

La disperante gestione del paziente autore di reato

Pietro Ciliberti

A.I.C.P.F. 2 dicembre 2017, Bologna

L'ACCERTAMENTO PERITALE FRA ESIGENZE DI CURA E PERICOLOSITÀ SOCIALE

Roberto CATANESI(*) Felice CARABELLESE(**)

L'obiettivo oramai chiaro è il passaggio della pericolosità da misura di sicurezza a misura trattamentale (*Catanesi, Carabellese, 2001*), con il progressivo spostamento di istanze valutative e di sicurezza sociale sul mondo del trattamento psichiatrico, mentre contestualmente chiare sollecitazioni di significato trattamentale sono richieste al settore psichiatrico-forense.

Trovare un punto di equilibrio possibile ed accettabile affinché le diverse e legittime esigenze individuali di tutela della salute e di sicurezza sociale siano salvaguardate è sicuramente faccenda complessa, ma che bisogna avere il coraggio di affrontare, per verificarne possibilità ma anche per identificarne i limiti.

Psichiatria forense clinica



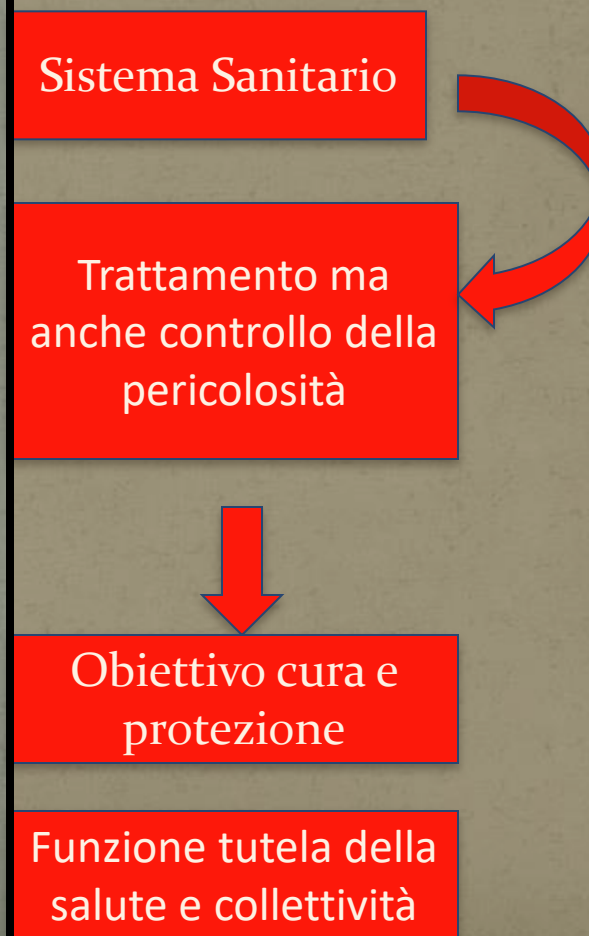
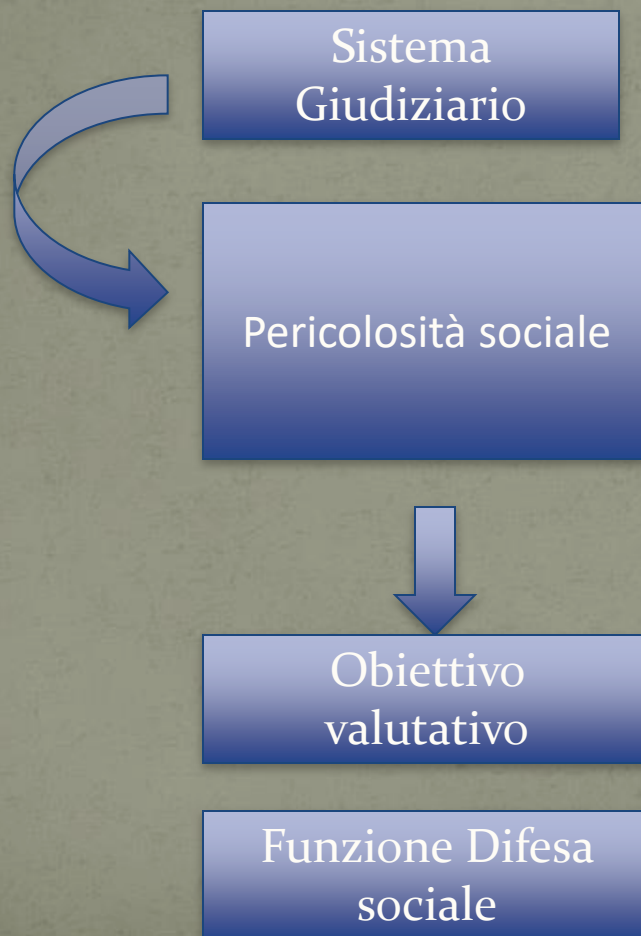
Il ritorno della cura e controllo

