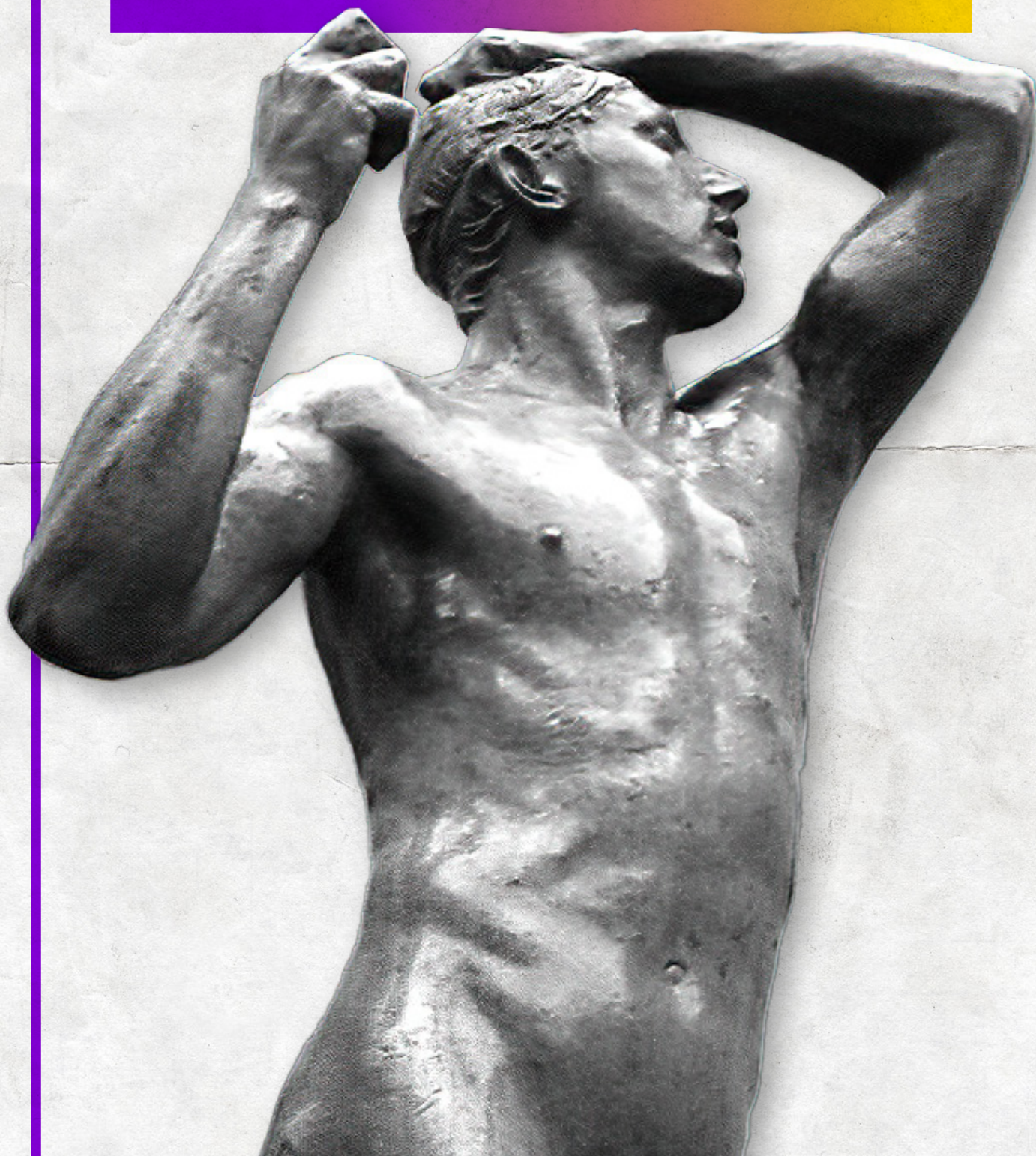




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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





## L'antica ed irrisolta antinomia tra curare l'individuo e proteggere l'ordine pubblico

*Quali sfide il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze deve affrontare nella gestione dei soggetti con patologia psichica e autori di reato?*

*Giancarlo Cerveri*

DIRETTORE PSICHIATRIA OGGI

---

Non è possibile cominciare la riflessione su un tema così contraddittorio senza riferirci al tema dell'antinomia, un particolare tipo di paradosso che indica la coesistenza di due affermazioni contraddittorie che possono essere entrambe dimostrate o giustificate.

