

“DECIDA IL PERITO CURA, SEDE E SANZIONI PER IL RIFIUTO DELLA TERAPIA”

ASSOCIAZIONE ITALIANA CONSULENTI PSICO FORENSI

**“PRESCRIZIONE PERITALE E “TERAPIA COATTA”
NELLE CTU MINORILI E NELLA CLINICA DELLA
PERICOLOSITA’ SOCIALE**

RENATO ARIATTI

MICHELA CASORIA

BOLOGNA

SABATO 2 DICEMBRE 2017

DALL'ETA' DELL'ORO ALLE NUOVE RESPONSABILITA'

- Elaborato scritto e stop. Del dopo nulla ci riguardava. Poche responsabilità e onorari congrui
- Poi la presentazione in udienza come formazione della prova
- Poi la nuova articolazione del quesito alla luce delle modifiche legislative relative al nuovo sistema delle misure di sicurezza delineatosi dopo la chiusura degli OPG.

Corte Costituzionale

Sentenza n. 253/2003 - Sentenza n. 367/2004

Con la prima sentenza... la Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c.p. nella parte in cui obbliga il prosciolti per vizio totale di mente al ricovero in OPG laddove è invece possibile, per gli infermi con vizio parziale di mente, adottare “*una diversa misura Di sicurezza*”, nei fatti rappresentata dalla **libertà vigilata**.

Con la seconda sentenza la Corte ha inteso estendere il principio anche alla fase cautelare.

La Corte Costituzionale difatti, nel ricordare che “*l'attuale configurazione della misura di sicurezza si muove fra le polarità di trattamento e controllo*”, ha sottolineato come “*i due aspetti sono collegati e non scindibili*”, di fatto sancendo che le finalità trattamentali del malato di mente autore di reato debbano concretamente prefigurarsi come adatte a garantire anche contestuale “*controllo*”. In altri termini la sentenza ha ribadito il legame inscindibile fra istanze di difesa sociale – insite nella connotazione stessa di “*sociale pericolosità*” – e più ampie opportunità terapeutico-riabilitative che è oggi possibile garantire al malato di mente socialmente pericoloso.

- È oggi così possibile, quale alternativa all'OPG, il ricorso alla misura di sicurezza non detentiva a della **libertà vigilata**.
- Si tratta di misura disciplinata dall'art.228 c.c.p. che prevede come *“alla persona in stato di libertà vigilata sono imposte dal giudice prescrizioni idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati”* (comma II).
- Lo stesso articolo ne fissa la durata in non meno di un anno, mentre l'art. 232c.p. ne condiziona l'attuazione alla concreta possibilità di “affidare” il paziente socialmente pericoloso *“a coloro che abbiano obbligo di provvedere alla sua educazione o assistenza, ovvero a istituti di assistenza sociale”*.
- Dopo le due citate sentenze si apre, di fatto, una nuova stagione, nella quale il perito deve invece formulare ipotesi trattamentali concrete, che debbano naturalmente tener conto – come dice la Corte – della effettiva *“presenza sul territorio di efficaci presidi socio-sanitari in grado di assistere il soggetto o di contenere, attraverso la somministrazione di opportune terapie, la pericolosità sociale evidenziatasi al momento del fatto”*.

- Oggi ancor più che in passato, prevedendosi un maggior ricorso a misure di sicurezza gradate e non detentive, è allora per il giudice molto importante che il perito o il CT non si limiti a valutare la pericolosità, ma individui anche la tipologia di misura di sicurezza più idonea a contenerla ed il genere di struttura più adatto. Sarebbe poi utilissimo se l'esperto, sempre nell'ambito di quella buona prassi sopra richiamata, individuasse anche in concreto la struttura, soluzione che presuppone ovviamente una conoscenza del territorio da parte del professionista incaricato. CIO' VALE NON SOLO PER LE STRUTTURE RESIDENZIALI, MA ANCHE PER QUELLE SEMI-RESIDENZIALI E PER LE IPOTESI DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO PRIVE DI ALCUN RIFERIMENTO MURARIO; IN SOSTANZA IN OGNI CASO DI APPLICAZIONE DI MISURA DIVERSA DALL'OPG IL PERITO DEVE ESSERE IN GRADO DI VALUTARE L'IDONEITA' DEL PIANO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO PROPOSTO DAL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE- DIPENDENZE PATOLOGICHE COMPETENTE PER TERRITORIO.

