sorveglianza, di manipolare la pericolosità sociale, concetto fondamentalmente ascientifico e connotato da caratteristiche di gestione, di fatto, empiriche (valutazione intuitiva della prognosi criminale). Il secondo, quanto il medesimo magistrato ha in mano, a cura dei DSM, per potere con decisione e chiarezza definire cessata la pericolosità del paziente. Chiamandoci ancora una volta in causa, ci si può domandare quanto i DSM forniscono una documentazione di aggiornamento al magistrato da cui lui possa con convinzione evincere per una psicopatologia attenuata al punto da considerare la cessazione della misura, o, all'opposto, quanto i DSM possano "giovarsi" della dimensione del controllo per mantenere un aggancio per la cura del paziente. E qui, una riflessione tra un positivo utilizzo della dimensione (inevitabile) del controllo e una mancanza di una precisa presa di posizione (valutativa e attuale) che possa indurre il Magistrato di sorveglianza a rivedere a favore del paziente la sua valutazione prognostica.

In quarto luogo, occorre dirsi con chiarezza che esiste la violenza legata alla patologia psichiatrica. Al di là di distinzioni a volte un poco ideologizzate tra rischio assoluto, relativo e attribuibile, la concreta e pietrosa realtà manifesta come agiti violenti siano evidentemente associati alla cura e assistenza dei disturbi mentali. E qui un punto, sostenuto da ampia letteratura, va messo. Solo così possono essere discusse strategie di limitazione del rischio, le più diverse (dalla messa in atto delle corrette regole cautelari agli arredi, dalla informazione alle risorse umane, dai protocolli di collaborazione alle decisioni professionali e politiche).

In quinto luogo, la psichiatria deve individuare correttamente quei quadri (anche) clinici e psicopatologici che individuano i veri soggetti antisociali/psicopatici. A volte nei nostri servizi le diagnosi all'impronta di disturbo antisociale, ancorché con scarsa attendibilità,

hanno lo scopo di (sperare di) inviare su altri binari, diversi dai servizi stessi, questi soggetti. Da una parte poi possono emergere in realtà diagnosi non corrette e più precisi bisogni clinici e di trattamento, e dall'altra parte, invece, quel numero alla fine ristretto di psicopatie (sadiche, anaffettive, manipolatrici, malvagie) dovrebbe realmente uscire dai circuiti sanitari confermandosi in sede peritale la capacità di intendere e volere. I periti e i consulenti sono specialisti psichiatri: questo è un punto da tenere molto bene a mente.

In sesto luogo, infatti, la questione dei consulenti/periti: ineludibile un meccanismo di monitoraggio della qualità dei servizi erogabili. Varie ipotesi possibili, nell'ambito delle quali deve sempre esser ricompresa la approfondita conoscenza dei servizi pubblici della salute mentale. Riteniamo, comunque, che in questi ultimi non debba mai essere ricompresa alcuna attività peritale nell'ambito del lavoro istituzionale.

E si arriva al settimo e ultimo luogo: le strutture della esecuzione penale. Il territorio lo è, e la lettera delle disposizioni di una libertà vigilata sul territorio che "affida" al CPS il paziente non dovrebbe scandalizzare. Da esse non discende la responsabilità diretta del sanitario per ogni fatto a cura del paziente, ma vige la normale gestione del rischio consentito e il dovere di applicazione delle corrette regole cautelari. Come per ogni altro utente, allo psichiatra viene chiesto di fare quello che è chiamato, dallo stato psichico del paziente, a fare come corretta pratica clinica, e a prevedere solo quello che è prevedibile. È, comunque, nella ragionevole gestione di un soggetto con diritto alla cura ma pericoloso