Che il mandato della psichiatria fosse connesso a questa antinomia lo si riconosce sin dalla nascita stessa del concetto di manicomio. Nello stato di diritto nessuno può subire una limitazione della libertà, se non a seguito di un giudizio. Il contratto sociale prevede che tutti gli individui partecipino con eguale grado di libertà ai diritti e doveri dei cittadini. E così in piena demolizione dell'Antico Regime e costruzione del nuovo ordine europeo lo psichiatra Philippe Pinel nel 1793 fece liberare dalle catene quelli che erano definiti gli alienati mentali, reclusi nell'asilo di Bicêtre, e poco dopo fece lo stesso alla Salpêtrière. A Parigi si cambiava il mondo e nel mezzo della rivoluzione francese la follia divenne un elemento essenziale su cui fare ordine.

E così si operò un radicale cambiamento che ha riportato al centro dell'attenzione degli psichiatri il tema della cura, ma che purtroppo non ha risolto l'antinomia. La liberazione dei folli dalle catene ha reso necessaria la creazione di luoghi di cura dove permettere alle persone, non dotate di ragione, di poter recuperare le proprie funzioni prima

*Il cretese Epimenide afferma  
che tutti i cretesi mentono  
(Autore Ignoto VI secolo a.C.)*

di essere reinseriti a pieno titolo nel contratto sociale. Insomma, chiuse le vecchie strutture asilari hanno aperto altre istituzioni con nome diverso (Manicomio) ma che nel

tempo hanno finito per recuperare la funzione di contenitore che potesse preservare l'antinomia di luogo dove curare le persone e al contempo proteggere la sicurezza dei cittadini che vivevano al di fuori di essa.

Con il tempo le questioni si sono sempre più complicate perché i folli venivano implicitamente considerati pericolosi e dunque rinchiusi nei manicomi, ma poi vi erano coloro che, liberi, commettevano un reato per cui non erano imputabili in quanto folli (la giurisprudenza li definì i **folli rei**). Per costoro furono creati i Manicomi Criminali, strutture esplicitamente dedicate alla detenzione ma, a differenza delle carceri, con una specifica vocazione alla cura.

Infine si affacciò una terza categoria di soggetti che, liberi commettevano reato, apparentemente senza malattia mentale, ma che folli lo diventavano durante l'espiatione della pena in carcere (i **rei folli**), anch'essi da indirizzare in qualche modo al manicomio criminale.

Non voglio (e non sarei in grado), in questa breve riflessione, di approfondire le tematiche giuridiche che si costruirono nei codici penali (prima Zanardelli e poi Rocco) su queste questioni, vorrei solo osservare che molti di questi assunti



*Pinel libera i malati mentali nell'ospedale della Salpêtrière nel 1795 / Tony Robert-Fleury*

sono ancora conservati nel diritto penale attualmente vigente con cui giornalmente ci confrontiamo.

## LA LIBERTÀ CHE CURA

La storia degli ultimi 50 anni è nota, sul finire degli anni '70 del secolo scorso, sull'onda di una pressione sociale e politica profondamente ed ampiamente condivisa, i manicomi sono stati chiusi, la cura dei pazienti è stata rimessa al centro dell'agenda e la loro possibile pericolosità è stata affrontata come un elemento marginale. L'antinomia sembrava risolta in modo definitivo. Ma si trattava di un'illusione. Una parte rilevante della questione era stata momentaneamente messa sotto traccia.

Rei Folli e Folli Rei non entravano nell'area di inte-

resse dei Dipartimenti di Salute Mentale se non in modo marginale. Esistevano circuiti separati chiamati Ospedali Psichiatrici Giudiziari che, in una gestione sempre più distante dall'interesse collettivo, finivano per assumere connotazioni intollerabili sia in termini di condizioni di vita degli internati che di qualità di cura offerta (pur con qualche limpida eccezione in quel di Castiglione delle Stiviere). L'antinomia non era risolta era semplicemente negata.

