

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 767 del 21/05/2018

Seduta Num. 22

Questo lunedì 21 **del mese di** maggio
dell' anno 2018 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Bonaccini Stefano	Presidente
2) Gualmini Elisabetta	Vicepresidente
3) Bianchi Patrizio	Assessore
4) Caselli Simona	Assessore
5) Corsini Andrea	Assessore
6) Costi Palma	Assessore
7) Donini Raffaele	Assessore
8) Gazzolo Paola	Assessore
9) Mezzetti Massimo	Assessore
10) Petitti Emma	Assessore
11) Venturi Sergio	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore: Costi Palma

Proposta: GPG/2018/723 del 04/05/2018

Struttura proponente: SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE
DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE

Assessorato proponente: ASSESSORE ALLE POLITICHE PER LA SALUTE

Oggetto: APPROVAZIONE SCHEMA PROTOCOLLO OPERATIVO TRA
MAGISTRATURA, REGIONE EMILIA-ROMAGNA E UFFICIO ESECUZIONE
PENALE ESTERNA PER L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE N.81/2014
(CHIUSURA OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI E ESECUZIONE DELLE
MISURE DI SICUREZZA)

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

Responsabile del procedimento: Mila Ferri

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Vista la 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", che, sancendo la definitiva chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari, prevede che le misure di sicurezza detentive per gli autori di reato prosciolti per infermità di mente e riconosciuti socialmente pericolosi siano eseguite presso le Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (REMS), strutture a gestione esclusivamente sanitaria;

Considerato che la riforma attuata con la citata legge 81/2014 ha tuttavia reso residuale il ricorso alle misure di sicurezza detentive di cui sopra, aprendo scenari innovativi nell'ambito della collaborazione istituzionale tra Sanità e Magistratura;

Valutato che quanto esposto al punto precedente ha reso stringente la necessità di definire in concreto i percorsi di cura che, nell'interesse della salute mentale del singolo, integrano esigenze di controllo a tutela della collettività;

Preso atto che questa istanza è stata recepita dalla Regione Emilia-Romagna attraverso una diretta interlocuzione con la presidenza della Magistratura di Sorveglianza che ha portato alla costituzione di un gruppo di lavoro interdisciplinare composto da professionisti della salute mentale, Magistrati di Sorveglianza e Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE) al quale hanno collaborato anche esponenti della Magistratura di Cognizione autorizzati dal Consiglio Superiore della Magistratura;

Preso atto altresì che il gruppo di lavoro ha operato tra il 2016 e il 2017 con l'obiettivo di facilitare la collaborazione delle istituzioni coinvolte, per quanto di rispettiva competenza, favorendo l'omogeneità territoriale dei percorsi delle persone prosciolte per vizio di mente e socialmente pericolose;

Considerato che, nell'ambito di queste attività è stato prodotto un documento le cui finalità sono di fornire indicazioni sulle molteplici interfacce tra i Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche delle AUSL e la Magistratura nelle diverse fasi di cui si compone l'iter giudiziario, dall'istruttoria fino all'eventuale applicazione di misure di sicurezza;

Preso atto che tale documento si propone come base per ulteriori approfondimenti nelle sedi locali dei diversi Tribunali che operano in Regione Emilia-Romagna e le rispettive Aziende sanitarie di riferimento;

Valutata altresì la necessità, attraverso momenti di confronto e di formazione che coinvolgano sia i professionisti della salute mentale che i Magistrati e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, di offrire maggiori opportunità alla ricerca di quelle soluzioni "concrete", ovvero pienamente aderenti alle specificità della persona e alle opportunità del suo territorio richiamate dalla legge 81/2014;

Ritenuto opportuno, per le ragioni sin qui esposte, di sottoscrivere lo schema di protocollo operativo, allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, tra Magistratura, Regione Emilia-Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l'applicazione della legge n.81/2014" destinato a stimolare la collaborazione e a favorire le potenziali sinergie nell'ambito dell'integrazione tra Magistratura e Servizio sanitario regionale nel contesto del processo penale per gli autori di reato con problematiche psicopatologiche;

Richiamati:

- L.R. 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporto di lavoro nella Regione Emilia-Romagna" e ss.mm.ii.;
- La propria deliberazione n. 2416 del 29 dicembre 2008 "Indirizzi in ordine alle relazioni organizzative e funzionali tra le strutture e sull'esercizio delle funzioni dirigenziali. Adempimenti conseguenti alla delibera 999/2008. Adeguamento e aggiornamento della delibera n. 450/2007" e ss.mm.ii, per quanto applicabile;
- La propria deliberazione n. 270 del 29 febbraio 2016 "Attuazione prima fase della riorganizzazione avviate con Delibera 2189/2015";
- La propria deliberazione n. 622 del 28 aprile 2016 "Attuazione seconda fase della riorganizzazione avviata con Delibera 2189/2015";
- La propria deliberazione n. 702 del 16 febbraio 2016 "Approvazione incarichi dirigenziali conferiti nell'ambito delle Direzioni Generali - Agenzie - Istituto, e nomina dei responsabili della prevenzione della corruzione, della trasparenza e accesso civico,

della sicurezza del trattamento dei dati personali, e dell'anagrafe della stazione appaltante”;

- La propria deliberazione n. 56 del 25 gennaio 2016 “Affidamento degli incarichi di Direttore Generale della Giunta regionale, ai sensi dell’art.43 della L.R. 43/2001”;
- La propria deliberazione n. 1107 del 11 luglio 2016 “Integrazione delle declaratorie delle strutture organizzative della Giunta regionale a seguito dell'implementazione della seconda fase della riorganizzazione avviata con Delibera 2189/2015”;
- La propria deliberazione n. 121 del 6 febbraio 2017 “Nomina del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza”;
- Il D.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni” e ss.mm.ii.;
- La propria deliberazione n. 93 del 29 gennaio 2018 di “Approvazione Piano triennale di prevenzione della corruzione. Aggiornamento 2018-2020”, ed in particolare l'allegato B) “Direttiva di indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. n. 33 del 2013. Attuazione del piano triennale di prevenzione della corruzione 2018-2020”;
- La propria deliberazione n. 468 del 10 aprile 2017 “Il sistema dei controlli interni nella regione Emilia-Romagna”;
- Le circolari del Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale PG72017/0660476 del 13 ottobre 2017 e PG/2017/0779385 del 21 dicembre 2017 relative ad indicazioni procedurali per rendere operativo il sistema dei controlli interni predisposte in attuazione della propria deliberazione n. 468/2017;
- la determinazione dirigenziale n. 2211/2016 avente per oggetto “Deleghe del Responsabile del Servizio “Assistenza Territoriale” ai Dirigenti Professional SP000316 “Salute mentale e Dipendenze patologiche”, SP000313 “Integrazione socio sanitaria dell’area della non autosufficienza e gestione del FRNA”, SP000285 “Salute nelle carceri” e SP000240 “Farmaci e dispositivi medici” di cui alla determinazione del Direttore Generale n.18388 del 22.12.2015”;

Dato atto che il Responsabile del Procedimento ha dichiarato di non trovarsi in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi;

Dato atto dei pareri allegati;

Su proposta dell'Assessore alle politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

D E L I B E R A

per tutto quanto esposto in narrativa, che si considera di seguito integralmente richiamato:

1. di approvare lo schema di protocollo operativo tra Magistratura, Regione Emilia-Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l'applicazione della legge n.81/2014"
1. di dare mandato all'Assessore alle politiche per la salute per la sottoscrizione del suddetto protocollo operativo;
2. di stabilire che il presente protocollo avrà le seguenti finalità:
 - fornire indicazioni sulle molteplici interfacce tra i Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche delle AUSL e la Magistratura nelle diverse fasi di cui si compone l'iter giudiziario dall'istruttoria fino all'eventuale applicazione di misure di sicurezza;
 - favorire ulteriori approfondimenti nelle sedi locali dei diversi Tribunali che operano in Regione Emilia-Romagna e nelle rispettive Aziende sanitarie di riferimento, sviluppando momenti di confronto e di formazione che coinvolgano sia i professionisti della salute mentale che i Magistrati e l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna per offrire maggiori opportunità alla ricerca di quelle soluzioni pienamente aderenti alle specificità della persona e alle opportunità del suo territorio richiamate dalla legge 81/2014;
 - stimolare la collaborazione e favorire le potenziali sinergie nell'ambito della delicata integrazione tra Magistratura e Servizio sanitario regionale nel contesto del processo penale per gli autori di reato con problematiche psicopatologiche;
3. di dare atto infine che, per quanto previsto in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, si

provvederà ai sensi delle disposizioni normative e amministrative richiamate in parte narrativa;

4. di pubblicare integralmente la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale Telematico della Regione Emilia-Romagna.

PROTOCOLLO OPERATIVO TRA MAGISTRATURA, REGIONE, E UFFICIO ESECUZIONE PENALE ESTERNA PER L'APPLICAZIONE DELLA LEGGE N.81/2014

Indice

Introduzione

Prima parte - Le competenze delle Istituzioni coinvolte

1. Le competenze del Dipartimento di Salute Mentale e dipendenze patologiche: la Salute Mentale di/nella comunità e la riforma
2. Le competenze degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna
3. Le competenze della Magistratura di Cognizione
4. Le competenze della Magistratura di Sorveglianza e del Tribunale di Sorveglianza

Seconda parte - Le fasi di applicazione delle misure di sicurezza detentive e non detentive

- SCHEDA 1 – Applicazione di misura cautelare a persona con sospetta infermità di mente
ovvero di applicazione provvisoria di misure di sicurezza
- SCHEDA 2 – Le misure cautelari e le misure di sicurezza provvisorie
- SCHEDA 3 – Le misure di sicurezza provvisorie e quelle definitive
- SCHEDA 4 – Le Misure di sicurezza definitive

Allegati:

- A. Glossario
- B. Contributo del DSM-DP al processo di valutazione della pericolosità sociale
- C. “Scheda sull'applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e volere a causa di infermità psichica”

1. Introduzione

Le leggi n. 9/2012 e n. 81/2014 hanno sancito la chiusura, al 31 marzo 2015, degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) presenti in Italia a partire dal 1876, quando venne aperta una sezione dedicata presso la casa penale di Aversa. Sopravvissuti alla legge n.180/1978, che ha disposto la chiusura degli ospedali psichiatrici, nel 2015 erano ancora funzionanti i sei OPG di Aversa, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto e Castiglione delle Stiviere. Un'istituzione ottocentesca, la cui chiusura si è resa necessaria per motivi etici, umanitari, politici, giuridici, culturali, scientifici e sanitari.

La legge n.9/2012 ha stabilito la chiusura degli OPG e la predisposizione delle Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) dei propri residenti, ad esclusiva gestione sanitaria, insieme ad un potenziamento dei servizi psichiatrici territoriali per favorire l'attuazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi per il reinserimento sociale dei pazienti provenienti dagli OPG.

La legge n.81/2014 introduce una forte innovazione nel momento in cui dispone che si possa mantenere il ricovero in ospedale psichiatrico-giudiziario soltanto quando non sia possibile assicurare, altrimenti, cure adeguate alla persona internata e contemporaneamente a fare fronte alla sua pericolosità sociale. Viene data la netta priorità alla cura e all'applicazione di misure di sicurezza non detentive (la libertà vigilata), mediante la collocazione delle persone nei contesti ordinari dei dipartimenti di Salute Mentale o nel territorio di residenza, considerando la misura di sicurezza detentiva e il ricovero in REMS come scelta del tutto residuale. La legge ha anche previsto la revisione del programma di costruzione delle REMS, ridefinendone al ribasso il numero e la dotazione complessiva dei posti letto, a conferma della scelta che non sono le REMS a sostituire gli OPG ma è l'insieme dei servizi sanitari e sociali di una comunità chiamata a farsi carico della persona cui vengono riconosciuti doveri (aderire a prescrizioni del giudice), diritti e garanzie. In questo spirito, la legge dispone che la durata della misura di sicurezza detentiva non possa essere superiore alla pena massima edittale prevista per il reato commesso. Ancora, esclude dalla valutazione della pericolosità sociale "le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo" (art 133 c.p.) e quindi la mancanza di programmi territoriali non può essere addotta come motivazione per la permanenza in OPG.

Un cambiamento molto rilevante, che richiede un grandissimo impegno da parte di tanti diversi soggetti e configura un lavoro difficile, complesso, carico di contraddizioni e rischi ma anche di potenzialità e aspetti positivi. Nella Regione Emilia-Romagna sono state progettate due strutture (allo stato due REMS temporanee a Bologna e Parma, attivate nell'aprile 2015). Tali strutture, partite dalle migliori esperienze sviluppatesi negli ultimi anni con le tante dimissioni dall'OPG, hanno affermato un modello di cura fondato sulla centralità del territorio e delle sue risorse terapeutiche e quindi diverso dall'OPG, dalla sanità penitenziaria e dalle comuni Residenze psichiatriche. Nella realizzazione di questa esperienza è stata fondamentale la capacità di collaborazione tra le varie Istituzioni.

Il legislatore non ha però rivisto in modo organico gli articoli del Codice Penale su imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza e pertanto si è creato un sistema in cui le nuove norme devono confrontarsi con altre, come il regolamento penitenziario, e quindi non sempre compatibile con l'ambito sanitario, in cui la legge n. 9/2012 ha collocato l'esecuzione delle misure di sicurezza

detentive. Ne è derivato un modello non del tutto definito, che va costruito nella pratica a partire dai principi e dallo spirito della riforma.

Del resto, tale spirito si poteva già trovare negli ampi spazi aperti dalla sentenza n. 253/2003 del 18.07.2003 della Corte Costituzionale che, abrogando l'obbligatorietà dell'OPG per il reo non imputabile pericoloso socialmente, aveva introdotto la possibilità delle misure di sicurezza non detentive, richiamando le norme sulla libertà vigilata; da tale sentenza sono derivate prassi ampiamente anticipatorie della riforma del 2012. Pertanto non è la prima volta che, in questo contesto, problematiche irrisolte sul piano giuridico trovano risposte sul piano applicativo.

Questo documento ha il preciso obiettivo di individuare prassi condivise e favorire la conoscenza interdisciplinare da parte dei soggetti istituzionali coinvolti.

PRIMA PARTE - Le competenze delle Istituzioni coinvolte

1. Le competenze del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche: la salute mentale di/nella comunità e la riforma

Come è noto, per molto tempo i riferimenti legislativi (la legge n. 36/1904 e il regolamento attuativo del 1909) e scientifici (biologico-organici) per il trattamento delle persone con disturbi mentali sono stati caratterizzati da una visione pessimistica, quasi nichilistica, che vedeva una sostanziale inguaribilità e incurabilità dei disturbi; riteneva i malati pericolosi socialmente, incomprensibili e irresponsabili, da interdire e custodire in Ospedale Psichiatrico, un luogo caratterizzato da un modello assistenziale non differenziato, separato dalla comunità sociale e con tempi di degenza molto lunghi (diversi anni, quando non tutta la vita).

A partire dalle riforme degli anni 60 e 70 (leggi n.833/78 e n.180/78) sono stati realizzati cambiamenti molto importanti: la persona anche con patologia psichiatrica è portatrice di diritti/doveri; i disturbi mentali, inquadrati secondo il modello biopsicosociale, sono curabili e, come le altre patologie, in parte guaribili anche clinicamente o sul piano funzionale e sociale (recovery); la pericolosità sociale non costituisce più un requisito per i trattamenti sanitari e non necessariamente connota i pazienti che per la gran parte non sono affatto pericolosi, ma comprensibili e collaboranti; il consenso e la volontarietà sono la base degli accertamenti e dei trattamenti sanitari. Ne è derivato un cambio di approccio ed oggi i disturbi mentali sono considerati curabili; il percorso terapeutico deve svilupparsi di norma nel territorio di residenza, e non in ospedale, e in una prospettiva di libertà e responsabilità secondo il modello della recovery.

Quindi le cure personalizzate sono attuate nel contesto di vita, il territorio, la comunità di riferimento dall'insieme dei servizi sanitari e sociali; quelli specialistici della Salute Mentale sono organizzati in forma dipartimentale con una pluralità di strutture e di percorsi in grado di erogare livelli di cura differenziati, per intensità e complessità, in rapporto alla fase. Ne consegue un sistema organizzativo complesso, spesso di non facile lettura, che vede il riferimento fondamentale nei Centri di Salute Mentale. Questi ultimi sono titolari del programma terapeutico riabilitativo individualizzato da costruire insieme al paziente e, se possibile, alla sua famiglia, e consiste in una serie di interventi medico-biologici, psicologici e psicoterapici e sociali (ruoli, relazioni, formazione-lavoro, abitazione).

