

L'altro

Rivista semestrale della SIFIP
Società Italiana per la Formazione in Psichiatria
Sezione Speciale della Società Italiana di Psichiatria

Direttore
Francesco Valeriani

ISSN 1127-0624



L'altro, in quanto altro, non esiste per me se non in quanto io mi sono aperto a lui.
G. Marcel

Anno XVIII, n. 1 Gennaio - Giugno 2015

La rivista è disponibile nella versione online sul sito www.sifip.com
The journal is available in the online version at www.sifip.com

Fascicolo singolo: € 10,00

Poste Italiane Spa, Spedizione in A.P. DL 353/2003, (conv. in L. 46/04 art. 1 comma 1 CNS - CB Centro FR)
IN CASO DI MANCATO RECAPITO RESTITUIRE AL MITTENTE PRESSO CPO FROSINONE

Programma scientifico

h. 08.30 – Registrazione partecipanti

h. 09.00 – 13.30 – I Sessione

Complessità e tempo vissuto

Chairmen: V. Pasqualoni, F. Valeriani

riani

- Epistemologia della complessità nella scienza e nella clinica – C. Iani, V. Pasqualoni, F. Valeriani
- Il ruolo delle istituzioni: il tempo del cambiamento – P. De Rose
- Fisica e neuroscienze: la microstruttura molecolare nelle patologie complesse – A. Palleschi
- Il cervello dell'adolescente tra meccanismi epigenetici, stili di vita e sostanze d'abuso - G. Biggio
- Farmacogenomica e nuove strategie terapeutiche: il tempo del tailored treatment –G. Novelli
- Esordi psicotici e sostanze d'abuso : il tempo della diagnosi e dei trattamenti- D. Marazziti
- Nuove droghe: il tempo nel modello del marketing digitale – G. Bianchi
- Mercato delle droghe e armi – D. Rossi

h. 13.30 – 14.30 – Pausa

h. 14.30 – 16.30 – II Sessione

Paradigmi clinici

e strategie d'intervento

Chairmen: F. Cesarini, G. Mecoc

- L'addiction nella diagnosi psichiatrica: dimensione patologica o disturbo accessorio? - F. Garonna
- Internet addiction e psicopatologia dell'adolescenza R. Sacco
- Disturbi dell'umore e condotte d'abuso: trattamenti integrati – A. Q. Tundo
- Il movimento senza un tempo: la sindrome tardiva – C. Iani

h. 16.30 – 18.30

Tavola rotonda con discussione interattiva

Paradigmi clinici ed esperienze innovative

Conduttore: A. Narracci

h. 18.30 – Questionario Ecm

EVENTO SOCIALE:

Il Tempo dell'amore: piacere senza addiction... da Saffo a Dante

Vanessa Gravina, attrice

Filippo Minisolo, pianista

INFORMAZIONI GENERALI

Sede del Convegno

Nuova Aula del Palazzo dei Gruppi Parlamentari

Via di Campo Marzio, 78 – Roma

Modalità di iscrizione:

L'iscrizione è gratuita. Saranno accettate, in ordine cronologico, le prime 300 domande pervenute alla segreteria S.I.F.I.P., compilando la relativa scheda, scaricabile dal sito www.sifip.com, da inviare a mezzo fax al n. 0775855051 o via e-mail a sifip.sip@libero.it

Informazioni ECM

L'evento è in corso di accreditamento nel programma formativo ECM del Ministero della Salute.

Il rilascio dei crediti Ecm è subordinato alla partecipazione a tutte le ore formative, dalle ore 9.00 alle ore 13.30 e dalle ore 14.30 alle ore 18.30 del 26 maggio 2016.

E' previsto un contributo di partecipazione agli oneri Ecm di € 50,00 + IVA 22% (tot. € 61,00).

Saranno accettate le prime 150 richieste che perverranno alla segreteria S.I.F.I.P.

(Fax. 0775855051 – e-mail sifip.sip@libero.it) corredate da scheda di iscrizione e documentazione del contributo versato tramite

bonifico bancario sul c/c 13466

Banca Credito Cooperativo di Roma Ag. Castel di Sangro

IBAN: IT461083274052000000013466

Oppure su

c/c Poste Italiane n. 35765007 intestato a

Società Italiana per la Formazione in Psichiatria (S.I.F.I.P.)