Ed ecco che accadono vicende al di fuori del mondo della clinica psichiatrica che riportano in piena evidenza la contraddizione tra cura e custodia. Sono tante ne citerò alcune come elementi esemplificativi di un passaggio cominciato con la fine del secolo scorso ed ancora in fase di completa attuazione.

Comincerei con la sentenza della Corte Costituzionale che nel 2003 (n. 253) stabilisce che la detenzione in Ospedale Psichiatrico Giudiziario da unica soluzione per il soggetto non imputabile e pericoloso socialmente, diviene l'estrema ratio. Si cominciano ad individuare altre strade per queste persone, strade che inevitabilmente intercettano le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale. Il tutto avviene in un percorso più generale di trasferimento dell'attività sanitaria nelle carceri dal ministero della giustizia al ministero della sanità.

Diversi provvedimenti legislativi, nati anche dalla pressione esercitata dalle condanne subite da parte della Corte Europea per quanto di inaccettabile accadeva negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, hanno provato a fornire percorsi di superamento degli OPG senza riuscirci (l'ultimo dei quali è la Legge n.9 del 2012) ma preparando un ambiente culturalmente favorevole a questo passaggio.

Sempre in questi anni è accaduto un altro grande cambiamento a livello giurisprudenziale. Nel 2005 con la sentenza n.9153, le sezioni Unite della Corte di Cassazione stabiliscono che anche i "disturbi della personalità" possano costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere. La sentenza dedicata ad un singolo caso e molto ben costruita, ha prodotto una serie di effetti successivi nell'interpretazione sempre più frequentemente dell'infermità totale o parziale di mente per soggetti affetti da disturbi di personalità ed autori di reato. In sintesi ha allargato in modo enorme la platea delle persone che venivano in qualche maniera affidate alle cure dei DSM con la speranza che la cura potesse contribuire all'estinzione del rischio di reiterare reati.

Un obiettivo complesso questo, ma sostanziato da numerosi dati clinici nel caso delle gravi psicosi o dei disturbi affettivi, molto più effimero nelle sue realizzazioni concrete per la nuova platea di soggetti a cui siamo chiamati a rispondere a seguito di questa interpretazione della Corte di Cassazione.

Sulle realistiche possibilità di cura per Disturbi di Personalità Borderline o Narcisistico la letteratura non ha ancora raggiunto una consistenza ampiamente condivisa, mentre per il Disturbo Antisociale di Personalità ad oggi non sono conosciuti strumenti di cura efficaci.

Dunque, allo psichiatra viene affidata la cura di persone che commettono un reato a causa della loro infermità anche se tale infermità non risulta curabile. L'implicito mandato è predi farsi carico del soggetto (affidamento) per assicurare che lo stesso possa stare meglio e dunque tenda a non ripetere comportamenti antigiuridici sull'onda della patologia mentale di cui soffre.

Quale ruolo dovrebbe svolgere il professionista per assolvere alle richieste? O meglio quali sono le richieste implicite nell'affidamento di tale paziente? L'antinomia tra funzioni potenzialmente confliggenti e costruite su architetture di saperi distanti si ripropone in tutta la paralizzante potenza del paradosso. Entrambe le questioni sono affrontabili e risolvibili, ma apparentemente non insieme.

## LA CURA CHE LIBERA DAL MALE

Il percorso è poi proseguito fino all'approvazione della legge 81 del 2014 che conduce alla definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Una legge che ha per noi psichiatri un retrogusto curioso; a differenza della Legge 180 del 1978 (legge Basaglia) che è stata fortemente voluta dagli psichiatri per poter occuparsi di curare le persone che si avevano in cura, la nuova legge venne apparentemente calata sui Dipartimenti di Salute Mentale quasi senza preavviso, senza una adeguata analisi dei bisogni e con degli aspetti di criticità organizzativa che la Corte Costituzionale non ha atteso tanto prima di osservare (Sentenza 22 del 2022).