Il **Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche** si compone di una serie articolata di servizi:

Area Salute Mentale

Servizi Territoriali:

- Centri di Salute Mentale (CSM) costituiscono il baricentro della intera rete dei servizi e mantengono la titolarità e la responsabilità dei percorsi di cura svolti anche nei settori ospedaliero, residenziale o penitenziario. Sono titolari del programma terapeutico riabilitativo individualizzato da co-costruire con il paziente e se possibile/indicato con la sua famiglia, e dispone di una serie di interventi medico-biologici, psicoterapici e sociali (ruoli, relazioni, formazione-lavoro, abitazione anche con Budget di Salute)
- Centri Diurni sono servizi semiresidenziali strettamente connessi ai CSM a sostegno dei

programmi terapeutico-riabilitativi territoriali

Servizi Ospedalieri:

- Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (SPDC) (l'unico per i TSO, per l'Emergenza Urgenza, diagnosi e cure urgenti, tempi di degenza brevi, 7-14 gg.)
- Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi (SPOI) (per la diagnosi e cura intensiva, tempi di degenza di 15-30 gg.). (Questi servizi possono essere collocati presso Case di cura specialistiche)
- Day Hospital

Servizi Residenziali Sanitari

- Residenze a Trattamento Intensivo (RTI) (per la fase di cura post acuzie, o per la riacutizzazione di utenti già in cura presso i CSM, interventi psichiatrici e psicologici, impostazione dei programmi socio-riabilitativi in un periodo di 1-2 mesi)
- Residenze a Trattamento Estensivo (RTE) (per la fase di cura di medio termine di utenti in cura presso i CSM, interventi psichiatrici, realizzazione dei programmi socio-riabilitativi volti all'inclusione sociale in un periodo di da 6 mesi-1 anno nel trattamento protratto o di 1-3 anni per il trattamento socio-riabilitativo)

(Questi servizi possono essere collocati presso Case di cura specialistiche)

Servizi Residenziali socio sanitari:

- Residenze socio sanitarie: Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento sono destinati a pazienti dove le necessità di supporto (psichiatriche, psicologiche) sono stabilizzate e di lungo termine (e senza scadenze predefinite ma con verifiche periodiche) con un'assistenza centrata sugli aspetti base del funzionamento del soggetto e la sua partecipazione/inclusione nella comunità sociale
- Alloggi protetti e per l'autonomia
- La REMS, come struttura Residenza specializzata per la cura delle persone con Misure di Sicurezza, si inserisce in questo contesto organizzativo.

Area Dipendenze Patologiche

Servizi per le Dipendenze Patologiche (SerDP):

- L'assistenza a persone con dipendenza patologica è assicurata attraverso un sistema integrato di servizi che coinvolge le Aziende USL con i Servizi per le dipendenze patologiche (SerDP), le strutture private accreditate, gli Enti locali, il volontariato. I servizi si occupano di prevenzione, riduzione del danno, diagnosi, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone con disturbi correlati all'assunzione di sostanze psicoattive o di comportamenti additivi quali il gioco d'azzardo.

In questo contesto organizzativo si inserisce la REMS, considerata scelta residuale, come Residenza specializzata nella cura delle persone affette da disturbi mentali e sottoposte a misura di sicurezza detentiva. Il trattamento in REMS rappresenta quindi un eventuale episodio del percorso di cura del paziente autore di reato; anche in questa fase, al centro del lavoro è la persona vista nella sua interezza, con l'insieme delle relazioni significative e di contesto. La territorialità è pertanto un requisito essenziale della cura, specie se prolungata nel tempo.

A prescindere da quella che è stata la valutazione giudiziaria del reato, alle persone con disturbo mentale viene riconosciuta la capacità di esercitare diritti/doveri e di prestare consenso ai trattamenti. Pertanto l'interessato viene considerato capace di assumersi responsabilità, se necessario in forma supportata (come prevede l'istituto dell'amministratore di sostegno). Nel percorso di cura vengono quindi attuate forme di supporto all'esercizio dei diritti della persona, alternative all'interdizione; il punto di vista del paziente viene valorizzato nelle scelte che lo riguardano nelle forme possibili di partecipazione alla vita sociale.

Il modello custodialistico dell'OPG, non riproducibile nelle REMS, è dunque sostituito da un modello terapeutico di comunità, cioè dall'insieme dei servizi sanitari e sociali del territorio di cui fa parte il Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche, che vede tra le sue strutture specialistiche la REMS.

In particolare, il contributo del DSM-DP all'applicazione della legge n. 81/2014 si concretizza in programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati territoriali, idonei alla cura e, quando possibile, al superamento della condizione di infermità psichica e degli altri presupposti della pericolosità sociale.

Al tal fine è fondamentale un processo di valutazione che analizzi i seguenti elementi:

- diagnosi - richiede visita e/o perizia psichiatrica;
- presa in cura presso CSM e la formulazione di un piano di cura personalizzato che indichi anche tempi, modi e sedi dove realizzarlo in modo appropriato;
- consenso, compliance, aderenza ai trattamenti e alle prestazioni e più in generale al programma di cura.

Per le misure di sicurezza detentive in REMS la circolare 18 del 2015 della Direzione generale Cura della persona, salute e welfare definisce che: *“Per ogni ospite esiste un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) di cui è responsabile il CSM di competenza territoriale e un Piano Terapeutico Riabilitativo Residenziale (PTRR) di cui è responsabile la residenza.”*

Inoltre, ai fini di una piena applicazione della legge n. 81/2014, la Regione Emilia-Romagna ha istituito, con determinazione n. 5017/2016, il Cruscotto Regionale con il compito di coordinare, con la collaborazione dei DSM-DP regionali e dei Direttori delle REMS, i percorsi di accesso, permanenza e dimissione dei soggetti ospiti delle REMS regionali nonché di monitorare i percorsi delle persone con disturbi mentali con provvedimenti giudiziari penali. In particolare il Cruscotto facilita e promuove e monitora la tempestività e l'appropriatezza delle azioni dei DSM-DP nelle diverse fasi del percorso.

Il Cruscotto regionale è punto di riferimento regionale per il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, in relazione alle assegnazioni presso le REMS; lo stesso Cruscotto può essere, altresì, diretto interlocutore anche per la Magistratura, in ordine alla condivisione di criteri per la gestione delle liste di attesa delle REMS e per problemi di particolare complessità, che non abbiano trovato una soluzione in sede territoriale.

2. Le competenze dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE)

Gli UEPE (Uffici di Esecuzione Penale Esterna) sono stati istituiti con la legge di riforma penitenziaria n. 354 del 1975, oggi sono articolazioni territoriali ed operative del *Dipartimento della giustizia minorile e di comunità ai sensi del DPCM 84/2015*.

Il principale campo di intervento ad essi attribuito è quello relativo all'esecuzione delle sanzioni penali non detentive e delle misure alternative alla detenzione; a tal fine, detti Uffici elaborano e propongono alla Magistratura il programma di trattamento da applicare e ne verificano l'ottemperanza da parte degli interessati.

I compiti attribuiti all'UEPE sono indicati dall'articolo 72 della legge 26 luglio 1975 n. 354 e dalle altre leggi in materia di esecuzione penale:

1. gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE)¹ dipendono dal Ministero della giustizia e a seguito del DPCM 84/2015 - Regolamento del Ministero della giustizia e riduzione degli uffici dirigenziali e delle dotazioni organiche e successivi decreti attuativi, sono divenuti articolazioni territoriali del Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità, per l'Emilia-Romagna: UIPE Bologna, UDEPE Reggio Emilia, ULEPE Modena, ULEPE FORLI'.

2. Gli uffici:

- a) svolgono, su richiesta dell'autorità giudiziaria, le inchieste utili a fornire i dati occorrenti per l'applicazione, la modificazione, la proroga e la revoca delle misure di sicurezza;
- b) svolgono le indagini socio-familiari per l'applicazione delle misure alternative alla detenzione ai condannati;
- c) propongono all'autorità giudiziaria il programma di trattamento da applicare ai condannati che chiedono di essere ammessi all'affidamento in prova e alla detenzione domiciliare;
- d) controllano l'esecuzione dei programmi da parte degli ammessi alle misure alternative, ne riferiscono all'autorità giudiziaria, proponendo eventuali interventi di modificazione o di revoca;
- e) su richiesta delle direzioni degli istituti penitenziari, prestano consulenza per favorire il buon esito del trattamento penitenziario;
- f) svolgono ogni altra attività prescritta dalla legge e dal regolamento.

Nello svolgimento di tali attività, gli UEPE operano secondo una logica di intervento di prossimità e di presenza nel territorio, a supporto delle comunità locali e in stretta sinergia:

- ☐ con gli enti locali, le associazioni di volontariato, le cooperative sociali e le altre agenzie pubbliche e del privato sociale presenti nel territorio, per realizzare l'azione di reinserimento ed inclusione sociale;
- ☐ con le forze di polizia, per l'azione di contrasto alla criminalità e di tutela della sicurezza pubblica.

In particolare e per quanto attiene le competenze relative alla gestione delle misure di sicurezza definitive nei confronti di soggetti ammessi alla libertà vigilata per vizio totale o parziale di mente l'UEPE si attiva ai sensi dei seguenti articoli di legge:

	Nei confronti dei sottoposti alla libertà vigilata, ferme

¹In particolare gli artt. 9 e 10 del d.m. 17 novembre 2015 individuano rispettivamente **Uffici Distrettuali di Esecuzione Penale Esterna** e **gli Uffici Interdistrettuali di Esecuzione Penale Esterna**

art.55 L. 354/75 Ordinamento Penitenziario	restando le disposizioni di cui all'articolo 228 del codice penale, il servizio sociale svolge interventi di sostegno e di assistenza al fine del loro reinserimento sociale
DPR n. 230/2000 art.118 comma 6	Nell'attuare gli interventi di osservazione e di trattamento in ambiente esterno per l'applicazione e l'esecuzione delle misure alternative, delle sanzioni sostitutive e delle misure di sicurezza, nonché degli interventi per l'osservazione e il trattamento dei soggetti ristretti negli istituti, il centro di servizio sociale coordina le attività di competenza nell'ambito dell'esecuzione penale con quella delle istituzioni e dei servizi sociali che operano sul territorio.
DPR n. 230/2000 art.105	Intervento del servizio sociale nella libertà vigilata 1. Copia dell'atto relativo alla esecuzione della libertà vigilata emanato dal magistrato di sorveglianza, è trasmessa al centro di servizio sociale, che svolge gli interventi previsti dalla legge secondo le modalità precisate dall'articolo 118 nei limiti del regime proprio della misura. 2. Il centro riferisce periodicamente al magistrato di sorveglianza sui risultati degli interventi effettuati.
Legge n. 81 30 maggio 2014	La legge 30 maggio 2014 n. 81 ha lasciato invariate le competenze degli Uffici Esecuzione Penale Esterna in tema di esecuzione delle misure di sicurezza con provvedimenti disposti dalla Magistratura di Sorveglianza. "Gli UEPE continueranno a svolgere i compiti previsti dall'art. 72, c.2, lett.a) della legge 354/75 provvedendo a fornire le informazioni occorrenti per l'applicazione, modifica o revoca delle misure di sicurezza e interloquendo con gli organi della Magistratura che sovrintende all'esecuzione dei provvedimenti." (circ. GDAP-0151603-2015 del 29.4.2016)
Conferenza Unificata 26.2.2015	Art. 7: Rapporti UEPE e Magistratura Prevede il costante coinvolgimento degli UEPE territorialmente competenti da definire attraverso specifici accordi che prevedano modalità operative e procedure di collaborazione interistituzionale per la contemporanea gestione sia del percorso terapeutico-riabilitativo individuale interno alla struttura, che di quello del reinserimento esterno

3. Le competenze della Magistratura di Cognizione

Con la nozione di **Polizia Giudiziaria** (PG) si definiscono tutte le forze di polizia (tra le altre Carabinieri, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, Polizia Provinciale e Municipale) quando esercitano funzioni di acquisizione delle notizie di reato con le investigazioni ad esse connesse. Si tratta della cd. funzione giudiziaria (attività diretta alla repressione del crimine), da tenere distinta rispetto alle altre funzioni delle forze di polizia (amministrativa, che ha riguardo alla vigilanza del rispetto delle leggi, e di sicurezza, con finalità essenzialmente preventive di fatti reato). La PG esercita tale funzione in condizione di subordinazione funzionale rispetto alla autorità giudiziaria: in particolare la PG svolge ogni attività disposta o delegata dal PM al quale si rapporta direttamente, destinandogli gli esiti delle indagini svolte.

Il **Pubblico Ministero** (PM) è l'unico e solo organo requirente dell'ordinamento, cioè colui al quale è affidato il compito di esercitare l'azione penale, agendo nel processo a tutela dell'interesse pubblico. Esercitare l'azione penale significa indagare l'esistenza di eventuali reati e promuovere il giudizio che dovrà accertarne la responsabilità. Nel processo penale il PM ha l'obbligo di iniziare le indagini in presenza di una cosiddetta *notizia criminis* e non può quindi scegliere discrezionalmente se avviarle o meno. L'ufficio del PM si articola nella Procura della Repubblica presso il Tribunale, nella Procura Generale presso la Corte d'Appello e nella Procura Generale presso la Corte di Cassazione.

La **Giustizia Ordinaria Penale** - Giudici di Cognizione

La giustizia penale è amministrata, in primo grado, dal Giudice di Pace, dal Tribunale (del quale fa parte anche una sezione di Giudici delle Indagini e dell'Udienza Preliminare) e dalla Corte d'Assise.

Una sezione del Tribunale è poi dedicata al riesame delle misure cautelari disposte nel corso del procedimento ed è quindi un giudice dell'impugnazione, ma limitatamente a quella materia.

Il successivo grado di giudizio, il secondo, è amministrato invece dalla Corte d'Appello e dalla Corte d'Assise d'Appello.

La Corte d'Assise, in entrambi i gradi, è un organo collegiale composto da giudici togati e popolari e competente in ordine ai reati di particolare gravità e allarme sociale.

Il **Giudice per le indagini preliminari (GIP)** è il giudice che interviene nella fase delle [indagini preliminari](#), a garanzia della legalità delle stesse. Tra le altre funzioni, il GIP, su impulso del PM, dispone l'archiviazione della notizia di reato, autorizza le intercettazioni di conversazioni o comunicazioni telefoniche o tra presenti, emette i decreti penali di condanna, giudica in sede di rito alternativo chiesto nel corso delle indagini (abbreviato o patteggiamento). Fra i provvedimenti più importanti del GIP vi è l'[ordinanza](#) di applicazione, su richiesta del Pubblico Ministero, di una misura cautelare personale ovvero una misura di sicurezza in via provvisoria.

Il **Giudice dell'udienza preliminare (GUP)** è competente a decidere sulla richiesta del Pubblico Ministero di rinviare a giudizio l'imputato, ovvero può giudicarlo se lo stesso chiede riti alternativi (abbreviato o patteggiamento).

Il giudizio di cognizione si conclude con una sentenza definitiva che può contenere la previsione di una misura di sicurezza per l'infermo di mente o il seminfermo:

1. la sentenza di condanna ad una pena detentiva pronunciata nei confronti di un semi-infermo di mente socialmente pericoloso dispone anche l'applicazione di una misura di sicurezza non detentiva (libertà vigilata) oppure, in via residuale, quella detentiva da eseguirsi in REMS.
2. La sentenza di assoluzione per difetto di imputabilità pronunciata nei confronti di un infermo di mente socialmente pericoloso applica una misura di sicurezza non detentiva (libertà vigilata) e, solo in via residuale, quella detentiva da eseguirsi in REMS.

La **Magistratura di Sorveglianza** svolge una funzione di controllo di legalità sull'esecuzione della pena e della misura di sicurezza, curandone l'applicazione in concreto dopo la sentenza di condanna definitiva. In particolare la Magistratura di Sorveglianza garantisce i diritti dei detenuti e degli internati, decide in merito ai reclami per violazione dei diritti proposti da detenuti ed internati, si occupa della concessione ed esecuzione delle pene alternative alla detenzione, sovrintende all'esecuzione delle sanzioni sostitutive, ed all'applicazione ed esecuzione delle misure di sicurezza.

La REMS, che ha una gestione interamente sanitaria, interagisce con le altre strutture del Dipartimento di Salute Mentale, di cui è parte integrante; a propria volta detto Dipartimento, nel predisporre adeguati percorsi di cura, contribuisce alla scelta del magistrato in merito alle decisioni relative alla misura di sicurezza.

