



# SIPPF

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
E PSICOPATOLOGIA FORENSE

Affiliata



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
Affiliated to World Psychiatric Association

Con il patrocinio di



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Sassari

21-22  
giugno  
**2024**

**Alghero**  
Hotel Catalunya

***I CONGRESSO NAZIONALE SIPPF***

Le nuove sfide della **Psichiatria** e della **Psicopatologia Forense**

**VOLUME DEGLI ABSTRACT**

A cura di Liliana Loretto, Paolo Milia



**SIPPPF**

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
E PSICOPATOLOGIA FORENSE

# VOLUME DEGLI ABSTRACT

AA.VV.

a cura di Liliana Lorettu, Paolo Milia

ISBN 9791298514911



# SIPPF

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
E PSICOPATOLOGIA FORENSE

## SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA E PSICOPATOLOGIA FORENSE

### PRESIDENTI

Prof. Eugenio Aguglia

Prof.ssa Liliana Lorettu

### VICEPRESIDENTI

Prof. Roberto Catanesi

Prof. Massimo Clerici

Dr. Rolando Paterniti

### SEGRETARIO

Dr. Paolo Milia

### CONSIGLIERI

Prof. Mario Amore

Prof. Renato Ariatti

Prof. Antonello Bellomo

Dr.ssa Graziella Boi

Prof. Bernardo Carpiniello

Dr. Giancarlo Cerveri

Dr. Andreas Conca

Dr. Tommaso Maniscalco

Dr. Claudio Mencacci

Dr. Giuseppe Nicolò

Dr. Pierfranco Trincas

Dr. Salvatore Varia

Dr. Vincenzo Villari



# SIPPF

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
E PSICOPATOLOGIA FORENSE

21-22  
giugno  
**2024**

## ***I CONGRESSO NAZIONALE DI PSICHIATRIA E PSICOPATOLOGIA FORENSE***

---

### **Le nuove sfide della Psichiatria e della Psicopatologia Forense**

#### ***PRESIDENTE DEL CONGRESSO***

*Prof. Eugenio Aguglia*

#### ***RESPONSABILI SCIENTIFICI***

*Prof. Eugenio Aguglia*

*Prof.ssa Liliana Lorettu*

#### ***SEGRETERIA SCIENTIFICA***

*Eugenio Aguglia, Mario Amore, Graziella Boi,  
Massimo Clerici, Liliana Lorettu, Claudio Mencacci,  
Paolo Milia, Rolando Paterniti, Pierfranco Trincas*

venerdì  
21 giugno 2024

## I Sessione

**Il trattamento del reo paziente-psichiatrico: dal modello custodiale di tipo punitivo alle REMS. Attuali ineffettività ed esigenze di tutela dell'individuo**

**Prof.ssa Paola Severino**

*Presidente della Scuola Nazionale dell'Amministrazione*

*Presidente della Luiss School of Law e Professore Emerito di Diritto penale presso l'Università Luiss Guido Carli - Roma*

Il trattamento del reo paziente-psichiatrico rappresenta un tema di particolare complessità e rilievo, in quanto vengono in considerazione esigenze di tutela e interessi potenzialmente in conflitto.

La gestione delle patologie psichiche in luoghi di custodia pone infatti l'accento sul difficile equilibrio che l'ordinamento è chiamato a individuare fra la protezione della salute del reo e le esigenze di difesa sociale.

Tale questione ha assunto oggi i tratti di una vera e propria emergenza: il numero di individui che soffre di disturbi o patologie psichiatriche nel corso della vicenda penale, dalla fase di accertamento del fatto fino a quella esecutiva, è in crescita ed eterogenei appaiono i soggetti coinvolti, per estrazione sociale, economica e culturale. Alcuni dati statistici collocano intorno al 10% il numero di detenuti affetti da un disturbo psichico o psichiatrico latente o conclamato.

L'aumento della richiesta di trattamenti sanitari che dia riposta alle patologie di cui si tratta ha fatto emergere numerose criticità, in un contesto generale in cui, come noto, interventi anche recenti della Corte Costituzionale (da ultimo, Corte Cost. 22 gennaio 2022, n. 22) hanno evidenziato l'esigenza di un intervento sistematico in materia.

Dal punto di vista normativo, il sistema penale non offre una disciplina organica del reo paziente-psichiatrico, tant'è vero che, ad oggi, a fronte dell'incerto e complesso accertamento tanto dell'imputabilità quanto della pericolosità sociale, permane un doppio binario trattamentale.

Si distingue, infatti, fra i seminfermi o dichiarati non imputabili in fase di accertamento e di condanna, che possono accedere alle Rems, che, come noto, hanno sostituito gli OPG, e coloro che non sono stati dichiarati tali e che hanno manifestato durante l'esecuzione della misura cautelare o della pena un disturbo mentale.

Tuttavia, i livelli di tutela alla salute apprestati nei confronti dell'individuo reo-paziente non sembrano ancora adeguati. Per un verso, le Rems non sono in grado di ospitare tutti i

soggetti che hanno diritto ad accedervi, con la conseguenza che chi “rimane in lista di attesa”, può trovarsi a eseguire la misura custodiale in carcere, o comunque in luogo strutturalmente inadatto.

I dati ci dicono, peraltro, che la percentuale di rei pazienti-psichiatrici che accede alla misura alternativa della detenzione domiciliare rimane bassa.

Per altro verso, chi soffre di un disturbo psichiatrico o psichico in carcere e sviluppa sindromi di vario tipo che, in alcuni casi, possono condurre anche ai drammatici episodi di suicidio, non beneficia di un adeguato sistema di cura e tutela.

I soggetti detenuti, che non possono avere accesso alla REMS e che necessitano di cure psichiatriche, si trovano così in una condizione di grave difficoltà per l'assenza di strutture in grado di rispondere alle loro esigenze.

Solo in alcuni istituti di pena (uno per regione) sono state istituite «Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale» (ATSM), le quali, tuttavia, non godono di una copertura normativa ed economica sufficiente e non sono dotate degli strumenti atti a dare risposta ai complessi problemi in rilievo.

Ne deriva un quadro poco confortante che evidenzia, appunto, la necessità di intervenire per garantire, in primo luogo, costanti e adeguate cure, indispensabili per evitare episodi dannosi e lesivi sia per gli stessi pazienti che per i terzi e, al contempo, per offrire ai rei-pazienti, sottoposti a pena o a misura di sicurezza, un percorso individualizzato aperto alle istanze di risocializzazione.

Non si dovrebbe infatti incorrere nell'errore di escludere per i rei-pazienti psichiatrici l'obiettivo di un reinserimento sociale coerente con il rispetto delle esigenze di salvaguardia della collettività.

La strada da battere è dunque quella di recente segnata dalla Corte Costituzionale, nella sentenza sopra richiamata, ove si sottolinea con forza «l'urgente necessità di una complessiva riforma di sistema».

L'obiettivo cui tendere è la predisposizione di una disciplina organica in materia di trattamento custodiale e sanitario del reo-paziente psichiatrico, che tenga conto delle necessità che possono emergere per effetto dell'evoluzione delle patologie psichiatriche e psichiche durante l'intero “momento punitivo”, garantendosi così al soggetto, attraverso strumenti differenziati, l'accesso a cure e assistenza costanti.

Ciò dovrebbe anzitutto comportare l'implementazione di forme di trattamento sanitario all'interno di luoghi diversi dagli attuali istituti di pena oppure in realtà penitenziarie in cui sia però possibile differenziare il trattamento in modo efficace.

Al tempo stesso, occorrerebbe innovare la normativa relativa alle misure alternative alla detenzione per soggetti con patologie psichiatriche, incidendo in modo particolare sulla disciplina attuale della detenzione domiciliare, all'insegna di un modello di accesso alla misura più efficace ed equilibrato.

## Il trattamento penitenziario del detenuto-paziente psichiatrico. Un inquadramento normativo.

Il punto di partenza dell'analisi ha ad oggetto l'inquadramento della figura del **detenuto-paziente psichiatrico nel contesto punitivo e penitenziario**. Si tratta infatti di un'esigenza particolarmente attuale ed urgente, per due ordini di motivi:

- 1) il primo è legato ad un **dato statistico**. Quasi il **10% della popolazione sottoposta a pena detentiva soffre di un disturbo psichiatrico**, più o meno grave, latente o conclamato, che matura nel corso dell'esecuzione della pena detentiva;
- 2) il secondo è legato alla **tipologia di patologia psichiatrica** ed agli effetti che produce in termini di **imputabilità** e, quindi, di **punibilità** dell'individuo (pena o misura di sicurezza).

## Disturbo psichiatrico ed individualizzazione della sanzione punitiva. Fra esigenze di custodia, tutela della salute e prognosi di reinserimento sociale

Esiste da sempre un rapporto di **difficile equilibrio** tra la **tutela della salute mentale** e l'**esecuzione della pena**.

Soprattutto dopo la promulgazione della **legge 'Basaglia'** (l. 13 maggio 1978, n. 180), si è posto l'interrogativo sulla necessità di trovare dei luoghi appositi, in cui i soggetti, autori di reato e affetti da grave infermità psichica, potessero scontare la pena e ricevere, al tempo stesso, le cure dovute, nell'ottica di un reinserimento sociale.

Al tempo stesso, è necessario individuare le corrette modalità di trattamento, in grado di rappresentare un punto di equilibrio fra la **necessità di contenzione** (TSO vs. rispetto del consenso) e la **tutela della dignità** del detenuto paziente, nel rispetto dei diritti fondamentali dell'Uomo (si veda Corte EDU, Corte EDU Slavomir Musial c. Polonia, 20/1/2009; Mouisel c France, 14/11/2002).

Tale necessità emerge non solo rispetto al trattamento custodiale per i reati più gravi, ma anche con riferimento al trattamento e all'esecuzione delle **misure alternative**, quale la detenzione domiciliare, ex art. 47, comma 1-ter, ord. pen.

**Luiss**  
Libera Università Internazionale  
degli Studi Sociali Guido Carli

## **Il trattamento del reo paziente-psichiatrico: dal modello custodiale di tipo punitivo alle REMS. Attuali ineffettività ed esigenze di tutela dell'individuo**

I Congresso nazionale Società Italiana di Psichiatria e Psicopatologia forense.  
*Le nuove sfide della psichiatria e della Psicopatologia forense*

**Prof. Avv. Paola Severino** – Presidente School of Law, Luiss | Presidente Fondazione Severino

21 giugno 2024

**LUISS**



### **Outline**

1. Il trattamento penitenziario del reo-paziente psichiatrico. Un inquadramento.
2. Disturbo psichiatrico ed individualizzazione della sanzione punitiva. Fra esigenze di custodia, tutela della salute e prognosi di reinserimento sociale.
3. Dalla chiusura degli OPG ai c.d. «repartini». Gli ATSM.
4. Attuali criticità e prospettive future



## Dalla chiusura degli OPG ai c.d. «repartini». Gli ATSM.

In particolare, la problematica relativa alla custodia delle persone affette da disturbi mentali, autrici di reato, emerge sia con riferimento ai soggetti non imputabili o seminfermi al momento dell'accertamento del fatto, che dei soggetti imputabili, i quali sviluppano una patologia o un disturbo in fase di esecuzione della pena.

Le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza R.E.M.S., entrate in vigore con la chiusura degli OPG (l. n. 81/2014) sono infatti strutture sanitarie adibite all'accoglienza di autori di reato ritenuti infermi o seminfermi di mente, nonché socialmente pericolosi alla luce dei criteri delineati dall'art. 133 c.p. Sono vere e proprie istituzioni deputate alla riabilitazione dei soggetti ospitati, mediante l'attuazione di progetti individuali.