Gli elementi essenziali della nuova legge comprendono tra l'altro, oltre alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la loro sostituzione con le Residenze per le

Misure di Sicurezza (R.E.M.S), la necessità di un gravissimo motivo per il ricovero in R.E.M.S., che viene lasciato come risoluzione residuale («extrema ratio»), l'impossibilità che le misure di sicurezza detentive possono superare la durata della pena edittale massima prevista per il reato commesso (fine degli ergastoli bianchi) e la responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale (spesso nella figura apicale) nella realizzazione dei progetti terapeutico-riabilitativi dei pz infermi di mente autori di reato.

Questo rilevante cambiamento di scenario non ha in alcun modo modificato il perimetro della pericolosità sociale così come definito nel codice penale nonostante il cambiamento significativo delle finalità dell'intervento.

Persino in alcuni passaggi della legge non si risolve l'antinomia tra cura e controllo. Nel definire la scelta della Misura di Sicurezza in REMS la legge stabilisce l'internamento in REMS ha carattere eccezionale in quanto applicabile

*“solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulti che è la sola misura idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente”*

Mettendo insieme due concetti “cure adeguate” e “pericolosità sociale” che fanno riferimento a paradigmi profondamente dissimili.

Quanto sopra si è poi inserito in un sistema penitenziario fortemente in difficoltà nella gestione degli ordinari detenuti e profondamente impreparato a fornire risposte di cura adeguate ai soggetti sofferenti di patologia psichica.

Questa condizione ha portato inevitabilmente ad un aumento delle richieste di misura di sicurezza al fine di concedere adeguati percorsi di cura a soggetti giudicati non imputabili e d'altro canto non altrimenti curabili nel circuito tradizionale della detenzione.

Eventi sopravvenuti come per esempio l'elevato numero di soggetti migranti con tutto il carico di disturbi da stress

legati alla migrazione e l'aumentato rischio connesso alla commissione di reati spesso associati alla condizione di marginalità in cui molto spesso vivono hanno contribuito a rendere i fenomeni ancora più acuti.

Si è così creata un'aspettativa irrealistica di poter garantire la sicurezza tramite la cura in un contesto in cui le richieste risultavano drammaticamente in aumento e le risorse restavano stabili.

L'antinomia si è così rovesciata e poco alla volta si è spostata l'attenzione in modo sempre più deciso alla riduzione del rischio di “ricaduta giuridica” come prioritaria rispetto alla prevenzione della “ricaduta clinica” mantenendo però sempre attiva quella certezza tutta pregiudiziale che la seconda (la ricaduta clinica) sia causativa della prima. Si crea così un cortocircuito per cui la mancanza di successo clinico non attiene più solo ad un rischio generico di colpa medica ma anche ad una responsabilità più ampia rispetto ad un ipotetico concorso di colpa verso comportamenti giuridicamente rilevanti del nostro assistito.

Insomma, se viene riconosciuto un profilo di colpa medica si rischia di essere accusati di aver agito in concorso per altri reati commessi da colui che non abbiamo adeguatamente curato. È ovvio che tale forzatura sia fantasmaticamente presente nelle menti di molti colleghi che si sentono caricare sulle spalle un fardello di una gravosità eccessiva e che come tale non può essere trattenuto nella sola dimensione clinica che isolata dal contesto non è in grado di risolvere l'antinomia tra cura e controllo. Una condizione di lavoro che, se estesa a quelle condizioni come i Disturbi di Personalità in cui le nostre capacità di cura tendono a risultare così intangibili, finisce per diventare eccessivamente gravosa per il medico che ne rimane coinvolto.

## LE STRADE PER USCIRE DAL PARADOSSO

Stanno accadendo diversi fatti che coinvolgono questo campo di applicazione della psichiatria e che costituiscono

insieme l'esaasperazione del problema e la sua soluzione. Sempre di più si apre la necessità di un confronto con altri interlocutori: magistrati, avvocati, familiari dei pazienti.