Via dell'Umiltà, n.49 – 00187 Roma

Saranno rilasciati alla fine dei lavori gli attestati di partecipazione a tutti i richiedenti



....spazio di libera proposta e confronto di idee

Gian Paolo Guaraldi *

Psichiatria, Quo Vadis?

Nel libro apocrifo degli Atti di Pietro si racconta di come San Pietro, in fuga da Roma per evitare il martirio durante la persecuzione di Nerone, incontra Gesù che cammina lungo la via Appia nella direzione opposta. L'Apostolo, sorpreso, chiede: "Quo vadis, Domine?" Dove vai, Signore? E Gesù gli risponde: "Eo Roma, iterum crucifigi." Vado a Roma, per essere crocifisso nuovamente. L'Apostolo allora capisce che Gesù lo sta invitando, con questo segno, a tornare a Roma, senza sottrarsi alla propria missione. Dunque Pietro si ferma, ritorna sui suoi passi, e, pur sapendo di andare incontro al martirio, si rimette in cammino verso i suoi persecutori.

Quo vadis? Perché oggi applico questa locuzione alla Psichiatria, e in particolare al suo insegnamento nelle nostre Università?

A dire il vero, ammetto che da tempo mi pongo questa domanda, mi chiedo infatti dove stia andando oggi la Psichiatria italiana, ma solo recentemente ho colto lo spunto necessario per poter trascrivere i miei dubbi. Il pretesto consiste nella notizia da me recepita qualche settimana fa, in merito alla proposta di alcuni tra i più prestigiosi Atenei italiani di istituire una "Cattedra di Umanità" nelle rispettive Facoltà di Medicina e Chirurgia, presso i Dipartimenti di Oncologia. La stampa, con alcune incalzanti pagine giornalistiche, ha presentato tale iniziativa come una "bellissima e grande novità", e questo mi ha lasciato perplesso: non eravamo forse noi psichiatri i professionisti a maggior contatto con la "sofferenza dell'anima", e dunque dotati di quell'indispensabile umanità, che si apprende con la clinica, la quale ci obbliga a metterci in relazione con i pazienti, a partire dal colloquio psichiatrico?

Ho sempre pensato che il nostro "saper essere" fosse diverso da uno scolastico "sapere" e "saper fare", capacità che non si impara quindi con lezioni accademiche, con quiz e protocolli. Mi preoccupa la progressiva estinzione del medico-umanista, colui che si occupava dello studio e della cura del paziente-persona: non era



questa forse la nostra caratteristica principale? Quale futuro, ad esempio, per alcune scuole di Psicoterapia, nell'era del coach training, dove professionisti non medici si propongono, con grande successo, come profondi esperti dell'essere umano? È forse tempo che siano altri ad occuparsi di empatia, di Etica e di Persona, o non esistono già all'interno della SIP alcune Sezioni Speciali, come la SIFIP, la SIDEP, o la SIPO, che già si interessano di queste tematiche? È o non è la Psichiatria la Scienza dell'Uomo? Come infatti non ricordare Eugenio Borgna, quando definisce la Psichiatria come un'ibrida scienza dell'uomo, disciplina di confine, sospesa tra un'origine medico-scientifica e una vocazione per le scienze umane? Come ignorare che la Psichiatria,

sin dal suo nascere, risulti essere una Specialità medica, con aspetti tuttavia particolari, dovendosi essa continuamente contaminare con culture non strettamente mediche, come la Psicologia, la Sociologia, la Pedagogia, la Filosofia, l'Antropologia, e soprattutto l'Etica?