L'illusione del controllo attraverso le cure

La mancata integrazione delle attività
fra perito e DSM

Perito\consulente

DSM



LEGGE 17 febbraio 2012, n. 9

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. (12G0026) (GU n.42 del 20-2-2012)

Rems (Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza)

Art. 3-ter. (Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari).

- 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;

BACKGROUND

- La legge 81/2014 non ha previsto alcuna attività di ricerca né formativa in questo settore, replicando gli stessi errori della 180.
- *'The weakest link where it should be the strongest' (Pat McGorry)*
- In Italia non vi è alcuna tradizione di ricerca in psichiatria forense.
- L'unica attività condotta con intensità nel campo della psichiatria forense italiana è quella delle perizie, in gran parte di discutibile valore scientifico.

Le (pochissime) ricerche italiane su pazienti forensi

The Journal of Forensic Psychiatry Vol 12 No 1 April 2001 36–51



The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology
Vol. 19, No. 1, March 2008, 108–126



Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals

ANGELO FIORITTI, VITTORIO MELEGA,
ELISA FERRIANI, PAOLA RUCCI, ANNA
ROSA SCARAMELLI, CRISTINA VENCO and
FABIO SANTARINI

A comparison between former forensic and non-forensic
patients living in psychiatric residential facilities:
A national survey in Italy

Antonio Preti^a, Angelo Picardi^b, Angelo Fioritti^c, Vincenzo Capiello^d,
Giovanni Santone^e and Giovanni de Girolamo^{f*} for the PROGRES group

^aDepartment of Psychology, University of Cagliari, Italy; ^bCentre of Epidemiology,
National Institute of Health, Rome, Italy; ^cService for Mental Health Services and
Health Care in Prisons, Regione Emilia-Romagna, Italy; ^dForensic Mental Health
Unit, Azienda Sanitaria Locale Napoli 5, Italy; ^ePsychiatric Clinic, United Hospitals of
Ancona, Italy; ^fDepartment of Mental Health, Azienda Unità Sanitaria Locale of
Bologna, Italy

(Received in final form 2 August 2007)

ABSTRACT Maximum-security forensic hospitals, or *Ospedali Psichiatrici Giudiziari* (OPGs), are the only facilities in Italy providing care and custody for mentally ill offenders. This article aims to describe clinical, criminological and psychosocial features of their population. The method was an assessment of 118 patients admitted to three forensic hospitals and a matched control group from community non-forensic services. Of the subjects, 72% had a diagnosis of non-affective psychosis and 28% had committed serious crimes against other people; 54% of these crimes were for violent crimes (murder, homicide). At the time of committing the index crime, 60% were being treated by a community service, and 68.9% had been compulsorily admitted previously. OPG inmates more frequently had a history of substance abuse, had committed more crimes and had lower social disability than controls. The needs and problems of this population seem quite specific and often fall beyond the scope of ordinary psychiatric services. The project was funded by the Regione Emilia-Romagna and by the Istituto Superiore di Sanità.

Keywords: forensic hospitals, cohort prospective study, community services, criminal recidivism, Italy, reform Bills

ARTICLE IN PRESS

IJP-01068, No of Pages 6

International Journal of Law and Psychiatry xxx (2015) xxx–xxx

Contents lists available at ScienceDirect

International Journal of Law and Psychiatry

Violent behavior of patients living in psychiatric residential facilities: A comparison of male patients with different violence histories

Valentina Candini^a, Chiara Buizza^{a,d}, Clarissa Ferrari^a, Maria Elena Boero^b, Gian Marco Giobbio^{cd}, Nicoletta Goldschmidt^e, Stefania Greppo^d, Laura Iozzino^a, Paolo Maggi^e, Anna Melegari^b, Patrizio Pasqualetti^e, Giuseppe Rossi^a, Giovanni de Girolamo^{a,b}, for the PERDOVE group

