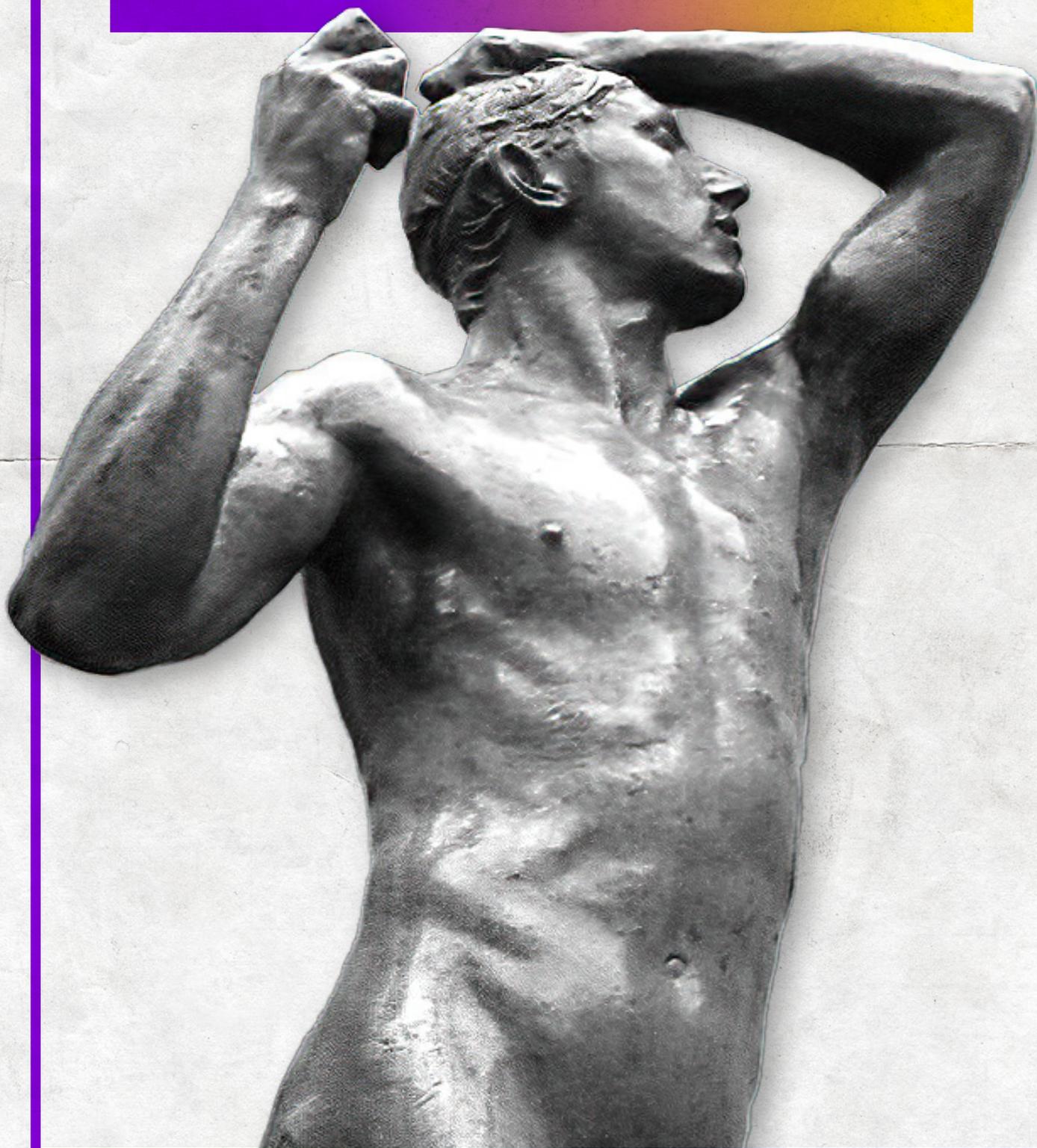




# PSICHIATRIA OGGI

*Fatti e opinioni dalla Lombardia*

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







# PSICHIATRIA FORENSE

## La Psichiatria e la difficile e forse impossibile riduzione della complessità

*Riflessioni a un anno dall'omicidio di Barbara Capovani*

*di Antonio Amatulli\* e Stefania Borghetti°*

**A** un anno dall'indicabile omicidio della collega Barbara Capovani sono ancora forti l'emozione e lo sgomento del mondo degli operatori della Salute Mentale. Tuttavia, si sta presentando il pericolo che tale reazione si cristallizzi in posizioni semplificate e poggianti su versanti polemici e ideologizzati piuttosto che su analisi in grado di generare riflessioni e proposte operative dal respiro sufficientemente ampio, come richiesto da temi caratterizzati da alta complessità.