Essi sono portatori di indiscutibili interessi contrastanti e spesso confliggenti con l'orizzonte d'attesa di chi lavora nei servizi di salute mentale. L'utilizzo della definizione del "Folle Reo" a fronte di storie umane complesse in cui confluiscono elementi di sfortuna, emarginazione, fallimento familiare e sociale, rappresenta ai loro occhi una soluzione elegante e rassicurante. Avviene cioè una immediata e semplice declinazione di significato con conseguente delega dell'indicibile ad uno spazio che non necessita di altra definizione: la follia.

Il folle è per sua natura incomprensibile e lo specialista ne è delegato al trattamento e alla "gestione". Sempre più spesso, per definire luoghi di cura adatte a trattare queste persone, si sentono utilizzare espressioni come "Comunità Contenitive", luoghi dove la cura sarebbe garantita anche dalla difficoltà/impossibilità di sottrarsi ad essa. La volontarietà alla cura viene così "garantita" fino al limite che precede la coazione violenta, in uno sforzo perverso di contenere l'antinomia senza farla esplodere. Un gioco difficile e pericoloso che è lasciato nelle mani sapienti di uno psichiatra che dell'antinomia si fa rappresentazione, esecutore della realizzazione dell'impossibile, di curare chi la cura non la vuole, anche con strumenti che non sempre efficaci, senza violarne il diritto fondamentale all'autodeterminazione. Psichiatra che inevitabilmente finisce per farsi carico della terribile contraddizione dell'antinomia abbandonando l'incapace quando non saprà inibirne le istanze di autodeterminazione e abusando di esso quando invece al fine di imporre la cura ne soggiogherà la volontà.

Mi sovviene l'immagine di un condensatore elettrico capace di caricare un'enorme quantità di energia elettrostatica che trova nello psichiatra l'inevitabile luogo di contatto tra le due piastre che finiscono in sua presenza

per liberare con improvvisa violenza ciò che era trattenuto in modo innaturale da qualche materiale isolante che garantiva l'equilibrio o, come diremmo nel nostro gergo, la dissociazione.

Da questa immagine forse si intravede una strada d'uscita, eliminare l'isolamento cognitivo con cui viene solitamente affrontato questo problema. Interrompere banalizzazioni che non servono a comprendere i problemi e tantomeno a risolverli ma sono solo utili a non far esplodere le contraddizioni rimandandone la fase di scarico ad un altro luogo ed ad un altro tempo.

Il Dialogo tra gli interlocutori può diventare un potente strumento di trasformazione dell'antinomia, immaginare un dialogo intenso, fatto di contraddizioni e fraintendimenti tra magistrati avvocati psichiatri e anche familiari finisce inevitabilmente per costruire una diversa narrazione in cui riemergono con maggiore chiarezza le tematiche che attengono ai modi e luoghi pensati per proteggere l'ordine pubblico e al contempo le strade per assicurare anche a queste persone il costituzionale diritto alla cura.

Un diritto che non è garantito da un luogo specifico ma che deve seguire la persona nei luoghi in cui essa transita nella sua esistenza.

Le desiderate ma irrealizzabili "Comunità Contenitive" vengono così superate da buone cure psichiatriche erogate nei luoghi più indicati per l'individuo ossia le carceri, le REMS, le strutture residenziali, i reparti psichiatrici ospedalieri, i Centri Diurni, i Centri di Salute Mentale o la sua abitazione.

Questa è una narrazione diversa da quella che è stata imposta a seguito dell'approvazione della legge 81 del 2014, diversa perché realmente aumentativa del significato con cui si leggono i fenomeni. Deve essere una rappresentazione della realtà che non possiamo costruire nelle sole nostre aree di interesse, negli abituali luoghi dei nostri incontri e con le sole parole del nostro linguaggio.

Dobbiamo necessariamente contaminarci e contaminare i nostri interlocutori portatori tutti di legittime istanze e saperi.

I Luoghi degli incontri si stanno creando, la conferenza Stato Regioni nel 2022 ha proposto la creazione di un Punto Unico Regionale per la gestione dei Pazienti con Misure di Sicurezza. In Regione Lombardia a Maggio 2023 è stato Istituito questo spazio di confronto con la presenza di personale dei Dipartimenti di Salute Mentale e della Magistratura. Si è riaperta la discussione sui Protocolli firmati dalla DG Welfare con la Corti d'Appello di Milano e Brescia per la gestione condivisa delle procedure di applicazione delle misure di sicurezza per soggetti autori di reato non imputabili per infermità psichica. Esiste un tavolo aperto sulla medicina penitenziaria dove si affrontano tematiche fortemente connesse a patologia psichiatrica e dipendenze.