Il codice penale, nonostante la legge n. 81/14, continua a prevedere le misure di sicurezza detentive di cui agli artt. 215, 219 e 222 c.p. e poiché questa elencazione è tassativa, la REMS non costituisce una diversa tipologia di misura di sicurezza, ma è l'applicazione in concreto delle misure previste dal codice, non modificate dalla Legge n. 81/14.

Di regola, salva l'applicazione provvisoria, la misura di sicurezza viene eseguita quando la pronuncia è irrevocabile (non più soggetta ad impugnazioni); in questo caso tuttavia è necessario che il Magistrato di Sorveglianza prima di applicare la misura operi un nuovo accertamento della pericolosità sociale.

Se ne ricorrono i presupposti (cfr scheda 1 e scheda 3), la misura di sicurezza può essere applicata in via provvisoria, su richiesta del PM, dal Giudice di Cognizione anche prima della sentenza definitiva; in questo caso la misura viene applicata e poi gestita dal Giudice competente in relazione alla fase processuale in atto (indagini preliminari, giudizio di primo grado, giudizio di secondo grado).

La misura di sicurezza provvisoria, tenuto conto di quanto prevede la riforma relativamente ai termini massimi di durata, può essere revocata o perdurare fino a quando il Magistrato di Sorveglianza, dopo che la sentenza è divenuta definitiva, accerta la persistenza della pericolosità del soggetto.

4. Le competenze del Magistrato di Sorveglianza e del Tribunale di Sorveglianza relative alle Misure di Sicurezza applicate agli infermi di mente

Misura di sicurezza detentiva presso REMS: la competenza del Magistrato di Sorveglianza si radica in ragione del luogo di esecuzione ove l'internato è ristretto a seguito di ordine di esecuzione della misura da parte del Pubblico Ministero. La residenza sanitaria è individuata dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) secondo il principio di territorialità, ovvero con riferimento al luogo di residenza del sottoposto, sentito di preferenza il Cruscotto Regionale.

Il Magistrato di Sorveglianza viene informato dell'avvenuto ingresso nella REMS, e viene così formato il fascicolo relativo all'esecuzione della misura presso l'Ufficio di Sorveglianza territorialmente competente.

Le situazioni che possono originare la misura di sicurezza detentiva in REMS sono: un provvedimento di accertamento della pericolosità sociale operato dal Magistrato di Sorveglianza in relazione alla misura di sicurezza prevista in sentenza definitiva; ovvero un provvedimento del predetto Magistrato che, a causa di gravi trasgressioni, acquisiti tutti gli elementi di conoscenza sul caso, dal DSM-DP e dall'UEPE competenti, può sostituire la libertà vigilata con la REMS.

Misura di sicurezza non detentiva – libertà vigilata: la Procura della Repubblica presso l'Ufficio Giudiziario che ha emesso la sentenza definitiva, trasmette gli atti all'omologo Ufficio presso il Magistrato di Sorveglianza competente per territorio; anche in questo caso la competenza del Magistrato di Sorveglianza è radicata sulla base della residenza o del domicilio di fatto del soggetto. Il PM che ha ricevuto gli atti, li trasmette al Magistrato di Sorveglianza, chiedendo che quest'ultimo, prima di applicare la misura di sicurezza stabilita nella sentenza definitiva, proceda ad un nuovo accertamento della pericolosità sociale. La procedura sopra descritta, prevista dall'art. 658 c.p.p., è quella adottata di regola, ma è anche possibile che il Magistrato di Sorveglianza, ai sensi dell'art. 679 c.p.p., proceda d'ufficio.

Il Tribunale di sorveglianza (collegiale – composto da due giudici togati e da due esperti in materie specialistiche) è competente ex art. 680 c.p.p.:

- in appello quando la misura prevista dalla sentenza di primo grado del Giudice di Cognizione è impugnata solo per il capo riguardante la misura di sicurezza;
- in caso di impugnazioni da parte di interessato, Difensore o PM, avverso alle decisioni del Magistrato di Sorveglianza in materia di misure di sicurezza (accertamento della pericolosità con applicazione o non applicazione della misura o proroga/non proroga della misura in corso).

La competenza del Tribunale di Sorveglianza è regionale e riguarda le sentenze impugnate emesse dai giudici di Cognizione della Regione Emilia-Romagna. L'appello non ha effetto sospensivo, salvo che il Tribunale non disponga altrimenti.

SECONDA PARTE - Le fasi di applicazione delle misure di sicurezza detentive e non detentive

SCHEDA 1 – APPLICAZIONE DI MISURA CAUTELARE A PERSONA CON SOSPETTA INFERMITÀ DI MENTE OVVERO DI APPLICAZIONE PROVVISORIA DI MISURE DI SICUREZZA

1. Prassi in caso di persona arrestata in flagranza di reato che presenti segni di alterazione psichica

Il codice di procedura penale, agli artt. 380-381 CPP, consente o impone l'arresto in flagranza di reati che presentano una gravità significativa. Negli stessi casi il giudice potrà applicare una misura cautelare in sede di convalida davanti al GIP ovvero di giudizio per direttissima ex art. 449 CPP.

Nel caso dell'arresto in flagranza di reato, si individuano due fasi:

- a) la fase precedente alla convalida e all'applicazione della misura cautelare;
- b) la fase di applicazione della misura cautelare e la fase successiva

FASE A. precedente alla convalida e all'applicazione della misura cautelare

Entro 48 ore dall'arresto il PM richiede al GIP, o al Tribunale competente in relazione al giudizio per direttissima, la convalida dell'arresto e l'applicazione di una misura cautelare; nelle 48 ore successive il giudice deve provvedere in merito.

Se le condizioni psichiche del soggetto ristretto in carcere o agli arresti domiciliari, in base agli accertamenti compiuti dai servizi di Salute Mentale, eventualmente in collaborazione con il Consulente Tecnico (CT) nominato dal PM, non sono compatibili con la permanenza dello stesso nel luogo di restrizione, si provvederà a collocare l'indagato presso una idonea struttura sanitaria in stato di custodia cautelare o di arresti domiciliari.

Se l'arrestato è stato collocato presso una struttura sanitaria è molto importante che in questa fase vi sia un'interlocuzione tra PM ed il dirigente della struttura stessa, interlocuzione che può essere diretta o mediata dal consulente tecnico e /o dalla Polizia Giudiziaria, per le rispettive competenze. In particolare:

- ☐ Il Medico psichiatra della struttura effettua la raccolta di tutte le informazioni clinico-sanitarie utili a fornire un quadro al Magistrato che deve decidere il tipo di provvedimento, tenuto conto che quest'ultimo deve essere emanato entro 96 ore dall'arresto. Sulla base degli elementi acquisiti direttamente o attraverso i colleghi dei servizi territoriali (se il paziente è già conosciuto) lo psichiatra, redige una prima relazione clinica sullo stato psichico della persona.
- ☐ La relazione clinica di cui sopra, trasmessa dal Direttore della struttura, ha l'obiettivo di fornire elementi utili al PM per modulare le proprie richieste cautelari ed al GIP per individuare i luoghi e i tempi della cura, in altre parole per decidere se il soggetto necessita di una terapia da seguire presso l'SPDC o in altro luogo. Laddove possibile è utile indicare se l'indagato sia afflitto da un disturbo psichico primario, ovvero secondario dovuto a situazioni contingenti: ad esempio, disturbi attribuibili agli effetti di una sostanza o a un'altra condizione medica.

FASE B. l'applicazione della misura cautelare e la fase successiva

- Se la persona è stata inserita in SPDC è necessario che vi rimanga limitatamente al tempo necessario per il trattamento dell'acuzie; dopo occorre individuare una collocazione alternativa per la prosecuzione del percorso di cura. A questo fine è necessario creare una massima interlocuzione tra GIP e sanitari che hanno in cura l'indagato.
- In questa prospettiva di collaborazione è utile che lo psichiatra del SPDC proponga al GIP un piano di cura e indichi le possibili sedi alternative ove il soggetto possa essere collocato per espletare il trattamento. Se il paziente è già conosciuto dal DSM-DP, il ruolo prioritario nell'interlocuzione con il Giudice viene assunto dal Centro di Salute Mentale/SerDP, che opera in integrazione con il Servizio ospedaliero. Se si tratta di persona sconosciuta, già nel corso del ricovero in SPDC il Dipartimento di Salute Mentale prende in carico il soggetto e individua il luogo più idoneo nel caso in cui sia necessario proseguire il percorso.

Il percorso iniziato in SPDC può proseguire:

- presso Casa di Cura accreditata,
- presso residenza psichiatrica, oppure, se la persona è anziana, anche RSA, Casa Residenza Anziani,
- in trattamento semiresidenziale,
- in trattamento territoriale/ambulatoriale.

Se la persona si trova in una situazione di 'emergenza ambientale' (senza fissa dimora o priva di una rete familiare supportiva e/o di una residenza) il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche si fa carico, in collaborazione con i Servizi Sociali territoriali di riferimento, di individuare appropriate soluzioni di protezione sociale.

- Ai fini della decisione del GIP occorre distinguere l'ipotesi in cui la persona si trovi in SPDC in custodia cautelare carceraria, quindi con piantonamento, oppure agli arresti domiciliari. In questo secondo caso, una volta terminata la degenza in SPDC il GIP (tenendo conto delle indicazioni di cui sopra) ha varie possibilità: può revocare la misura, può applicare misure gradate, può sostituire la misura in atto con arresti domiciliari presso altra struttura o presso il domicilio. Se invece l'indagato è in stato di custodia carceraria presso il luogo di cura, una volta terminata quella fase del percorso terapeutico il GIP potrà valutare se sostituire la misura di massimo rigore con altra meno afflittiva, oppure far ricondurre la persona in carcere.

2. Prassi condivise in caso di applicazione di misura cautelare nel corso del procedimento a persona con sospetta infermità psichica

Se l'alterazione psichica emerge prima dell'adozione della misura, nella scelta della stessa si potrà e dovrà tenere conto di tutti gli elementi conoscitivi in ordine allo stato dell'indagato e delle eventuali necessità terapeutiche. Se, invece, l'alterazione emerge dopo l'esecuzione della misura ed il soggetto viene collocato in SPDC o in altro luogo sanitario idoneo si potrà fare riferimento a quanto già esposto nel punto 1.

3. Applicazione provvisoria di misura di sicurezza detentiva: l'ingresso in REMS

La collocazione in REMS è una misura di sicurezza detentiva, non è una misura cautelare. Ciò significa che l'interessato può essere collocato in REMS solo in esecuzione di un provvedimento applicativo di una misura di sicurezza adottato previa consulenza tecnica o perizia psichiatrica che escluda, parzialmente o totalmente, l'imputabilità del sottoposto e ne accerti la pericolosità sociale.

In casi di emergenza e in mancanza di perizia o di consulenza tecnica, può essere applicato l'art. 11 della legge sull'ordinamento penitenziario n. 354 del 1975 che prevede il ricovero in luogo esterno di cura, che non è la REMS. Non solo, ma dopo la riforma, la REMS può essere adottata solo ove ogni altra misura di sicurezza si riveli inidonea e rappresenta quindi l'estrema ratio, analogamente a quanto disposto in relazione alle misure cautelari.

La REMS che ha in cura il paziente ha il diritto/dovere di interloquire con il magistrato competente, a seconda della fase del procedimento, fornendo una relazione sull'andamento del caso che contenga i seguenti elementi:

- ☐ anamnesi
- ☐ tipo di patologia
- ☐ compliance
- ☐ percorso terapeutico e andamento clinico
- ☐ la risposta al trattamento
- ☐ i risultati e ogni altro elemento ritenuto utile.

Tale relazione non sostituisce, ma integra le informazioni contenute nella perizia o nella consulenza tecnica. Il responsabile della REMS deve attivarsi per aggiornare con continuità la Magistratura sulla situazione del piano terapeutico riabilitativo residenziale (PTRR) e sulla eventuale sussistenza dei presupposti per modificare la misura. A propria volta la Magistratura terrà conto delle informazioni provenienti dalla REMS al fine di valutare se sostituire la misura in atto con altra meno contenitiva e non detentiva.

Punti di attenzione – l'interlocuzione tra periti e psichiatri della REMS

Estrema importanza riveste l'interlocuzione tra perito e psichiatri della REMS sia nel caso in cui la perizia sia relativa ad un soggetto già collocato in REMS, sia in sede di verifica periodica della pericolosità. Sul punto si richiama la "Scheda sull'applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e volere a causa di infermità psichica"; in particolare, il perito è invitato a confrontarsi con il personale sanitario ed elabora la perizia anche sulla base delle informazioni così raccolte.

Estrema importanza riveste l'interlocuzione tra psichiatri della REMS/DSM-DPDP, competente per territorio, e magistratura relativamente ad un soggetto collocato in REMS, in sede di verifica periodica della pericolosità, per il quale viene proposto dai curanti un progetto alternativo alla REMS che dovrà essere inviato in tempo congruo prima dell'udienza. Nei casi di alta complessità, il responsabile della REMS assicura la piena disponibilità alla Magistratura per una interlocuzione diretta nell'ottica di rimuovere ogni eventuale ostacolo all'applicazione del principio dell'intervento meno restrittivo possibile, che ispira l'impianto della riforma.

SCHEDA 2 – (DALLE MISURE CAUTELARI ALLE MISURE DI SICUREZZA PROVVISORIE) LE MISURE CAUTELARI E LE MISURE DI SICUREZZA PROVVISORIE

“La misura di sicurezza viene di regola ordinata con la sentenza (art.205 codice penale), ma può essere anche disposta in via provvisoria ex art. 206 codice penale e 312, 313 codice penale.” (da “Scheda sull’applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e di volere a causa di infermità psichica”).

1. Caso di soggetto al quale è stata applicata una misura cautelare e valutato come non imputabile e socialmente pericoloso da una successiva perizia psichiatrica

- ☐ Nella perizia deve essere contenuta: a) l’indicazione della misura di sicurezza più idonea a fare fronte alla pericolosità sociale, in interlocuzione con il DSM-DP competente per il territorio; b) il piano terapeutico e riabilitativo individualizzato e, in caso di intervento residenziale, la struttura ove l’interessato può essere inserito. Nel piano terapeutico occorre specificare tempi e modi della sua applicazione; nella verifica del piano terapeutico rientra anche l’accertamento dei tempi di applicabilità della misura sia detentiva sia non detentiva.
- ☐ La misura di sicurezza verrà eseguita immediatamente nel caso in cui il PM ne richieda l’applicazione provvisoria, senza attendere il passaggio in giudicato della sentenza, ed il giudice competente condivida quella valutazione.

2. Caso in cui la perizia escluda solo parzialmente l’imputabilità

Nel caso in esame il giudice ha varie possibilità di scelta. Se il PM lo richiede potrà infatti essere disposta una misura di sicurezza in via provvisoria, evitando però che essa venga usata come equipollente ad una misura cautelare detentiva. In alternativa si può applicare o mantenere una misura cautelare (trattandosi di soggetto comunque parzialmente imputabile e che verrà pertanto sottoposto al processo), la quale potrà essere detentiva o non detentiva. In questa situazione si deve, comunque, cercare di ottenere la massima condivisione e collaborazione al progetto terapeutico da parte del paziente.

SCHEDA 3 – (DALLA MISURA DI SICUREZZA PROVVISORIA A QUELLA DEFINITIVA) LE MISURE DI SICUREZZA PROVVISORIE E LE MISURE DI SICUREZZA DEFINITIVE

1. Se il Giudice della Cognizione che applica la misura di sicurezza dispone che la stessa debba essere immediatamente eseguita, è necessario dettagliare le eventuali prescrizioni.

Se invece non viene disposta l'esecuzione in via provvisoria della misura, è opportuno che il Giudice di cognizione non formuli prescrizioni troppo dettagliate; tra la pronuncia e l'esecuzione può infatti trascorrere un lasso di tempo anche lungo, con possibili importanti mutamenti della situazione del soggetto. In questo caso la misura sarà infatti eseguita quando il provvedimento che l'ha disposta è divenuto definitivo. La MdS, dal canto suo, dovrà procedere ad un nuovo esame della pericolosità ed elaborare prescrizioni adeguate al contesto soggettivo attuale.

Quando la misura di sicurezza, applicata in via provvisoria diviene definitiva, il MdS può utilizzare per la propria valutazione le fonti già acquisite dal giudice di Cognizione; infatti nel caso in esame, di regola, era già stata espletata perizia ed acquisita documentazione esauriente; in aggiunta, il MdS potrà richiedere alla polizia una informativa sul comportamento attuale del sottoposto.

