

MISURE DI SICUREZZA E PSICHIATRIA

«Quali percorsi?»

Roma – 27/28 marzo 2015

Luca Tarantola

Responsabile Strutture Riabilitative «Torchietto»

Dipartimento di Salute Menale dell'Azienda Ospedaliera di Pavia – Università degli Studi di Pavia

Benedetta Vanini

Psicologa-Psicoterapeuta-Università degli Studi di Pavia



DIRITTO AL TRATTAMENTO



CONSENSO
INFORMATO



DIRITTO DI RIFIUTARE IL TRATTAMENTO

INSIGHT



GUARIGIONE



EFFICACIA DELLA CURA



STABILIZZAZIONE DEI SINTOMI - CRONICITA'

ASSENZA
INSIGHT

**TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO):
MAI PER PERICOLOSITA' SOCIALE**

**MISURE DI SICUREZZA IN PSICHIATRIA:
SOLO PER PERICOLOSITA' SOCIALE (C.P.203)**

Codice Penale e pericolosità sociale...

APPLICAZIONE DELLA PENA - La legislazione prevede che il giudice, nell'esercizio del potere discrezionale per l'applicazione della pena, rispetti gli elementi sono specificati **nell'art.133 del C.P.** :

Per la gravità del reato, dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo, dalla modalità d'azione; dalla gravità del danno o dal pericolo cagionato alla persona offesa; dalla intensità del dolo o dal grado della colpa.

Per la capacità a delinquere, dai motivi a delinquere e dal carattere del reo, dai precedenti penali e giudiziari, nonché dalla condotta e dalla vita del reo antecedenti al reato, dalla condotta contemporanea e susseguente al reato, dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale.



PERICOLOSITA' SOCIALE - L'art.203 del C.P. prevede che la persona, **anche se non imputabile o non punibile**, si qualifica tale quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati. **“La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'art.133.”** (di cui sopra).

...si parla di probabilità, e non di mera possibilità

...non è ammessa la *presunzione* della pericolosità sociale sulla sola base di tratti personologici.

M. ADAMO - 1989



Legge n.81/14 - L'accertamento della pericolosità sociale viene effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto del secondo comma, numero 4, dell'art.133 del C.P.

**QUALI PAZIENTI SONO
IN OPG E CCC?**

Categorie giuridiche internati

O.P.G. e C.C.C.

- 1- **internati** prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario in quanto socialmente pericolosi (art. 222 c.p.),
- 2- **internati** con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (CCC) (art. 212 c.p.),
- 3- **internati provvisori** imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario, in considerazione della presunta pericolosità sociale ed in attesa di un giudizio definitivo (art. 206 c.p., 312 c.p.p.),
- 4- **internati** con vizio parziale di mente, dichiarati socialmente pericolosi ed assegnati alla casa di cura e custodia, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.),
- 5- **detenuti** minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000, Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario)
- 6- **detenuti** condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art. 148 c.p.),
- 7- **detenuti** dei quali deve essere accertata l'infermità psichica, per un periodo non superiore a 30 giorni (art. 112 c. 2 D.P.R. 230/2000 – Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

Accordo Conferenza Unificata del 03/10/11

- ***Disturbi sopravvenuti in corso di detenzione / osservazioni psichiatriche***:...indisponibilità di idonee risorse per la tutela della salute mentale in carcere rende di fatto non praticabile alcun percorso alternativo all'OPG....
- ***Presenze in OPG***: ...significativa presenza di persone la cui diagnosi principale non è di natura strettamente psichiatrica....
- ***Necessità evidenti***:...realizzare programmi terapeutico riabilitativi condivisi tra tutti i servizi sanitari territoriali competenti per diversi bisogni assistenziali delle singole persone (in particolare dipendenze e disabilità) ed integrati con i Servizi Sociali Comunali per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza.

Implementazioni per la tutela della salute mentale negli Istituti Penitenziari Ordinari

- Ogni Regione e Provincia autonoma, attraverso i propri DDSSMM, programmi, in accordo con l'Amministrazione penitenziaria, ed attivi in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio, o, preferibilmente, in quello di ognuna delle Aziende Sanitarie...un'idonea articolazione del servizio sanitario.
- *A seguire*: ...non disporrà più invii di detenuti negli OPG per osservazione psichiatrica...