Attualmente le REMS non riescono ad accogliere tutti gli aventi diritto (vedi Corte Cost. 22 gennaio 2022, n. 22) e continua inoltre a porsi un problema per tutti i pazienti psichiatrici che permangono presso gli istituti di pena (vedi Corte EDU, 24 gennaio 2022, Causa Y c. Italia) e che non possono avere accesso a strutture di questo tipo.

I soggetti detenuti, che non possono avere accesso alla REMS e che devono ricevere cure psichiatriche si trovano in una condizione di grave difficoltà per la mancanza di strutture e apparati in grado di poter rispondere alle esigenze di un paziente psichiatrico o affetto da tali disturbi sviluppati in corso di esecuzione della pena. In alcuni istituti di pena (uno per regione) sono presenti le «Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale» (ATSM), i c.d. «repartini». Tuttavia queste sezioni non hanno copertura normativa ed economica sufficiente e mancano degli strumenti adatti a sostenere le esigenze dei detenuti-pazienti.

## Attuali criticità e prospettive future

Dal quadro di insieme emergono significative criticità, con particolare riferimento alle persone detenute con patologia psichica, nelle forme dell'osservazione psichiatrica», dell'infirmità sopravvenuta alla detenzione o nelle ipotesi di cui agli artt. 111 e 112 del Regolamento penitenziario. I soggetti psichiatrici, condannati a pena detentiva o che hanno sviluppato disturbi psichiatrici durante l'esecuzione della pena, non dovrebbero permanere in sezioni ordinarie, privi delle adeguate tutele. Tuttavia, allo stesso tempo, le REMS non possono essere deputate ad accogliere tutti i soggetti, autori di reato, che soffrono di patologie psichiatriche, indipendentemente dall'accertamento della posizione giuridica e di salute.

Bisogna pertanto cogliere il **monito della Corte Costituzionale (Corte Cost, 27 gennaio 2022, n. 22)**, la quale, sebbene ha evitato la caducazione del sistema delle REMS, ha evidenziato «<l'urgente necessità di una complessiva riforma di sistema>>, sottolineando che non sarebbe tollerabile il protrarsi dell'inerzia legislativa in ordine ai gravi problemi individuati.

Per concludere, in aggiunta ad un intervento sul sistema delle Rems, occorrerebbe provvedere sia all'implementazione degli strumenti alternativi alla pena detentiva per i soggetti con disturbi psichiatrici, che non manifestino segnali conclamati di pericolosità sociale, che al miglioramento del trattamento sanitario all'interno degli istituti di pena, ritrovando una maggiore sinergia fra prerogative custodiali e di tutela della salute, in termini di competenze, risorse, tecniche riabilitative, programmi rieducativi.

venerdì  
21 giugno 2024

## II Sessione

### La telemedicina in psichiatria forense

*Prof. Bernardo Carpiello*

*Professore Ordinario di Psichiatria - Università degli Studi di Cagliari*

*Già Direttore Clinica Psichiatrica - AOU Cagliari*

La telepsichiatria è quel settore della telemedicina solitamente definito come l'uso di tecnologie elettroniche della comunicazione e dell'informazione per erogare o supportare l'assistenza psichiatrica clinica a distanza. Gli ambiti applicativi più rilevanti della telepsichiatria forense, ovvero della telepsichiatria in ambito forense, riguardano specificamente la valutazione peritale a distanza (la tele-perizia psichiatrica) e gli interventi di valutazione e monitoraggio clinico-terapeutico e l'erogazione di interventi psicoterapici a distanza in ambito carcerario. Dopo aver brevemente presentato lo stato dell'arte sull'attendibilità delle valutazioni cliniche e sull'efficacia dell'effettuazione di psicoterapie a distanza nel setting dei servizi di salute mentale ordinari, nella relazione verranno esaminati i dati di letteratura sulla valutazione peritale e distanza e quelli sull'efficacia degli interventi a distanza nelle carceri.

### Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies

- **14 studies** with an N > 10 compared telepsychiatry with in-person psychiatry (I-P) using objective assessment instruments or satisfaction instruments. Three of these studies compared high bandwidth (HB) with low bandwidth (LB) telepsychiatry.
- Results: **Fourteen studies of 500 patients met inclusion criteria and were included in the meta-analysis. Telepsychiatry was found to be similar to I-P for the studies using objective assessments.** Effect sizes were on average quite small, suggesting no difference between telepsychiatry and I-P. Bandwidth was found to be a significant moderator. Three moderators were tested, effect sizes remained largely heterogeneous, and further analyses are needed to determine the direction of effect. **There was no difference between I-P and telepsychiatry between the HB and LB groups, although there are anecdotal data suggesting that HB was slightly superior for assessments requiring detailed observation of subjects.**
- the current meta-analysis concludes **there is no difference in accuracy or satisfaction between the two modalities. Over the next few years, we expect telepsychiatry to replace I-P in certain research and clinical situations.**

Steven E Hyler et al, CNS Spectr  
. 2005 May;10(5):403-13.

## Review of key telepsychiatry outcomes

Although few studies appropriately employ non-inferiority designs, the evidence taken together suggests that **telepsychiatry is comparable to face-to-face services in terms of reliability of clinical assessments and treatment outcomes.** When non-inferiority designs were appropriately used, telepsychiatry performed as well as, if not better than face-to-face delivery of mental health services

Sam Hubley, et al  
World J Psychiatr 2016 June 22; 6(2): 269-282

## Use of Video Conferencing for Psychiatric and Forensic Evaluations

- Objective: This study investigated whether the quality of results from video interviews is comparable with that of in-person interviews.
- Methods: **Interrater reliabilities for two video conference interview conditions were compared with those for in-person interviews with the Brief Psychiatric Rating Scale-Anchored Version and the MacArthur Competence Assessment Tool-Criminal Adjudication, given to 72 forensic inpatients**
- **the video conditions included in-person and remote interviewers. In the first condition, an in-person interviewer administered the instruments, with remote observation and scoring. The second condition entailed remote administration and an in-person observer. The third condition used an in-person interviewer and observer**
- ICCs for the BPRS-A total scores in the local administration-remote observation and local administration-local observation conditions were .82 (95% confidence interval [CI]=.63 to .92) and .78 (CI=.55 to .90), respectively ( Table 1 ). The ICC for the remote administration-local observation condition was slightly lower, at .69 (CI=.41 to .85), but still in the range of good reproducibility. All ICCs were significantly different from zero; the confidence intervals did not include zero. **The differences between the three conditions were statistically nonsignificant as indicated by the overlap among the three confidence intervals.**

Frances J. Lexcen et al Psychiatr Serv. 2006 May;57(5):713-5.

## Limits in telepsychiatry/forensic telepsychiatry evaluation

- **Non verbal communication**
- **Physical examination**
- **Psychometric evaluation**
- **privacy**

venerdì  
21 giugno 2024

## III Sessione

### Aspetti etici dell'intelligenza artificiale

*Prof.ssa Liliana Lorettu*

*Già Direttore Clinica Psichiatrica AOU Sassari*

*Presidente Società Italiana di Psichiatria e Psicopatologia Forense*

L'Intelligenza Artificiale (IA) si struttura come una rete neurale potenziatore di conoscenza, cui consegue una importante attività decisionale su numerosi campi di applicazione. A fronte di una ampia capacità di conoscenza l'IA non è dotata di una coscienza, per cui non sono insiti nella IA i principi etici con conseguente numerose criticità nella applicazione della IA.

Vi è un ampio accordo nel riconoscere tre elementi fondamentali che modulano il rapporto tra etica e IA: Trasparenza, Giustizia, Responsabilità.

A fronte dei numerosi benefici che derivano dalla IA è utile segnalare anche i numerosi , e nuovi, rischi con i quali ci si confronta con l'utilizzo della IA, cui è necessario ipotizzare le adeguate manovre correttive.

Vi è accordo anche nel riconoscere i principi etici che dovrebbero guidare lo sviluppo e l'applicazione della IA , beneficenza, non maleficenza, autonomia, giustizia, esplicabilità, ed i pilastri etici cui ancorarsi.

Rimane all'uomo il compito, non facile, di guidare e applicare l'IA secondo principi etici.

## PRINCIPI ETICI

Beneficenza  
Non maleficenza  
Autonomia  
Giustizia  
Esplicabilità

## AI-ETICA

- Trasparenza
- Giustizia
- Responsabilità

## PILASTRI

**Impatto:** immaginare il possibile impatto in termini di non maleficenza

**Giustizia:** promuovere un trattamento equo tra le persone che utilizzeranno l'IA, generare risultati equi, non affetti da bias o discriminazioni

**Autonomia:** in base al principio di esplicabilità le persone devono comprendere strumenti basati su IA ed essere in grado di fare le proprie scelte libere da forze manipolative.



**COMUNICAZIONI  
E POSTER**

## Nuove Emergenze - Novel Psicoactive Substances (NPS) nelle Carceri

**Graziella Boi\*, Matteo Papoff\*\*, M. Grazia Pani\*\*\***

\* *Direttore DSMD Asl Cagliari*

\*\* *Direttore CSM Cagliari 3 Asl Cagliari*

\*\*\* *Coordinatrice Progetti Regionali Dipartimentali Asl Cagliari*

In riferimento al "Programma Regionale in materia di prevenzione e assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati tossicodipendenti presso gli Istituti Penitenziari della Regione Sardegna", è stata condotta dal Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) della Asl Cagliari una ricerca in collaborazione con il Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università degli studi di Cagliari (DiSB-CA), finalizzata a verificare la presenza di *Novel Psicoactive Substances* (NPS) attraverso misurazioni di laboratorio di alta specificità presso la C.C. di Cagliari – Uta. L'appropriatezza diagnostico-terapeutica soprattutto all'interno delle Carceri è fondamentale per la comprensione della reale portata clinica dell'utilizzo di sostanze stupefacenti nei casi di intossicazione acuta, consumo cronico ed eventuale comorbidità vera o spuria.

Quadri clinici complessi di tipo comportamentale caratterizzati da difficoltà di gestione dell'aggressività, da alterazioni del tono dell'umore, da manifestazioni psicotiche con deliri e allucinazioni, da sintomi di ansia libera e somatizzata, possono essere indotti dall'uso di NPS non rilevate con gli attuali strumenti di laboratorio. Pertanto è stato predisposto un progetto di ricerca che effettuasse una indagine su 150 campioni biologici (Nuovi Giunti tossicodipendenti) nella C.C. di Cagliari – Uta con gli obiettivi di verificare la presenza di sostanze stupefacenti "tradizionali" e NPS e correlare l'uso delle NPS a quadri clinici psichiatrici complessi. Le analisi di laboratorio, condotte presso l'Università del Politecnico delle Marche, hanno utilizzato la tecnica analitica UHPLC MS/MS (*Ultra-high performance liquid Chromatography-tandem mass spectrometry*) per la rilevazione di: *syntetic cannabinoids, cathinone derivatives, psychedelic phenethylamines, novel stimulants, syntetic opioids, tryptamine derivatives, phencyclidine-like dissociatives, piperazines, gaba-a/b, receptor agonists, ketamine*.

Dall'indagine sono risultati 78 campioni positivi per uso concomitante di NPS e droghe tradizionali.