2. Problemi insorti nella prassi giudiziaria - Occorre tenere presente che le misure di sicurezza sono solo quelle previste dalla legge: (artt. 25 Cost. e 199 cp) quelle detentive sono solo il ricovero in OPG o in casa di cura e custodia, oggi in concreto attuate mediante collocazione in REMS.

Quando, pertanto, si dispone il collocamento dell'interessato presso una struttura di altro tipo, la tipologia di misura adottabile è quella della libertà vigilata, che è non detentiva e presuppone la liberazione del sottoposto.

A volte è stato previsto, in violazione del principio della tassatività per legge delle misure di sicurezza (art. 25 Cost. art. 199 c.p.) l'inserimento del soggetto in *casa di cura e custodia*, adottando terminologia relativa a misura di sicurezza detentiva; si è nel contempo indicata nello stesso provvedimento la collocazione in Comunità di recupero o altra residenza psichiatrica terapeutico riabilitativa, strutture compatibili con le sole misure di sicurezza non detentive della libertà vigilata. In questo caso la MdS ha dovuto effettuare un'interpretazione sul tipo di misura di sicurezza da applicare (optando per la misura meno afflittiva), o proporre al PM incidente di esecuzione per la ridefinizione della misura o attivare la procedura per la correzione di errore materiale. È importante, inoltre, che il giudice di cognizione indichi la misura di sicurezza detentiva applicata - ex art. 219 o ex art. 222 c.p. – non indicando solo “il ricovero in REMS” e che stabilisca la durata della misura di sicurezza prevista (spesso nelle sentenze viene omesso tale termine essenziale).

3. La sentenza che dispone la misura di sicurezza diviene irrevocabile quando non è più soggetta ad impugnazione. Il provvedimento viene quindi inviato alla Procura per l'esecuzione e, dalla Procura alla MdS che è competente per l'applicazione definitiva della misura. A partire da questo momento, la misura è in carico alla MdS, indipendentemente dal fatto che sia stata o meno da questa fissata l'udienza per rivalutare la pericolosità sociale. È pertanto necessario che il PM avvisi tempestivamente la MdS circa l'intervenuta esecutività della sentenza che ha disposto la misura. La definitività della sentenza non comporta necessariamente l'esecutività della misura, che presuppone sempre una nuova verifica della pericolosità.

1. Procedure di applicazione/gestione della misura di sicurezza

Le procedure fondamentali di applicazione/gestione della misura di sicurezza da parte del magistrato di sorveglianza sono:

- A. giudizio di accertamento della pericolosità in concreto
- B. giudizio in ordine alla revoca anticipata della misura di sicurezza
- C. giudizio di riesame della pericolosità sociale
- D. giudizio di aggravamento della misura di sicurezza non detentiva in detentiva
- E. unificazione di più misure di sicurezza
- F. gestione concreta della misura

A. Giudizio di accertamento della pericolosità in concreto

L'udienza si svolge in contraddittorio con la partecipazione obbligatoria del PM e della Difesa (di fiducia o d'ufficio) dell'interessato. Quest'ultimo ha facoltà di presenziare. L'accertamento in oggetto può avere come esito:

- 1) la concreta applicazione della misura stabilita in sentenza con la fissazione di una durata minima (la quale terrà conto anche del periodo effettuato in misura di sicurezza provvisoria) ed allo scadere della quale si procederà al c.d. riesame della pericolosità sociale;
- 2) l'applicazione di diversa misura di sicurezza meno afflittiva (libertà vigilata in luogo della REMS);
- 3) la dichiarazione di cessata pericolosità e non applicazione della misura.

Nella fase istruttoria del giudizio di accertamento in concreto della pericolosità sociale ed eventuale applicazione della misura di sicurezza il MdS acquisisce di base agli atti:

- la sentenza di condanna (dalla quale si evincono oltre a natura e gravità del reato, le eventuali argomentazioni del perito; se necessario si può acquisire la perizia integrale),
- il certificato penale,
- i carichi pendenti,
- l'informativa di polizia sul comportamento attuale e antecedente (si richiedono anche specifiche comunicazioni di reato o denunce se significative e recenti),
- la relazione dell'équipe REMS o, per la libertà vigilata, la relazione di UEPE e del DSM-DP,
- quant'altro necessario nel caso specifico per la valutazione delle qualità soggettive della persona ex art. 133 c.p.

Dato che raramente i magistrati di sorveglianza dispongono nuove perizie, è di estrema importanza l'acquisizione di relazioni dettagliate e approfondite da parte del DSM-DP.

B. Giudizio in ordine alla richiesta di revoca anticipata della misura di sicurezza

La revoca può essere richiesta dall'interessato prima dello scadere del termine di durata minima della misura di sicurezza già stabilita dall'autorità giudiziaria; occorre quindi fissare udienza in contraddittorio e il magistrato di sorveglianza esprime un'ulteriore valutazione aggiornata sulla

pericolosità sociale; se quest'ultima risulta superata, la misura di sicurezza viene revocata anche se il termine inizialmente fissato non è ancora decorso. Per formulare tale giudizio la Magistratura di sorveglianza richiede la relazione al DSM-DP/REMS, all' UEPE, e l'informativa di polizia.

C. Giudizio di riesame della pericolosità sociale (udienza in contraddittorio)

La valutazione viene effettuata all'udienza che il Magistrato di sorveglianza ha fissato in occasione della valutazione precedente.

In questa fase, è opportuno che i servizi coinvolti (DSM-DP, UEPE), si accordino sui contenuti delle rispettive relazioni e sulle proposte da formulare al Magistrato di Sorveglianza. Nella fase istruttoria per il riesame della pericolosità sociale la magistratura di sorveglianza chiede una relazione di aggiornamento al responsabile della REMS/DSM-DP, a UEPE e l'informativa di polizia. La MdS chiede che i contenuti della relazione siano dettagliati rispetto alla pericolosità sociale e alle condizioni psicopatologiche, all'assunzione della terapia, al riconoscimento della terapia, agli eventuali agiti auto-etero-aggressivi.

L'udienza può avere i seguenti esiti:

- 1) la proroga della stessa misura con fissazione di un nuovo termine per il riesame dopo un periodo discrezionalmente determinato dal giudice. È necessario che gli operatori coinvolti nel percorso di cura/trattamento rappresentino al MdS pareri o proposte in ordine alle modalità di svolgimento della misura e della durata della proroga. Nell'effettuare la valutazione di cui sopra, si dovrà tenere conto che il perdurare della misura di sicurezza, anche se non detentiva, rappresenta comunque una rilevante limitazione della libertà personale suscettibile di essere reiterata indefinitamente. Se sussiste il fondato timore che, all'indomani della cessazione della misura di sicurezza e delle relative prescrizioni, l'interessato interrompa i contatti con i servizi, Il Magistrato di Sorveglianza dovrà operare un bilanciamento, valutando se detto timore possa incidere sul giudizio di pericolosità;
- 2) la trasformazione della misura di sicurezza detentiva in libertà vigilata, che è opportuno intervenga dopo esperienze esterne gradualì, nella forma di licenze trattamentali o di licenza finale di esperimento;
- 3) la dichiarata cessazione della pericolosità sociale con conseguente revoca della misura in atto.

D. Giudizio di aggravamento della misura di sicurezza non detentiva in detentiva

È necessario allo scopo fissare udienza in contraddittorio. Non sono possibili interventi in urgenza da parte del MdS; ma prima dell'udienza le prescrizioni possono essere modificate su proposta dei soggetti coinvolti. In particolare il DSM-DP deve vagliare la proponibilità di tutti i possibili percorsi alternativi ad una misura di sicurezza detentiva, da sottoporre al Magistrato. Se ciò non è possibile, e le risultanze istruttorie lo giustificano, il Magistrato dispone la collocazione in REMS.

All'aggravamento si procede in caso di gravi trasgressioni commesse da persona in libertà vigilata, comunicate da Forze dell'Ordine, DSM-DP, Comunità terapeutica, Ufficio Esecuzione Penale Esterna o ricavabili da altre fonti. La collocazione in REMS è misura estrema e residuale e quindi non viene disposta se sono adottabili prescrizioni diverse o può modificarsi il luogo di attuazione della stessa Libertà Vigilata (ad esempio, inserendo il soggetto in altra comunità o modificando il progetto terapeutico riabilitativo). In caso di gravi trasgressioni della misura di sicurezza detentiva, l'équipe della REMS deve informare il MdS, soprattutto se sono adottabili provvedimenti come ad es. la revoca/concessione di licenze, della licenza finale di esperimento, variazione delle prescrizioni o la proposta di adozione di misure di sicurezza diverse. In ogni caso è opportuno rimodulare il PTRR in atto da parte dell'équipe della REMS e rappresentarlo all'A.G.

E. Unificazione di più misure di sicurezza: a richiesta della Procura, misure di sicurezza diverse ed applicate con differenti sentenze tutte divenute esecutive, possono essere unificate in una sola misura. A tal fine nella fase istruttoria si utilizzano le informazioni emerse in esito all'ultimo riesame o si decide in sede di riesame.

Al termine delle fasi fin qui illustrate, è opportuno che il DSM-DP e l'UEPE trasmettano le relazioni in tempo congruo, prima dell'udienza, affinché il MdS e le altre parti possano adeguatamente esaminarli. Per gli standard operativi a cui gli operatori del DSM-DP si atterranno, si rimanda al documento, in appendice, sul contributo del DSM-DP sulla pericolosità sociale. In sede di verifica periodica della pericolosità, per la quale viene proposto dai curanti un progetto alternativo alla REMS, nei casi di alta complessità, il DSM-DP, competente, e il responsabile della REMS assicurano la piena disponibilità *alla* Magistratura per una interlocuzione diretta nell'ottica di rimuovere ogni eventuale ostacolo all'applicazione del principio dell'intervento meno restrittivo possibile, che informa l'impianto della riforma.

F. Fase di concreta applicazione/gestione

Nell'ambito della collaborazione tra i servizi (UEPE e DSM-DP), sarà cura di questi ultimi segnalare alla magistratura di sorveglianza i progressi nel percorso terapeutico, ed eventuali criticità rilevanti e gravi. Così pure il MdS, nell'ambito della sua discrezionalità, invia a detti Servizi, tramite l'UEPE, comunicazioni di reato o altre significative notizie sul soggetto avute da altre fonti. A loro volta i servizi trasmetteranno le proprie valutazioni alla Magistratura di Sorveglianza, per ulteriori confronti.

G. Fase istruttoria della misura di sicurezza detentiva: al fine di consentire la realizzazione di attività esterne (licenze, art. 21, licenza finale esperimento, licenze ad horas) previste dal progetto terapeutico riabilitativo (PTRI/PTRR), l'équipe della REMS invia al MdS una relazione a sostegno della richiesta. La magistratura valida l'intero PTRI/PTRR e comunica i provvedimenti al direttore della REMS e all'interessato. Occorre che le istanze pervengano con congruo anticipo e non in date ravvicinate ai giorni indicati nelle richieste, che dovranno essere evase con sollecitudine dal MdS, compatibilmente con il completamento dell'istruttoria, eventualmente disposta e ritenuta necessaria, e considerata l'incidenza delle esperienze trattamentali esterne sul percorso delle persone sottoposte a misura di sicurezza.

UEPE e DSM-DP di concerto, ciascuno per le proprie competenze, facilitano i percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati e di inclusione sociale individuando nel budget di salute la metodologia privilegiata; agevolano i rapporti con le reti familiari e promuovono le azioni volte alla riparazione e alla conciliazione.

In particolare, se gli operatori della REMS, ravvisano il presupposto per un progetto di dimissione finalizzato alla misura di sicurezza non detentiva, trasmettono la relazione al Magistrato di Sorveglianza ed all'UEPE per gli adempimenti di competenza.

La REMS *provvisoria* di Bologna trasmette la relazione all'UEPE della stessa città, mentre la REMS *provvisoria* di Parma trasmette detta documentazione all'UEPE di Reggio Emilia; a loro volta gli UEPE che ricevono le comunicazioni attivano gli uffici territorialmente competenti per la realizzazione dei progetti esterni. L'intervento UEPE è finalizzato a verificare il contesto socio-familiare o di Comunità ai fini della praticabilità del percorso riabilitativo esterno, attraverso confronti a livello locale con il CSM competente territorialmente, garantendo una sinergia di interventi. L'UEPE trasmette l'esito dell'indagine al Responsabile REMS e al Magistrato di Sorveglianza.

UEPE e DSM-DP di concerto, ciascuno per le proprie competenze, facilitano i percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati (anche con budget di salute) e di inclusione sociale, lavorativa, i rapporti con le famiglie nonché, per quanto possibile, le azioni volte alla riparazione e alla conciliazione.

Strumenti trattamentali

Art. 53 l.p.:

- **Licenza per gravi esigenze personali o familiari:** sempre concedibile, ma non superiore a 15 giorni alla volta
- **Licenza trattamentale** (per favorire il riadattamento sociale): non più di gg. 30 all'anno. Le licenze concesse con modalità "ad horas" verranno calcolate sulla base delle ore di uscita effettivamente fruite dall'internato.
- **Licenza finale di esperimento:** concedibile per sei mesi nel periodo immediatamente precedente alla scadenza fissata per il riesame della pericolosità sociale

La licenza finale esperimento comporta l'attribuzione del paziente al CSM di competenza territoriale (e quindi può essere dimesso dalla REMS), pur permanendo solo formalmente in carico alla REMS, la cui equipe dovrà al termine della licenza esprimersi sulla proposta progettuale successiva. L'equipe della REMS, nel proporre licenza finale di esperimento, dovrà previamente e dettagliatamente esprimersi sulla progettualità proposta.

Nel caso di andamento non favorevole l'interlocuzione tra psichiatri della REMS/DSM-DP competente per territorio e magistratura potrà identificare tutti i provvedimenti utili ad evitare il rientro in REMS.

H. Fase per la gestione della misura di sicurezza non detentiva: la magistratura di sorveglianza chiede relazione informativa all'UEPE e/o al DSM-DP per autorizzazioni del libero vigilato in ampliamento delle prescrizioni già stabilite (solo se necessario viene richiesta l'informativa di polizia).

2. Le prescrizioni (Obblighi comportamentali)

Le prescrizioni nei provvedimenti decisorii, ossia nelle ordinanze applicative delle misure di sicurezza emesse dal MdS hanno particolare importanza per orientare e caratterizzare il percorso della misura di sicurezza; ciò avviene anche attraverso le indicazioni fornite dagli operatori coinvolti per la definizione di un trattamento individualizzato rispondente alle esigenze della persona.

Il Magistrato di sorveglianza formula le prescrizioni anche tenendo conto di quanto rappresentato, ciascuno per le proprie competenze da UEPE, DSM-DP e dall'équipe REMS in caso di libertà vigilata dell'internato in licenza. Anche qualora la persona in libertà vigilata sia in una struttura non pubblica il riferimento rimane il DSM-DP. In questo quadro, il DSM-DP valuta quali specifici interventi, ad integrazione del PTRI ed a supporto del processo di responsabilizzazione dell'utente, potrebbero diventare prescrizioni da proporre al Magistrato. Le prescrizioni di valenza socio-educativa, di inclusione sociale e terapeutica, ferma restando la competenza del MdS, possono utilmente scaturire dal confronto interdisciplinare tra Magistratura di Sorveglianza, DSM-DP e UEPE.

Le prescrizioni caratterizzanti la libertà vigilata sono di adozione obbligatoria in quanto espressamente previste dalla legge e di applicazione giudiziale a discrezione dell'Autorità Giudiziaria che le stabilisce secondo il criterio generale stabilito dall'art. 228 c.p.: idoneità ad evitare le occasioni di nuovi reati.

Le prescrizioni obbligatorie per legge (non revocabili e non modificabili) sono:

- ☐ l'inderogabile obbligo (v. art. 190 Disp att. Cpp) di fissare il domicilio in un certo Comune ove la vigilanza è affidata alle locali Forze dell'Ordine (se si muta domicilio può infatti cambiare l'Autorità di Vigilanza e occorre un'autorizzazione ad hoc del MdS perché è necessaria sempre la certa reperibilità del libero vigilato);
- ☐ l'obbligo di portare con sé la carta precettiva ed esibirla ai controlli di polizia.