socialmente che dovranno essere messe in atto ulteriori eventuali cautele, ad esempio rispetto ai limiti personali di spostamento, ma sempre nella dimensione e nella qualità del mandato sanitario dello psichiatra (una breve parentesi sulla necessità che gli esercenti la professione sanitaria prendano atto della chiara vigenza della posizione di garanzia, sia di cura che di controllo. Anche qui un punto fermo ci vuole). Le strutture residenziali della psichiatria sono luoghi della esecuzione, e ormai una larga esperienza dovrebbe averci convinti che la cura e il controllo possono trovare momenti di sovrapposizione (basta pensare all'utilizzo che spesso si fa, nei percorsi riabilitativi residenziali, delle disposizioni del giudice di sorveglianza, magari esaminandole insieme al paziente e utilizzandole per "fare sentire" la dimensione del controllo per altro scaturente da fonte esterna e non dai curanti). Le carceri anch'esse sono strutture della esecuzione: una legislazione ancora carcerocentrica (ma non solo questo) determina le condizioni di sovraffollamento che hanno motivato, insieme alle note difficoltà di esecuzione delle misure detentive in REMS, importanti interventi della corte EDU⁷. Non in carcere, realisticamente e per tempi medio-lunghi e in modo omogeneo nel paese, si può pensare che si possano prevedere adeguati e completi percorsi di cura per determinati profili giuridici di pazienti autori di reato, soprattutto se si superasse il concetto della non imputabilità. Le REMS, infine, sono luoghi della esecuzione. Nate con il vulnus (ovviamente per primo quella della fretta) della legge 81 nel punto dove prevede espressamente misure di sicurezza perimetrali e non ne prevede (osseremmo ripetere espressamente) all'interno, nel dibattito che ormai da poco meno di 10 anni le anima emerge, con chiarezza, la eterogeneità delle casistiche

7. A titolo di esempio, Corte Europea dei Diritti dell'Uomo – Sezione I – sentenza 24 gennaio 2022 n. 11791/20 - Causa SY c. Italia. Fino alla ulteriore, più recente, pubblicata il 16 febbraio 2023, *Armeni c. Italia*, per la lamentata ingiusta detenzione in carcere a causa della mancata esecuzione, dopo il proscioglimento per vizio totale, della misura provvisoria detentiva in REMS per indisponibilità del posto. Il precedente di Sy c. Italia ha portato il governo italiano alla immediata proposta di erogazione di una somma adeguata a titolo risarcitorio di danno e spese. Solo per curiosità si aggiunge che il ricorrente ha considerato insufficiente la somma proposta, trovando ulteriore risposta positiva nel merito dalla Corte europea

comportamentali e cliniche internate e la insufficiente garanzia di sicurezza interna. Al di là di pregevoli costruzioni creative e autarchiche di figure con un ruolo almeno minimamente securitario, tale problema è serio e insoluto. E troppe sono le ragioni, vicine e lontane, per trattarle qui e ora. Sempre nel rispetto dell'ottica della extrema ratio richiamata dalla legge, e con la garanzia della sua tenuta, pare evidente la necessità di altre strutture della esecuzione penale che completino l'attuale circuito: delle REMS per i casi realmente pericolosi, dove potere gestire il comportamento violento e talvolta delinquenziale che, oggi, incatena molte REMS a pochi ma ingestibili soggetti. REMS a bassa e alta sicurezza è una ipotesi, perché, già ampiamente detto delle garanzie costituzionali degli individui e dei loro diritti alla salute e a trattamenti umani e dignitosi, deve essere ribadito che la violenza nell'ambito della cura e dell'assistenza dei disturbi psichiatrici esiste, e che una volta impostati (o proprio per impostare) i corretti trattamenti, i sanitari devono veder tutelata adeguatamente, in tutti i passaggi e in tutti i luoghi, la loro sicurezza. E aggiungiamo che se non si considera che la responsabilità della cura e del trattamento, di tutti i percorsi, anche penali, dei soggetti con disturbo mentale, debba essere non di esclusiva pertinenza degli psichiatri, ma ricompresa nella cornice di un patto sociale nel rispetto costituzionale dei singoli consociati in condizione di malattia e fragilità⁸, la strada della psichiatria continuerà a esser erta e difficile. In più, ricordiamo come non possiamo fare conto su un adeguato potenziamento dei servizi per la salute mentale, stanti il radicamento nei LEA e la previsione, nei prossimi anni, di una ulteriore diminuzione del finanziamento sul PIL della spesa per la sanità pubblica.