Ahimè temo però che questi originari valori della Psichiatria rischino di andare oggi perduti, anche per colpa di noi stessi psichiatri e docenti di Psichiatria. Da tempo ci occupiamo di altre tematiche trascurando ciò che in principio era la nostra peculiarità, vale a dire l'essere umano e la sua cura, al di là di tecniche, al di là di farmaci, oltre la sociologia, oltre la terapia. A mio modo di vedere, occorrerebbe che lo psichiatra di oggi, al pari di San Pietro, che non senza sofferenza decide di non fuggire dal suo doloroso compito, riflettesse sulla natura della propria *mission* e tornasse anch'egli sui suoi passi, verso la cura della sofferenza dell'animo dell'uomo. Ancora, al pari dell'Apostolo, che torna verso Roma, trovando ad attenderlo il "mistero" della morte, ritengo che noi psichiatri dovremmo tornare ad affrontare la misteriosa complessità dell'essere umano, al di là dell'evidenza scientifica, al di là delle pubblicazioni, oltre la carriera.

Ciò comporta chiaramente che la pratica della Psichiatria, essendo più legata al contesto della società nella quale viene esercitata, sia più difficilmente valutabile in ambito medico-scientifico perché, accanto alla dimensione "scientifica" ve ne è una "laica" disposta al confronto con altre dimensioni culturali. Risulta ovvio, ad esempio, che il dedicarsi esclusivamente all'attività di ricerca scientifica (soprattutto in ambito biologico) produca curriculum ricchi di "conquiste", le quali prescindono da ogni preoccupazione per le ricadute sociali. Altrettanto ovvio è che una Psichiatria più attiva nella società, ma meno traducibile in codici scientifici internazionali, dia origine a carriere forse meno prestigiose nel contesto accademico, ma certamente premianti la dignità dello psichiatra e la qualità della comunità in cui vive. Credo pertanto che sia necessario che lo psichiatra mantenga unite sia la dimensione umana che quella scientifica.

Rispetto ad altre discipline mediche infatti, accanto a un sapere che si può definire "conoscenza scientifica" (quando risponde a certe regole o criteri, come ad esempio il consenso della ricerca) la Psichiatria deve avere un sapere che non è scientifico ma è "sapienziale", e che appartiene all'ordine della tradizione, del diritto naturale, oppure, per il credente, all'ordine della verità di Fede. I due tipi di sapere possono e devono convivere.

Credo pertanto che per rispondere al quesito di fondo, che sottende alle mie perplessità in merito all'istituzione della cattedra di Umanità, si necessario per tutti ripercorrere la storia della nostra disciplina. Sono convinto che ciò permetta di comprendere quale sia stato il percorso, forse oggi dimenticato, che la Psichiatria ha

compiuto per divenire ciò che oggi è, o ciò che dovrebbe essere, ricordando questa, più di ogni altra specialità medica, è in perenne evoluzione.

I cambiamenti sono stati numerosi, molti noti anche ai non addetti ai lavori, non fosse altro per opere di artisti e pittori. Come non citare infatti le differenze tra le opere medioevali di S. Brant (1494) e i dipinti di C. Muller (1793) in pieno illuminismo? Il primo dipinse la famosa "Nave dei folli", che traghettava fuori dalla città le bizzarrie, le deviazioni morali, i vizi e i peccati propri dei folli, salvaguardando la collettività dal pericolo che questi rappresentavano, mentre il secondo rappresentò Philippe Pinel, che, nel 1793, spezza le catene che tenevano prigionieri i malati mentali al manicomio di Bicêtre, a Parigi. Oggi, anche senza esempi pittorici, è nota a tutti la Legge 180 del 1978, che fece sì che l'Italia fosse la prima nazione al mondo a chiudere gli Ospedali Psichiatrici.

Occorre però ricordare come la Legge di Riforma Psichiatrica abbia comportato un "salto di qualità" non solo nell'assistenza, ma anche nella società civile. Non bisogna dimenticare infatti come la follia, nel corso dei secoli, ben prima della Legge Basaglia, abbia assunto svariati significati, in società diverse tra loro, in relazione ai differenti contesti culturali, politici ed economici. Talvolta si è assistito addirittura a un uso improprio della Psichiatria, e, in certi casi, l'uso politico e falsamente scientifico della Psichiatria ha contribuito a rendere ancora più oscure le pagine più nere della storia dell'umanità dell'ultimo secolo. Mi riferisco ai Gulag russi, in cui venivano internati centinaia di migliaia di dissidenti politici con la dubbia diagnosi di schizofrenia latente (creata *ad hoc* dal Prof. Andrey Snernevsij, direttore dell'Istituto di Psichiatria delle Scienze Mediche dell'URSS), e faccio riferimento all'Aktion T4 nella Germania nazista, operazione tramite la quale furono eliminate decine di migliaia di cittadini tedeschi disabili e malati mentali, tra cui anche bambini, le cui vite erano tristemente definite "indegne di essere vissute", con il benessere delle più illustri figure della Medicina del tempo, quali Julius Deussen, Hugo Spatz, Georg Friedrich e Julius Hallervorden. Ciò che sconvolge è che tutto questo accadeva ben prima della Shoah e dei campi di sterminio.