Le prescrizioni previste giudizialmente (sempre revocabili, modificabili o integrabili):

- ☐ obbligo di presentarsi all'Autorità di Vigilanza quando stabilito (questo obbligo non deve essere gravoso e va modulato con ragionevolezza, soprattutto se ostacolante un percorso di cura);
- ☐ obblighi e divieti ritenuti opportuni dall'A.G., quali il necessario contatto con l'UEPE con il DSM-DP competente e l'obbligo di seguirne le indicazioni terapeutiche,
- ☐ l'obbligo di non uscire di casa in certi orari notturni o, se in Comunità, di rispettare le regole della struttura,
- ☐ divieto di abusare di alcolici, assumere sostanze stupefacenti, frequentare pregiudicati (salvo che in Comunità terapeutica),
- ☐ obbligo di svolgere attività di volontariato, tirocinio formativo o quant'altro ritenuto utile per favorire l'iter riabilitativo senza pregiudizio per le esigenze di sicurezza/controllo
- ☐ altri obblighi ritenuti opportuni dall'A.G. (anche su proposta di altri interlocutori istituzionali)

Per queste ultime prescrizioni, che in quanto stabilite devono essere rispettate, è sempre possibile, tuttavia, chiedere all'autorità giudiziaria di cambiarle o di integrarle con altre. Si sottolinea l'importanza che le prescrizioni stabilite siano conosciute dai principali soggetti coinvolti nel processo di esecuzione della misura di sicurezza e ne sia assicurato il rispetto per quanto di competenza.

Se il sottoposto è collocato presso una struttura residenziale, il giudice può prescrivere di risiedere presso il luogo di cura ed anche di non allontanarsene al di fuori di quanto stabilito dal programma terapeutico. Il responsabile della struttura deve segnalare al giudice e all'UEPE (in caso di struttura privata anche al DSM-DP) le inosservanze alle prescrizioni; a propria volta il magistrato valuterà il comportamento tenuto. Gli operatori della struttura non possono agire coercitivamente nei confronti dell'interessato per il rispetto delle stesse, in quanto attenersi alle prescrizioni è responsabilità della persona sottoposta alla misura di sicurezza, che ne risponde direttamente, fermo restando il controllo della condotta del soggetto in misura di sicurezza da parte dell'Autorità di Vigilanza: (Questura e/o Carabinieri) che vigila sulla condotta e il rispetto delle prescrizioni in libertà vigilata (misura di sicurezza non detentiva, licenza finale di esperimento, licenze di altro tipo, permesso).

Quando la richiesta di modifica perviene dalla struttura (Comunità, Residenza) in cui è inserito il libero vigilato, il MdS acquisisce ordinariamente il parere del DSM-DP attraverso l'UEPE. È spesso necessario un ampliamento o una modifica delle prescrizioni per meglio accompagnare il passaggio all'autonomia in famiglia o in contesti non protetti.

Modifica delle prescrizioni

Le prescrizioni possono essere richieste, cambiate o revocate:

- a) dal giudice di cognizione in caso di libertà vigilata provvisoria
- b) dal magistrato di sorveglianza in caso di libertà vigilata provvisoria quando la sentenza sia divenuta definitiva o qualora sia stata applicata tale misura a seguito dell'accertamento in concreto della pericolosità sociale.

Alcune volte la richiesta di modifica delle prescrizioni può venire dall'interessato e/o dal suo Difensore.

Inosservanza delle prescrizioni - A fronte di trasgressioni alle prescrizioni stabilite segnalate dall'Autorità di Vigilanza o da altre fonti, onde evitare il più possibile l'aggravamento della Misura di Sicurezza ed in particolare il ricorso alla REMS, i servizi proporranno modifiche del progetto riabilitativo in corso.

Bologna,

Per la Regione Emilia-Romagna
Assessore alle Politiche per la salute
Dott. Sergio Venturi

Per la Magistratura di Sorveglianza
Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna
Dott.ssa Antonietta Fiorillo

Per la Corte d'Appello di Bologna
Presidente della Corte d'Appello
Dott. Giuseppe Colonna

Per la Procura Generale di Bologna
Procuratore Generale
Dott. Ignazio De Francisci

Per l'Ufficio Interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna
di Bologna (U.I.E.P.E.)
Direttore
Dott.ssa Maria Paola Schiaffelli

Allegato A - GLOSSARIO

LE MISURE DI SICUREZZA

Le misure di sicurezza: sono misure limitative della libertà personale, diverse dalla pena irrogata in un giudizio penale, che si applicano nei confronti di persone considerate socialmente pericolose che abbiano commesso un reato (art. 202 c.p.) – condannati o assolti per infermità mentale/incapacità di intendere e volere - allo scopo di controllarne la condotta e prevenirne il pericolo di recidiva. Queste misure erano tutte caratterizzate dall'indeterminatezza del loro termine in quanto legate alla prognosi di pericolosità, ma la legge 30 maggio 2014, n. 81 ha introdotto in proposito un'importante modifica stabilendo che *“ Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima”*. Rimane la proroga indefinita, senza limite massimo di tempo, per la libertà vigilata sino a che il giudice ritenga sussistente la pericolosità sociale.

Le misure di sicurezza possono essere **detentive** e **non detentive**.

1. Misure di sicurezza detentive. L'internato ha l'obbligo di permanenza in struttura. Art. 215 c.p. articola un elenco tassativo, tra le varie:

1a) Colonia agricola o casa di lavoro (art.216 c.p.). Prevede l'attività agricola o il lavoro come strumento di rieducazione e reinserimento sociale del reo.

1b) Ricovero in casa di cura e custodia ex artt.219, 232 c.p.

- Dal 1°aprile 2015, **l'esecuzione di questa misura di sicurezza si attua nella Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)**, struttura residenziale socio-sanitaria, come previsto dall'art 3-ter - Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel d.l. 211/2011 relativo a interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri.
- **Destinatari:** È una misura stabilita per gli autori di delitto non colposo, condannati ad una pena diminuita (vizio parziale di mente/ capacità d'intendere e di volere grandemente scemata – art. 89 c.p.) a causa di infermità psichica o di cronica intossicazione derivante da alcool o da sostanze stupefacenti oppure per sordomutismo (art. 219 c.p.); libero vigilato che durante la misura di sicurezza non detentiva si rivela di nuovo pericoloso (art. 232 c.p.)
- **Durata minima** - a seconda del reato commesso varia:
 - **ricovero minimo di un anno** quando la pena stabilita dalla legge per il reato non è inferiore nel minimo edittale a cinque anni
 - **ricovero minimo di tre anni:** se per il delitto commesso è previsto l'ergastolo o la reclusione non inferiore a dieci anni
 - **ricovero minimo di sei mesi:** se si tratta di altri reati puniti con pena detentiva (diversa da quelle sopra indicate). Possibile la sostituzione con la libertà vigilata
- **Esecuzione:** avviene dopo che la pena detentiva è stata scontata o si è altrimenti estinta. In casi particolari, a richiesta o d'iniziativa d'ufficio del giudice, è possibile che il ricovero sia ordinato prima dell'espiazione della pena, per evitare che l'immediata

esecuzione della pena possa aggravare le condizioni di infermità psichica del condannato e interrompere l'iter di cura, maggiormente assicurato in sede di misura di sicurezza piuttosto che in ambito detentivo.

1c) Ricovero OPG ex art. 222 c.p. Dal 1° aprile 2015, a seguito della chiusura degli OPG, questa misura di sicurezza si attua nella **Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)**, come previsto dall'art 3-ter - Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel d.l. 211/2011 relativo a interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri.

- **Destinatari:** persone giudizialmente assolte perché non imputabili (vizio totale di mente – art. 88 c.p.) a causa di infermità psichica, intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, sordomutismo, che siano ritenute socialmente pericolose.
- **Durata minima:** è determinata in base alla gravità della pena astrattamente prevista per il delitto commesso (esclusi delitti colposi e contravvenzioni) per un periodo minimo **sempre non inferiore a due anni, salvo:**
 - **minimo dieci anni in caso di ergastolo**
 - **minimo di 5 anni se reato con pena edittale minima di dieci anni**
- **Carattere residuale delle misure di sicurezza detentive:** Il giudice deve disporre prioritariamente nei confronti del seminfermo di mente e dell'infermo di mente anche in via provvisoria, una misura di sicurezza diversa a carattere non detentivo (es. libertà vigilata), ricorrendo alle misure ex artt. 219 e 222 c.p., eseguite in struttura a esclusiva gestione sanitaria (REMS), solo se le altre misure non sono adeguate a far fronte alla pericolosità sociale del reo ed alle esigenze di cura del medesimo.

La pericolosità sociale va accertata in base alle qualità soggettive della persona e non in base alle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo (art.133 2 co. n.4 c.p.).

2. Misure di sicurezza non detentive – applicate a persona in libertà in un determinato ambito territoriale con obblighi/prescrizioni:

2a) **libertà vigilata** (art. 228 del codice penale). La libertà vigilata può essere disposta in una comunità terapeutica/altra struttura, oppure presso il domicilio.

2b) **espulsione dallo Stato dello straniero**

2c) **divieto di soggiorno (in uno o più comuni ovvero in una o più province)**

2d) **divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche**

Il giudice può disporre la trasformazione della misura di sicurezza detentiva in misura di sicurezza non detentiva o viceversa qualora ne ricorrano le condizioni avuto riguardo alla pericolosità sociale attenuata o aggravata.

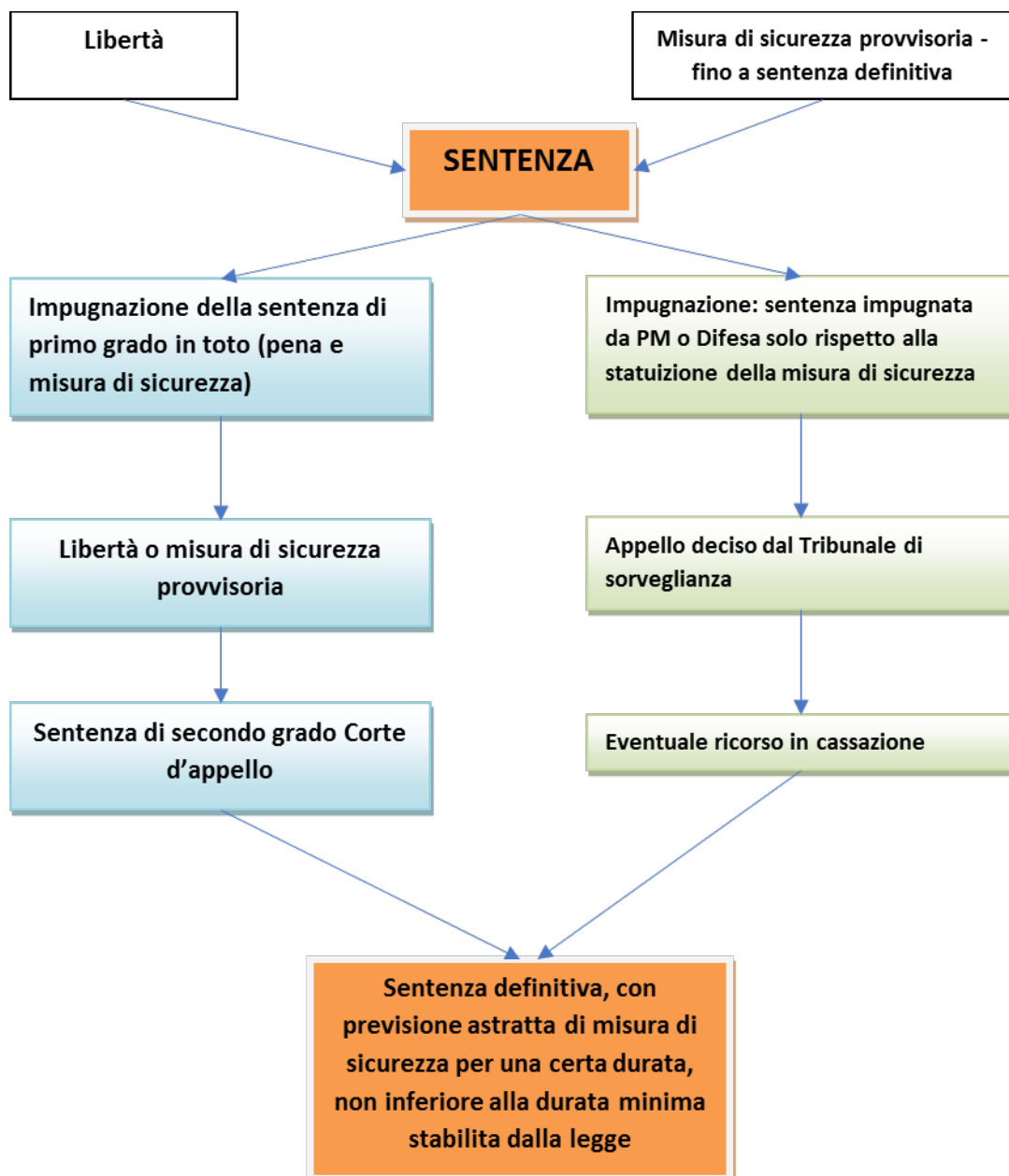
Rispetto alla misura di sicurezza detentiva non può essere superato il termine massimo di durata.

POSSIBILE ITER GIUDIZIARIO

Inizio giudizio

Oggetto del giudizio: accertamento responsabilità per commesso reato e valutazione pericolosità sociale

Iniziato il procedimento giudiziale la persona può attenderne gli sviluppi in stato di libertà o essere sottoposto a misura di sicurezza provvisoria se stabilita dal giudice come necessaria per accertata pericolosità sociale



Alla sentenza definitiva segue:

GIUDIZIO DEL MAGISTRATO DI SORVEGLIANZA

Oggetto del procedimento: accertamento **in concreto** della pericolosità sociale della persona condannata o prosciolta per la quale in sentenza è prevista una misura di sicurezza (in astratto) – art. 679 c.p.p.

Nelle more del giudizio di sorveglianza la gestione della misura di sicurezza provvisoria se ancora in atto, dopo la sentenza definitiva, viene seguita dal magistrato di sorveglianza.

Decisioni del Magistrato di sorveglianza all'esito dell'udienza ex art. 679 c.p.p.:

- applicazione della misura di sicurezza
- proroga della misura di sicurezza se già applicata ad ogni scadenza per una durata minima ulteriore (giudizio di riesame di pericolosità)
- revoca anticipata della misura di sicurezza
- trasformazione della misura di sicurezza (da detentiva in non detentiva o viceversa)
- cessazione della misura di sicurezza

RAPPORTO TRA PENA E MISURA DI SICUREZZA

Sequenze di esecuzione misura di sicurezza e pena

REMS ← → pena

Art.222 c.p.p. – (OPG) Nel caso in cui la persona sia ricoverata in REMS per questo tipo di misura di sicurezza e sopravviene una pena restrittiva della libertà personale per altro reato, l'esecuzione della pena si rimanda (si differisce) fino a che duri il ricovero in REMS per la misura di sicurezza. Terminato il ricovero si procede all'esecuzione della pena prevista nella sentenza di condanna (se vi sono i presupposti si può chiedere l'esecuzione della pena in misura alternativa al carcere).

Prioritaria per legge, temporalmente, l'Esecuzione misura di sicurezza in REMS rispetto all'esecuzione della pena di cui a una sentenza di condanna

Pena – REMS o possibile casa di cura e custodia/pena

Artt. 219,220 c.p.p. (Casa di cura e custodia) – Regola generale: L'ordine di ricovero presso **REMS** in relazione alla misura di sicurezza della Casa di cura e custodia **si esegue dopo** l'espiazione della pena restrittiva della libertà personale._

Prioritaria per legge temporalmente è l'esecuzione della pena per reato prima dell'attuazione del ricovero in REMS per misura di sicurezza di Casa di cura.

Eccezione: il giudice può disporre il ricovero in REMS in esecuzione del ricovero in Casa di cura e Custodia prima che sia iniziata la pena o prima che la pena termini, tenuto conto delle particolari condizioni d'infermità psichica del soggetto. A quest'ultimo riguardo il giudice può procedere d'ufficio alla luce degli atti in suo possesso, ma può anche decidere sulla base della richiesta dell'interessato, del DSM-DP o di chiunque abbia elementi utili da rappresentare sul punto.

LEGENDA

- **Internato** – sottoposto a misura di sicurezza detentiva
- **l.p.** – legge penitenziaria
- **art. 11 l.p.** – trasferimenti esterni per cura
- **LICENZE** – Art. 53 l.p. (strumenti trattamentali durante la misura di sicurezza detentiva)
 - **Licenza per gravi esigenze personali o familiari**
 - **Licenza trattamentale**
 - **Licenza finale di esperimento**

Durante le licenze l'internato deve rispettare gli obblighi di libertà vigilata stabiliti.