### Conclusioni

L'analisi effettuata mostra un quadro complesso e articolato: nella popolazione dei Nuovi Giunti, proveniente in maggioranza dalla Città Metropolitana di Cagliari, l'uso di NPS costituisce una realtà con importanti implicazioni cliniche e sociali. Si rileva che molti degli utilizzatori di NPS non sarebbero consapevoli di farne uso, poiché spesso tali sostanze sono miscelate, ovvero contrabbandate come droghe tradizionali. Questo comporta che quadri clinici conseguenti all'utilizzo di NPS spesso vengono diagnosticati come primari e non indotti dalle stesse. Lo studio e il monitoraggio di questo fenomeno appare di fondamentale importanza per l'adeguatezza diagnostica e terapeutica, considerato che l'effettuazione di una diagnosi non corretta e di un conseguente

trattamento farmacologico inappropriato possono determinare gravi ripercussioni sulla salute del paziente, nonché significative implicazioni di ordine medico-legale. Nel dare seguito alle riflessioni scaturite dai risultati ottenuti il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) della Asl Cagliari ha ampliato i margini della ricerca con azioni sostenute dalle risorse definite dal Programma Regionale di cui sopra formalizzando una collaborazione con il Laboratorio Analisi del P.O. SS Trinità della ASL Cagliari per l'acquisto di un Service di attrezzature sanitarie che consenta l'individuazione tempestiva di NPS senza dover ricorrere all'esternalizzazione del servizio Fuori Regione.

## Bibliografia Essenziale

1. Baranyi, G. et al. (2022) Prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders in prison populations: a systematic review and meta-analysis, in *Lancet Public Health*. 2022 Jun; 7(6): e557–e568 doi: 10.1016/S2468-2667(22)00093-7
2. Corrigan, PW et al. (2017). Developing a research agenda for reducing the stigma of addictions, part II: Lessons from the mental health stigma literature. *The American Journal on Addictions*, 26(1) pp. 67–74. doi: 10.1111/ajad.12436.
3. Degenhardt, L et al. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Psychiatry*. 5 (12), pp. 987–1012. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30337-7.
4. Dipartimento Politiche Antidroga (2023) – Relazione nazionale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia- anno 2023
5. EMCDDA (2013) Co-morbid substance use and mental disorders in Europe: a review of the data Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi:10.2810/20027 | ISBN 978-92-9168-671-1



## Percorsi Residenziali in pazienti con Misure di Sicurezza (2019-2024)

*Irma Dessì\*, Sara Piras\*, Maria Carla Montixi\*, Graziella Boi\*\**

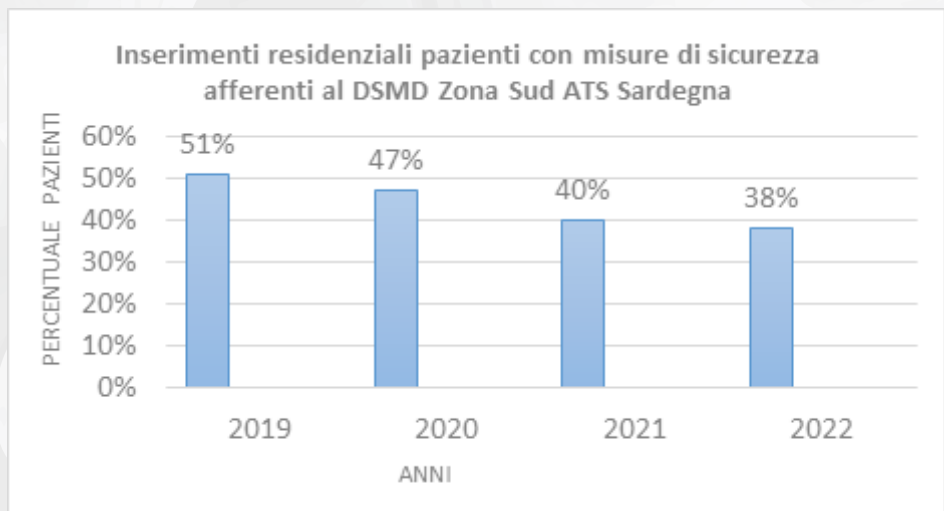
*\* Servizio Riabilitazione Psichiatrica Residenze/Semi-residenze DSMD ASL Cagliari*

*\*\*Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL Cagliari*

L'applicazione delle leggi n. 9/2012 e n. 81/2014 che ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ha determinato, nella Regione Sardegna, una progressiva e rapida evoluzione della domanda di interventi di riabilitazione psichiatrica di tipo residenziale per pazienti con misure di sicurezza, in linea con la promozione di un nuovo approccio assistenziale curativo-riabilitativo nei confronti della persona affetta da disturbo mentale autrice di reato, pericolosa socialmente. Tale approccio, finalizzato al recupero sociale, ha conseguentemente comportato un lavoro volto alla riduzione dei tempi di permanenza in percorsi residenziali con un investimento in progetti volti ad un reinserimento nel contesto sociale.

In linea con questa vision, già dal 2019 al 2022 il DSMD Sud Sardegna, che comprendeva il territorio attualmente suddiviso tra le ASL di Cagliari, Carbonia e Sanluri, ha ottenuto una riduzione considerevole del numero di pazienti con misure di sicurezza inseriti in percorsi residenziali, che è passato dal 51% del 2019 al 38% del 2022.

**Grafico 1**

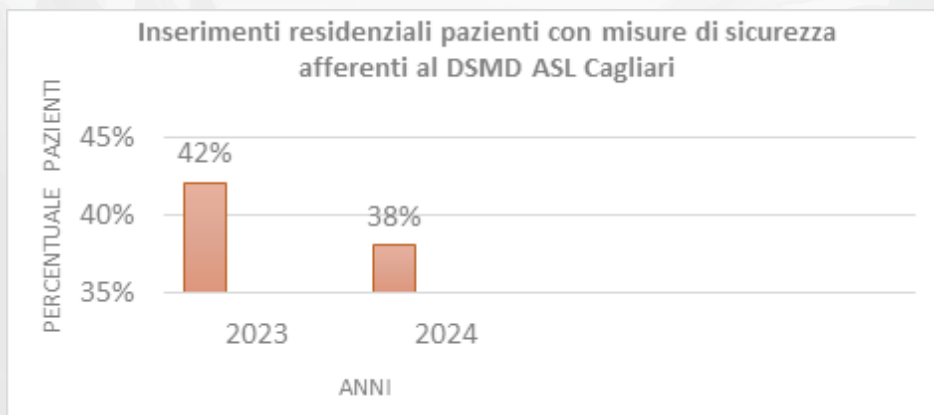


Questo risultato è stato ottenuto mediante un impegno del DSMD su più fronti:

- nella strutturazione di una rete con la Magistratura fondata sull'intento condiviso di trovare un nuovo punto di incontro che, pur tenendo conto delle diversità dei rispettivi mandati, superasse le frammentazioni in favore della strutturazione di progetti individualizzati, concepiti in modo sinergico, multimodale e coordinato da parte di ciascun "attore" coinvolto, ognuno secondo le proprie specificità; il Servizio di Salute Mentale infatti non dovrebbe assolvere a funzioni di controllo della persona affidata dall'Autorità Giudiziaria ma ne risponde solamente in termini di progetto di cura;
- attraverso interventi di sensibilizzazione per la non equiparazione tra diagnosi psichiatrica e pericolosità sociale, affrontando il tema dell'imputabilità e delle misure di sicurezza, sia con i Professionisti incaricati delle perizie che con la Magistratura;
- affinando il lavoro dei Servizi Territoriali Dipartimentali sulla relazione terapeutica con il paziente autore di reato, spostando il focus dal provvedimento giudiziario al bisogno terapeutico-riabilitativo, costruendo un progetto individualizzato. Infatti, se in ambito legale, nel rispetto della persona, le pene possono essere imposte anche in modo coercitivo, così non in ambito sanitario, in cui gli interventi si fondano sul consenso informato, sulla partecipazione e la responsabilizzazione del paziente al percorso di cura.

Negli ultimi due anni, con la ricostituzione delle 8 ASL, il DSMD della ASL Cagliari ha ridimensionato il suo territorio di competenza, mantenendo però la gran parte dei pazienti con misure di sicurezza inseriti in strutture residenziali poiché questi provengono, in maggior numero, dall'area metropolitana di Cagliari.

## Grafico 2



Dal grafico 2 si può osservare come il trend sia ancora in diminuzione, confermando l'efficacia del lavoro già avviato dal Servizio di Riabilitazione Psichiatrica del DSMD.

Dai dati dell'ultimo anno e mezzo infatti (Gennaio - Dicembre 2023 / Gennaio - Giugno 2024), emerge che la durata media di permanenza in Strutture Residenziali dei pazienti con misure di sicurezza è di anni 4.9: questo dato pone l'accento sull'importanza di implementare l'impegno delle UU.OO Dipartimentali nella progettazione di percorsi terapeutico riabilitativi da attuarsi nell'ambito della comunità sociale, e quindi in un contesto di collaborazione con gli altri Servizi coinvolti (Servizi Sociali, UEPE, FF.OO.), che fanno rete con il DSMD, così da dare senso e continuità al lavoro riabilitativo residenziale.

Una permanenza prolungata in regime Residenziale infatti non è prevista dalle normative ministeriali che, per la maggiore efficacia dei percorsi terapeutico-riabilitativi di tipo intensivo, indicano un periodo massimo di 18 mesi; una cronicizzazione degli interventi residenziali oltre questo periodo, aumenterebbe infatti il rischio di una regressione delle capacità del paziente di reinserimento nel contesto sociale, e del suo funzionamento.

Infatti le politiche di salute mentale più innovative sono ispirate alla necessità del superamento dell'istituzionalizzazione, con servizi di Salute Mentale capaci di azioni efficaci e con un forte radicamento nel territorio, all'insegna dell'integrazione sociale e, ove possibile, dell'avviamento al lavoro.

## Bibliografia

1. DPCM 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria". Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30/05/2008;
2. Le Strutture Residenziali Psichiatriche - Accordo conferenza unificata del 17 ottobre 2013 - Ministero della Salute;
3. Accordo Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 - Rep. n. 17/CU - Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al DM 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n.9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n.52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81;
4. Sentenza n. 186/2015 Corte Costituzionale del 23/7/2015 - Misure di sicurezza - Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari introdotte con decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 - Applicazione nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente di una misura di sicurezza Tabella 12. Presenti in REMS ASL Salerno al 31/1/2017. Misura di sicurezza 5 Provvisoria 2 Definitiva 3 PTRI 5 Presente 5 Assente 0 PTRI per REMS 5 Si 5 No 0 PTRI= progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato. - Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by Sardegna ricerche IP 93.39.83.37 Mon, 17 Jun 2024, 12:52:22 rezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia;
5. Legge 30 maggio 2014, n. 81 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 31 marzo 2014, n.52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 125 del 31/5/2014;

6. Testo coordinato del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 - Testo del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 76 del 1/04/2014), coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n. 81, recante: "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari". Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 125 del 31/5/2014;

7. Senato della Repubblica, XVII Legislatura - Doc. CCXVII n. 4 - Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 31 dicembre 2015) - Presentata dal Ministro della Salute (Lorenzin) e dal Ministro della Giustizia (Orlando) - Comunicata alla Presidenza il 22 gennaio 2016;

8. Senato della Repubblica, XVII Legislatura - Doc. CCXVII n. 5 - Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 30 giugno 2016) - Presentata dal Ministro della Salute (Lorenzin) e dal Ministro della Giustizia (Orlando) - Comunicata alla Presidenza il 3 agosto 2016;

9. De Girolamo G, Candini V, Buizza C, et al. Is psychiatric residential facility discharge possible and predictable? A multivariate analytical approach applied to a prospective study in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014; 49: 157-67;

10. D'Avanzo B, Battino RN, Gallus S, Barbato A. Factors predicting discharge of patients from community residential facilities: a longitudinal study from Italy. *Aust N Z J Psychiatry* 2004; 38: 619-28;

11. Gunn J. Future directions for treatment in forensic psychiatry. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 332-8;

12. Fitzpatrick R, Chambers J, Burns T, et al. A systematic review of outcome measures used in forensic mental health research with consensus panel opinion. *Health Technol Assess* 2010; 14: 1-94.