Proposte, cioè, capaci di catalizzare interesse e azioni anche dei “meno addetti ai lavori”, se non addirittura dei “non addetti”. Sempre che sia possibile, in tema di Salute Mentale, separare nettamente gli addetti dai non addetti.

E per arrivare a ciò, è importante farsi carico di analisi non eccessivamente di parte e che comprendano la complessità delle tematiche degli interessi in gioco. Parafrasando Benedetto Saraceno, se i problemi sono complessi, le risposte non possono essere semplici.

Due sono gli argomenti che nell'ambito del dibattito attuale emergono principalmente: la violenza sugli operatori e la cosiddetta “delega” in tema di sicurezza che è

attribuita in modo crescente e allargato alla psichiatria, investita di quei “compiti” securitari e di controllo sociale che storicamente e a fasi alterne essa ha lambito, attraversato, a volte scelto, altre volte ancora subito.

Tra il primo tema e il secondo, legati da un filo rosso continuo, si snodano anche il problema della imputabilità e quello della Legge 81/2014.

Tutti questi nodi trovano naturale enfasi a partire dal “problema” dei pazienti autori di reato, sullo sfondo delle considerazioni rispetto le criticità della Legge 81 e della sua ancora parziale applicazione.

Rispetto il tema della imputabilità, va innanzitutto detto che se tutti coloro che commettono reati fossero considerati imputabili a prescindere dalle condizioni psicopatologiche al momento del fatto, come da più parti auspicato, certamente una serie di tensioni dialettiche e problemi organizzativi verrebbero a scemare grandemente. Tuttavia, è bene a nostro parere riflettere su alcune questioni.

La prima riguarda il senso della psicopatologia e dunque anche della psichiatria stessa: se tutti sono da considerarsi imputabili, allora dobbiamo concludere che

nessuna alterazione della cognizione e della volizione in senso psicopatologico (e funzioni dell'Io in generale) può essere correlata a una diminuzione significativa del libero arbitrio, vale a dire della possibilità di scegliere di agire in un modo piuttosto che in un altro.

Facendo proprio tale assunto - al netto della fragilità del sapere psichiatrico - potremmo coerentemente dire che la psicopatologia ha ancora senso, che la malattia esiste e che può essere a volte tanto incisiva da determinare una diminuzione delle capacità su cui si poggia (Art. 27 Cost.) la responsabilità personale? Insomma, la vera finzione giuridica dell'abolizione della non-imputabilità comporterebbe porre in discussione l'esistenza stessa della malattia (della psichiatria, infine) che non sarebbe più solamente da mettere tra parentesi, come auspicava Basaglia ben lontano dal negarla, ma appunto negata, e abbandonare sia qualsiasi garantismo verso i malati che l'affermazione del diritto alla cura.

Come più volte detto, inoltre, i percorsi della esecuzione si svolgerebbero in ambito penale invece che, come ora, nel circuito sanitario: emergerebbe evidente una chiara flessione dei livelli delle garanzie e delle libertà personali possibili. Di carcere o di strutture detentive, comunque, si tratterebbe.

Passando al grande tema della Legge 81, nessuno può negare i punti di debolezza/criticità messi in luce dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 22 del 2022. Per primi, forse, i gravi problemi di funzionamento delle Rems, per cui il sistema non tutela in modo efficace né i diritti delle potenziali vittime di aggressioni né il diritto alla salute del malato né quelli dei lavoratori, nonché la grande disomogeneità da Regione a Regione derivante dalla estromissione del Ministero della Giustizia nella materia. Altresì non possiamo negare lo stato di incompletezza strutturale e organizzativo della applicazione della legge stessa a ormai dieci anni dalla sua approvazione. Tuttavia, possiamo dire che il superamento degli OPG non fosse ormai necessario? Possiamo ragionevolmente affermare che senza la Legge 81 si sarebbero innescati "passi

in avanti", di certo ancora in divenire, ma fondamentali esattamente come la Legge 180 ha innescato passi in avanti pur nella lentezza e incompletezza della sua applicazione dal giorno della sua approvazione fino a oggi?

Riguardo il tema della crescente "delega al controllo sociale", in nessuna sede e da nessuna autorità per altro mai ufficialmente consegnata, ma attribuita attraverso prassi quotidiane da parte ad esempio delle Forze dell'ordine, essa poggia su innumerevoli scorciatoie percorse da attori esterni alla psichiatria.