Le richieste di licenza devono essere corredate da relazione/proposta equipe REMS

- **Lavoro all'esterno** – art. 21 l.p.
Viene proposto dalla Direzione REMS. Occorre che la proposta sia corredata da relazione
- **Semilibertà** – artt. 48 e ss. l.p.- possibilità di trascorrere parte del giorno fuori dell'istituto per partecipare ad attività lavorative, istruttive o comunque utili al reinserimento sociale (art. 48 l.p.).
La richiesta di semilibertà viene avanzata dall'interessato al Tribunale di sorveglianza competente (in relazione al luogo di attuazione della misura di sicurezza).
Se concessa viene stilato dalla Direzione REMS un programma di trattamento, statuente precisi obblighi e attività da espletare, che diviene esecutivo dopo l'approvazione del magistrato di sorveglianza
- **Permesso** – art. 30 l.p. concedibile all'internato, a richiesta, in caso di imminente pericolo di vita di un familiare o di un convivente nonché per eventi familiari di particolare gravità
- **Libertà vigilata** – **art. 228 c.p.** Imposte prescrizioni comportamentali oggetto di vigilanza da parte dell'Autorità di Pubblica sicurezza
- **Libertà vigilata per infermi di mente** – art. 232 c.p.: può essere disposta nei confronti di persona con infermità psichica solo se possibile affidarla a coloro che abbiano l'obbligo di provvedere alla sua assistenza o a istituti di assistenza sociale.
Se durante la libertà vigilata l'infermo si rivela di nuovo pericoloso alla libertà vigilata è sostituita la misura di sicurezza detentiva della casa di cura e custodia.
Se l'affidamento in libertà vigilata non è possibile è ordinato il ricovero in casa di cura e custodia

***SCHEDA SULL'APPLICAZIONE
DELLE MISURE DI SICUREZZA A SOGGETTI
PARZIALMENTE O TOTALMENTE
INCAPACI DI INTENDERE E DI VOLERE
A CAUSA DI INFERMITA' PSICHICA***

La Regione Emilia-Romagna ha promosso un gruppo di lavoro interdisciplinare con l'obiettivo di potenziare le sinergie tra i Tribunali, gli Uffici di Sorveglianza e i Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze patologiche nella definizione e gestione dei percorsi delle persone non imputabili cui vengono applicate le misure di sicurezza. Il gruppo di lavoro, nominato con determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche sociali n. 10702/2014, ha prodotto un documento di indirizzo **“Scheda sull'applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e di volere a causa di infermità psichica”**, che fornisce alcuni suggerimenti operativi riguardanti le interfacce, nella fase del processo, tra Magistratura e Dipartimenti di Salute Mentale. Il tema delle relazioni tra Magistratura, DSM-DP e UEPE sui percorsi dei pazienti autori di reato, snodo da sempre problematico, ha acquisito maggiore importanza nell'attuale fase caratterizzata dall'estensione delle misure di sicurezza non detentive e dal progressivo superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Il documento suggerisce una prassi di collaborazione tra il Tribunale e il DSM-DP fin dalla fase delle indagini preliminari svolte dalla Procura. Prassi mediata dal perito e/o dal consulente tecnico che, pur in posizione di autonomia e terzietà, assume l'onere di indicare, in collaborazione con i Servizi territoriali, le soluzioni più idonee dal punto di vista sanitario per l'infermo di mente autore di reato. Ciò al fine di favorire soluzioni prescrittive che garantiscano prioritariamente, nei limiti delle concrete possibilità di offerta dei DSM DP, il soddisfacimento dei fabbisogni terapeutici dei pazienti, e il rispetto delle esigenze di controllo sociale.

Gruppo di Lavoro interdisciplinare
Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri
Regione Emilia Romagna – Magistratura (di Sorveglianza e di Cognizione).
(ex determina DG Sanità e Politiche sociali Regione Emilia Romagna n. 10702/2014)

Dott.ssa Nadia Buttelli - Giudice presso il Tribunale di Bologna
Dott.ssa Valeria Calevro - Azienda USL Reggio Emilia
Dott.ssa Anna Cilento - Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri
Dott. Francesco Maisto - Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna
Dott.ssa Manuela Mirandola - Magistrato di Sorveglianza presso il Tribunale di Bologna
Dott.ssa Anna Luisa Giuliana Mori - Magistrato di Corte D'Appello presso il Tribunale di Bologna
Dott. Michele Sanza - Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri
Dott.ssa Sandra Ventura - Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri
Dott. Fabio Santarini - DSM-DP Azienda USL della Romagna
Dott. Nazario Santolini - DSM-DP Azienda USL della Romagna
Dott. Roberto Zanfini - DSM-DP Azienda USL della Romagna

Regione Emilia-Romagna
Assessorato alle Politiche per la Salute
Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali e per l'Integrazione
Servizio Assistenza Territoriale
Viale Aldo Moro, 21
40127 - Bologna
assistentaterritoriale@regione.emilia-romagna.it

SCHEDA SULL'APPLICAZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA A SOGGETTI PARZIALMENTE O TOTALMENTE INCAPACI DI INTENDERE E DI VOLERE A CAUSA DI INFERMITA' PSICHICA

I presupposti dell'applicazione di misure di sicurezza ai soggetti in questione sono l'accertata presenza di un'infermità tale da escludere o ridurre grandemente la capacità di intendere e di volere **al momento del fatto** (artt. 88 e 89 cp) e la pericolosità sociale intesa come probabilità di commissione di nuovi reati e desunta dai criteri di cui all'art. 133 cp (art. 203 cp).

Si deve evidenziare come il rischio di reiterazione di condotte illecite non debba intendersi limitato alla sola tipologia di reato per il quale pende il procedimento, ma a tutti i possibili comportamenti penalmente rilevanti **purchè riconducibili alla patologia**.

La misura viene di regola ordinata con la sentenza (art. 205 cp), ma può essere anche disposta in via provvisoria ex art. 206 cp e 312, 313 cp.

Prima dell'entrata in vigore della l. 81/2014, le tipologie di misura di regola applicabili all'infermo di mente erano il ricovero in OPG **per l'infermità totale** (art. 222 cp) o in una casa di cura e custodia **per l'infermità parziale** (art. 219 cp), ovvero, dopo la sentenza della Corte Costituzionale n. 253 del 18.7.2003, la libertà vigilata (art. 228 cp).

La recente normativa che ha previsto il superamento dell'OPG e della casa di cura e custodia e la sostituzione di queste ultime con una struttura sanitaria regionale (art. 3 *ter d. l. n.*, 211 del 22.12.2011, convertito in l. n. 9 del 17.2.2012) non ha espressamente abrogato le norme sopra richiamate, le quali continueranno quindi a rimanere in vigore salva la collocazione del soggetto nella struttura regionale in luogo delle misure originariamente previste **dell'OPG e della casa di cura e custodia**.

Le norme prevedono alcuni limiti di pena, al di sotto dei quali non è possibile ordinare la misura.

In particolare:

- Il ricovero in OPG (ora la collocazione in REMS) può essere disposto solo in caso di condanna per delitto doloso per il quale è prevista la pena della reclusione superiore nel massimo a due anni, con esclusione delle contravvenzioni, dei delitti colposi e di quelli puniti con la pena pecuniaria;
- L'assegnazione ad una casa di cura e custodia (ora collocazione in REMS) può essere disposta quando la pena stabilita dalla legge non è inferiore nel minimo a cinque anni.

Prima dell'entrata in vigore della riforma la misura di sicurezza veniva revocata solo quando il sottoposto cessava di essere socialmente pericoloso (art. 207 cp).

La l. 81/2014 ha sul punto profondamente modificato la disciplina precedente, stabilendo all'art. 1, comma 8, 8.1, 1 quater che la collocazione nella REMS non può avere una durata superiore a quella della pena edittale massima prevista per il delitto commesso, determinata a norma dell'art. 278 cpp.

a) L'applicazione provvisoria delle misure di sicurezza; a) problemi applicativi:

Una prima questione che si pone è se al caso di specie sia applicabile l'art. 280 cpp quanto ai limiti di pena ivi previsti.

La giurisprudenza di legittimità si è occupata dei rapporti tra le norme sulle misure cautelari e quelle in esame soprattutto con riferimento all'eventuale perdita di efficacia della misura in caso di mancato espletamento dell'interrogatorio previsto dall'art. 313 cpp nel termine di cui all'art. 294 cpp.

Le ultime pronunce (Cass. sez. 2, sent. n. 36732/10) escludono che al caso di specie sia applicabile l'art. 302 cpp sulla base di un ragionamento che può essere esteso anche alla questione in esame.

In particolare, osserva la Corte che *l'equiparazione tra misura provvisoria e custodia cautelare disposta dall'art. 313 comma 3 cpp è limitata alle impugnazioni*; d'altro canto l'art. 312 pone quali presupposti dell'applicazione provvisoria unicamente la sussistenza di gravi indizi di commissione del fatto (*e, si noti bene, non di colpevolezza come previsto dall'art. 273 comma 1 cpp, posto che quest'ultima presuppone l'imputabilità*), nonché la non ricorrenza delle situazioni previste dall'art. 273 comma 2 cpp (*cause di giustificazione, di non punibilità o di estinzione, con tutte le difficoltà di valutare ad esempio la sussistenza di una scriminante putativa in caso di soggetto afflitto da un delirio persecutorio!*).

Da ciò sembra in ogni caso doversi desumere che al caso di specie non si applica l'art. 280 cpp, con conseguente possibilità di applicare la misura di sicurezza in via provvisoria anche ove sarebbe preclusa l'applicazione di una misura cautelare.

b) La verifica periodica della pericolosità; forme e termini:

Prima della riforma la misura applicata ex artt. 312 e 313 cpp non era soggetta a termine, salva la necessità di periodica verifica della pericolosità, atteso che l'art. 206 comma 2 cpp prevede la cessazione di quest'ultima quale unica causa di revoca.

Dopo l'entrata in vigore della l. 81/2014 quella disposizione si applica solo alle misure diverse dalla REMS, la quale invece è soggetta ai limiti di durata già richiamati.

In ogni caso rimane ferma la periodica verifica della pericolosità prevista dall'art. 313 comma 2 cpp; un ulteriore problema è allora se l'accertamento in oggetto, da effettuarsi ogni sei mesi, debba svolgersi necessariamente nella forma della perizia.

Due sono i punti fermi, e segnatamente che la verifica deve essere operata dal giudice e che essa deve essere disposta nel termine di cui all'art. 72 cpp (norma relativa alla sospensione del processo per incapacità dell'imputato a parteciparvi, la quale prevede un accertamento ogni sei mesi).

Se il sottoposto è (ancora) collocato in OPG o in casa di cura e custodia l'art. 11 reg. ordinamento penitenziario al comma 6 prevede che la direzione informi mensilmente le autorità competenti sulle condizioni psichiche dei soggetti ricoverati ai sensi degli artt. 148, 206 e 212 comma 2 codice penale e sulla base di queste relazioni il giudice procedente valuterà in ordine alla permanenza della pericolosità anche senza procedere a perizia.

Analogamente si può procedere se lo stesso è invece collocato presso una REMS.

Se invece il sottoposto si trova in libertà vigilata il giudice potrà valutare la pericolosità sulla base della documentazione trasmessa dal DSM-DP ed eventualmente dalla struttura che segue il soggetto.

E' però importante che la verifica venga disposta nei termini di legge, al fine di evitare che un soggetto la cui pericolosità è cessata o fortemente attenuata si trovi a dover patire forme spesso molto invasive di limitazione della libertà personale nonostante il venir meno dei presupposti.

c) (segue) Individuazione del soggetto incaricato di procedere alla verifica:

Se il giudice ritiene necessario avvalersi di un professionista sarebbe opportuno incaricare un soggetto che già conosce l'indagato/imputato, ed è quindi in grado di valutarne non solo in modo più approfondito ma sicuramente in tempi più rapidi l'evoluzione.

Se è stata in precedenza disposta perizia sarebbe quindi opportuno affidare l'incarico al medesimo perito, il quale ha, tra l'altro, il vantaggio di conoscere già il soggetto.

IL PERITO POTRA' AL FINE DI RIVALUTARE LA PERICOLOSITA' RICHIEDERE AL SERVIZIO CHE HA IN CARICO IL SOGGETTO UNA RELAZIONE CLINICA BASATA SULL'ATTIVITA' DI OSSERVAZIONE DELLA PERSONA, FERMO RESTANDO CHE LA VALUTAZIONE DI PERICOLOSITA' E' RISERVATA AL PERITO STESSO E NON PUO' ESSERE DELEGATA AL SERVIZIO.

E' in ogni caso essenziale che la verifica venga affidata ad un soggetto munito delle necessarie competenze tecniche e quindi ad uno psichiatra, il quale potrà se necessario avvalersi di ausiliari, e venga eseguita in modo approfondito e non superficiale, idoneo a vagliare se realmente permangano i presupposti di misure spesso molto contenitive e non soggette ad alcun termine massimo, così da evitare i cd. *ergastoli bianchi*.

d) La scelta della misura di sicurezza

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) 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.

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.

La norma prevede poi che la valutazione sottostante alla scelta non possa tenere conto né delle condizioni di vita del sottoposto (art. 133 comma 2 n. 4 cp), né della mancanza di programmi terapeutici individuali; in sostanza il legislatore ha voluto evitare che una carenza del sistema ricada sull'interessato.

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 individuì 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.

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*

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.

In tale contesto il giudice sarà quindi chiamato a valutare in concreto l'adeguatezza della soluzione proposta, il che non può avvenire senza una conoscenza di massima, anche da parte del giudicante, del contesto e dell'assetto delle singole strutture.

Questa tematica non vale solo per la fase propriamente applicativa della misura di sicurezza, ma anche per la fase cautelare in pendenza di perizia.

In altre parole, quando si deve applicare una misura cautelare detentiva a persona della quale si sospetta una sofferenza psichica sarebbe opportuno, e sovente accade, che in luogo della custodia in carcere venissero applicati gli arresti domiciliari presso una struttura adeguata, ed anche in tale fase l'apporto del perito nell'individuazione di quest'ultima è veramente prezioso.

In proposito si sottolinea la necessità che l'interessato non venga trattenuto presso tale struttura per un tempo superiore a quello reso necessario dalle contingenti esigenze di cura; in particolare se il predetto viene collocato presso un presidio deputato a trattare le urgenze sarà opportuno- sempre che la misura debba essere mantenuta- individuare una nuova collocazione una volta superata la fase acuta del disagio psichico.

E' quindi auspicabile un raccordo tra l'Autorità Giudiziaria ed i sanitari che hanno in cura il soggetto al fine di armonizzare le decisioni del giudice con il percorso tracciato dai primi.

Si deve inoltre rilevare la necessità che gli arresti domiciliari in luogo di cura vengano disposti solo quando emerge un fondato sospetto di patologia psichica e di legame tra quest'ultima ed il reato commesso e previa acquisizione della disponibilità del Dipartimento di Salute Mentale competente per territorio ad accogliere il soggetto presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ovvero in altra residenza sanitaria ovvero presso qualsiasi altra struttura o presidio della rete dipartimentale. Quest'ultimo servizio dovrà poi mantenere un costante collegamento con il perito segnalando la necessità di continuare ad eseguire la misura cautelare in SPDC ovvero in altra residenza sanitaria o altra struttura della rete dipartimentale; parimenti dovrà essere segnalata all'esperto incaricato delle operazioni peritali l'assenza di necessità di proseguire la cautela in ambiente sanitario (ad esempio per assenza o cessazione del disturbo psichico). Il servizio in parola potrà poi fornire al perito una periodica relazione sulle condizioni del soggetto e dovrà segnalare all'Autorità Giudiziaria eventuali trasgressioni alle prescrizioni, in primis l'evasione.

In esito alle verifiche espletate, se la perizia conclude nel senso di una totale esclusione dell'imputabilità ed emergono i presupposti per applicare in via provvisoria una misura di sicurezza, questa potrebbe essere disposta proprio nel luogo ove il soggetto già si trova, con tutti gli effetti che ne conseguono quanto alla prosecuzione del programma terapeutico in atto.

Se, invece, l'imputabilità è diminuita ma non esclusa, quest'ultima esigenza sarebbe in ogni caso garantita attraverso il mantenimento della collocazione sempre in regime cautelare.