La Riforma Psichiatrica ha poi portato a epocali cambiamenti a livello assistenziale. Per esempio essa ha fatto sì che i malati mentali fossero ricoverati nell'Ospedale Generale in regime volontario nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) e non più coattivamente in manicomio, con un provvedimento di polizia. La 180 è poi stata antesignana nello spostare l'assistenza dall'Ospedale al Territorio, introducendo il concetto di medicina territoriale. Infine, la Riforma ha messo mano all'organizzazione dipartimentale, portando in Psichiatria alla creazione degli attuali Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche. Va ricordato che già con

la Legge Mariotti (n. 431 del 1968) si era arrivati all'abrogazione dell'articolo del Codice Rocco di Procedura Penale che prevedeva l'inserimento nel Casellario Giudiziario delle persone in manicomio, con il quale il Legislatore fascista era riuscito addirittura a peggiorare l'impianto custodialistico e repressivo della Legge n.36 del 1904.

La nuova Legge comunque non ha ignorato il problema dell'auto ed etero aggressività e della ipereccitabilità del paziente psichiatrico, e della possibilità di mancanza di *insight* da parte di questo, ovvero quando manca nel soggetto la sensazione di essere malato, nonostante l'evidenza dei sintomi, ed egli è convinto che la ragione delle proprie sofferenze sia dovuta a cause esterne. Il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) prevede la possibilità di un ricovero coatto, ma la procedura è finalizzata esclusivamente al trattamento del paziente, non alla sola custodia. Occorre ricordare che esso avviene sempre su proposta motivata di un medico, con la convalida di uno psichiatra appartenente al SSN, ed è disposto dal Sindaco, massima autorità sanitaria del Comune, ed è convalidato dal Giudice Tutelare di competenza, messo poi in atto dai vigili urbani, i quali conducono il paziente in SPDC.

Certamente il problema della contenzione fisica è ancora oggi fonte di oggettive preoccupazioni, poiché legata a eventi tragici, come quelli riportati dalla stampa di questi giorni, che mostrano quanto sia urgente provvedere alla formazione dei vigili urbani che eseguono l'ordinanza del Sindaco, alcuni ancora tristemente abituati a trattare questi gravi pazienti come criminali qualunque. Certamente però, i recenti attacchi e critiche al TSO, definito superficialmente dai media con tono stigmatizzante come una barbarie, non aiutano a vedere questo provvedimento come cosa ben più umana rispetto alla camicia di forza usata un tempo per la contenzione fisica dei malati ricoverati in Ospedale Psichiatrico, o alla somministrazione subdola di una vera e propria "camicia di forza farmacologica", dall'effetto ben più alienante. Troppo spesso i media, in occasione di fatti di cronaca, usano connotazioni sempre negative che comportano un pregiudizievole e irrazionale rifiuto per la diversità. La lotta allo stigma, non solo della malattia mentale, dovrebbe pertanto rimanere sempre al centro di ogni insegnamento.

Con la 180, finalmente, il malato psichiatrico, da individuo "pericoloso e scandaloso" da isolare per proteggere la comunità, diventa un paziente di cui avere cura, sia in regime di ricovero volontario sia coatto (TSO).

Non si deve poi dimenticare che la Riforma ha determinato vantaggi non solo per la salute dei pazienti, ma ha anche comportato una riduzione della spesa sanitaria, attraverso l'istituzione dei Servizi di *consultation liaison psychiatry* nell'Ospedale Generale, che talvolta evitano il ricorso a ricoveri o a esami costosi quando questi non si dimostrino appropriati, come nei casi del "malato funzionale".