**Soggetto che
commette un reato**



**DURANTE ITER
PROCESSUALE:**
...il soggetto risulta
essere «infermo di
mente»...



...PROCESSO...

MISURE DI SICUREZZA PROVVISORIE

...per esempio...provvisoriamente ricoverato
in OPG o in Struttura alternativa (art.206
c.p. o art.312 c.p.p.)



***DICOTOMIA TRA MISURE
CAUTELARI E MISURE DI
SICUREZZA (rigida?)***



MISURE CAUTELARI

...per esempio...attraverso
custodia cautelare in luogo
di cura (art.286 c.p.p.)

**Soggetto autore
di reato**

...AL PROCESSO...

...non affetto da infermità
mentale...

...affetto da infermità
mentale...

PENA

(regime carcerario o misura alternativa)

**INCIDENZA DELLA
INFERMITA' MENTALE SULLA
COMMISSIONE DEL REATO**

**ININFLUENZA DELLA
INFERMITA'
MENTALE SULLA
COMMISSIONE DEL
REATO**

Semi-infermità mentale

Totale infermità mentale

**CONDANNA A PENA
DIMINUITA e quindi...**

PROSCIoglimento

...se vi è pericolosità
sociale...

...LIBERO...

...se vi è pericolosità
sociale...

O.P.G. (art.222 c.p.)
o struttura alternativa

C.C.C. (art.219 c.p.) o
struttura alternativa

Soggetto autore di reato



...dopo la condanna, in esecuzione di PENA...



...sopravviene una infermità mentale...

...soggetto affetto da infermità mentale, che era per nulla o parzialmente influente sulla commissione del reato...

...detenuti condannati in cui l'infermità mentale sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena – in OPG (art.148 c.p.)

...detenuti «minorati psichici»
– Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario – in O.P.G./C.C.C. o altro (art.111 DPR 230/2000)

...internati con infermità mentale per i quali è disposto l'internamento in O.P.G./C.C.C. o struttura alternativa (art.212 c.p.)

...detenuti per i quali deve essere accertata l'infermità mentale, per un periodo non superiore a 30 giorni, in O.P.G. o altro (art.112 c.2 DPR 230/2000)



**DOPO LA RELAZIONE FINALE
DELLA COMMISSIONE,
ARRIVANO GLI
INTERVENTI LEGISLATIVI.....**

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4909
—

DISEGNO DI LEGGE

APPROVATO DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

il 25 gennaio 2012 (v. stampato Senato n. 3074)

PRESENTATO DAL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

(MONTI)

E DAL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA

(SEVERINO DI BENEDETTO)

DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'INTERNO

(CANCELLIERI)

E CON IL MINISTRO DELLA DIFESA

(DI PAOLA)

—
Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri

—
*Trasmesso dal Presidente del Senato della Repubblica
il 26 gennaio 2012*
—

ART. 3-ter. - (Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari). → 1. Il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, secondo le modalità previste dal citato decreto e dai successivi accordi e fatto salvo quanto stabilito nei commi seguenti, è fissato al 1° febbraio 2013.

→ 2. Entro il 31 marzo 2012, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti

4 i vincoli:

- 1. Termine del superamento 1 febbraio 2013**
- 2. Entro 31 marzo 2012, con decreto non regolamentare, definizione degli ulteriori requisiti delle strutture**
- 3. Ubicazione regionale delle medesime.**
- 4. Dal 31 marzo 2013, misure di sicurezza nelle Strutture sanitarie**

tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

→ 3. Il decreto di cui al comma 2 è adottato nel rispetto dei seguenti criteri:

a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;

b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;

c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

→ 4. A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale.