## **Modello Sanitario Integrato presso la Colonia Penale di Isili. Potenziamento della offerta assistenziale del CSM Cagliari 4. Progetto Pilota del DSMD ASL Cagliari.**

***Priamo Marras\**, *Francesca Pinna\*\**, *M. Grazia Pani\*\*\**, *Graziella Boj\*\*\*\****

*\* Direttore CSM Cagliari 4 ASL Cagliari*

*\*\* Dirigente Medico CSM Cagliari 4 ASL Cagliari*

*\*\*\* Coordinatrice Progetti Regionali Dipartimentali ASL Cagliari*

*\*\*\*\* Direttore DSMD ASL Cagliari*

L'équipe dedicata del Centro di Salute Mentale Cagliari 4 del DSMD ASL Cagliari svolge attività clinica presso la Colonia Penale di Isili, situata nel territorio di competenza del CSM, che ospita sia detenuti che internati.

Gli internati sono persone soggette a Misura di Sicurezza detentiva per pericolosità sociale, periodicamente rivalutata dal Magistrato di Sorveglianza, che ha facoltà di disporre la proroga o la sperimentazione sul territorio. La maggior parte sono pazienti ad alta complessità, affetti da Disturbo Antisociale di Personalità, Disturbi dell'Umore o Psicotici in comorbilità con uso di sostanze.

Data la peculiarità clinica e giuridica dei destinatari dell'intervento assistenziale, l'attività all'interno della struttura si pone l'obiettivo di rispondere non solo ai bisogni di cura psicologica e farmacologica, ma anche di collaborazione con le équipes dell'Area Trattamento della Colonia Penale e l'Ufficio Interdistrettuale Esecuzione Penale Esterna (UIEPE), i CSM e i SERD di riferimento, i Servizi Sociali territoriali, con la finalità di predisporre un programma di reinserimento sociale.

Per tale motivo è stato strutturato un MODELLO ASSISTENZIALE INTEGRATO, la cui applicazione è in essere da circa 4 anni e ha determinato una messa in campo da parte del DSMD ASL Cagliari di ingenti risorse.

Il Modello Integrato si articola in diverse fasi:

All'ingresso dell'internato in Istituto, se con storia di precedenti disturbi psichici o tossicodipendenza:

- Si contattano i servizi territoriali di riferimento per raccogliere notizie riguardo la storia del paziente. A tale scopo è stata creata una scheda apposita da inviare via e-mail alle équipes dei servizi (SERD e CSM) per richiedere una relazione con anamnesi psichiatrica e farmacologica dettagliata.
- Si prende visione dell'Ordinanza del Magistrato di Sorveglianza per apprendere le motivazioni per le quali è stata disposta la misura di sicurezza;
- Si effettua riunione di équipes con l'Area Trattamento e il comandante della Polizia Penitenziaria o suo delegato per discutere il caso.

Durante la permanenza in Istituto, che di solito viene stabilita dal Magistrato di Sorveglianza per 8-12 mesi:

- Vengono utilizzati i primi 4-6 mesi per instaurare un rapporto terapeutico attraverso visite periodiche e per l'osservazione da parte delle diverse figure professionali. Data la complessità dei pazienti, spesso è necessaria una elevata frequenza di controlli per intercettare precocemente nuove situazioni di rischio o fasi di scompenso.
- Si effettuano riunioni periodiche con l'Area Trattamentale e l'Area della Polizia Penitenziaria, per scambiare le informazioni sull'internato e riunioni del Gruppo Eventi Critici per discutere di eventi sentinella;
- Dopo l'osservazione dell'internato-detenuto si collabora con i Servizi Territoriali di competenza per la formulazione di un Progetto di re-inserimento del soggetto in ambiente extracarcerario, con particolare attenzione alle problematiche di natura psichiatrica o di tossicodipendenza.

La licenza premio rappresenta per il paziente internato un momento di elevata vulnerabilità psichica che implica un frequente monitoraggio da parte della équipe della salute mentale.

Il lavoro integrato viene svolto attraverso riunioni fra tutti i soggetti coinvolti per la formulazione di un Progetto e la valutazione congiunta della fattibilità, in base alle risorse del paziente e del territorio.

Al termine del periodo di internamento:

- È necessario sostenere il paziente nell'affrontare l'attesa della Camera di Consiglio, supportarlo nella gestione delle intense emozioni attraverso frequenti visite psichiatriche e colloqui con le diverse figure professionali dell'équipe.
- Presenziare e facilitare i contatti anche attraverso le videochiamate fra il paziente i servizi sanitari esterni, CSM, SERD o eventuali Comunità Terapeutiche o coordinare visite di controllo durante le licenze premio presso i Servizi Sanitari di competenza.

Infine l'Area Trattamentale, in base a quanto emerso dalle riunioni e dalle relazioni delle équipe territoriali del SERD e CSM di competenza e del Servizio Sociale, invia un Progetto di reinserimento sociale, che verrà valutato dal Tribunale di Sorveglianza.

Al momento della Camera di Consiglio, quando il Magistrato di Sorveglianza concede la trasformazione della misura di sicurezza da detentiva a non detentiva, l'internato ritorna sul territorio in **Licenza di Esperimento** e viene applicato il Progetto condiviso durante la detenzione.

Attualmente il DSMD allo scopo di offrire ulteriori opportunità di efficacia al percorso clinico degli internati ha predisposto un **Progetto Pilota**, di cui di seguito diamo breve descrizione.

Il progetto, che coinvolge gli internati, è stato ideato con la finalità di sviluppare la capacità di gestione degli stressors per accrescere la capacità di autoregolazione emotiva intrapsichica e interpersonale attraverso sia attività laboratoriali sia di gruppo psicoeducazionale. Nello specifico finalizzate a:

- Acquisire e/o potenziare le abilità di coping
- Sviluppare abilità per la gestione dei conflitti

- Sviluppare abilità sociali problem solving
- Pensiero critico
- Comunicazione efficace
- Gestione delle emozioni e dello stress
- Empatia
- Efficacia personale
- Efficacia collettiva

Il lavoro è condotto principalmente da una Psicologa afferente al Progetto Carcere e da due Educatrici Professionali afferenti al DSMD, con esperienza in ambito carcerario, in costante intervizione con la psichiatra e la psicologa del CSM Cagliari 4. Il progetto prevede cicli di 8 incontri con frequenza settimanale.

Il percorso riabilitativo prevede la partecipazione ad un Gruppo Psicoeducazionale e la partecipazione a uno o più laboratori dei tre previsti: laboratorio semenzaio; laboratorio scrittura e foto; laboratorio per lo sviluppo di abilità sociali e coping.

### **Conclusioni**

Il modello sanitario utilizzato presso la Colonia Penale di Isili, che rappresenta già di per sé una realtà che si presta ad interventi riabilitativi, implementato da nuove risorse, riteniamo costituisca un sostegno all'efficacia dei Progetti di reinserimento sociale per i pazienti con misura di sicurezza. In questi ultimi anni il DSMD ha posto particolare attenzione a ricercare strategie e risorse finalizzate ai bisogni degli autori di reato con problematiche psichiatriche. I risultati della sperimentazione del progetto riabilitativo consentiranno di misurarne l'efficacia e il suo utilizzo come modello di buone pratiche all'interno delle carceri.

## **Cambiamenti nel rischio di consumo di sostanze psicotrope in pazienti con doppia diagnosi: confronto fra il 2014 e il 2024.**

**Paolo Milia\*, Gianfranca Nieddu\*\*, Liliana Loretto\*\*\***

*\* SC Servizio Dipendenze Patologiche ASL 1 Sassari*

*\*\* Direttrice Servizio Alcolologia ASL 1 Sassari*

*\*\*\* Presidente SIPPF*

### **Introduzione**

I disturbi psichiatrici e da uso di sostanze spesso coesistono sia nella popolazione clinica che in quella generale. Ci sono numerose evidenze che sottolineano la correlazione fra disturbi mentali gravi e DUS.

### **Obiettivi**

Scopo del presente lavoro è stato quello di valutare come, nel corso del tempo, si sono modificati i consumi di sostanze psicotrope e le caratteristiche dei consumatori nella popolazione psichiatrica.

### **Materiali e Metodi**

È stato condotto uno studio retrospettivo sui pazienti seguiti presso il SerD di Sassari prendendo in considerazione l'intervallo temporale compreso tra 2014 e il 2024. Sulla base della documentazione disponibile, le osservazioni si sono concentrate su un campione rappresentativo dell'utenza di 160 pazienti con una doppia diagnosi cioè una diagnosi di patologia psichiatrica associata a quella di DUS di sostanze secondo il DSM V-tr. Sono state prese in considerazione alcune variabili socio-demografiche (età, sesso, solarità, stato civile, attività lavorativa, condizione abitativa, composizione del nucleo familiare di origine), la diagnosi psichiatrica, la presenza anamnestica di alterazioni comportamentali (agiti auto-eteroaggressivi), l'anamnesi positiva per condanne giudiziarie, l'età del primo consumo di sostanze psicotrope e la tipologia di sostanza utilizzata. È stato quindi effettuato, per tutte le variabili elencate, un confronto con le cartelle dei pazienti seguiti nel 2014 utilizzando un modello di regressione logistico.

### **Risultati e discussione**

In un modello logistico univariato con IC al 95% i pazienti osservati nel 2024, rispetto a quelli seguiti nel 2014, hanno, in modo statisticamente significativo, un minor numero di condanne o arresti giudiziari (OR 0.3 - IC 0.1-0.8); in relazione alle caratteristiche socio-demografiche risultano maggiormente non coniugati (OR 2.1 - IC 1.1-3.9). La diagnosi psichiatrica più rappresentata afferisce all'ambito dei disturbi di personalità (OR 5.0 - IC 2.7-9.3).

In relazione al consumo di sostanze è emersa una maggior probabilità di abusare di alcolici e un rischio maggiore di consumare cannabis e cocaina e di essere poli-abuser (OR 2.7 - IC 1.4-5.4).



Le variabili che caratterizzano maggiormente le differenze tra i due gruppi risultano essere: la diagnosi psichiatrica; il consumo di cannabis e cocaina; le pregresse condanne giudiziarie.

Nel corso degli anni sembra quindi essere cambiata la tipologia del paziente psichiatrico consumatore di sostanze psicotrope, sia in relazione alla sostanza consumata che alla patologia psichiatrica associata.

## **Conclusioni**

Le osservazioni che precedono appaiono in linea con i più recenti cambiamenti attuali. Queste stesse osservazioni, tuttavia, necessitano di maggiori approfondimenti nel tempo e di una rivalutazione degli utilizzi in base all'auspicabile, prossimo, utilizzo di macchine di laboratorio in grado di evidenziare routinariamente anche le NSP che attualmente non sono intercettate dagli strumenti a disposizione. Le osservazioni che precedono, dunque, forniscono senz'altro delle informazioni utili ma presentano un bias importante che deve essere tenuto in considerazione.

## **Bibliografia Essenziale**

1. Regier DA, Farmer M, Rae D, Locke B, Keith S, Judd L, Goodwin F, "Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study". *JaAMA* 1990; 264:2511-18
2. Dixon L, "Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes", *Schizophrenia Res* 1999; 35(suppl) S93-S100
3. Cleveland Clinic: "Dual Diagnosis: Why misuse worsen your mental health". *Mental Health*. May, 2021.
4. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Dufour MP, Compton WM et al, "Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC), *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 807-16.
5. Beaudoin M. et al.: "Is there a dose response relationship between cannabis use and violence? A longitudinal study in individuals with severe mental disorders". *Cannabis, Cannabinoid Res.* 9(1). (241-251) Feb. 2024.