Un' ulteriore questione riguarda poi la fase strettamente applicativa della misura di sicurezza diversa dall'OPG ed oggi dalla REMS

E' vero che, dopo la richiamata sentenza della Corte, il giudice può scegliere tra le varie tipologie, ma non può inventarsi una misura di sicurezza non prevista dal codice.

In particolare, se il perito ritiene congrua la collocazione del soggetto presso una struttura territoriale, occorre domandarsi a quale tipologia di misura di sicurezza questa sia riconducibile, e la risposta non può che essere la libertà vigilata, posto che, analogamente a quanto accadeva prima della riforma con gli opg e le case di cura e custodia, la sola misura detentiva prevista dall'ordinamento è la collocazione nelle rems, ovvero in strutture ben individuate.

L'interessato verrà allora sottoposto a tale regime con la prescrizione di dimorare presso la struttura e di seguire il programma terapeutico; trattandosi però di misura di sicurezza non detentiva, il soggetto sarà in ogni caso formalmente in stato di libertà, con tutto ciò che ne consegue quanto al rischio di allontanamento volontario (*peraltro statisticamente infrequente*), **ACCADIMENTO CHE IN OGNI CASO DOVRA' ESSERE SEGNALATO ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA COMPETENTE PER LE VALUTAZIONI DEL CASO.**

Tale contesto pone inoltre un ulteriore problema pratico.

L'interessato deve infatti essere, nei casi di cui sopra, formalmente liberato, ed a ciò consegue la necessità che lo stesso si rechi presso il luogo di accoglienza non a mezzo di traduzione, bensì autonomamente.

Molto spesso il personale della struttura è disponibile ad accompagnare il soggetto presso la stessa immediatamente dopo la liberazione, ma se ciò non avviene sono intuibili tutti i rischi connessi alla possibilità che una persona comunque afflitta da problemi psichici e connotata da una pericolosità sociale, anche se non così intensa da richiedere forme particolarmente contenitive, possa recarsi nel luogo di cura del tutto priva di controlli.

In caso di allontanamento del sottoposto o di gravi trasgressioni al programma terapeutico (aggravamento della patologia, inosservanza delle prescrizioni, ecc.), infatti, oltre alle conseguenze potenzialmente negative che potrebbero derivarne (*atti di auto o etero lesionismo, aggravamento del malessere psichico per effetto dell'interruzione del programma, ecc.*) si dovrebbe probabilmente ripristinare proprio una di quelle tipologie di misura detentiva che tutta la prassi fin qui esaminata tende ad evitare; in tal caso sarà comunque necessario fissare un'apposita udienza e salva comunque la possibilità di procedere a trattamento sanitario obbligatorio se ne ricorrono i presupposti.

Anche in tale prospettiva è allora molto importante la buona conoscenza sia del soggetto, che della struttura da parte sia del giudice, che del perito al fine di valutare se essa offra, anche sotto il profilo che interessa, un'idonea garanzia, laddove per struttura si intende l'organizzazione dipartimentale che ha in cura il paziente.

Il contributo dei DSM-DP alla valutazione del Giudice sulla pericolosità sociale dei pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato

Introduzione

Al 31 marzo 2015 si è “*conclusa*” la vicenda degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari con il superamento definitivo degli stessi attraverso l’avvenuta chiusura e la garanzia di più degne alternative da parte delle Regioni per mezzo dei Dipartimenti di Salute Mentale. È così che la prospettiva della cura e del reinserimento sociale dei pazienti autori di reato non imputabili, ha assunto un ruolo centrale nella gestione della *pericolosità sociale* di origine psichiatrica. Già in passato, più timide, ma comunque importanti riforme, avevano richiamato l’importanza dell’assistenza *psichiatrica ordinaria* nella gestione dei percorsi di persone, riconosciute non imputabili, per infermità di mente, e socialmente pericolose. La Sentenza n. 253 del 18 luglio 2003 della Corte Costituzionale aveva, infatti, stabilito l’illegittimità dell’art. 222 del Codice Penale nella parte in cui contemplava l’automatismo tra l’accertamento della pericolosità sociale da vizio di mente e l’internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Si era aperta così anche per i non imputabili la possibilità di percorsi interamente territoriali in applicazione della misura di sicurezza della libertà vigilata, in passato di esclusivo appannaggio dei semiinfermi. Ampliati i margini discrezionali del Giudice, veniva superata l’obbligatorietà della gestione detentiva della pericolosità sociale a favore della gradazione della misura che poteva trovare applicazione nel contesto delle cure offerte dal Dipartimento di Salute Mentale. Già questo passaggio aveva consegnato ai DSM la gestione diretta, clinica, secondo orientamenti professionali non centrati sulle esigenze di custodia, di persone non imputabili riconosciute socialmente pericolose.

Ora, nel contesto della normativa recente, Decreto-Legge del 31 marzo 2014 n. 52 convertito nella legge 81/2014, che ha condotto al superamento degli OPG ciò che era l’eccezione, la misura di sicurezza non detentiva *territoriale*, è divenuta la regola; di rimando, ciò che era la regola, la misura di sicurezza detentiva, mediante internamento in OPG, si è trasformata nell’eccezione di carattere residuale. A questo si aggiunga che i luoghi di internamento, ancora previsti dal codice penale, sono stati in via provvisoria sostituiti dalle Residenze per l’esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) istituite dalle Regioni e inserite a pieno titolo nella rete delle strutture del Dipartimento di Salute Mentale. La novità epocale apportata dal percorso giuridico più sopra esaminato ha di fatto accresciuto il ruolo dei Dipartimenti di Salute Mentale; le REMS, *extrema ratio*, sono di esclusiva gestione sanitaria e regionale, ma vanno sempre e comunque, per prime, considerate idonee le soluzioni territoriali (come peraltro fortemente ribadito nella recentissima Circolare Regionale N° 18, Prot. N. PG/2015/0891389 del 29 dicembre 2015). Le REMS, infatti, non vanno prese in considerazione a meno che non vengano acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non sia idonea ad assicurare cure adeguate ed a far fronte alla pericolosità sociale

È palese che la questione dei percorsi dei pazienti autori di reato si è spostata dall'ambiguo terreno del trattamento in luoghi di coercizione di esclusione, a quella dei percorsi di cura del DSM-DP. Il paradigma dei trattamenti di Salute Mentale correnti, orientati alla inclusione sociale e alla recovery, si è sostituito a quello custodialistico, nella sostanza sanzionatorio, dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

Ma nell'ordinamento corrente la sussistenza della Pericolosità sociale, presupposto delle misure di sicurezza provvisorie e definitive applicate per motivi di infermità mentale, è rimasta di esclusivo appannaggio della Magistratura. Solo il Giudice può stabilire, generalmente con l'ausilio di una perizia la sussistenza di quelle caratteristiche del soggetto, già riconosciuto incapace di intendere e di volere, che lo pongono a rischio della commissione di nuovi reati per causa della malattia da cui è affetto.

Quindi la Valutazione della Pericolosità sociale era ed è, pur nel nuovo contesto di Legge, materia del Giudice. La collocazione dei percorsi di cura in seno alla rete dei servizi territoriali del DSM-DP, determina nuove e più ampie esigenze di collaborazione tra le strutture della Salute Mentale e i Tribunali. Da qui l'esigenza di un documento che definisca compiti e finalità dell'azione dei DSM-DP nella gestione dei percorsi di cura dei pazienti autori di reato e soprattutto sia di sostegno ai professionisti nel complicato *iter* processuale che dalla fase istruttoria conduce alla sentenza definitiva.

1. Fase Istruttoria o delle Indagini preliminari: interlocuzione del DSM-DP con la Procura della Repubblica

Indagini

Le informazioni richieste dall'AG verranno fornite su richiesta della Procura o delega della stessa alla Polizia giudiziaria. Nella fase delle indagini preliminari la Polizia Giudiziaria può, nell'attività di prevenzione e repressione dei reati che gli è propria, ai sensi dell'art. 55 comma 1 del c.p.p., assumere anche di propria iniziativa informazioni su soggetti coinvolti o presunti coinvolti in atti criminosi.

Deve però farlo formalizzando la richiesta della Procura per iscritto, o facendo risultare il nome del funzionario di PG delegato dal PM richiedente e questi, anche se in divisa, dovrà essere riconosciuto o identificato dagli operatori ai quali è stata posta la richiesta. La risposta in questo caso, come in generale, dovrà essere fornita per iscritto, richiamando il documento di richiesta contenente l'identificazione del soggetto richiedente. Naturalmente la PG, né tanto meno l'AG, è tenuta a riportare nella richiesta le motivazioni che sono coperte dal segreto posto sulle indagini e sulla eventuale istruttoria. L'ampiezza della facoltà della PG di accedere a dati personali altrimenti oggetto di privacy è equilibrata dall'obbligo in cui incorre quest'ultima di aggiornare un fascicolo a disposizione della Procura su tutte le indagini formalmente in corso. È anche per questo motivo che dovranno essere scoraggiate le richieste informali, opponendo diniego qualora venissero presentate. Non si dovrà rispondere nel merito, sempre motivando la risposta negativa, in caso di richieste inappropriate: es. richiesta di valutazione psicologica/criminologica, richiesta di valutazione di persona non in carico o non nota, richiesta telefonica della polizia giudiziaria.

Del tutto eccezionalmente può accadere che per motivate ragioni d'urgenza la richiesta di informazioni avvenga da parte della PG per telefono. In questo caso è possibile ottemperare alla richiesta ma solo dopo avere richiamato l'utenza delle FF OO interessate, accertando così la provenienza della telefonata. Si dovrà inoltre richiedere il nome e il cognome del richiedente e il suo ruolo di funzionario di PG, riportando i dati in cartella o in altro documento ufficiale del Servizio; ed infine si dovrà richiedere di ottenere un fax *ex post* per la definitiva formalizzazione della richiesta. In caso di inottemperanza a quest'ultima richiesta il dirigente del Servizio coinvolto valuterà se effettuare una segnalazione dell'inadempienza alla competente Procura.

Dopo il reato di cui è autore un soggetto affetto da patologia psichica, nota o da accertare

A fronte di un reato già commesso ove si renda necessario, ovvero in seguito a richiesta dell'AG, o semplicemente opportuno, ovvero per ragioni assistenziali, che il paziente autore di reato venga visitato, lo psichiatra del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche può incontrarlo in vari contesti di cura: l'ambulatorio del CSM (compreso il servizio di accettazione), le strutture residenziali, il carcere, l'ospedale per acuti (compreso il Pronto Soccorso). In ogni ambito di cura si possono delineare sostanzialmente due evenienze di rapporto con la Procura della Repubblica/Polizia Giudiziaria: la richiesta "ordinaria" di informazioni e la richiesta urgente.

1. Nel primo caso, richiesta ordinaria, il Servizio risponderà con una relazione clinica e/o con la messa a disposizione della documentazione.

2. Il secondo caso è quello della richiesta “urgente” dove urgente può significare: per il sistema penale l'immediatezza del reato o la necessità di assumere determinati provvedimenti a carico dell'indagato/imputato; per lo psichiatra, urgente, ha un significato clinico collegato allo stato sintomatologico o funzionale del paziente. Non necessariamente queste due urgenze coincidono: ad es. un reato anche grave non è sempre indice di scompenso.

In ogni caso lo psichiatra del DSM DP, data per scontata la disponibilità alla collaborazione, seguirà i principi del proprio mandato di cura tentando di separarlo da quelli di controllo e di surroga di competenze altrui: ad es. anche nel caso in cui decida per un trattamento sanitario obbligatorio, pur essendo connotato dalla coercizione, questo non deve essere concepito come sostitutivo delle misure cautelari, che potrebbero essere contemporaneamente emesse dal Magistrato.

La delicatezza della valutazione, pur sempre e solo clinica, nel caso urgente impone una particolare accuratezza: anamnesi, esame dello stato mentale, accertamenti diagnostici (es. esame tossicologico). In base alle necessità, es. complessità della situazione clinica, necessità di approfondimenti, in specie nel caso di paziente non noto, si può ricorrere anche all'invio in Pronto Soccorso. Al termine della valutazione, lo psichiatra si esprimerà sulle cure più appropriate compreso il contesto in cui si possono erogare.

In ogni caso è consigliabile che il DSM DP interagisca attivamente con la Procura aggiornandola sullo stato clinico del paziente e sul regime di cura più appropriato per evitare prolungate permanenze in ambiti di cura non indicati.

Se questi sono i principi generali dei casi urgenti, essi possono applicarsi a due situazioni diverse:

- a) il caso di un paziente non noto (o non attualmente in cura) nel quale di solito occorrerà un'adeguata osservazione e un'approfondita e circostanziata valutazione prima di giungere a decisioni;
- b) il caso di un paziente attualmente in cura in cui il clinico si trova nella favorevole posizione di conoscere il paziente, la patologia da cui è affetto, l'adesione e la risposta alle cure...) per esprimere un giudizio clinico arricchito di informazioni di cui potrebbe giovare la Procura per le sue decisioni (es. tipo di misura cautelare).

2. Fase del Processo: Interlocazione del DSM DP con il GIP/GUP

L'interlocazione del DSM-DP con il Tribunale nella fase del processo a riguardo dell'accertamento della pericolosità sociale è stata già oggetto di trattazione, seppure per via indiretta, nella *“Scheda sull'applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e di volere a causa di infermità psichica”*. Il documento richiamato è stato prodotto nel 2014 da un gruppo di lavoro istituito dalla Regione Emilia-Romagna, cui hanno partecipato esperti di psichiatria forense dei Servizi, la Presidenza della Magistratura di Sorveglianza della stessa regione e alcuni magistrati di cognizione, a tal scopo espressamente autorizzati dal Consiglio Superiore della Magistratura. Infatti la citata scheda richiama e riafferma, semmai ve ne fosse necessità, il principio giuridico fondamentale che

l'accertamento della pericolosità sociale del reo non imputabile è di esclusiva competenza del Giudice, che può avvalersi, e nella pratica quasi sempre si avvale, della collaborazione di un perito tecnico, incaricato di valutare le condizioni di punibilità e dell'eventuale sussistenza della tendenza alla recidiva delittuosa per le sole motivazioni psicopatologiche. In nessun caso il DSM DP deve sostituirsi all'opera compiuta dalla Magistratura in piena autonomia con la collaborazione di tecnici individuati fiduciarmente. Tuttavia il ruolo e le responsabilità del DSM DP in questi passaggi rimane di grande importanza, non solo per il fatto che il Centro di Salute Mentale è un naturale serbatoio di conoscenze specifiche del paziente in carico autore di reato che rende, da sempre, indispensabile la collaborazione tra il perito e il servizio per il migliore compimento delle indagini tecniche. Ma soprattutto perché, nel nuovo contesto normativo, reso finalmente ed universalmente cogente con la legge 41 del 2013, ma che di fatto risale alle conseguenze della sentenza della Corte Costituzionale del 2003, la collaborazione attiva tra il Dipartimento di Salute Mentale e la Magistratura, spesso mediata dal perito, è tesa ad individuare le soluzioni più idonee, e meno invasive possibili, per l'applicazione delle eventuali misure di sicurezza. Di fatto la valutazione della pericolosità sociale, avulsa per norma dalla sussistenza di un progetto terapeutico in atto, avviene nella concretezza delle condizioni di vita attuali del paziente non imputabile e delle soluzioni terapeutiche specificamente adottabili dai servizi. È evidente che in questo quadro il livello di coinvolgimento del Dipartimento nel percorso è di cruciale importanza soprattutto per quanto attiene la definizione del progetto terapeutico territoriale.

Si può pertanto affermare che da un punto di vista meramente tecnico la funzione del DSM-DP si esaurisce nel fornire la più ampia collaborazione al perito, facilitando le operazioni e mettendo, ovviamente, a disposizione ogni fonte di informazione oltre quella scontata della cartella clinica. Ma nella sostanza la valutazione della pericolosità sociale, soprattutto per quanto riguarda la gradazione della misura di sicurezza, rimane ancorata alle possibili e concrete soluzioni terapeutiche che sono di competenza del DSM-DP. In quest'ottica, sempre considerando propedeutica e non esaustiva l'opera del CSM ai fini della valutazione della pericolosità sociale, si focalizzano alcuni aspetti disposti nella logica della naturale evoluzione per fasi del processo.

In corso di perizia, quindi prima dell'accertamento delle condizioni di imputabilità, si possono ipotizzare due situazioni cardinali diverse: il reo/paziente era conosciuto ed in carico ai servizi, il reo/paziente non era conosciuto né in carico ai servizi, sempre avendo come riferimento temporale l'epoca dei fatti reato verificatisi.