È ancora grazie alla Riforma che nel nostro Paese si è cominciato a parlare in ambito clinico di tossicodipendenze intese come doppie diagnosi, concetto che intreccia i disturbi di personalità con le dipendenze patologiche, non più considerate come un "vizio". Proprio la riflessione sull'abuso e dipendenza da sostanze ci ha permesso di pensare ancor più sulla natura dell'Uomo e a che cosa egli ambisca: ci si è chiesti infatti se l'essere umano sia alla ricerca costante o di un piacere consequenziale a un oggetto o di una felicità che si consegue solo attraverso relazioni reali e non virtuali. A proposito di relazioni, come non ricordare il grande interesse per l'ambiente entro il quale le relazioni stesse si formano, vale a dire la famiglia? Grande infatti, da sempre, è l'interesse degli psichiatri per la relazione madre-bambino e per tutte quelle dinamiche famigliari da annoverare tra i fattori di protezione o di rischio per buona parte disturbi psichici e per altre condizioni degne di attenzione clinica: mi riferisco agli abusi fisici e psichici sui minori, alla violenza sulle donne, allo stalking, sino a veri e propri episodi di Sindrome da Alienazione Genitoriale e Mobbing in seguito a separazioni conflittuali.

Se la 180 ha così profondamente trasformato la Psichiatria del nostro Paese, è forse cambiato anche il suo insegnamento nelle università italiane?

Queste sono state le penultime in Europa a introdurre la Psichiatria come disciplina autonoma e obbligatoria per il conseguimento della laurea in Medicina e Chirurgia. Solo con la Legge 238 del 1976 si è infatti avuta la separazione della Psichiatria dalla Neurologia, con pari dignità assistenziale e didattica. Prima, le due discipline erano riunite nella Clinica delle Malattie Nervose e Mentali, e ricordo che quando io ero ancora un giovane Assistente Volontario Universitario, nell'a.a. 1967-68, fu istituita all'Università di Modena la cattedra di Psichiatria, insegnamento che allora era complementare e il cui esame era sostenuto da pochi studenti.

Oggi la situazione è assai diversa, ed è anzi sorprendente vedere quali apporti abbiano ricevuto gli studenti di Medicina dall'insegnamento della Psichiatria in così poco tempo. Per esempio, è con le lezioni di Psicomatica che lo studente incomincia a considerare non solo il corpo e le sue patologie, ma compare il concetto di Persona, e si impara che nel "prendersi cura" c'è sempre un aspetto relazionale e una dimensione etica, qualunque sia la patologia del paziente.

Eguale, l'educazione all'approccio bio-psico-sociale ha permesso di comprendere il paziente psichiatrico, senza soffermarsi solo sui sintomi, bensì prestando ascolto alla narrazione della sua storia, rispettando la sua dignità, indipendentemente dalla malattia o dall'handicap. È poi la Psichiatria che insegna a qualunque professionista sanitario la differenza tra l'empatia e la compassione: la prima educa al "soffrire insieme", mentre la seconda, che non prevede reciprocità, nasconde un sentimento di superiorità. Solo attraverso l'empa-

tia è infatti possibile intuire, cogliere, descrivere la struttura delle esperienze vissute dai pazienti, vale a dire la loro umanità, anche nelle situazioni più drammatiche, per esempio l'elaborazione di un lutto. Come non ricordare, ad esempio, che la Psichiatria si è sempre interessata della morte e del morire, i cui aspetti antropofenomenologici sono stati così ampiamente approfonditi da Bruno Callieri?

Altro messaggio della Psichiatria agli studenti è il dare importanza al rapporto medico-paziente, inteso cioè come rapporto interpersonale, con un'attitudine terapeutica che non considera solo la *Therapy* (estrema cura e precisione nella diagnosi e nella somministrazione della terapia), ma anche la *Care* (presa in carico completa del paziente anche nei suoi rapporti familiari e sociali).