COLLABORATORS: The Perdove Group includes: S. Andreose¹, P. Basso¹, R. Beneduce¹, F. Bongiorno⁴, V. Braida², E. Cortini³, J. Dagani¹, F. De Dominicis², A. Di Giovanni³, A. Ghilardi⁶, A. Jaretti Sodano², L. Magni¹, D. Milazzo⁵, E. Lo Presti⁴, L. Paulon⁵, R. Pioli¹, C. Ricci⁴, L. Rillosi¹, G. Savio¹, L. Scaratti¹, R. Sciolli³, L. Veneroni⁴, S. Zamburini², L. Zorzella¹

¹ IRCCS St John of God Fatebenefratelli, Brescia, Italy
² Rehabilitation Hospital Brera Virginia della Consolazione, Torino, Italy
³ Hospital Sacro Cuore di Gesù, Pavia, Italy
⁴ Hospital Villa Sant'Andrea, Milano, Italy
⁵ Medical Statistics & Information Technology, Fatebenefratelli Association for Research, Isola Tiberina, Rome, Italy
⁶ Dynamic Clinic Unit, Faculty of Medicine and Surgery, University of Brescia, Italy

^a IRCCS St John of God Fatebenefratelli, Brescia, Italy
^b Rehabilitation Hospital Brera Virginia della Consolazione, Torino, Italy
^c Hospital Sacro Cuore di Gesù, Pavia, Italy
^d Hospital Villa Sant'Andrea, Milano, Italy
^e Medical Statistics & Information Technology, Fatebenefratelli Association for Research, Isola Tiberina, Rome, Italy
^f Dynamic Clinic Unit, Faculty of Medicine and Surgery, University of Brescia, Italy

Giovanni de Girolamo

**Il progetto 'VIOlence Risk and
MEntal Disorders' (VIORMED):
verso un approccio evidence-based
alla psichiatria forense**



IRCCS

CENTRO SAN GIOVANNI DI DIO FATEBENEFRAELLI – BRESCIA

Centro Nazionale per lo Studio e la Cura
della Malattia di Alzheimer e Malattie Mentali

CAMPIONI DEL VIORMED

Il campione complessivo studiato nel VIORMED, con 386 pazienti, è uno dei più grossi mai studiati a livello internazionale.

**VIORMED-2: campione ambulatoriale:
N=247**

CONCLUSIONI

- In pazienti ospiti di strutture residenziali NON vi sono differenze significative tra i pazienti con storia di violenza e quelli mai violenti nella frequenza di comportamenti aggressivi nel follow-up di 1 anno.
- Sono stati rilevati tre principali predittori di nuovi episodi di comportamento aggressivo:
 - SESSO MASCHILE
 - PRECEDENTE STORIA DI VIOLENZA
 - DIAGNOSI DI DIS. PERSONALITA'

Forensic beds in 5 European countries

	Country population	Year	Overall number of forensic beds
Austria	9 millions	2015	850
England and Wales	53 millions	2013-14	6,000
Germany	80 millions	2010	12,166
Italy	60 millions	2014	1,200
Poland	38 millions	2013	2,200

La “sanitarizzazione” delle MdS

In questo modo il progetto tendeva alla sanitarizzazione delle modalità esecutive della misura di sicurezza... ...si tratta di una previsione che incontra le resistenze della psichiatria che, con la legge Basaglia era riuscita a liberarsi dal ruolo di controllo custodiale per valorizzare unicamente la sua funzione terapeutica.

Infatti, risulta evidente che nel caso in cui mancasse l'attività di vigilanza perimetrale dovrebbe essere la gestione sanitaria interna a farsi carico delle imprescindibili esigenze custodiali.

IL DEFINITIVO SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI: LA DELICATA ATTUAZIONE DELL'ART. 3-TER D.L. 211/2011 di Giulia Valvo, in Diritto Penale Contemporaneo

Pericolosità sociale e trattamento psichiatrico

La Disperante sintesi

- **Sopra-valutazione** delle possibilità di intervento psichiatrico e segnatamente **dell'efficacia dei farmaci sulle scelte di comportamento**, che restano sempre multi-fattoriali;
- **Erronea convinzione che un buon trattamento produca sempre riduzione dei comportamenti violenti.** Le due variabili possono talora essere indipendenti. E' necessario prevedere, in questi casi, soluzioni di uscita
- (Viormed)
- Obiettivi **terapeutici** e strategie di **controllo** sono a volte **antitetici** e lo psichiatra deve definire con esattezza il proprio ruolo: il problema del consenso
- Scientificamente documentata la **limitata possibilità di previsione clinica e soprattutto prevenzione** di comportamenti auto-etero-aggressivi;
- Aumento sensibile dei rischi professionali per **inadeguatezza delle strutture e del personale di assistenza. Insufficiente preparazione specifica** alla gestione ed al trattamento di pazienti con comportamento violento.