Come è noto, tali attori attendono/auspicano/richiedono l'intervento limitativo e neutralizzante dei servizi psichiatrici in molti casi di alterazioni del comportamento, indipendentemente dalla loro causa.

I servizi, dal canto loro, reclamano il dovere di intervenire esclusivamente in relazione a problemi di ordine clinico-sanitario, a garanzia dei diritti delle persone alla libertà, all'autodeterminazione e alla migliore e più appropriata risposta ai bisogni di tipo psicosociale. Da questo punto di vista la psichiatria deve continuare a farsi garante della libertà degli individui e del loro diritto all'autonomia, imboccando la strada diametralmente opposta a quella che lamentiamo, fatti alla mano, essere frequentemente richiesta.

Un punto chiave del discorso ci pare il seguente: una delega, per essere consegnata deve essere anche accolta, come il testimone durante una corsa a staffetta.

La domanda quindi da porsi è se i servizi impieghino davvero tutte le forze e le competenze possibili per respingere un'attribuzione di potere e responsabilità che autorità ed enti esterni, in un momento storico di inquietudine e disfacimento dei corpi di intermedi, insicurezza generalizzata e carenza di risorse nei servizi, possono facilmente pretendere. La delega in ordine al controllo può essere arginata.

Il primo fattore correlato a tale possibilità sta nel rinforzo dell'identità dei servizi che nella appropriatezza degli interventi e nella specificità degli stessi trovano il proprio asse portante. Il secondo fattore è la capacità/

volontà e utilizzo di energie per lavorare proprio per arginare tale delega.

Si potrebbero fare diversi esempi in tal senso. Abbiamo visto richiedere un ASO semplicemente per segnalazioni di intemperanze comportamentali o devianza sociale effettuate da enti locali; risposta (l'ASO) che richiede il minimo sforzo e il massimo effetto sui percepiti standard di sicurezza. In un caso simile, viene sacrificata l'unicità e il diritto dell'individuo a risposte appropriate a uno specifico disagio, nonché, forse, il diritto a godere dei massimi livelli possibili di libertà in rapporto alle proprie condizioni psichiche e sociali. Non effettuare l'ASO, e risalire alle radici del malessere contrastando la richiesta di controllo a noi avanzata richiede invece più tempo, più lavoro, maggiore autonomia di pensiero e una autorevolezza che il lavoro quotidiano condotto da tempo ci permette di avere e di mettere sul piano della bilancia dello scontro tra poteri (perché di questo si tratta). Abbiamo visto, anche, piombare su un medico di CPS un dispositivo di misura di sicurezza provvisoria in comunità riabilitativa psichiatrica (cit.) per un soggetto novantenne con l'intimazione scritta dal giudice che, in caso di non immediata possibilità di trasferimento, venisse effettuato, alla lettera, un TSO. Il palese comportamento intimidatorio assunto dai Carabinieri che avevano portato il dispositivo in CPS consegnandolo personalmente alla psichiatra, era la cornice che chiudeva la spiacevolissima situazione. Ma il servizio, con un lavoro duro e paziente, fatto di approfondimenti e passi precisi e competenti, e specifiche interlocuzioni, alla fine ha (dopo un dovuto ricovero in SPDC) dimesso a casa il paziente agganciandolo esclusivamente in riferimento ai suoi bisogni di tipo sanitario, creando nel contempo una rete di sostegno sociale escludendo interventi securitari. Il servizio è passato, così, dallo sgomento e dal senso di sopraffazione alla riaffermazione del proprio ruolo e delle proprie competenze, ma soprattutto ha sottratto il paziente all'amputazione del proprio diritto alla libertà personale e alle cure più appropriate. In poche parole, la delega non è stata accolta.

Come ultimo elemento di riflessione su questo tema, ci pare doveroso condividere un "auspicio-antidoto" al problema della delega: laddove i confini tra cura e controllo si fanno sottili, perché sottile spesso è il confine tra sofferenza psichica e antisocialità o marginalità sociale con tutto quello che essa comporta, è necessario uscire dalla dialettica del "tocca a te o tocca a me" tra sanitari e garanti dell'ordine pubblico, per arrivare – nella prassi e nell'atteggiamento – ad un "tocca a me e a te", in quanto la situazione presenta diverse sfaccettature che sono "sia mie che tue" e che devono essere affrontate insieme in modo fattivo e collaborativo *ab initio*.