Riflessioni come queste sui grandi cambiamenti che hanno interessato la Psichiatria incoraggiano a "tornare indietro" alla riscoperta del suo scopo, della sua *mission*: alleviare la sofferenza psichica, analogamente all'operare del Medico di Medicina Generale, che interviene sulla sofferenza fisica.

Se dunque tutto ciò è il proprio della Psichiatria e l'ossatura del suo insegnamento, che già ora gli studenti imparano in ogni Ateneo italiano, ancora non capisco come oggi non si riesca a trasmettere a questi "l'umanità" con la quale dovrebbero farsi cura del malato, al punto che si senta la necessità di programmare l'umanità come materia a sé stante!

Occorre forse che il professionista in Salute Mentale si interroghi sul suo operare in ambito didattico, assistenziale e di ricerca, dedicandosi sempre a tenere unite queste tre anime, e questo costa fatica!

Mi rendo conto di poter sembrare un *laudator temporis acti*, ma negli ultimi anni mi sono accorto di non essere il solo a voler difendere l'orgoglio per la nostra disciplina. Queste tematiche infatti, certamente meglio argomentate e ben articolate, trovano ospitalità addirittura tra le pagine di *World Psychiatry*, dove ad esempio Mario Maj, nel Vol. 13, n. 3 del 2014, ha pubblicato un editoriale dal titolo "*Technical and non-technical aspects of psychiatric care: the need for a balanced view*".

Inoltre, trovo significativo che all'interno della WPA esista la Sezione "*Religion, Spirituality and Psychiatry*", che si occupa di Spiritualità e Psichiatria.

Sebbene i contributi italiani su questi argomenti siano ahimè ancora esigui, con grande piacere sono stato *chairman* di un Simposio dal titolo "Spiritualità, Salute Mentale, Disabilità e Resilienza" durante il IX Congresso Nazionale della S.I.Di.N, Sezione Speciale della SIP, svoltosi a Trento dal 14 al 16 maggio 2015.

Rilevo dunque anche in Italia un certo fermento attorno a questi temi, con mia grande soddisfazione, poiché lo studio di tali argomenti, da sempre a me cari, mi ha portato alla pubblicazione di un libro dal titolo "Psicologia,

Psicopatologia, Psichiatria. Tra tecnica, assistenza ed etica" (Edizioni Libreria Cortina Milano, 2014).

Dopo aver esordito citando un libro apocrifo, gli Atti di Pietro, vorrei invece terminare queste mie riflessioni con una citazione da un libro canonico. Nel Vangelo di Luca, (9, 49-50) si scrive che l'Apostolo Giovanni dice: "Maestro, abbiamo visto uno che scacciava demoni nel tuo nome e glielo abbiamo impedito, perché non ti segue insieme con noi", e Gesù risponde: "Non lo impediti, perché chi non è contro di voi è per voi".

Allo stesso modo dunque non voglio che risulti da questo scritto una mia ostilità all'insegnamento dell'Umanità da parte di "chi non è dei nostri", attribuendo alla sola Psichiatria il compito di introdurre l'Umanità tra le aule accademiche. Tuttavia, sono convinto che questa non possa essere intesa come materia di insegnamento, ma, al contrario, vada considerata come qualità che ogni docente deve trasmettere con il proprio stile di vita personale e con la sua onestà professionale, anche dichiarando, implicitamente o esplicitamente, a quale modello antropologico egli faccia riferimento, e quale sia la finalità terapeutica da lui prescelta.

Infine, ai docenti della nostra disciplina formulerei l'auspicio di avere come scopo del loro operare quello di forgiare la *forma mentis* dei futuri operatori sanitari, fornendo loro un *modus operandi* che metta al centro la dignità della persona, malata o non malata.

**Professore Emerito, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

Pietro Pellegrini*, Giuseppina Paulillo*, Clara Pellegrini *

Alcuni riferimenti giuridici essenziali per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG)

Alcuni riferimenti giuridici essenziali per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG)

Riassunto

Le leggi 9/2012 e 81/2014 prevedono la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari senza una contestuale modificazione del codice penale e la definizione di una metodologia operativa, rinviata a successivi accordi interistituzionali.