DECRETO–LEGGE 31 marzo 2014, n.52

XVII° Legislatura

Modifiche all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n.211, convertito, con modificazioni dalla legge 17 febbraio 2012, n.9

- ❑ **Chiusura OPG al al 31 marzo 2015.**
- ❑ **Indicazione per il Giudice e per il Magistrato di Sorveglianza: applicazione di misure di sicurezza diverse dal ricovero in OPG, salvo quando ogni altra possibilità non è idonea.**
- ❑ **Le Regioni devono comunicare al Ministero della Salute, al Ministero della Giustizia e al Comitato Paritetico Interistituzionale, al termine del primo semestre, lo stato di realizzazione e riconversione delle Strutture di cui alla legge 17/02/12, n.9 e le iniziative per il superamento degli OPG; qualora dalla comunicazione non fosse garantito il completamento entro il successivo semestre, il Governo provvede in via sostitutiva.**
- ❑ **Agli oneri derivanti dalla proroga, il Ministero dell'Economia e delle Finanze è autorizzato ad apportare, con proprio decreto, le occorrenti variazioni di bilancio.**

***Commissione Permanente Igiene e Sanità del
Senato
XVII° Legislatura***

Risoluzione approvata - N.234 – Relatrice Sen. Nerina Dirindin

(punti da inserire in sede di conversione in legge del DL n.52 – 31 marzo 2014)

- a. ***Chiusura definitiva: 01 aprile 2015***
- b. ***Pericolosità persistente: progetti individualizzati inviati entro il 15 giugno 2014 al Ministero della Salute e alla competente Autorità giudiziaria***
- c. ***Verifica del punto precedente al tavolo degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza***
- d. ***Entro il 15 giugno 2014, le Regioni possono rimodulare l'utilizzo dei fondi per limitare il numero complessivo dei posti letto delle REMS a favore di riqualifica dei DSM***
- e. ***Accelerare l'erogazione fondi alle Regioni, a partire dagli anni 2012-2014***
- f. ***Durata massima di permanenza nelle REMS per i nuovi ingressi***
- g. ***Divieto di utilizzo delle REMS per applicazioni provvisorie delle misure di sicurezza (c.p.206, 312 e 313 c.p.p.)***
- h. ***Alla scadenza del 01 aprile 2015, se ancora ricoverate persone in OPG, il Governo provvede in via sostitutiva ad assicurare il superamento***
- i. ***Istituzione di una cabina di regia del processo di superamento degli OPG***

Legge 30 maggio 2014, n.81

Conversione in legge, con modificazioni, del DL 31 marzo, n.52

PUNTI PRINCIPALI

- **Il giudice dispone l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dall'OPG o CCC, salvo i casi in cui ogni misura altra non è idonea.**
- **L'accertamento della pericolosità sociale è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto del secondo comma, numero 4, dell'art.133 del C.P.**
- **Non costituisce elemento di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali**
- **Nell'ambito delle risorse per la formazione, si organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore.**
- **Entro il 15 giugno 2014, le Regioni possono rimodulare l'utilizzo dei fondi per limitare il numero complessivo dei posti letto delle REMS a favore di riqualifica dei DSM**
- **Quanto disposto è sottoposto a verifica al tavolo degli adempimenti dei Livelli Essenziali di Assistenza**
- **Pericolosità persistente: i progetti individualizzati di dimissione dagli OPG devono essere inviati entro il 15 giugno 2014 al Ministero della Salute e alla competente Autorità giudiziaria. Se persistente la pericolosità sociale, il programma deve documentare in modo puntuale le ragioni dell'eccezionalità e transitorietà del proseguio del ricovero.**
- **Le misure di sicurezza tutte (compresi OPG, CCC, REMS) non possono durare "oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima." "Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo."**
- **Presso il Ministero della salute è attivato un organismo di coordinamento per il superamento degli OPG composto da rappresentanti dei Ministeri di Salute, Giustizia e delle Regioni e Province autonome; tale Organismo si raccorda con il comitato paritetico interistituzionale.**

**Soggetto che
commette un reato**



DURANTE ITER
PROCESSUALE:
...il soggetto risulta
essere infermo di
mente...



...PROCESSO...

MISURE DI SICUREZZA PROVVISORIE

...per esempio...provvisoriamente ricoverato
in OPG o in Struttura alternativa (art.206
c.p. o art.312 c.p.p.)