FATTORI DI RISCHIO (FR) PER I COMPORTAMENTI VIOLENTI

FATTORI DI RISCHIO STATICI

Storia criminologica

Livello intellettuale

**Storia coniugale e
relazionale**

Psicopatia

FATTORI DI RISCHIO DINAMICI - STABILI

Distorsione cognitiva

Empatia

Autostima

Collera

Uso di sostanze (D)

Impulsività

**Disturbo (tratti) di
Personalità**

Aderenza al trattamento

FATTORI DI RISCHIO DINAMICI – ACUTI

Isolamento

Disoccupazione

Deriva sociale

Uso di sostanze

Supporto sociale

Disturbo dell'umore

Imputabilità, sociale pericolosità e trattamento dell'infermo di mente reo

Punti prioritari:

- a) Abolizione della sociale pericolosità psichiatrica e chiara distinzione fra esigenze (e responsabilità) di cura ed esigenze (e responsabilità) di controllo;
- b) Limitazione delle misure di controllo e cura ai soli affetti da vizio totale di mente e nei casi in cui è dimostrata l'effettiva necessità;
- c) Necessità di omogenizzazione dell'utenza psichiatrica delle Rems e delle strutture riabilitative in funzione delle necessità di cura ma anche delle effettive possibilità di incidere con i trattamenti
- d) Eventuali trattamenti psichiatrici a carico di persone con vizio parziale di mente (disturbi della personalità, disturbi da abuso di sostanze, psicopatie, sexual offenders, etc) da effettuare in apposite strutture carcerarie o detentive extra-carcerarie, dotate anche di misure di sicurezza proporzionali ai bisogni;
- e) Possibilità di transitare dalle Rems ai reparti detentivi

Diversi punti critici

- Come valutare la sociale pericolosità psichiatrica
 - Percorsi definiti, criteriologie valutative e strumenti comuni fra perito/consulente e DSM
-
- Ruolo del perito\consulente e ruolo dello psichiatra che ha in trattamento persona sottoposta a MdS
 - Quali strumenti utilizzare per la valutazione dei fattori di rischio
 - Quali debbono essere gli obiettivi prioritari del trattamento.

Un parere di sociale pericolosità psichiatrica scientificamente orientato

- 1) Identificazione dei fattori di rischio
- 2) Analisi delle strategie di riduzione del rischio
- 3) Valutazione delle possibilità di intervento sul territorio

Il problema fondamentale è che, ad oggi, **non esistono criteri scientifici univoci utili a prevedere un futuro comportamento violento**. I metodi di prognosi criminologica di comportamento violento si riducono fondamentalmente a tre: il metodo intuitivo, il metodo clinico ed il metodo statistico.

Il metodo intuitivo non costituisce un metodo scientifico, basandosi su atteggiamenti, competenze e giudizi personali, come tali largamente variabili, suscettibili per di più di influenze emotive e pertanto sottratti ad un procedimento di verificabilità.

Il metodo clinico fonda la decisione prognostica su basi empiriche, attraverso l'esame del percorso esistenziale dell'autore del reato precedentemente alla commissione del fatto, delle sue relazioni familiari, di lavoro e di tempo libero. Si avvale, inoltre, della metodica di esplorazione e dell'uso di test psicodiagnostici (Kaiser, 1985). A tale scopo sono utilizzati, a complemento, test proiettivi di personalità, come il Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) (Butcher et al, 2006), scale e questionari clinici.

The limitations and future of violence risk assessment

World Psychiatry, February 2017

In the future, violence risk assessment is likely to shift from cross-sectional prediction to ongoing clinical monitoring, using technology such as the analysis of social media and even telemetry reporting physiological markers of intoxication and abnormal mood states. We might tolerate some increased intrusion into the lives of our patients if new methods are shown to be effective in reducing violence.

However, any new methods should not only be assessed by their predictive ability, but also by reliable evidence that they can actually reduce violence and that any reduction is not at an unacceptable cost to an already disadvantaged section of society.

Perito/consulente e progetto terapeutico personalizzato

Ruoli distinti\criteri e strumenti condivisi

Il perito identifica i fattori di rischio,

qualifica la sociale pericolosità

Il DSM realizza il progetto terapeutico-riabilitativo
personalizzato chiarendo su quali fattori di rischio
è
possibile svolgere efficace azione terapeutica.