## Cannabis e NSP: riflessioni sulle implicazioni cliniche e forensi

**Paolo Milia\***, **Gianfranca Nieddu\*\***, **Annarosa Negri\*\*\***, **Silvia Foddai\***, **Liliana Loretto\*\*\*\***

\* *SC Servizio Dipendenze Patologiche ASL 1 Sassari*

\*\* *SSD Alcologia ASL 1 Sassari*

\*\*\* *Direttrice Servizio Socio-Assistenziale ASL 1 Sassari*

\*\*\*\* *Presidente SIPP*

I principali effetti farmacologici della cannabis e dei cannabinoidi sintetici si esercitano attraverso l'interazione con il sistema degli endocannabinoidi mentre le NSP sono sostanze spesso molto diverse fra loro che esplicano la loro azione su diversi sistemi recettoriali che, in ultima analisi, sottendono gli effetti finali farmacologici (euforizzanti, empatogeni ecc.). Nonostante la sempre più larga diffusione di tali sostanze, ancora oggi solo poche strutture territoriali dedicate alle dipendenze patologiche, in tutto il territorio nazionale, dispongono di test diagnostici validati per l'individuazione delle stesse nel plasma, nel sangue o nelle urine dei pazienti. Si tratta di sostanze facilmente reperibili sul mercato fisico e sul web. Queste possono avere rilevanti effetti sul funzionamento cerebrale e altrettanto rilevanti implicazioni sul versante psichiatrico forense.

Dal punto di vista clinico la composizione della Cannabis attuale, con un elevato rapporto thc/cbd appare correlata ad un incremento di probabilità di sviluppare disturbi mentali rilevanti e, ad alte dosi, appare correlata al manifestarsi di comportamenti aggressivi e violenti che facilmente possono configurarsi come fatti reato. Similmente, la potenza d'azione delle NPS e il fatto che la esatta composizione chimica e l'individuazione stessa rimanga da determinare, comporta non solo una grande difficoltà nella diagnosi dell'intossicazione acuta ma comporta difficoltà ancora più grandi in termini di approccio terapeutico soprattutto in emergenza.

In questo senso, esiste una crescente preoccupazione per gli effetti psicoattivi e per gli effetti avversi legati al consumo di tali sostanze e ai potenziali effetti nocivi sulla salute mentale degli utilizzatori.

Dal punto di vista forense esistono alcune categorie di soggetti, fra cui gli appartenenti alle forze armate e gli autisti di mezzi pubblici o altre figure professionali che vengono regolarmente sottoposti ad esami tossicologici per evidenziare il consumo di sostanze che, in effetti, potrebbero eludere questa forma di controllo attraverso l'uso di sostanze di nuova generazione peraltro in continua e rapida evoluzione.

È stato altresì dimostrato che il consumo di cannabinoidi riduce la performance soprattutto relativamente all'espletamento di attività complesse. L'utilizzo di tali sostanze rappresenta certamente un rischio in questo senso. Il fenomeno dell'abuso di queste nuove sostanze appare estremamente sottostimato su tutto il territorio nazionale lasciando aperto il dubbio sulla reale dimensione del fenomeno sia nella popolazione generale giovanile (la più a rischio), sia nella popolazione dei lavoratori addetti a mansioni rischiose che richiedono particolare cura, attenzione e responsabilità.

Dal punto di vista psichiatrico forense, inoltre, aldilà dei precisi dettati normativi, sono

presenti le medesime difficoltà diagnostiche legate a diverse criticità. Tra queste ricordiamo: la ricostruzione della storia clinica spesso difficile e lacunosa; la difficoltà di comprendere l'esatta criminogenetica e criminodinamica negli autori di reato; l'impossibilità di dimostrare quale sostanza sia stata assunta e in che dosi; la non univocità di approccio al problema sia in ambito scientifico che in ambito forense; la difficoltà di inquadrare con precisione il funzionamento psicopatologico al momento dell'eventuale reato.

Sarebbe auspicabile il miglioramento della capacità di diagnosi laboratoristica in modo da consentire una ricerca più rapida, precisa e moderna delle NSP così da allargare la ricerca oltre i più "consueti" e "frequenti" comportamenti di abuso legati alle sostanze più note (alcol, cannabis, cocaina, eroina).

### **Bibliografia Essenziale**

1. Beaudoin M. et al.: "Is there a dose response relationship between cannabis use and violence? A longitudinal study in individuals with severe mental disorders". Cannabis, Cannabinoid Res. 9(1). (241-251) Feb. 2024.
2. Cleveland Clinic: "Dual Diagnosis: Why misuse worsen your mental health". Mental Health. May, 2021.
3. Maren Hermanns-Clausen, Stefan Kneisel, Bela Szabo & Volker Auwärter Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings Addiction 2012
4. Kogan NM, Mechoulam R. Cannabinoids in health and disease. Dialogues Clin Neurosci. 2007;9(4):413-30.
5. Seely KA, Lapoint J, Moran JH, Fattore L. Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2012 Dec 3;39(2):234-43.
6. Nivoli G.C. et al.: "Psichiatria forense". Piccin ed. 2021

## Dal disturbo di personalità al reato. Un possibile modello di intervento.

### 1. Il disturbo narcisistico di personalità negli istituti penitenziari - difficoltà e opportunità

**Eva Kada**

*Direttrice del Reparto di Psichiatria Forense presso LKH II di Graz*

In Austria, il trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato - persone che hanno commesso crimini sotto l'influenza significativa di una malattia mentale - è regolato dalla Sezione 21 del Codice penale e richiede il collocamento in un centro terapeutico forense per il trattamento fino a quando la pericolosità indotta dalla malattia mentale non è stata ridotta. Il trattamento del disturbo narcisistico di personalità pone sfide particolari ai terapeuti nel contesto di un centro di detenzione. In considerazione dell'atteggiamento esigente, dell'autostima ipertrofica e della scarsa tolleranza alle critiche, che spesso sono sintomaticamente in primo piano, la costruzione di un'alleanza terapeutica sostenibile è difficile. Questi problemi sono ulteriormente aggravati dal contesto coercitivo, dalla definizione dei temi della terapia da parte del terapeuta, con l'obiettivo di ridurre e controllare i comportamenti alienanti, e dall'obbligo di riferire al tribunale. Tuttavia, comprendendo la psicodinamica di fondo delle persone con disturbi narcisistici e affrontando in modo specifico i bisogni relazionali primari delle persone colpite, è possibile ottenere una relazione terapeutica sostenibile. Anche il contesto di base di un istituto penitenziario può rivelarsi un vantaggio, grazie a fattori quali la continuità del trattamento, le risorse dell'équipe multiprofessionale, l'ambiente terapeutico e l'osservazione ravvicinata e la rapida elaborazione dei comportamenti disfunzionali.

### 2. Il trattamento dei criminali con disturbi della personalità in Svizzera

**Bernd Borchard**

*Psicologo psicoterapeuta, specialista in psicologia giuridica (SGRP) e psicologia forense (SGFP)*

Secondo la giurisprudenza, l'obiettivo di una misura terapeutica è quello di ridurre il rischio che un condannato commetta "reati illeciti significativi" (§63 e 64 StGB Germania) o "reati connessi alla condizione del condannato" (art. 59 e 63 StGB Svizzera). Per raggiungere questo obiettivo, è necessario un processo coerente che comprenda la concezione del caso (incluse la diagnosi e le ipotesi sul meccanismo del reato), la pianificazione del trattamento e la valutazione del suo decorso. Nella prima fase è opportuno stabilire se l'autore del reato abbia bisogno di un trattamento, sulla base dei fattori di rischio di recidiva di reati gravi e dei possibili interventi in relazione alle anomalie psicosociali rilevanti dal punto di vista forense del soggetto stesso. Un'ampia serie di prove scientifiche dimostra che tale necessità di trattamento non è affatto limitata agli autori di reato con patologia psichiatrica in senso stretto, e certamente non esclusivamente a coloro che sia stati giudicati incapaci di intendere e di volere. Infatti, anche fattori di rischio legati alla personalità, che possono rivelarsi causalmente collegati al reato, possono divenire target di trattamenti efficaci.

Tuttavia, questa consapevolezza non si riflette in modo coerente nella giurisprudenza attuale. Al contrario: nella pratica, il prerequisito per ordinare una misura terapeutica è

troppo spesso la presenza di un grave disturbo mentale secondo l'ICD/DSM e, in Germania, anche una ridotta colpevolezza o capacità di intendere e volere.

Tuttavia, questa limitazione ignora la necessità di trattamento di una parte significativa della popolazione di autori di reato, minando ciò che la psichiatria forense sarebbe in grado di realizzare: una terapia differenziata e orientata al reato.

### **3. Aggressività, depressione e psicosi: universi paralleli a confronto. Ruolo di antipsicotici e antidepressivi**

**Giuseppe Imperadore**

*Direttore Dipartimento Salute Mentale AULSS 9, Verona*

Il disturbo del comportamento di tipo aggressivo rappresenta una dimensione psicopatologica che attraversa in maniera trasversale la nosografia psichiatrica ed in particolare i disturbi dell'umore, le psicosi e i disturbi di personalità. Tale configurazione spiega la carenza dal punto di vista quantitativo e qualitativo di dati della letteratura che supportino l'impiego dei trattamenti farmacologici disponibili. In alcuni casi, quali quelli dei disturbi borderline e antisociale di personalità, le linee guida e le raccomandazioni internazionali concludono per l'assenza di un trattamento farmacologico specifico proprio per mancanza di evidenze.

Ciononostante, nella pratica clinica quotidiana l'approccio farmacologico rappresenta un elemento chiave del trattamento della dimensione aggressività. Se tra gli antipsicotici, pur se in assenza di evidenze forti, spicca una potenziale azione specifica della clozapina, tra gli antidepressivi non sembra essere possibile selezionare alcun composto. Anzi, la maggior parte delle linee guida invitano ad un utilizzo cauto di tali trattamenti, sottolineando una potenziale disforizzazione delle situazioni cliniche oggetto di trattamento.

### **4. Intelligenza Artificiale e nuovi approcci farmacologici**

**Andreas Conca**

*Direttore Servizio Psichiatrico Comprensorio Sanitario di Bolzano*

Per i disturbi di personalità ed in particolare per i disturbi di cluster B (antisociale, borderline, istrionico e narcisistico) vige un certo pessimismo terapeutico. Nuove conoscenze neurobiologiche relative a sintomi come impulsività, mancata empatia, insufficiente mentalizzazione o anche fenomeni di derealizzazione, nonché l'uso di tecnologie innovative aprono la via a nuovi approcci farmacologici e, a seguire, a un reale ottimismo. Molecole come 1) la tossina botulinica (BOTOX) 2) l'ossitocina 3) l'endoxifene e 4) antagonisti glutammatergici, già prescritti per altre indicazioni, risultano avere una notevole potenzialità.

La letteratura dimostra, per esempio, come BONT-A iniettato nella regione gabbellare blocchi il rilascio della acetilcolina modulando la neurotrasmissione e il circuito ipocampo-amigdala. A sua volta, la somministrazione intranasale di 24 IU di ossitocina sintetica modula la reattività prevalentemente dell'amigdala destra a stimoli affettivi negativi. Alcuni studi hanno poi dimostrato come l'endoxifene, un metabolita attivo

del tamoxifene, induca una potente inibizione della PKC regolando notevolmente l'impulsività. Infine, la memantina a 20 mg ha dimostrato di ridurre la disregolazione emotiva bloccando selettivamente una iperattività patologica del glutammato.