Recentemente si è concluso un percorso di formazione regionale su queste tematiche in cui erano presenti tra i relatori anche magistrati e familiari (è in programma di raccogliere gli atti di queste giornate e farne un numero speciale della rivista).

Due questioni sono emerse come essenziali per permettere all'antinomia allentare la sua dirompente contraddittorietà la formazione comune e di conseguenza le risorse.

Si comincia con la formazione comune perché è fondamentale costruire uno scenario condiviso di risposta al problema con una definizione di luoghi e modi di cura che siano espressione del compromesso di tutte le istanze presenti. È totalmente inattuabile un progetto di cura fondato su una visione unilaterale del bisogno che non venga supportata in modo coerente da tutte le parti che giocano un ruolo così rilevante nella definizione di tutte le fasi del percorso. Una visione condivisa con magistrati, avvocati e familiari dei concetti di malattia, cura, pericolosità e responsabilità è fondamentale.

In quante occasioni colleghi psichiatri hanno ritenuto

di attribuire una irrilevanza psichiatrica ad un soggetto tramite l'utilizzo del concetto di Disturbo Antisociale di Personalità?

E quante volte avvocati, magistrati o familiari si sono chiesti come si poteva non ritenere di competenza dello psichiatra un soggetto che aveva comportamenti problematici proprio in virtù di quella diagnosi che era regolarmente riportata nel Manuale Diagnostico del professionista?

Non sarà mai possibile stabilire in modo univoco ed indiscutibile quando un comportamento sia totalmente indotto da un disturbo psichiatrico e quando solo in parte, quali siano le cause concorrenti e quale arbitrio abbia avuto la persona nel percorrere il sentiero che lo ha condotto alla commissione di un reato.

È invero necessario costruire una comune cultura che fornisca a tutti gli attori presenti gli strumenti per concordare valutazioni comprensibili, anche se non sempre condivisibili, prevedibili anche se non sempre certe, e che soprattutto permetta di assumere decisioni che siano rispettose e tutelanti per la salute e la sicurezza di tutte le parti coinvolte.

Ed infine c'è il tema delle risorse che, stabilità una comune definizione del bisogno, può permettere una stima più adeguata delle necessità. Definire le risorse significa definire la qualità degli standard di risposta che si potranno offrire e inevitabilmente anche la qualità dei risultati raggiunti. È però necessario concordare i luoghi della cura senza separare in modo indiscriminato la malattia mentale dal tema della detenzione perché il rischio, alla luce della grande prevalenza della patologia mentale in carcere e la possibilità che alcuni possano enfatizzare i sintomi nell'ipotesi di crearsi qualche vantaggio, è quello di creare un sistema alternativo alle carceri di qualità migliore ma così esteso da renderlo del tutto insostenibile dal punto di vista economico. L'investimento sulle carceri in termini di qualità di offerta generale e sulla salute



# IN PRIMO PIANO

nello specifico resta dunque un punto imprescindibile nel percorso di confronto con i nostri interlocutori per una narrazione dell'antinomia tra cura e controllo che possa renderla, se non di semplice attuazione, perlomeno declinabile nel contesto del nostro paese in modo realistico, sostenibile, rispettoso e appropriato.

---

AFFERENZA DELL'AUTORE:

*Direttore Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze  
ASST Lodi*

CORRISPONDENZE:

*[giancarlo.cerveri@asst-lodi.it](mailto:giancarlo.cerveri@asst-lodi.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](mailto:redazione@psichiatriaoggi.it)

### NORME EDITORIALI

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

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

**Ogni articolo deve contenere nell'ordine:**

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

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

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



**SIP-Lo**

Sezione Regionale Lombardia  
della Società Italiana di Psichiatria

#### **Presidenti:**

Mauro Percudani e Massimo Clerici

#### **Segretario:**

Carlo Fraticelli

#### **Vice-Segretario:**

Giovanni 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