Perito/consulente e progetto terapeutico personalizzato (2)

Pro

Distinzione di ruoli (perito-medicolegale,
CSM-clinico
trattamentale);

Contro

- Necessità di linguaggi e strumenti comuni fra perito e DSM;
- Richiede il coinvolgimento del sistema Giustizia in procedure nuove e forse problematiche alla luce dell'attuale ordinamento

Carcere: 42mila detenuti italiani con disturbi mentali

06 ottobre 2016 Vita ed.

Oltre un detenuto su tre soffre di problemi quali psicosi, depressione, disturbi della personalità. Una percentuale che supera anche di tredici volte quella di chi sta "fuori" e viene alimentata dalla segregazione.

La salute mentale in carcere: un detenuto su due deve assumere farmaci per problemi psichiatrici

Torna a crescere il numero dei detenuti e degli stranieri (sono 39 gli islamici radicalizzati). Ci sono 43 bambini rinchiusi con le proprie madri. In sei mesi già 23 suicidi, ma mancano psichiatri e psicologi. La Repubblica ottobre 2016

Salute Mentale. Starace (Siep): “Finanziamenti insufficienti in 18 regioni su 20. Le Regioni rispettino gli impegni da loro stesse definiti”

Q.S. 20 gennaio 2017

La percentuale della spesa sanitaria dedicata alla Salute Mentale è pari al 3,49%, ben lontano quindi dalla soglia minima del 5% cui si erano impegnate le Regioni con un documento sottoscritto all'unanimità da tutti i Presidenti il 18 gennaio 2001. Si collocano al di sopra della soglia del 5% solo le PA di Trento e Bolzano, seguita dall'Emilia Romagna, con il 4,93%