Nella prima situazione il DSM-DP provvede ad esplorare le condizioni psicopatologiche del paziente, in generale ed in relazione al reato commesso, con un adeguato livello di intensità terapeutica e di monitoraggio attivo. Con riferimento ai fatti, soprattutto se di natura violenta, dovrà essere rafforzato il livello di definizione dei limiti all'interno di uno schema di relazione assertivo-contrattuale proteso a verificare la disponibilità a collaborare al progetto terapeutico. Di cruciale importanza, nella prospettiva della eventuale misura di sicurezza risulteranno la compliance verso i trattamenti e la disponibilità ad accettare e rispettare le regole, anche di carattere generale, che definiscono il rapporto dell'utente con il servizio, gli operatori ed eventualmente gli altri utenti. Particolare attenzione dovrà essere devoluta alla definizione dei *comportamenti non negoziabili*, rendendo edotto il paziente sulle conseguenze di eventuali agiti inquadrabili come possibili nuovi reati. La definizione del setting è parte di questa prospettiva e dovrà sempre essere considerata la possibilità di una osservazione più intensiva attraverso programmi diurni non necessariamente residenziali, evitando e monitorando il rischio che

l'inserimento in struttura corrisponda ad esigenze di medicina difensiva piuttosto che di reale appropriatezza.

Nella seconda condizione, quella in cui il reo sottoposto a perizia per la valutazione dell'imputabilità, fatte salve le situazioni in cui maggiori esigenze di custodia avessero imposto la detenzione (carceraria, domiciliare o domiciliare ospedaliera ove lo stato di malessere psichico fosse particolarmente intenso), non sia soggetto a particolari regimi trattamentali istituzionali, dovrà essere attivata una relazione terapeutica volta in prima istanza alla formulazione diagnostica in modo sinergico, ma indipendente dalle contemporanee valutazioni del perito. Il focus della relazione, almeno nella prospettiva del supporto alla valutazione della pericolosità sociale, ancora una volta cade sugli aspetti contrattuali che potranno essere rinforzati attraverso l'adozione di schemi formali atti a recepire i contenuti del progetto di osservazione e diagnosi, e poi di cura, e registrando l'adesione del paziente agli obiettivi condivisi e alla lista dei *comportamenti non negoziabili*.

Nella seconda fase del processo, dopo la sentenza di primo grado, al cui esito siano state applicate le misure di sicurezza provvisorie non detentive, il CSM mantiene la responsabilità della conduzione del progetto di cura. Il monitoraggio anche attraverso specifici indicatori dell'andamento della psicopatologia costituisce l'elemento su cui in questa fase si istruisce il rapporto con il Giudice dell'Udienza Preliminare, anche Giudice dell'Esecuzione, e il Pubblico Ministero, in via diretta o mediata dal perito incaricato di accertare la sussistenza delle condizioni di pericolosità sociale con la periodicità stabilita per Legge. Nelle fasi intermedie tra i diversi accertamenti della pericolosità sociale, il CSM valuterà discrezionalmente il riferimento di inosservanze al progetto concordato con il paziente. Stante la non pedissequa corrispondenza tra adesione al progetto (contenuto terapeutico) e il rispetto delle misure di sicurezza non detentive (contenuto di controllo sociale) applicate, si dovrà valutare di volta in volta se e in che misura, l'inosservanza del progetto o di alcune sue fasi, possa avere dirette ripercussioni sul processo di cura.

3. Fase della sorveglianza: interlocuzione del DSM-DP con la Magistratura di Sorveglianza

Una volta che il reo sia stato prosciolto con sentenza definitiva per infermità di mente e ritenuto socialmente pericoloso si passa dalla fase della cognizione a quella della esecuzione. La pericolosità sociale è un concetto giuridico e non clinico e identifica la probabilità di commissione di nuovi reati. È regolata dall'articolo 133 CP che, oltre i criteri da utilizzare per determinare la gravità del reato, stabilisce che la pericolosità sociale viene dedotta: "1) dai motivi a delinquere e dal carattere del reo; 2) dai precedenti penali e giudiziari e in genere dalla condotta e dalla vita del reo antecedenti al reato; 3) dalla condotta contemporanea o susseguente al reato; 4) delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo".

La legge 81/2014 ha stabilito che l'accertamento della pericolosità sociale "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale" e che "Non costituisce elemento

idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”.

Dopo il giudizio di cognizione, il magistrato di sorveglianza decide se applicare lo stesso dispositivo previsto dalla sentenza o adottare altra determinazione. All’esito dell’accertamento in concreto della pericolosità sociale il Magistrato ritiene quest’ultima sussistente o cessata, quindi può applicare o non applicare la misura di sicurezza prevista in sentenza. La magistratura di sorveglianza rivede periodicamente la pericolosità sociale della persona.

La valutazione della pericolosità è compito del magistrato per la quale si avvale delle risultanze peritali contenute o allegate in sentenza e della valutazione attualizzata del DSM-DP, nelle sue varie articolazioni. La richiesta di relazione verrà avanzata dalla Magistratura di Sorveglianza all’UEPE e alle strutture coinvolte direttamente nell’esecuzione della misura di sicurezza. Qualora si tratti di strutture accreditate convenzionate con il Servizio Sanitario Regionale, è necessario che le relazioni siano integrate dal Centro di Salute Mentale responsabile del caso.

Compito dei servizi non è quindi quello di esprimersi sulla pericolosità sociale ma di redigere una relazione avente come oggetto il percorso di cura in atto, il suo andamento, l’adesione del paziente allo stesso e gli obiettivi raggiunti. Relazione che il Giudice utilizzerà quale *contributo alla valutazione della pericolosità sociale* in concreto e nell’attualità. La relazione del CSM si integrerà, dunque, con quella della UEPE e con quella della eventuale struttura accreditata convenzionata, ove il paziente sta eseguendo il percorso di cura. La relazione di quest’ultima non è infatti sostitutiva ma integrativa di quella del CSM in quanto la responsabilità del piano di trattamento rimane in capo al CSM che ha, in questo caso, delegato il percorso di cura ad una struttura convenzionata.

La relazione verrà predisposta dal medico referente del caso e dal direttore del CSM. Oltre ad una sintetica anamnesi e a un breve rimando ad eventuali altre relazioni già eseguite per gli stessi motivi, deve contenere l’esame clinico e psicopatologico riportando anche gli aspetti relativi a:

- a) presenza e intensità della sintomatologia psicotica;
- b) partecipazione a livello emotivo rispetto alla sintomatologia psicotica;
- c) aderenza alle terapie farmacologiche;
- d) risposta alle terapie farmacologiche;
- e) consapevolezza della necessità di eseguire un percorso terapeutico;
- f) capacità di analisi e di critica;
- g) grado di disorganizzazione cognitiva;
- h) eventuale presenza di impoverimento ideo-affettivo;
- i) evoluzione e prognosi del disturbo (diagnosi);
- j) presenza di comorbidità, in particolare uso di sostanze;
- k) livello di elaborazione critica della condotta illecita;
- l) pregressi comportamenti aggressivi.

Va inoltre eseguita una diagnosi funzionale descrizione e valutazione sintetica di:

- m) abilità presenti;
- n) vulnerabilità allo stress;
- o) abilità di coping;

- p) il grado di dipendenza della persona;
- q) lo stigma interno;
- r) autostima;
- s) autoefficacia;

La relazione dovrà infine contenere una descrizione del contesto familiare in particolare nelle aree della comunicazione e in quella del livello di reciproca interdipendenza dei componenti del nucleo.

Il percorso di cura ha obiettivi di cambiamento, di evoluzione maturativa che si esprimono sul piano del comportamento, delle cognizioni e del funzionamento relazionale. A questo concorrono, integrandosi, i trattamenti farmacologici, psicologici, psicoeducazionali e sociali. L'efficacia dei diversi fattori terapeutici è condizionata dal livello di collaborazione (alleanza terapeutica) e dalla motivazione verso il cambiamento. Nella relazione si deve, pertanto, esplicitare il grado di motivazione della persona verso il cambiamento e il livello di partecipazione attiva alla cura, distinguendo questi fattori dalla mera aderenza alle prescrizioni.

Oltre la raccolta dei dati anamnestici e la sintesi della documentazione clinica disponibile, al fine della relazione gli operatori del CSM dovranno avvalersi del colloquio con il paziente, di incontri con i familiari e altre persone significative, nonché potranno utilizzare scale e test psicometrici. Tra questi potranno essere utilizzati prioritariamente: SCID I e II, BPRS, MMPI 2, Valutazione neuropsicologica, VADO, HONOS, PCL-R di Hare, BIS 11 di Barrett, HCR-20.

4. Le azioni della REMS funzionali alla valutazione della pericolosità sociale

L'istituto dell'OPG, attraverso un processo di superamento, terminato il 31 marzo 2015 è stato definitivamente abolito e sostituito dai DSM-DP e al loro interno operano le REMS, ovvero le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, strutture socio-sanitarie volte alla cura di persone con misure di sicurezza detentiva, nell'ambito di percorsi evolutivi di tipo comunitario-territoriale. Non sono ospedali né istituti di pena. La recovery, orientamento alla guarigione e al migliore funzionamento sociale possibili, è la cornice degli interventi terapeutico riabilitativi. La metodologia operativa della REMS è quella di una struttura socio-sanitaria ad alta specializzazione, parte della rete delle strutture del DSM-DP collocata nel contesto dei servizi e della comunità. Il proscioglimento per infermità mentale e il riconoscimento della pericolosità sociale comporta la possibilità di applicare le misure di sicurezza non detentive e solo in termini residuali e transitori quelle detentive con il ricovero in REMS o in altri luoghi ritenuti idonei ai sensi delle leggi 81/2014. Inoltre, la durata della misura di sicurezza prevista dall' art.222 del c.p è stata cambiata in quanto la legge sopraindicata prevede che *“le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero in REMS, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima”*. È un limite che mira in primis ad evitare i nuovi “ergastoli bianchi” ma che pone un termine alla durata della misura detentiva collegandola al percorso di cura.

La REMS è una struttura temporanea che ha la funzione primaria di curare le persone e al contempo di creare le condizioni per realizzare una misura di sicurezza diversa da quella detentiva. Questa progressione, coerente con le possibilità evolutive del percorso di cura, è essenziale per il suo funzionamento.

Presso la REMS si opera individuando programmi terapeutici e riabilitativi residenziali con l'obiettivo di curare e sostenere gli ospiti, alla luce del quadro clinico, attraverso la promozione delle capacità e delle potenzialità, nell'ottica di una deistituzionalizzazione graduale e di un reinserimento sociale. Per ogni ospite viene realizzato un Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI), di cui è responsabile il CSM di competenza territoriale, e un Piano Terapeutico Riabilitativo Residenziale (PTRR), di cui è responsabile la Residenza. Quest'ultimo sviluppato in collaborazione con il servizio inviante e condiviso con l'ospite e se possibile con la famiglia, definisce gli specifici interventi diagnostici terapeutici e riabilitativi erogati dalla Residenza stessa, le responsabilità, le modalità di monitoraggio e verifica. La REMS opera quindi in totale sinergia con i CSM/SerDP di competenza territoriale i quali sono garanti della continuità assistenziale e delle relazioni con i MMG, i Servizi Sociali del territorio di riferimento, le cooperative sociali e l'associazionismo.

Compito precipuo della REMS è la creazione delle condizioni per l'attenuazione o la cessazione della Misura di sicurezza. Dal punto di vista clinico, queste si sostanziano in un atteggiamento positivo, o comunque collaborativo, verso il PTRI, alla stessa stregua si può affermare che tale obiettivo coincida con la finalità intrinseca del PTRR. Le condizioni di intensità relazionale che caratterizzano la REMS sono il principale strumento per perseguire l'alleanza terapeutica, che va consolidata sull'anello di giunzione REMS – CSM, o se si preferisce tra PTRR e PTRI. Sul piano operativo è auspicabile che vi sia una sempre maggiore appropriatezza degli invii che dovrebbero essere selezionati in base al principio di aderenza alla mission specifica (creazione dell'alleanza terapeutica) e non ad un fattore di maggiore controllo sociale. È necessario che fin dall'ingresso del paziente nella REMS si avvii il processo di presa in carico da parte del CSM con l'immediata individuazione del referente clinico, del case manager e di tutte le eventuali figure professionali coinvolte. Nel minor tempo possibile questa equipe multiprofessionale deve recarsi in REMS per incontrare il paziente e avviare contatti collaborativi con l'equipe della REMS. Il termine legale dei 45 gg per la formulazione del PTRI è un limite massimo, ma fortemente raccomandato che venga definito in un tempo assai più breve.

Il momento del passaggio, in costanza di ricovero REMS, tra le due equipe ha pertanto come obiettivo, dichiarato ed esplicitato al paziente, la creazione di condizioni di adesione al PTRI. Sul piano clinico queste condizioni si declinano sulle seguenti variabili psicologiche e comportamentali:

Compliance. La definizione classica di compliance è: “il grado in cui il comportamento di una persona (assunzione di farmaci, osservanza di diete, cambiamenti nello stile di vita) coincide con le raccomandazioni del medico”.

Haynes R. B., Compliance in health care, John Hopkins University Press, Baltimora, 1979

L'aderenza. concetto più ampio della compliance, è stata definita come la misura in cui il comportamento di una persona coincide con le indicazioni mediche. La definizione di non aderenza comprende la mancata adesione al trattamento, inclusa l'incapacità di accedere a un programma di trattamento, la cessazione anticipata del programma, la cessazione anticipata della terapia,

l'attuazione incompleta della terapia e l'attuazione incompleta delle istruzioni (incluse le prescrizioni).

Nosé M, Barbui C, Gray R, Tansella M. Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2003 Sep;183:197-206.

Consapevolezza di malattia. *La consapevolezza di malattia, spesso ridotta nelle persone con disturbi mentali e soprattutto nelle psicosi, si articola in tre componenti principali: riconoscimento dei sintomi, delle conseguenze del disturbo e del bisogno di essere curati.*

Empowerment. *Concetto trasversale delle scienze umane (viene utilizzato in psicologia, pedagogia, scienze politiche, lavoro sociale, ecc.), l'empowerment può essere definito come un processo attraverso il quale individui o gruppi in condizione di svantaggio riconoscono ed esercitano la loro capacità di azione. L'esito di questo processo è sia un vissuto soggettivo (il senso di auto-efficacia ovvero il sentirsi capaci e competenti, il percepire un senso di potere e di controllo) sia una redistribuzione oggettiva del potere (che a livello individuale si esprime nei termini di acquisizione di un effettivo potere nel governo della propria vita).*

Rete HPH Health Promoting Hospitals and Health Services (2010), GLOSSARIO SULLA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE, Bollettino Ufficiale - Regione Lombardia n. 39 Edizione Speciale del settembre – Milano

Fattore critico del funzionamento della REMS, è la durata della misura detentiva. Se da un lato questa è condizionata dal raggiungimento di un cambiamento nel paziente, dall'altro dovrà rispettare una tempistica atta a garantire l'accessibilità anche per le situazioni future. Se ne deduce un orientamento al "tempo giusto", legato al raggiungimento di obiettivi clinici specifici più che alla mera durata del tempo di stazionamento. È evidente che questo tempo giusto ancora una volta chiama in causa la collaborazione tra le due equipe, residenziale e territoriale.

Anche nelle relazioni con la Magistratura, che riflettono gli ordinari debiti informativi, dovranno essere focalizzati prioritariamente gli aspetti clinici e psicologici evolutivi che sostanziano il cambiamento, ricercato nel paziente, di adesione al PTRI. Nel fornire gli elementi clinici, che saranno di orientamento per la prosecuzione, o la cessazione della misura di sicurezza (la valutazione della pericolosità sociale che è di pertinenza della Magistratura), l'equipe REMS focalizzerà con particolare riguardo gli aspetti che sostanziano i livelli di collaborazione del paziente con il progetto di cura.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Antonio Brambilla, Responsabile del SERVIZIO ASSISTENZA TERRITORIALE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di legittimità in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/723

IN FEDE

Antonio Brambilla

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Kyriakoula Petropulacos, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE CURA DELLA PERSONA, SALUTE E WELFARE esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008 e s.m.i., parere di regolarità amministrativa di merito in relazione all'atto con numero di proposta GPG/2018/723

IN FEDE

Kyriakoula Petropulacos

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Delibera Num. 767 del 21/05/2018

Seduta Num. 22

OMISSIS

L'assessore Segretario

Costi Palma

Servizi Affari della Presidenza

Firmato digitalmente dal Responsabile Roberta Bianchedi