In generale la fenotipizzazione mediante il Therapeutic Drug Monitoring (TDM) e, in casi specifici, la genotipizzazione potranno garantire interventi personalizzati e precisi. Un altro passo sarà il drug sensor, tecnologia che permette di monitorare l'aderenza alla terapia. Una vera innovazione invece è l'applicazione del machine and deep learning (ML/DL) usando i big data. Tali strumenti permetteranno la trasformazione della farmacologia e della farmacoterapia su quattro ambiti: 1) definizione del target, 2) individuazione di molecole adatte, 3) accelerazione degli studi clinici, e 4) ricerca di biomarcatori diagnostici. L'intelligenza artificiale (IA) già ora è di supporto al processo del decision-making e al percorso individualizzato. Inoltre, essa agevola la comunicazione tra vari servizi, permette una maggiore aderenza alla cura offrendo una adeguata, accessibile e continua psicoeducazione, includendo, ad esempio, training per un utilizzo sicuro e appropriato dei dispositivi telematici. Il concetto della autoprescrizione tramite diverse applicazioni che supportano la regolarizzazione dell'attività fisica e dei regimi alimentari, infine, esercita un impatto rilevante sullo stile di vita e sul benessere generale.

## **5. Patologia della personalità secondo il modello di O. Kernberg: struttura e trattabilità.**

**Francesco Carone**

*Psicologo psicoterapeuta, CRP Gelmini, Comprensorio Sanitario di Bolzano*

Il tema della patologia della personalità come base per comprendere le manifestazioni antisociali trova nelle teorizzazioni sviluppate da Otto Kernberg a partire dagli anni '70 un'utile chiave di lettura. Due conclusioni a cui arriva questa prospettiva di studio diventano anche punti di partenza per accedere ad un approfondimento: 1) il disturbo di personalità antisociale è intrattabile in psicoterapia, 2) la patologia della personalità organizzata in senso borderline va compresa nei termini della sua aggressività. Il primo punto ci deve motivare ad approfondire attentamente la diagnosi per differenziare la presenza di comportamenti antisociali da una struttura di personalità antisociale propriamente detta, per poter fornire trattamenti mirati che abbiano più probabilità di efficacia e che, nel secondo caso, debbano essere pensati per contenere il vantaggio secondario e lo sfruttamento familiare e sociale che queste patologie mettono in atto. Il secondo punto offre l'opportunità di valutare la patologia nei suoi contenuti di aggressività, che può essere eterodiretta o autodiretta, non a caso valutiamo i detenuti per il rischio suicidiario. L'aggressività descritta nella sua genesi biologica e ambientale all'interno della teoria delle relazioni oggettuali come manifestazione di meccanismi difensivi primitivi di scissione è quindi premessa per comprendere altri elementi specifici come l'organizzazione borderline di personalità e le patologie narcisistiche. Concentrandosi successivamente sulle patologie di personalità narcisistiche, incentrate sull'invidia e sull'umiliazione connessa alla impossibilità di dipendere da altri significativi, si illustra la descrizione di Kernberg del disturbo antisociale di personalità come forma più grave e intrattabile di narcisismo. Da qui un'utile osservazione di ciò che l'infiltrazione

crescente di antisocialità produce: dalla patologia narcisistica con comportamento antisociale al narcisismo maligno alla franca personalità antisociale. La comprensione dei meccanismi di genesi, riassunti nel concetto di patologia del super-io, assieme al chiarimento offerto di assenza di valori morali e della natura essenzialmente sfruttatoria delle relazioni, ribadiscono la necessità di una diagnosi differenziale del grado di presenza di antisocialità e delle indicazioni per il trattamento.

## 6. Gli aspetti forensi dei disturbi del neurosviluppo

*Livia Sanna\*, Giancarlo Giupponi\*\**

*\*Psichiatra, Equipe di Psichiatria Forense dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige*

*\*\*Psichiatra, Equipe di Psichiatria Forense dell'Azienda Sanitaria dell'Alto Adige*

La letteratura riporta tassi di prevalenza di disturbi del neurosviluppo nei contesti detentivi fortemente discordanti. Tali discrepanze sono da attribuirsi alla mancanza di strumenti diagnostici appropriati, alla scarsa formazione specifica del personale, a frequenti comorbidità (disturbi di personalità, disturbo da uso di sostanze e psicosi) con fenomeni di overshadowing sintomatologico, comoufflage e malingering, oltre che a difficoltà nel reperire informazioni sull'età evolutiva degli autori di reato per parziale collaborazione e assenza di terze fonti, dropout per trasferimenti, scarcerazioni o dimissioni non programmati, eterogeneità dei sistemi giudiziari e degli strumenti metodologici di ricerca.

La diagnosi di un disturbo del neurosviluppo non risulta correlato a specifici pattern di violenza, né preclude il riconoscimento di imputabilità del reo, e pertanto non determina a priori l'inserimento in una REMS (residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) né tantomeno la concessione di una pena alternativa alla detenzione. L'analisi della giurisprudenza riporta come la neurodivergenza venga il più delle volte considerata un'attenuante tale da giustificare una riduzione della pena comminata.

Ad ogni modo, gli autori concordano sul fatto che i deficit delle funzioni esecutive, la disregolazione e l'impulsività, propri dei soggetti con ADHD, aumentino il rischio di entrare in contatto con le forze dell'ordine, ricevere una pena carceraria e presentare recidive di reato. Per quanto riguarda i soggetti autistici, i deficit di comprensione, comunicazione e adattamento risultano correlare con difficoltà sia in fase di indagine e cognizione, che in fase processuale, che nel corso della carcerazione.

Molti autori riportano come la neurodivergenza induca effetti sfavorevoli in tutte le fasi del procedimento giudiziario e infici la capacità di adattamento alla detenzione (overload sensoriale, difficoltà con la routine carceraria, mancato coping rispetto a situazioni complesse e imprevedibili, maltrattamenti, intimidazioni, sfruttamento, isolamento sociale e abusi sessuali) determinando outcome negativi quali esclusione dai protocolli di intervento ed educativo-trattamentali, minor accesso a permessi e «privilegi», eteroaggressività, autolesionismo e comportamenti suicidari.

Alla luce di ciò, appare quanto mai indispensabile potenziare le competenze di tutti gli attori coinvolti, inclusi forze dell'ordine, avvocati e magistratura, oltre che ovviamente degli

operatori sanitari che operano nei contesti detentivi, potenziando la collaborazione tra diversi enti e servizi.

Risulta, inoltre, opportuno sviluppare protocolli diagnostici tanto sensibili quanto facilmente fruibili e programmi di intervento specifici al fine di supportare i pazienti con disturbi del neurosviluppo autori di reato nel corso dell'iter processuale, agevolandone poi l'adattamento alla detenzione, carceraria o in REMS, nonché facilitandone la presa in carico territoriale così da ridurre il rischio di recidiva e sostenerne un appropriato reinserimento sociale.

## **7. I disturbi di personalità, aspetti psichiatrico-forensi**

**Ester Messina**

*Psichiatra, Centro di Riabilitazione Psichiatrica del Comprensorio Sanitario di Bolzano*

La psichiatria forense è una disciplina che si colloca a ponte tra psichiatria e diritto. Nel caso della valutazione dell'imputabilità, lo psichiatra forense riceve un mandato da un giudice non per scopi di cura, ma con la finalità di considerare aspetti di valenza giuridica alla luce delle proprie competenze mediche.

Il metodo psicopatologico-normativo è ritenuto a oggi il più valido per l'accertamento dell'imputabilità. Esso si articola su due livelli: il momento della diagnosi e quello della disamina dell'incidenza del disturbo sulla capacità di intendere e volere al momento del fatto-reato.

I disturbi di personalità sono annoverati come rilevanti ai fini della non imputabilità a partire dalla sentenza delle Sezioni Unite n. 9163 del 2005. Tale sentenza stabilisce che i disturbi di personalità possono escludere l'imputabilità ove siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere.

Con la legge 81/2014, l'infermità di mente diviene aspetto significativo anche nell'ambito della psichiatria territoriale. Con la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, infatti, i dipartimenti di salute mentale diventano i responsabili dei progetti terapeutico-riabilitativo degli infermi di mente autori di reato. In questo senso diviene sempre più auspicabile l'apertura della psichiatria verso le conoscenze psichiatrico-forensi di base.

## **8. Neuroimaging della violenza**

**Fabio Sambataro**

*Direttore della Scuola di Specializzazione di Psichiatria di Padova*

La violenza è un fenomeno complesso con conseguenze devastanti sulla salute individuale e sulla società. Recentemente, la ricerca neuroscientifica ha iniziato a esplorare i meccanismi neurali sottostanti alla violenza attraverso l'uso di tecniche di neuroimaging. Questa presentazione si propone di esaminare la letteratura recente sull'applicazione del neuroimaging nello studio della violenza, concentrandosi sui suoi contributi alla comprensione della sua neurobiologia con riferimento ai sistemi neurotrasmettitoriali sottostanti.



Le tecniche di neuroimaging, ed in particolare la risonanza magnetica, hanno consentito ai ricercatori di identificare differenze strutturali e funzionali nel cervello di individui coinvolti in comportamenti violenti. Questi studi hanno evidenziato alterazioni di attività e connettività di regioni cerebrali coinvolte nel controllo emotivo, nella regolazione dell'impulso e nella processazione della paura, come l'amigdala, la corteccia prefrontale e l'insula. Inoltre, fattori genetici possono contribuire direttamente e interagendo con i fattori ambientali nel determinare comportamenti violenti.

Questa presentazione esplora anche le implicazioni sociali e etiche della ricerca neuroimaging sulla violenza, sottolineando la necessità di un approccio interdisciplinare e di una riflessione critica sulle implicazioni pratiche e morali delle sue applicazioni.

## 9. Mad or Bad, questo è il problema

**Liliana Lorettu**

*Psichiatra psicoterapeuta, Psichiatra forense, Co-Presidente Società Italiana di Psichiatria e Psicopatologia Forense*

Mad or Bad è una domanda che spesso ci poniamo quando ci confrontiamo con individui il cui comportamento è caratterizzato da violenza. Spesso, a torto o a ragione, molti di questi individui vengono definiti psicopatici. La psicopatia potrebbe trovare una origine storica nella "Follia Morale" di Prichard (1855) : un insieme di condizioni in cui non viene identificata una componente psicopatologica, ma un deficit dello sviluppo morale.

Diverse concettualizzazioni si sono seguite nel tentativo di descrivere la psicopatia. Numerosi studi hanno cercato una risposta agli interrogativi in merito all'origine, innata o acquisita, e all'origine organica.

In ambito forense rimane aperta la riflessione in merito alla imputabilità o meno di alcuni individui identificati come psicopatici.

La evidenza di una specifica categoria di psicopatici, gli psicopatici di successo, e la incoerenza dei dati in merito alla esistenza di marcatori biologici, allo stato attuale, mantiene aperta la riflessione.



# Consulenze psichiatriche richieste in favore di pazienti con scarsa compliance o rifiuto delle cure nel corso di ricovero ospedaliero



Palermo A., Populin M., Scipioni C., Sepulcri O., Mulè P., Comacchio C., Maso E., Balestrieri M., Colizzi M.  
Unità di Psichiatria, Dipartimento di Medicina (DMED), Università degli Studi di Udine

## SCOPO DEL LAVORO

Il presente lavoro si propone di analizzare l'esito e le caratteristiche cliniche delle consulenze richieste alla Clinica Psichiatrica del Presidio Ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Udine dai reparti ospedalieri in favore di pazienti degenti che avessero rifiutato, in maniera parziale o totale, le cure proposte. La Costituzione italiana garantisce l'autonomia del paziente agli articoli 2,13, 32, e la legge 219/17 stabilisce: «Nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge». Medesimi principi vengono sanciti e sostenuti dalla Convenzione di Oviedo\* [1]. Nella fattispecie allo specialista psichiatra può essere richiesto di valutare lo stato psichico di pazienti degenti nei reparti ospedalieri e se questo possa avere influenzato la compliance o il rifiuto delle cure proposte.