Rispetto al tema della violenza verso i lavoratori in campo sanitario, ci preme sottolineare che, al di là degli aspetti quantitativi di cui qui non si intende discutere, esiste un problema di "rischio percepito" che certamente origina dal mondo interno ed esterno degli operatori, con cui bisogna fare i conti. Vogliamo insomma dire che oltre al "quanto", va considerata seriamente la crescente percezione di pericolo che condiziona il modo di lavorare e la qualità del lavoro e della vita del lavoratore, nonché l'efficacia e la qualità della cura a cui i pazienti hanno diritto.

Il problema della violenza nei servizi, poi, da una parte è dagli stessi psichiatri molto ridimensionato in riferimento alla letteratura scientifica e, dall'altra, assurge invece a tema centrale. Già qui, il messaggio della psichiatria dovrebbe essere un poco meno scisso. Non si può certo negare la possibilità di episodi di violenza di cui possono essere vittima gli operatori della psichiatria e della salute, a meno di proporre posizioni ideologiche e radicalizzate. I colleghi uccisi o aggrediti al lavoro mostrano purtroppo con chiarezza la possibilità di eventi gravi, cui dobbiamo fare fronte in termini anche preventivi. D'altra parte, non si può fare di questo tema l'unico di cui dibattere oggi. Imposti i corretti trattamenti, i sanitari devono vedere tutelata adeguatamente, in tutti i passaggi e in tutti i luoghi, la loro sicurezza. E qui rientra, con confermata chiarezza, il tema della limitazione della delega

del controllo sociale, ove la non assunzione della stessa andrebbe a ridurre ed evitare i danni.

A riprova di quanto le questioni della delega e delle percezioni/possibilità del rischio aggressivo siano nervi scoperti su cui si gioca tutta la dicotomia tra pertinenze sanitarie e Forze dell'ordine, e ancora una volta con convulsioni di senso, vogliamo richiamare qui la (tante volte citata) circolare del Ministero dell'Interno del 6 novembre 2019, epoca Lamorgese, inerente le "Richieste di intervento delle Forze di Polizia" in ambito psichiatrico. Dopo una prima lettura, caratterizzata da sensazioni di *apertura delle ostilità*, finisce poi per apparire in realtà semplicemente imprecisa e istituzionalmente poco solida, indirizzando ai Questori richieste o solleciti di specifica competenza sanitaria, come la suggerita attenzione a "ricorrere al TSO", oppure la più grave affermazione che le "difficoltà ad assistere" i pazienti psichiatrici (non viene specificata quale difficoltà, ma si deve evincere la suggestione della dimensione dei comportamenti pericolosi e violenti) non radicherebbero il dovere di intervento nelle Forze di polizia. Grave (per lo scopo che evidentemente questa circolare si prefigge) ma contraddittorio, in quanto da sola la medesima circolare chiarisce che l'intervento della forza pubblica, seppure "eccezionale" (ma chi lo nega?) è invero dovuto nei casi di tutela dell'ordine pubblico o della commissione di reati, e dopo avere distinto i compiti (questi ultimi) in capo alle forze di Polizia di Stato rispetto all'intervento, in caso di TSO, a cura delle forze di Polizia locali. Nella sostanza, *nulla quaestio*, se non un maldestro intervento del Dipartimento di Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno che in realtà non può porre alcun divieto o limite nell'intervento di soccorso. Limitandosi, però, a spargere un'aria spiacevole, che ancora una volta richiede nervi saldi. E letture approfondite e corrette.

È chiaro che una simile enunciazione, peraltro insieme a non infrequenti rifiuti da parte delle Forze dell'ordine a intervenire in situazioni di tutela proprio dell'ordine pubblico all'interno dei servizi, contribuisce ad ampliare

la percezione di solitudine e pericolo in alcuni drammatici frangenti che rischiano di diventare "profezie che si auto-avverano". Insomma, una circolare simile, per quanto intrinsecamente debole, si discosta alquanto dal lungo e faticoso cammino del costruire alleanze e sinergie necessarie a favore di curati e curanti nei servizi di cura.

E aggiungiamo che se non si considera la *responsabilità* della cura in tutte le fasi dei percorsi terapeutico-assistenziali, anche della esecuzione penale, come di non esclusiva attribuzione agli psichiatri e se essa non viene ricompresa nella cornice di un patto sociale più ampio, la strada della psichiatria continuerà a esser erta e difficile. Facile la citazione di Basaglia, emendandola dalle troppe ripetizioni e dai troppi usi (e attuali abusi): "*la società, per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia*".