(SCHEDA SULL'APPLICAZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA A SOGGETTI PARZIALMENTE O TOTALMENTE INCAPACI DI INTENDERE E DI VOLERE A CAUSA DI INFERMITA' PSICHICA , Regione Emilia Romagna 2014)

- Il quesito potrebbe allora essere articolato nei termini che seguono:
Dica il perito, esperiti gli opportuni accertamenti e **sentito il DSM-DP** competente per territorio, se l'indagato/imputato fosse capace di intendere e di volere al momento di commissione del fatto, ovvero se la capacità dello stesso risultasse esclusa o grandemente scemata .

(SCHEDA SULL'APPLICAZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA A SOGGETTI PARZIALMENTE O TOTALMENTE INCAPACI DI INTENDERE E DI VOLERE A CAUSA DI INFERMITA' PSICHICA , Regione Emilia Romagna)

- “Il PM ha formulato quindi i seguenti quesiti:
 1. Individuare con esattezza le eventuali patologie di origine psichiatrica da cui è affetto l’indagato e determinare se a causa di dette patologie egli sia in tutto o in parte incapace di intendere e volere;
 2. Se, a causa degli effetti della patologia eventualmente riscontrata, l’indagato possa porre in essere comportamenti inappropriati tali da mettere in pericolo la propria incolumità e quella di terzi;
 3. **Formulare un piano terapeutico idoneo alla cura delle eventuali patologie riscontrate.”**

QUESITO GIP

- *In quest'ultimo caso dica altresì il perito se l'indagato/imputato sia persona socialmente pericolosa e nell'affermativa individui la tipologia di misura di sicurezza più idonea a RIDURNE E SUPERARNE la pericolosità, nonché, sentito il DSM- DP competente per territorio, IL PIANO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO E, IN CASO DI INTERVENTO RESIDENZIALE, la struttura ove il predetto può essere INSERITO.*

QUESITO GIP

- *Laddove in conclusione si rappresenta che omissis è persona socialmente pericolosa nell'accezione di prevedibilità che egli commenta in futuro fatti previsti dalla legge come reato ma della stessa indole e natura di quelli per cui si procede, e che “resta comunque utile e opportuno che gli sia vincolato al rispetto di prescrizioni terapeutiche rigorose, da formalizzarsi nell'ambito di una libertà vigilata” si richiede di fornire indicazione in ordine sia alle prescrizioni terapeutiche sia al regime e luogo di eventuale applicazione della misura di sicurezza, prospettate come adeguate a contenere la pericolosità sociale dell'indagato.*

Mutamenti del profilo di pericolosità

- Pericolosità *tout court*
- Pericolosità condizionata in astratto a cure o a strutture
- Pericolosità parametrata su **progetto personalizzato**, verificato dal perito e vincolato alla prescrittività del giudice

NUOVI CRITERI VALUTATIVI

- La scelta della misura va parametrata non più sulla **gravità clinica** o sul **gradiente di pericolosità** (come era per l'OPG che accoglieva i più gravi e più pericolosi) non è più una definizione di campo in cui trattamento e durata coincidono **ma può diventare un percorso graduato di momenti diversi in strutture diverse**

Superamento OPG

IL DPCM 01-04-2008

Proclama la chiusura dell'OPG come obiettivo da realizzare in tre fasi (3 anni) prospettando in alternativa strutture non ben definite per accogliere le persone internate sottoposte a misura di sicurezza

Legge 09/2011, art. 3 ter:

interviene radicalmente sulla tipologia delle strutture definendo i luoghi che devono accogliere le persone internate sottoposte a misura di sicurezza:

“A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia **sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie** di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente

pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale”.