Prima di concludere è necessario però fare un cenno

a un dibattito parallelo, che chiama in causa la proposta di riforma "Cendon" (Abrogazione dell'interdizione e dell'inabilitazione e Rafforzamento dell'Amministrazione di sostegno) dell'art. 411 c.c., con la finalità di dotare l'Amministratore di sostegno di poteri (che qui per semplicità definiamo) speciali, fino a prevedere un dispositivo del Giudice tutelare finalizzato a mettere in atto interventi "coercitivi" (letterale) finalizzati a costringere l'interessato a percorsi terapeutici previamente rifiutati. Detto che tale proposta ha un respiro ampio e condivisibile, e si potrebbe dire *garantista*, questo passaggio non può non destare perplessità: la sua utilità pratica è ben comprensibile, e rappresenta un tentativo di allargare ulteriormente i poteri dell'amministratore, ma nostro parere saranno necessarie ulteriori riflessioni per scandagliarne appieno la tenuta "umana" e soprattutto giuridica. Se si dovesse riconoscere forza di legge a questo passaggio normativo, verrebbe comunque a mancare, nel testo, l'indispensabile esplicitazione del "come" e del "dove", a nostro parere necessario per la attesa tenuta costituzionale (riserva di legge). E poi, riteniamo utile, quanto legittima, l'introduzione di ulteriori possibilità di coercizione nei confronti di persone portatrici di disturbi mentali?

Al termine di queste considerazioni, che hanno volutamente coinvolto anche il ruolo e le posizioni (e i possibili limiti) degli operatori della salute mentale, vogliamo ribadire che una riflessione sullo stato attuale della gestione e cura dei pazienti autori di reato ispirata anche da un pensiero affranto e rispettoso nei confronti della collega morta per il suo lavoro non deve assumere derive da *contro-agiti* (già si sentono pensieri di *snellimento* delle procedure per ASO e TSO, o di modifiche della legge 180) ma attestarsi da una parte su un'articolata

8. Andando ben oltre all'arcinota citazione basagliana (che per altro esprime una pura verità, seppur poi utilizzata per mille ricette di pronta degustazione): "In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia". In: *Che cos'è la Psichiatria*, Einaudi, Torino, 1973.

officina di idee (anche in ampia e informata dialettica, come ovvio per tematiche così complesse), e dall'altra parte sul comprensibile, in questo momento, grido di richiesta di maggiore sicurezza, impossibile da ignorare, ma altrettanto impossibile da affrontare senza mantenere il rispetto dei limiti dati dai doveri di garanzia dei diritti individuali, intesi anche come diritti di tutti gli individui. Domande tanto angosciate, ora, quanto drammaticamente saldate alla realtà concreta e quotidiana. Non spinte "forcaiole", quindi, ma consapevolezza delle reali rischiosità e della ineludibile necessità di avere strumenti ulteriori per affrontarle, in una cornice di rispetto dei diritti fondamentali dell'individuo.

CORRISPONDENZA A:

antonio.amatulli@asf-brianza.it

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.

Presidente:

Mauro Percudani, Milano

Presidente Eletto

Massimo Clerici, Monza

Segretario:

Giovanni Migliarese, Vigevano

Vice-Segretario:

Matteo Porcellana, Milano

Tesoriere:

Gianluigi Tomaselli, Treviglio

Consiglieri eletti:

Antonio Amatulli
Luisa Aroasio
Stefano Barlati
Scilla Beraldo
Giorgio Bianconi
Debora Bussolotti
Paolo Cacciani
Camilla Callegari
Simone Cavallotti
Federico Durbano
Gian Marco Giobbio
Alessandro Grecchi
Carlo Fraticelli
Carla Morganti
Silvia Paletta
Nicola Poloni
Paolo Risaro
Matteo Rocchetti
Marco Toscano
Caterina Viganò

RAPPRESENTANTI

Sezione "Giovani Psichiatri":

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

Membri di diritto:

Giancarlo Cerveri
Emi Bondi
Pierluigi Politi
Emilio Sacchetti

Consiglieri Permanenti:

Alberto Giannelli
Simone Vender
Antonio Vita
Giuseppe Biffi
Massimo Rabboni
Claudio Mencacci