Nell'articolo vengono esplicitati i principali cambiamenti legislativi relativi al reo prosciolto per infermità mentale e ritenuto pericoloso socialmente. In particolare la legge indica di dare priorità ai percorsi che assicurino cure e possano fare fronte alla pericolosità sociale senza misure detentive. Le misure di sicurezza detentive divengono una seconda scelta. La legge prevede la creazione di Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) da utilizzarsi come scelta residuale in caso di misure di tipo detentivo essendo la rete dei servizi dei Dipartimenti di salute mentale il principale riferimento della riforma. La funzione della REMS diviene quella di curare le persone e al contempo di creare le condizioni per realizzare una misura di sicurezza diversa da quella detentiva e non tanto quella assicurare la realizzazione della misura di sicurezza in sé, per un tempo predefinito il che avvicinava la misura di sicurezza ad una sorta di pena.

Ne consegue la necessità di rivalutare l'applicabilità delle misure di sicurezza e il ruolo della magistratura di sorveglianza. La sfida consiste nel coniugare cure e sicurezza e al contempo creare le condizioni per la responsabilizzazione delle persone nella logica della recovery favorendo l'accoglienza e l'inclusione sociale.

Parole chiave: Ospedale psichiatrico giudiziario, misure di sicurezza, imputabilità, Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza, reo.

Summary

Laws 9/2012 and 81/2014 provide for the closure of the Judicial Psychiatric Hospitals without simultaneously modifying the Penal Code and the establishment of an operation, which is postponed to the next inter-institutional agreements.

The article explained the main legislative changes related to the accused acquitted by reason of insanity and considered socially dangerous. In particular, the law indicates to prioritize routes to ensure care and meet the social danger without custodial measures. The security measures sentences become a second choice. The law provides for the creation of Residences for the execution of security measures (REMS) to be used as a residual choice in the case of measures such detention being the network of services for mental health departments the main reference of the reform. The function of the REMS becomes to cure people and at the same time to create the conditions for achieving a safety measure other than detention, and not so much to ensure the realization of the security measure in itself, for a predefined time which approached the measure security to a kind of punishment.

Hence the need to re-evaluate the applicability of the safety measures and the role of the judiciary surveillance. The challenge is to combine health and safety and at the same time create conditions for the empowerment of people in the logic of the recovery by promoting the acceptance and inclusion.

Key words: Hospital forensic, security, eligibility, residences for the execution of security measures, guilty.

Introduzione

Le leggi 9/2012 e 81/2014 hanno dato avvio al percorso di definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) senza una contestuale modificazione del codice penale e la definizione di una chiara metodologia operativa, rinviata di fatto a successivi e incerti accordi interistituzionali.

Con queste premesse, associate ad una determinazione politica di non concedere altre proroghe alla chiusura dell'OPG, con il 1 aprile 2015 siamo entrati in uno scenario completamente diverso che richiede un cambio delle prassi in essere in OPG e una ridefinizione dei percorsi alla luce della nuova visione alla quale fare riferimento. In questo spirito, il presente contributo mira ad indicare, a normativa vigente, quali possano essere le norme giuridiche essenziali per una corretta, appropriata ed efficace applicazione delle pratiche psichiatriche. Quindi un deciso cambiamento di prospettiva dove la normativa viene applicata per rendere possibile l'azione

di diagnosi, cura e inclusione sociale della persona con disturbi mentali autrice di reato, sovvertendo quanto avveniva in OPG dove vigeva una funzione ancillare della psichiatria alle azioni della magistratura e a quanto avviene nelle carceri. Potrà certamente apparire un'affermazione perentoria ma senza un forte cambio di prospettiva il superamento dell'OPG è destinato al fallimento. Se la magistratura e il dipartimento amministrazione penitenziaria (DAP) cercheranno di utilizzare le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e i servizi dei dipartimenti di salute mentale come hanno finora utilizzato OPG e carceri (e abbandonare le vecchie prassi è faticoso!) il sistema basato su strutture sanitarie non reggerà, verrà meno la funzione di cura per assumere in modo inadeguato quella di custodia che a mio avviso la psichiatria di comunità non può assolvere.

I cambiamenti intervenuti