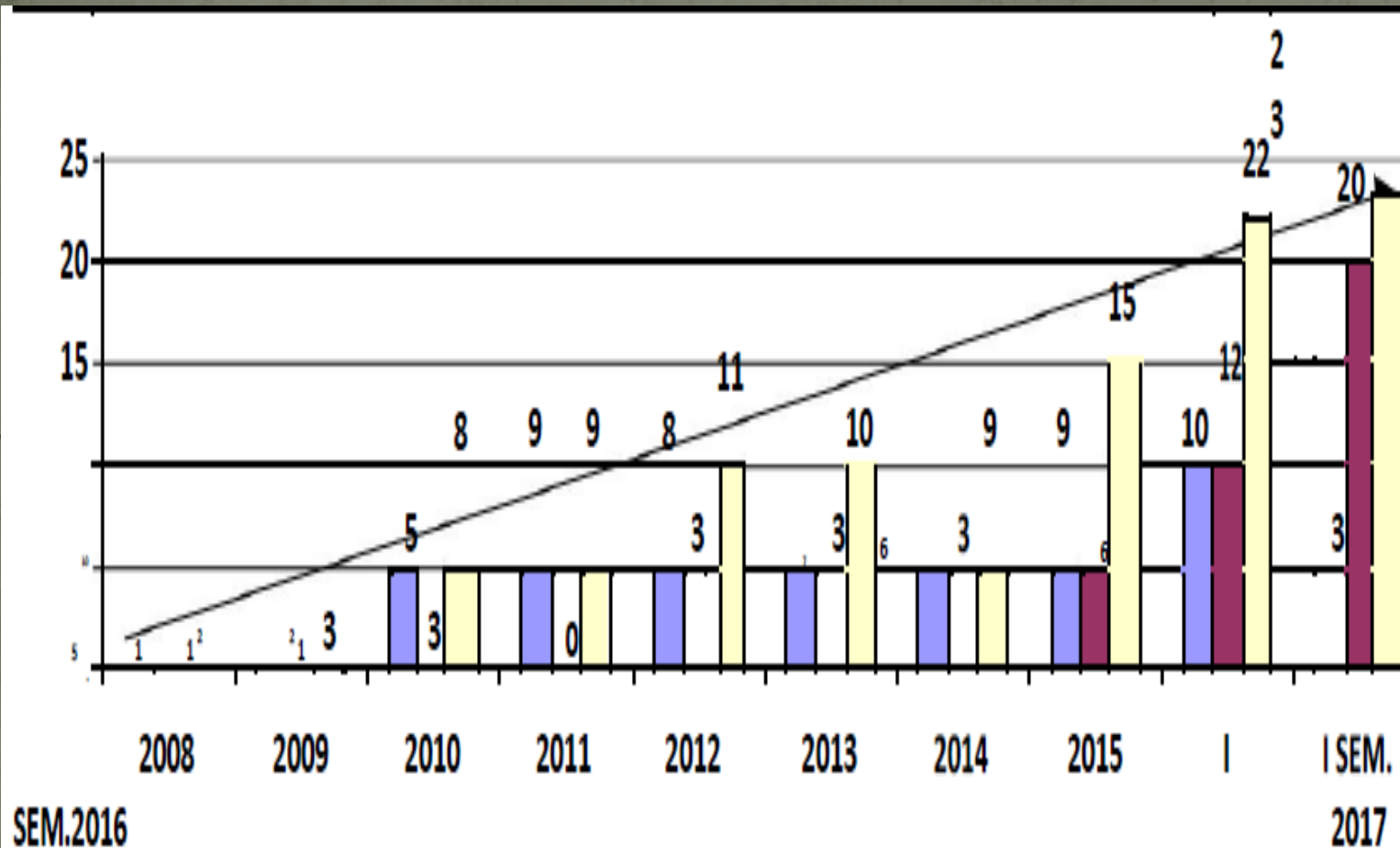


LA COMUNITA' TERAPEUTICA ED IL PURGATORIO

Il Mito delle Comunità....anche per i
Minori.....

Le tecniche tra potenzialità e limiti : i trattamenti riabilitativi

- luoghi vs programmi
- fattori specifici vs fattori aspecifici
- trattamenti residenziali life-time
- processi di neo-istituzionalizzazione (anche in adolescenza e preadolescenza)
- organizzazione dei servizi ed interessi dei soggetti erogatori
- carenza di monitoraggio e di verifiche di outcome
- costi crescenti a discapito delle risorse investite nei servizi territoriali



OPG O REMS MAGISTRATO TOTALE

B. TUTELA DELLA SALUTE MENTALE. PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE

Servizio regionale di osservazione psichiatrica

Collocato all'interno del Centro Clinico della CC Genova Marassi, con un'offerta di 5 posti per detenuti di genere maschile, rappresenta fattivamente la rappresentazione del superamento degli OPG e la regionalizzazione di una delle funzioni svolte finora da queste strutture, la funzione appunto di osservazione, appunto.

Tale progetto, condiviso col PRAP e con la Direzione della Casa Circondariale di Marassi è già attivo ed è svolto da personale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze della ASL 3 Genovese. L'implementazione su tutti i casi inseriti del complesso protocollo di osservazione clinica rappresenta garanzia di qualità (ed eticità) dello stesso.

B. TUTELA DELLA SALUTE MENTALE. PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE

Sostegno integrato

Il progetto, nato come superamento della Grande Sorveglianza, si definisce nella CC di Marassi come spazio fisico dove effettuare il progetto, ma può essere inteso in prospettiva in tutti gli istituti penitenziari come condivisione in interventi tra Polizia Penitenziaria, Direzione degli istituti di pena e Aziende Sanitarie con la finalità non di controllare ma di avviare il detenuto al miglior percorso di cura e riabilitazione possibile, sia per quanto riguarda il trattamento penitenziario, sia per quanto riguarda gli aspetti clinici. Il progetto, già attivo da almeno un paio di anni, è in fase di monitoraggio e ridefinizione.

In considerazione del fatto che nel Sostegno Integrato siano frequentemente ospitate persone con rilevanti problematiche di tipo psichiatrico, appare strumento di qualità e riuscita del processo di cura la regolare effettuazione di colloqui settimanali sia con lo psicologo che con lo psichiatra.

B. TUTELA DELLA SALUTE MENTALE. PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE

Unità funzionale di psichiatria forense

Il moltiplicarsi dei momenti di incontro e di condivisione di percorsi tra il mondo della psichiatria e quello giudiziario, ha messo in evidenza la necessità di modalità di interazione di migliore organizzazione, e finalizzate all'impiego ottimale, anche dal punto di vista etico, delle risorse disponibili.

Il tema assume rilevanza determinante nel processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. In proposito la DGR 1447/2013¹⁴ prevede l'istituzione una unità/funzione di psichiatria forense, ossia di un servizio con le necessarie competenze anche giuridiche nell'ambito di ciascun DSMD, che si attivi come interfaccia tra il sistema sanitario ed il sistema giudiziario e a supporto dei servizi psichiatrici territoriali che hanno in carico autori di reato, siano essi in carcere o sul territorio.

In ragione sia dell'importanza dei casi sia della mobilitazione di risorse, una presa in carico adeguata richiede la possibilità di un'interlocuzione con la Magistratura nella valutazione e definizione dei percorsi di cura dei pazienti autori di reato, in particolare per quanto riguarda l'attivazione di percorsi residenziali.