Legge 81/2014

- spirito della legge (no ergastoli bianchi, garantire al prosciolto per vizio di mente, ritenuto pericoloso le migliori cure possibili etc...)
- misure di sicurezza detentiva come ultima ratio Anche sul punto la l. 81/2014 ha introdotto (art. 1 comma 1 lett. b) un'importante innovazione, stabilendo che il giudice deve di regola applicare **una misura diversa da quella detentiva (ricovero in OPG, casa di cura e custodia, oggi REMS) dunque in primis la libertà vigilata**, salvo quando siano acquisiti elementi dai quali risulta che ogni altra misura è inidonea ad assicurare cure adeguate ed a far fronte alla pericolosità sociale dell'interessato.

La REMS COME SOLUZIONE RESIDUALE

- Analogamente a quanto previsto per le misure cautelari (art. 275 comma 3 cpp), quindi, la misura di sicurezza detentiva è considerata dal legislatore un rimedio estremo, azionabile solo quando misure diverse siano inidonee.

CRITERI ISPIRATORI DELLE REMS

- a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;
- c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

MISURE DI SICUREZZA DETENTIVE E NON DETENTIVE: CRITICITA'

- Libertà vigilata *Sez. 1, Sentenza n. 33904 del 22/05/2015 CASSAZIONE.*
- Nell'ipotesi di applicazione provvisoria della misura di sicurezza della libertà vigilata, il giudice può imporre la prescrizione della residenza temporanea in una comunità terapeutica, a condizione che la natura e le modalità di esecuzione della stessa non snaturino il carattere non detentivo della misura di sicurezza in atto. (In motivazione, la Corte ha precisato che la prescrizione di un programma terapeutico residenziale **non è assimilabile "ex se" ad un ricovero obbligatorio, con sostanziale applicazione di una misura a carattere detentivo).**

Il DSM come interlocutore dell'ausiliario del magistrato

- Purtroppo infatti residuano ancora aree di marcata diffidenza e di “fastidio” per quella che viene vissuta (in sempre minori casi per fortuna) come una indebita intrusione di altri professionisti nel primato dei clinici e nell'autonomia tecnica dei terapeuti, quasi che il perito, “braccio armato del magistrato”, volesse arrogarsi di una titolarità di progetto terapeutico, espropriando il clinico della sua autonomia o, peggio, controllandone l'operato, con tutte le conseguenze che da ciò potrebbero derivarne. in tema di possibile non adeguatezza degli interventi, di non sufficiente controllo, e dunque di responsabilità professionale di chi ha in cura quel determinato paziente autore di reato.

MISURE DI SICUREZZA DETENTIVE E NON DETENTIVE: CRITICITA'

- Collaborazione giustizia-psichiatria
- Le misure di sicurezza non eseguite ed in lista di attesa per REMS :Trend in aumento ? Possibile uno spostamento verso misure non detentive ? Supposta carenza di posti in REMS? Migliorare il turnover? Più posti REMS? Le misure di sicurezza provvisorie sono vecchie prassi da superare?
- Le responsabilità allargata
- La responsabilità allocativa (dalla soluzione obbligatoria OPG alla scelta nella rete dei Servizi
- La posizione di garanzia degli operatori
- Gestione dei rischi
- Valutazione degli esiti
- L'assistenza a lungo termine

MISURE DI SICUREZZA DETENTIVE E NON DETENTIVE: CRITICITA'

utenza affidata alle REMS

- Criteri giuridici ? Tutte le misure di sicurezza o solo quelle definitive (misure provvisorie in Carcere ?) Criteri sanitari ? (Strutture differenziate per tipologia di trattamenti ?)
- Le osservazioni ex art. 112/DPR 230 (attuate in OPG) affidate al Carcere ?
- Il problema dei disturbi mentali sopravvenuti durante la detenzione (art. 148 CP e minorati psichici ex art 111 DPR 230/00) affidato al Carcere?
- La valutazione delle persone con disturbi mentali che non possono stare in giudizio
- Persone con psicopatia/Disturbi della personalità con uso di sostanze, pazienti Non-responders: una minoranza stimata in circa il 10-15% dei pazienti autori di reato prosciolti ; Soggetti spesso migranti/senza fissa dimora magari autori di reati banali, privi di ogni mezzo di sostentamento, e senza un servizio sociale comunale di riferimento (specie di “apolidi”)

- Legge 81/2014 conversione DL 52/2014

"Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale

Psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, **il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona** e senza tenere conto dell'età e condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale.

Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale

- La valutazione di pericolosità non dovrà più tenere conto delle condizioni previste nel punto 4 del comma 1 dell'art. 133 CP **“dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo”**, **ma solo delle qualità soggettive della persona** “dai motivi a delinquere e dal carattere del reato, cioè dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato; dalla condotta contemporanea o susseguente al reato
- Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità' sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”.
- I programmi sono predisposti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano attraverso i competenti dipartimenti e servizi di salute mentale delle proprie aziende sanitarie, in accordo e con il concorso delle direzioni degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Riflessioni conclusive

- Consulenti esperti delle dinamiche istituzionali dei servizi psichiatrici, potendo relazionarsi in un ottica di sinergia nel rispetto dei reciproci ruoli.
- L'ausiliario del Pubblico Ministero presente fin dalle prime fasi di indagine, non solo per la parte più strettamente medico-legale del quesito sulla capacità, ma anche per avviare da subito gli eventuali rapporti con i servizi.
- Individuare i luoghi di cura per una maggior puntualizzazione diagnostica e per pensare l'avvio di programmi, in stretta collaborazione con il consulente, al punto che i piani terapeutici personalizzati sono diventati parte integrante dell'elaborato peritale, facilitando il compito decisionale del magistrato.

Nel 1930 con l'approvazione del nuovo Codice Penale viene istituita la MISURA DI SICUREZZA per il prosciolti e per i delinquenti professionali, abituali o per tendenza

La misura di sicurezza come strumento di DIFESA SOCIALE

Il Manicomio Criminale diviene definitivamente il luogo specifico di trattamento per soggetti prosciolti, “diverso” dal carcere e dall'Ospedale Psichiatrico.

Duplici finalità

- di salvaguardia della società dalla pericolosità del Folle Reo.

- di attuare un'opera di trattamento psichiatrico e di recupero dal punto di vista sociale

FASE DELLA COGNIZIONE

- Invio (ricovero) in struttura del servizio psichiatrico (ospedaliero) *ex art. 73 c.p.p.*
- Custodia cautelare in luogo di cura *ex art. 286 c.p.p.*
- Arresti domiciliari in luogo di cura *ex art. 284 c.p.p.*

MISURE DI SICUREZZA DETENTIVE

INFERMITA' DI MENTE CON
TOTALE INCAPACITA' DI INTENDERE E/O
VOLERE (art. 88 c.p).Ricovero in OPG art. 222 C.P.
(ora in REMS)

INFERMITA' DI MENTE CON PARZIALE CAPACITA'
A' DI INTENDERE E/O VOLERE (art. 89 c.p.)
Ricovero in Casa di Cura e Custodia Art. 219 C.P.
(Ora in REMS)

FIGURE GIURIDICHE PRECEDENTEMENTE OSPITATE NEGLI OPG

Art. 222 CP: misura di sicurezza applicata a soggetti assolti perché non imputabili per incapacità di intendere e volere;

Art. 219 CP: misura di sicurezza applicata a soggetti con imputabilità parziale; Art. 206 C.P. e 312 CPP: applicazione di misura di sicurezza provvisoria in OPG (in attesa definitivo processo);

Art. 206 e 219 CP e 312 CPP: applicazione di misura di sicurezza provvisoria in Casa di Cura e Custodia (in attesa definitivo processo);

Art. 232 CP: trasformazione misura di sicurezza di l.v. in misura di sicurezza detentiva (Casa Cura e Custodia o OPG);

Art. 148 CP: ricovero in OPG per detenuti affetti da malattia mentale sopravvenuta alla condanna;

Art. 212 CP: ricovero in OPG di internati (Casa Lavoro o altra m.s.d.) affetti da malattia mentale sopravvenuta alla condanna;

Art. 112 co. 6 DPR 230/00: ricovero per 30 giorni per accertamento delle condizioni psichiche (c.d. osservazione psichiatrica)