## MATERIALI E METODI

Sono state incluse le richieste di consulenza alla Clinica Psichiatrica per pazienti degenti in regime di ricovero ordinario pervenute negli ultimi 4 mesi, dal 30/01/2024 al 30/05/2024. Tra queste sono state specificamente valutate le consulenze richieste come conseguenza al rifiuto, da parte del paziente degente, dei trattamenti proposti dai medici di reparto. La valutazione dello stato psichico mirava a determinare il giudizio di realtà e la capacità di autodeterminazione del paziente in ordine alla possibilità di prestare validamente il proprio consenso informato alle cure, ovvero se fosse invocabile lo stato di necessità o percorribile un trattamento sanitario obbligatorio a tutela della sua salute.

## RISULTATI

Nel periodo in esame sono state effettuate 292 consulenze psichiatriche a pazienti degenti in regime di ricovero ordinario, con modalità prevalentemente programmata (in 271 casi, 92,81%) e talvolta urgente (in 21 casi, 7,19%).

Delle consulenze effettuate, 26 (8,9%) sono state richieste per un rifiuto delle cure, parziale o totale. In particolare, in 7 casi la consulenza veniva richiesta per la volontà del paziente di autodimmettersi contro il parere medico. Tra le 26 consulenze richieste per rifiuto delle cure, 22 prevedevano una modalità di erogazione programmata e 4 una modalità urgente.

Le 26 consulenze hanno coinvolto un totale di 20 pazienti; per un paziente sono state richieste 3 consulenze nel corso del ricovero e per 4 pazienti ne sono state chieste 2.

Sono quindi stati identificati i seguenti possibili interventi di rilievo a valle delle consulenze effettuate: (i) introduzione di una terapia farmacologica (in 11 per il trattamento di disturbi psichiatrici primari e in 7 casi per delirium), (ii) attivazione o prosecuzione di protocolli aziendali (1 caso di prevenzione del suicidio e 3 di elevata sorveglianza), (iii) attivazione di procedura per la nomina di amministratore di sostegno (3 casi) tramite giudice tutelare [Fig. 2]. In nessun caso si sono riscontrate le condizioni necessarie per attuare un TSO.

In merito al quesito specifico, lo stato psichico dei degenti è stato valutato come alterato al punto da poter incrinare la capacità di comprendere il proprio stato di salute in 9 casi (34,61%); integro o non sufficientemente compromesso in 14 casi (53,8%); non valutabile a causa di rifiuto dello stesso colloquio in 2 casi e per paziente non cosciente in 1 caso (11,54%).

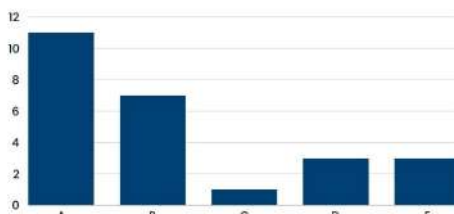


Fig. 1  
A- terapia farmacologica disturbi psichiatrici primari  
B- terapia farmacologica delirium  
C- protocollo di prevenzione del suicidio  
D- protocollo di elevata sorveglianza  
E- iter nomina amministratore di sostegno

## DISCUSSIONE

Appaiono degne di menzione alcune osservazioni: (i) in una percentuale non trascurabile di pazienti, la valutazione psichiatrica è richiesta anche nel caso in cui la condizione che incrina lo stato psichico non sia in prima istanza di competenza psichiatrica; (ii) contrariamente all'attesa che uno stato psichico incrinante l'adesione alle cure rappresenti una condizione di urgenza, specialmente in un contesto ospedaliero, la richiesta è risultata come programmata nella grande maggioranza (85%) dei casi; (iii) la valutazione richiesta allo psichiatra sembra prevalentemente rivolta non tanto alla necessità di un atto medico specifico da realizzare nell'immediato, ma ad una più generica adesione del paziente ad un percorso terapeutico di lungo corso; iv) nei casi in cui il paziente presenta parziale o totale incapacità di intendere e di volere, è necessario avviare un iter non esauribile in un'unica consulenza psichiatrica.

## CONCLUSIONI

In contesti ospedalieri è frequentemente richiesto allo specialista psichiatra di pronunciarsi in ordine alla capacità del paziente di prestare validamente il proprio consenso alle cure proposte. In considerazione dell'importante sovrapposizione di differenti specialità mediche coinvolte in questa determinazione e dell'importante frequenza di tali richieste, appare auspicabile in questi contesti conservare il riferimento ai capisaldi definiti dalla Legge 219/2017 e diffonderne i principi in contesti multidisciplinari.

## NOTE

[1] Articolo 7 – Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale. La persona che soffre di un disturbo mentale grave non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l'assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso. Articolo 8 – Situazioni d'urgenza. Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata.



bind.ricerca@gmail.com



# Un caso di mancato suicidio allargato durante la Pandemia da Covid-19

Giulia Cabitza<sup>1</sup>, Andrea Viti<sup>1</sup>, Claudia Zandara<sup>2</sup>, Andrea Martella<sup>1</sup>, Mirko Manchia<sup>1</sup>, Pasquale Paribello<sup>1</sup>, Irene Mascia<sup>2</sup>, Martina Pinna<sup>2</sup>

1. Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Scienze Mediche e Sanità Pubblica, Università di Cagliari, Cagliari, Italia  
2. Servizio di Psichiatria Forense, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL Cagliari, Cagliari, Italia

## Introduzione

Le ricadute a livello psicologico delle misure di contenimento del Covid-19 sono state oggetto di numerosi studi che ne hanno dimostrato l'impatto negativo sulla salute mentale. Il cosiddetto suicidio allargato (costituito da un omicidio seguito o contestuale al suicidio dell'omicida) rappresenta un evento raro in letteratura, descritto prevalentemente in ambito intrafamiliare. Nella maggior parte dei casi esso interessa due coniugi, entrando a far parte del vasto fenomeno della *Intimate Partner Violence*. I fattori precipitanti sono generalmente rappresentati da dissidi coniugali. Tuttavia, esistono forme di suicidio allargato extraconiugale favorite da fattori stressanti esterni, spesso di natura socioeconomica, insistenti su un preesistente substrato psicopatologico come un disturbo di personalità. Riportiamo la valutazione in ambito peritale di una donna accusata del reato di lesioni personali aggravate ai danni degli anziani genitori durante la pandemia da Covid-19.

## Metodi

La valutazione peritale si è avvalsa dei colloqui clinici, dell'esame degli atti giudiziari, dell'esame della documentazione sanitaria, della valutazione psicodiagnostica mediante i seguenti test: Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2); Montreal Cognitive Assessment (MoCA); State-Trait Anger Expression Inventory-2 (Staxi-2); Pathological Narcissism Inventory (PNI 52); Toronto Alexithymia Scale (TAS-20); Test Grafici (Test di Machover; Test della Famiglia; Test di Koch); Thematic Apperception Test (TAT).

## Tabella. Risultati dei test psicodiagnostici

### Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2):

- VRIN T 41; TRIN T 71V;
- Scala infrequenza- F : 77;
- Scala F della seconda metà- Fb: 76;
- Scala psicopatologica infrequente- Fp: 49;
- Scala della menzogna- L: 47;
- Scala della difensività - K: 42;
- Scala della autorappresentazione superfatta- S: 42;
- Indice di simulazione- F - K: 7;
- Ipcocandria: T 65;
- Depressione: T 66;
- Isteria: T 60;
- Deviazione psicopatica: T 77;
- Mascolinità-Femminilità: T 47;
- Paranoia: T 75;
- Psicosostenia: T 68;
- Schizofrenia: T 75;
- Ipomania: T 53;
- Introversione sociale: T 62.

### Toronto Alexithymia Scale (TAS-20):

- Punteggio totale: 48.
- ### Montreal Cognitive Assessment (MoCA):
- Punteggio totale: 27/30

### Pathological Narcissism Inventory (PNI 52):

- Media 2.06 (M: 1.86; D.S: 0.69)
- Media del narcisismo grandioso: 1.97 (M: 2.06; D.S: 0.74)
- Media del narcisismo vulnerabile: 2.42 (M: 1.77; D.S: 0.72)

### State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2):

- Rabbia di stato: T 44
- Sentire la rabbia: T 44
- Sentire come esprimere rabbia verbalmente: T 45;
- Sentire come esprimere rabbia fisicamente: T 47;
- Rabbia di tratto: T 67;
- Rabbia temperamento: T 57;
- Rabbia reazione: T 64;
- Espressione di rabbia all'esterno: T 58;
- Espressione di rabbia all'interno: T 55;
- Controllo della rabbia all'esterno: T 46;
- Controllo della rabbia all'interno: T 53;
- Indice di espressione della rabbia: T 55.

## Risultati

La valutazione psichiatrico-forense ha consentito la ricostruzione delle complesse dinamiche intrapsichiche e familiari entro le quali il fatto reato si è manifestato, che hanno reso clinicamente manifesta una struttura di personalità modellata in relazione ad eventi interni ed esterni che hanno acuito dei tratti fino ad allora non rilevanti sul piano clinico, facendoli diventare il motore per la messa in atto del reato. La perizia ha messo in evidenza un vissuto pervasivo di ipersensibilità al rifiuto e alle critiche, elevate aspettative verso il Sé con necessità di costante ammirazione, che dovevano nutrirsi della capacità della perizianda di fornire cure ineccepibili agli anziani genitori durante un periodo di isolamento, motivato dalla positività dei tre membri della famiglia e delle assistenti domiciliari, all'infezione da Covid 19. Le risultanze peritali hanno condotto ad un inquadramento diagnostico, secondo il DSM-5, di Disturbo di Personalità senza specificazione, con spiccati tratti narcisistici prevalentemente di tipo covert che, in un contesto di elevato stress situazionale, riconducibile principalmente all'isolamento da COVID-19, e alla solitudine percepita, legata ad un vissuto di sé come di unico caregiver, ha condotto alla superficializzazione di un nucleo depressivo di matrice narcisistica determinando quel "quid pluris" che ha strutturato un'infirmità mentale di gravità tale da grandemente scemare le capacità di intendere e di volere della periziata ai sensi dell'art. 89 c.p. Tale contesto ha favorito l'insorgenza di strategie di coping altamente disfunzionali con conseguente fallimento del tentativo di adattamento, con vissuti depressivi, di inattuabilità e perdita di speranza, da cui è scaturita e si è rafforzata l'ideazione anticonservativa e il piano suicidario allargato ai genitori.

## Conclusioni

Il nostro caso costituisce un esempio di come le misure di isolamento messe in atto durante la pandemia da Covid 19 abbiano contribuito ad accentuare il senso di solitudine, di inefficacia, di inadeguatezza, di inutilità, di perdita di speranza e di impotenza contribuendo alla maturazione di un piano di omicidio-suicidio altruistico la cui eziologia è riconducibile principalmente a fattori di rischio psicosociali che si integrano su una morbilità psichiatrica preesistente. Queste considerazioni rafforzano la necessità di una maggiore attenzione alla tutela del benessere psicologico dei cittadini in concomitanza con eventi capaci di esercitare conseguenze sul piano economico e sociale di ampia portata.

## Bibliografia

- Videgaard, Nito, and Michael Erikson Berntsen. "COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence." *Brain, behavior, and immunity* 89 (2020): 531-542.
- Macco, Cristina, et al. "A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: immediate psychological responses and associated factors." *International journal of environmental research and public health* 17(9)(2020): 3165
- Fauberg, Mik E., et al. "Impact of the COVID-19 pandemic on parent, child, and family functioning." *Family Process* 61.1 (2022): 361-374.