N. d'ORDINE **11**

DATA SEDUTA.....19/09/2014

SCHEMA N..... NP/15647

DEL PROT. ANNO 2014

N. 1158

IN DATA 19/09/2014



REGIONE LIGURIA - Giunta Regionale

Dipartimento Salute e Servizi Sociali

Prevenzione, Sanità Pubblica, Fasce deboli, Sicurezza alimentare e Sanità animale - Settore

OGGETTO : Approvazione dell'Accordo di collaborazione tra la Regione e gli Uffici giudiziari della Liguria sulla sperimentazione dell'Unità funzionale di psichiatria forense nell'ambito dei Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze.

CARTELLA DELLA DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

L'ATTO, rientrante nei provvedimenti di cui alla lett. G punto 1 sub f dell'allegato alla deliberazione di Giunta Regionale n. 655/2006 e ss.mm.ii è corredato:

UFPF

(Unità funzionale di psichiatria forense)

Compiti

L'UFPF in termini generali ha una funzione di supporto al DSMD e ai suoi servizi territoriali che hanno in carico autori di reato negli Istituti penitenziari e sul territorio. La funzione di supporto comporta la collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, con specifico riferimento a:

- ❑ supporto ai servizi psichiatrici territoriali competenti nella presa in carico delle persone provenienti dagli OPG o nella definizione del progetto terapeutico-riabilitativo finalizzato alle dimissioni delle persone presenti in OPG;
- ❑ supporto ai servizi psichiatrici territoriali competenti nella definizione e presentazione, all'organo giudiziario competente e/o alla Direzione dell'Istituto penitenziario nel caso di detenuti, di progetti terapeutico-riabilitativi territoriali alternativi o integrativi rispetto alle misure cautelari o alle misure di sicurezza;
- ❑ supporto ai servizi psichiatrici competenti per la tutela della salute mentale negli Istituti penitenziari (DGR 364/2012⁸ e DGR 193/2014⁹).

ATTIVITÀ CONSULENZIALE DI CUI POSSONO AVVALERSI GLI UFFICI GIUDIZIARI

A. Tribunale ordinario penale

1) *In fase di Urgenza (Direttissima)*

- Accertamento di eventuale patologia psichiatrica e valutazione clinica dell'arrestato.
- Individuazione in tempi brevi dell'intervento terapeutico più idoneo atto a contemperare le esigenze di tutela sociale connessa al rischio di recidiva con le esigenze di trattamento e cura del malato psichiatrico che delinque.
- Eventuale valutazione per l'inserimento, temporaneo o meno, in una struttura residenziale psichiatrica.

2) *In fase di Dibattimento*

- Stessi interventi e accertamenti indicati per le Direttissime.
- Nel caso in cui venga disposto accertamento peritale sulla capacità di intendere e di volere e sulla pericolosità sociale, cooperazione con il perito nominato dal giudice per l'individuazione dell'intervento terapeutico - e, quindi, della misura cautelare o di sicurezza - più idonei, alla luce delle sentenze della Corte Costituzionale 18 luglio 2003, n. 253 e 29 novembre 2004, n. 367, per assicurare in caso di infermità mentale il contemperamento tra le esigenze di cura e quelle connesse al rischio di recidiva.
- Eventuale valutazione per l'inserimento in strutture psichiatriche residenziali.

B. Tribunale di sorveglianza

- Accertamento di eventuale patologia psichiatrica in capo al condannato, ove non già accertata in fase di cognizione. Nel caso in cui venga disposto accertamento peritale, cooperazione con il perito per la raccolta dei dati clinici e degli elementi valutativi, nonché per l'individuazione della misura e dell'intervento più idoneo.
- Valutazione sulla compatibilità di tale patologia con la condizione detentiva (ferme restando le competenze del Reparto di osservazione psichiatrica della Casa circondariale di Genova Marassi nei confronti delle persone già detenute e sottoposte a osservazione ai sensi dell'art.112 del Decreto del Presidente della Repubblica 30 giugno 2000, n. 230 e sulle possibilità di cura e contenimento in situazioni alternative a detta condizione (detenzione domiciliare, inserimento in strutture terapeutiche, affidamento ai Centri di salute mentale).
- Valutazione e accertamento della pericolosità, nel caso di applicazione di misura di sicurezza, con individuazione della misura e dell'intervento più idoneo come sopra detto Nel caso in cui venga disposto accertamento peritale, cooperazione con il perito eventualmente nominato per la raccolta dei dati clinici e degli elementi valutativi sui quali dovrà essere fondato il giudizio di pericolosità, nonché per l'individuazione della misura e dell'intervento più idonei.