Ancora, per condividere la responsabilità, come sopra auspicato, è necessario dismettere quegli automatismi, piccoli o grandi che siano, che hanno a che fare con l'esercizio di un "dominio", perlopiù ancora medico-centrico, in ambito psichiatrico. In altre parole, la psichiatria non può invocare corresponsabilità e riconsegna della delega se non scalfisce gli esercizi di potere per propria mano che permeano ancora, a volte, la pratica.

Quale, quindi, la misura degli interventi necessari? Da una parte – a nostro parere – la richiesta di maggiore sicurezza deve essere spogliata dai proclami generici, o da manifesti minoritari che, da basi assolutamente condivisibili, arrivano a lamentele autoreferenziali e quindi inefficaci. Dall'altra parte, la stessa richiesta comprende risposte che vanno cercate in comportamenti chiari e competenti di restituzione della delega e nella simmetrica e autorevole interlocuzione con l'autorità giudiziaria e le istituzioni locali, caso per caso, in una dialettica e collaborazione continuative con le stesse. La paziente e continua co-costruzione di protocolli tra sanitari, Magistratura e Forze dell'ordine rappresenta non solo una strategia efficace, ma anche uno straordinario motore di comprensione e formazione reciproca. È infine necessario

chiarire che tutto quanto sopra descritto può trovare elementi di progressione geometrica nei percorsi dei pazienti autori di reato, lasciando però quanto detto nella dimensione generale dei rapporti tra la salute mentale, i diritti individuali, i comportamenti aggressivi e violenti, la pratica quotidiana a favore delle persone affette da disagio mentale.

In questo senso, ancora più chiaramente andrebbero distinti i vari quadri psicopatologici di pertinenza specialistica dalla dimensione della antisocialità. Ancora, quindi, la capacità che dobbiamo avere a tracciare chiari e condivisi confini, dove, sia nella pratica quotidiana di psichiatri che nelle perizie e consulenze, possa essere chiarito al giudice come agli interlocutori esterni che il soggetto antisociale necessita della risposta repressiva dello Stato. Chiarezza nella diagnosi, ancora una volta, anche come gatekeeper degli spazi specifici (sempre che tutti siamo d'accordo su questo) della psichiatria.

Inoltre, per contrastare ciò che è sintetizzato nel cosiddetto teorema di Thomas, secondo cui “se gli uomini definiscono reali certe situazioni, esse saranno reali nelle loro conseguenze”, è necessaria un'attenta analisi di tutti i fattori che concorrono alla realtà/percezione da parte dei servizi di essere i riceventi della delega di controllo, unitamente a una valutazione globale della sicurezza sul lavoro, dei confini del rischio consentito, dei fattori che possono essere modificati con l'intervento di agenzie esterne.

La Legge 81/2014 ha dato il via ai lavori per definire adeguati protocolli di collaborazione tra Dipartimenti di Salute Mentale, Magistratura e Forze dell'ordine, ma il loro effetto concreto sulla mitigazione o contrasto del danno è tanto più esiguo quanto più il campo di applicazione risulta essere indefinito, troppo ampio e a compartimenti stagni. È quindi a livello locale, tra DSMD, Procure, Tribunali, Prefetture, che si deve autorevolmente giocare questa partita. Non di meno, la partita si gioca anche a livello clinico e peritale pur nella ineliminabile fragilità epistemologica della psichiatria.

Per concludere, i servizi oggi devono porsi con mag-

giore impegno, e con le risorse disponibili, come argine alle forze della discriminazione sociale, essendo, come Zapparoli lo definiva, “il loro datore di lavoro”, un soggetto socialmente debole, privo spesso di quella cittadinanza definita dalla esistenza e dalla simmetricità delle relazioni sociali e dei diritti individuali. Quando la contrattualità della psichiatria con le istituzioni si indebolisce e quando la delega securitaria fa breccia nel nostro agire, gli spazi di libertà e autodeterminazione del paziente si restringono drammaticamente. Ed è proprio il nostro paziente a costituire l'anello debole, tra i servizi della psichiatria e le pressioni sociali che continuano ad agire, che alla fine si spezza e trascina nella sua debolezza anche la funzione degli operatori. Dunque, la psichiatria deve mantenere chiari la definizione del suo ambito di azione e le sue competenze, in una dialettica che deve essere capace di complessità e non cedere a semplificazioni al limite dello slogan.

Ne siamo stati spesso capaci, torniamo ad esserlo anche ora.

---

#### AFFERENZA DEGLI AUTORI

\* *ASST Brianza - DSMD*

° *ASST Rhodense - DSMD*

#### CORRISPONDENZA

*antonio.amatulli@asst-brianza.it*

*stefaniaborghetti@hotmail.com*

## 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