# Psychiatric assessment in image-based sexual abuse case: a case report on imputability in personality disorder with narcissistic traits

Lorenzo Lodde<sup>1</sup>, Claudia Zandara<sup>2</sup>, Andrea Martella<sup>2</sup>, Mirko Manchia<sup>1\*</sup>, Pasquale Paribello<sup>1</sup>, Irene Mascia<sup>2\*</sup>, Martina Pinna<sup>2</sup>

1. Section of Psychiatry, Department of Medical Sciences and Public Health, University of Cagliari, Cagliari, Italy

2. Forensic Psychiatry Unit, Sardinia Health Agency, Cagliari, Italy

\* Correspondence:

Corresponding Author

irene.mascia@ascagliari.it; mirko.manchia@unica.it



## Background

Crimes committed on the Internet and social networks are rising, and the phenomenon is complex. We believe that knowledge of context would be useful for professionals in cases that need psychiatric assessment. The illicit dissemination of sexually explicit images or videos without consent is a phenomenon that violates the dignity, privacy and image of victims, exposing them to serious psychological, social and professional consequences. This practice, known as "revenge porn", became a specific crime in Italy in 2019 with law no. 69/2019, which introduced article 612 ter. of the Italian criminal code.

Although new technologies are not illegal means per se and do not directly cause illegal behaviour, web and social networks' ease of use, alongside some of their distinctive features, make them facilitating means for criminal conduct, in particular with regard to sexual abuse and sharing digital material with sexually explicit content.

We report on a case of a 27-year-old young adult who is accused of image-based sexual abuse and other crimes, for whom the examining judge requested psychiatric assessment.

## Methods

We conducted anamnestic collection (family, physiological and pathological, psychiatric, and toxicological), direct evaluation of the examinee, assessment of acquired health records, psychodiagnostic tests (i.e. graphic tests: Machover test, Koch test), Montreal Cognitive Assessment, Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2, Pathological Narcissism Inventory, State-Trait Anger Expression Inventory 2, Toronto Alexithymia Scale, Thematic Apperception Test.

## Results

The clinical forensic assessment led to a diagnosis of Unspecified Personality Disorder (predominantly narcissistic traits) according to the DSM-5 criteria. Direct assessment showed a tendency to simulate or exaggerate symptoms, confirmed by the invalidation of the MMPI-2. In addition, the psychodiagnostic tests showed a tendency to aggressive behaviour and difficulty in identifying and describing emotions and feelings (alexithymia).

### Minnesota Multiphasic Personality

#### Inventory 2 (MMPI-2) (1):

- VRIN: T 49; TRIN: T 50/2;
- Frequency scale – F: T 111;
- Scale F of the second half – Fb: T 113;
- Intrusion psychopathological scale – Fp: T 97;
- Lying scale – L: T 39;
- Defensiveness scale – K: T 36;
- Superlative self-representation scale – S: T 33;
- Simulation index – K – F: T 27.

### State-Trait Anger Expression Inventory-

#### 2 (STAXI-2) (3):

- State anger: T 72;
- Feeling Anger: T 63;
- Feeling how to express anger verbally: T 71;
- Feeling how to express anger physically: T 74;
- Trait anger: T 68;
- Anger Temperament: T 88;
- Anger Reaction: T 41;
- Expression of anger externally: T 62;
- Expression of anger internally: T 77;
- External anger control: T 37;
- Internal anger control: T 43;
- Anger expression index: T 71.

### Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

#### (2):

- Executive Visuo-spatial score 3/5;
- Denomination 3/5;
- Attention 2/2; Sustained attention 1/1;
- Calculation 2/3;
- Language 2/2;
- Fluency 1/1;
- Abstraction 1/2;
- Delayed recall 4/5;
- Orientation 6/8;
- Total score 25/30.

### Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) (4):

- Difficulty identifying feelings: mean 3.57;
- Difficulty describing feelings: mean 3.8;
- Externally-oriented thinking: mean 3.25;
- Total score: 7.3.

### Pathological Narcissism Inventory

#### (P.N.I. 52) (5):

- Total Mean 3.39 (M: 1.86; S.D.: 0.69);
- Grandiose narcissism Mean 2.87 (M: 2.06; S.D.: 0.74);
- Vulnerable narcissism Mean 3.77 (M: 1.77; S.D.: 0.72).

## Conclusions

For a correct psychiatric evaluation, and even more so in the forensic-psychiatric field, it appears useful, if not necessary, to know the context in which the actions and the facts under examination take place. This case highlights the importance of being familiar with the context of the Internet and social networks, where a rising number of crimes are committed. Forensic psychiatrists will be increasingly involved in evaluating cases related to the online world, which requires a basic knowledge of its characteristics and dynamics.

## References

1) Abbate L, Roma P. MMPI-2. Manuale per l'interpretazione e nuove prospettive di utilizzo. Raffaello Cortina Editore; 2014. 263 p.

2) Pirrotta F, Timpano F, Bonanno L, Nunnari D, Marino S, Bramanti P, et al. Italian Validation of Montreal Cognitive Assessment. European Journal of Psychological Assessment. 2015 May;31(2):131–7.

3) Curti Psychometrics [Internet]. [cited 2024 Mar 3]. STAXI-2. Available from: <https://www.gunippsy.it/catalogo/test/staxi-2>.

4) Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Item selection and cross-validation of the factor structure. J Psychosom Res. 1994 Jun;38(1):23–32.

5) Fossati A, Borroni S. Narcisismo patologico. Aspetti clinici e forensi. Corina Raffaello; 2018. 201 p.

## Riflessioni e azioni sulla pratica della contenzione fisica nel SPDC di Cagliari

Serafino Pusccheddu<sup>1</sup>, Emanuela Trogu<sup>2</sup>, Graziella Bo<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Direttore S.C. SPDC ASL Cagliari – <sup>2</sup> Dirigente Medico SPDC ASL Cagliari – <sup>3</sup> Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ASL Cagliari

La S.C. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) della ASL Cagliari è costituita da 2 reparti adiacenti, SPDC1 ed SPDC2, rispettivamente di 15 e 12 posti letto, che operano entrambi con porte aperte h24. Il bacino d'utenza del SPDC Cagliari è di circa 560.000 abitanti, a cui fanno riferimento per i ricoveri in urgenza ed emergenza i CSM Cagliari 1, Cagliari 2, Cagliari 3, Cagliari 4, SerD Cagliari, il Centro disturbi Psichiatrici Alcol correlati e GAP, la S.C. DCA. Nel 2021 gli operatori del SPDC hanno sentito l'esigenza, motivata da quesiti di tipo etico, organizzativo, professionale e medico-legale, di avviare una riflessione sulle procedure in uso al Servizio, in particolare sulla pratica della contenzione fisica. A tal proposito si è avviato un dibattito interno al SPDC durante il quale si è cercato di porre l'attenzione su ogni dettaglio dell'evento "contenzione", sulle condizioni cliniche che la determinavano, sulle motivazioni e le alternative ricercate, sulla formazione del personale, sull'individuazione dei ruoli e sulle specifiche responsabilità, sulla durata, sugli interventi messi in atto durante la contenzione, sia in termini terapeutici che di monitoraggio, ecc. Anche in considerazione delle raccomandazioni del Comitato nazionale di Bioetica del 2015<sup>1</sup>, a partire dal 2022 ci si è posti l'obiettivo di ridurre progressivamente le contenzioni fisiche e di utilizzarle solo in situazioni eccezionali, così come previsto dall'art. 54 c.p.p. Il primo passo è stato quello di adottare un nuovo sistema di registrazione e monitoraggio delle contenzioni, utilizzando una modulistica proposta dalla Società Italiana di Psichiatria e riadattata al contesto locale. Nel 2022 è stato organizzato un corso per la formazione del personale all'utilizzo di tecniche di de-escalation nell'emergenza psichiatrica. Nel 2023 il DSMD Cagliari ha organizzato un corso tematico dal titolo "Biologia della gentilezza ed integrazione nel piano di cura". Nel 2023 si è attivato, dopo una lunga pausa legata alla presenza della pandemia COVID 19, il Gruppo di Psicoanalisi Multifamiliare che si è rivelato un prezioso strumento per la gestione della rabbia e dell'aggressività all'interno del contesto del ricovero<sup>2</sup>. Ulteriore stimolo al cambiamento nella pratica della contenzione fisica è stata la deliberazione ARES Sardegna DG n. 205/2022<sup>3</sup> che ha come oggetto: *Approvazione procedura "Contenere la contenzione per il benessere della persona assistita"*. Uno stretto monitoraggio dei dati relativi alle contenzioni viene effettuata periodicamente in collaborazione con la Direzione del DSMD Cagliari.

Di seguito si presentano dati (tab.1-Grafico 1 e 2) relativi ai ricoveri, ai TSO e alle contenzioni effettuati nel SPDC di Cagliari negli anni 2021-2022-2023 e nei primi 5 mesi del 2024.

<sup>1</sup> <https://bioetica.governo.it/documenti/pareri/la-contenzione-problemi-bioetici/>

<sup>2</sup> Jorge Garcia Badaracco. *Psicoanalisi Multifamiliare. Gli altri in noi e la scoperta di noi stessi.* (2004) Bollati Boringhieri.

<sup>3</sup> <https://www.aresardegna.it/ap/deliberazione-del-direttore-generale-n-205-del-26-09-2022/>

ANNO	RICOVERI	MEDIA RICOVERI AL MESE	TSO	MEDIA TSO AL MESE	CONTENZIONI	MEDIA CONTENZIONI AL MESE
2021	613	51	110	9,2	106	8,8
2022	616	51,3	149	12,4	141	11,75
2023	731	60,9	141	11,75	36	3
2024 (Gen-Mag)	341	68,2	53	10,6	4	0,8

Tabella 1

Come si evince, a fronte di un aumento dei ricoveri negli anni 2023 e 2024, e di un andamento stabile di quelli più gravi (TSO), si può invece notare una significativa riduzione delle contenzioni fisiche, sia come numero totale sia in termini di media mensile a partire dal 2023 e proseguita nel 2024.

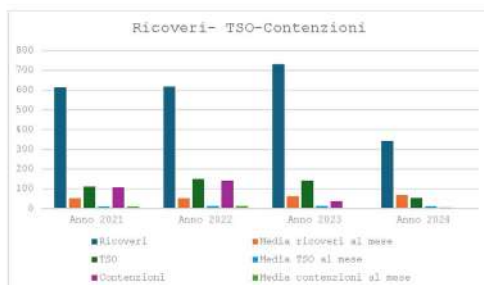


Grafico 1

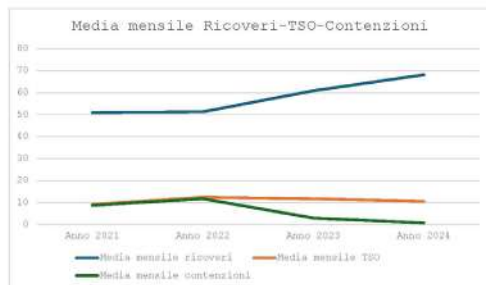


Grafico 2

I dati parziali, sia in termini quantitativi che qualitativi, necessitano di ulteriori approfondimenti e verifiche nel tempo ma si può affermare che indicano un trend in riduzione delle contenzioni fisiche nel SPDC di Cagliari.



# SIPPF

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA  
E PSICOPATOLOGIA FORENSE

WWW.SIPPF.IT



Ciro Palumbo - *Vaggi nel mare del pensiero* - 2011 - olio su tela - 40x60 cm

 **MC** RELAZIONI  
PUBBLICHE