Quesito Peritale

- **Modello di quesito peritale per la fase della cognizione penale**
- Letti gli atti di causa, visitato il signor..., acquisita ogni documentazione sanitaria ovunque esistente per la quale tale verbale vale come ordine di esibizione, compiuti tutti gli accertamenti ritenuti necessari:
-
- Dica il Perito/CT
-
- 1. se l'imputato/indagato fosse, al momento dei fatti contestatigli ed in relazione agli stessi, per infermità od intossicazione cronica da sostanze, in tale stato di mente da escludere o scemare grandemente la sua capacità di intendere o di volere, con specifico riferimento alla comprensione del disvalore del gesto ed alla possibilità di controllare il proprio comportamento, precisando altresì il grado di eventuale compromissione di tali capacità;
-
-

Quesito Peritale

- 2. se l'imputato/indagato sia attualmente in grado di partecipare coscientemente al processo, specificando, in caso di accertata incapacità, se la stessa debba ritenersi reversibile o irreversibile, precisandone gli indicatori clinici e rappresentando le prospettive trattamentali più idonee per risolvere la condizione patologica;



3. in caso di accertato vizio di mente, se l'indagato/imputato presenti profili di pericolosità sociale dal punto di vista psichiatrico, specificando, in caso affermativo, in base a quali indicatori clinici e comportamentali ritenga presente e persistente il rischio psicopatologico di ricaduta e se necessiti di cura ad elevata o attenuata intensità terapeutica;

4. in caso di persistenza di elementi psichiatrici rilevanti ai fini del giudizio di pericolosità sociale indichi inoltre il Perito/CT, previo contatto con i sanitari eventualmente già a conoscenza del p. per pregressi ricoveri o trattamenti, avvalendosi delle competenze dell'UFPF competente, il luogo e le modalità migliori per l'esecuzione del programma terapeutico (servizio psichiatrico ospedaliero, case di cura, comunità specializzate, etc.);

Art. 73 Codice di Procedura Penale.

Provvedimenti cautelari.

- 1. In ogni caso in cui lo stato di mente dell'imputato appare tale da renderne necessaria la cura nell'ambito del servizio psichiatrico, il giudice informa con il mezzo più rapido l'autorità competente per l'adozione delle misure previste dalle leggi sul trattamento sanitario per malattie mentali (1).
- 2. Qualora vi sia pericolo nel ritardo, il giudice dispone anche di ufficio il ricovero provvisorio dell'imputato in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero. L'ordinanza perde in ogni caso efficacia nel momento in cui viene data esecuzione al provvedimento dell'autorità indicata nel comma 1.
- 3. Quando è stata o deve essere disposta la custodia cautelare dell'imputato, il giudice ordina che la misura sia eseguita nelle forme previste dall'articolo 286.
- 4. Nel corso delle indagini preliminari, il pubblico ministero provvede all'informativa prevista dal comma 1 e, se ne ricorrono le condizioni, chiede al giudice il provvedimento di ricovero provvisorio previsto dal comma 2.



Il futuro.....

- Approccio multidisciplinare (... meno psichiatria)
- “Crocevie/link” tra campi diversi della conoscenza e culture diverse
- Giurisprudenza e Psichiatria: verso una relazione diversa...
- “Humanities” in psichiatria ed in psichiatria forense
- Evidenze e linee-guida orientate alla pratica clinica
- Le nuove richieste : solo un esempio... Jihad Rehab Camp...
- Prevenzione e lotta alla istituzionalizzazione
- “Cura sicura” (per pazienti, familiari ed operatori e vittime)

ASL 1	Dott. Giovanni Sciolè	g.sciole@asl1.liguria.it
ASL 2	Dott. Roberto Carrozzino	r.carrozzino@asl2.liguria.it
ASL 4	Dott. Giannino Ulivi	gulivi@asl4.liguria.it
ASL 5	Dott. Rosanna Ceglie	rosanna.ceglio@asl5.liguria.it

ASL 3	ufpf@asl3.liguria.it
-------	--

Dott. Pietro Ciliberti	335202375 e 0108496780
------------------------	------------------------

Dott. Marco Salvi	3280473141
-------------------	------------

Dott. Gianfranco Nuvoli	3290176157
-------------------------	------------

Collab. Ammin. Luisa Bazurro	010 8495009
------------------------------	-------------

Collab. Ammin. Cinzia Oliveri	010 8496788
-------------------------------	-------------

Direttore della REMS	dott. G.Berruti
Dirigente di Comunità, psicologa della REMS	dott.ssa M.Carnovale
rems.villacaterina@fiocco.it	