Rep. Osserv. SSN - Carceri

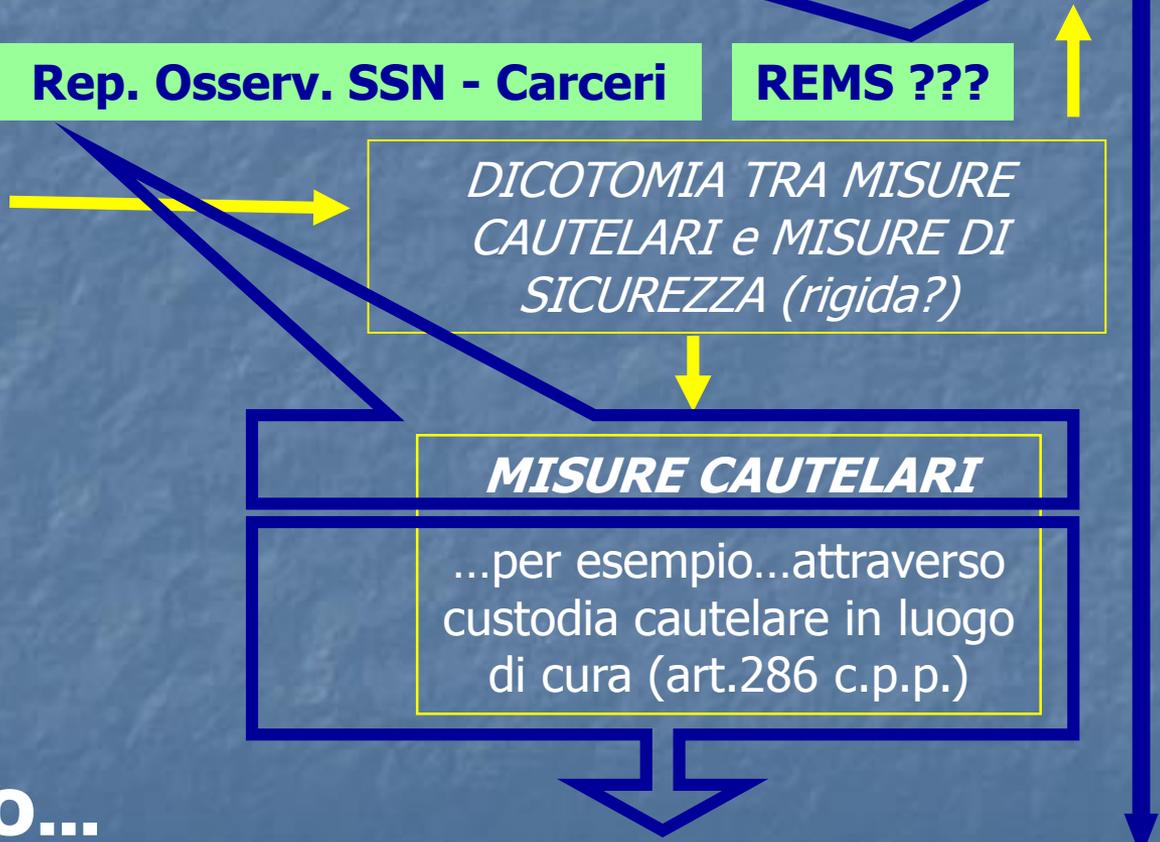
REMS ???

*DICOTOMIA TRA MISURE
CAUTELARI e MISURE DI
SICUREZZA (rigida?)*

MISURE CAUTELARI

...per esempio...attraverso
custodia cautelare in luogo
di cura (art.286 c.p.p.)

C.S.M. - S.P.D.C. - Comunità Riabilitative



**Soggetto autore
di reato**

...AL PROCESSO...

...non affetto da infermità
mentale...

...affetto da infermità
mentale...

PENA

(regime carcerario o misura alternativa)

**INCIDENZA DELLA
INFERMITA' MENTALE SULLA
COMMISSIONE DEL REATO**

**ININFLUENZA DELLA
INFERMITA'
MENTALE SULLA
COMMISSIONE DEL
REATO**

Semi-infermità mentale

Totale infermità mentale

**CONDANNA A PENA
DIMINUITA e quindi...**

PROSCIoglimento

...LIBERO...

...se vi è pericolosità
sociale...

O.P.G. (art.222 c.p.)
o struttura alternativa

...se vi è pericolosità
sociale...

C.C.C. (art.219 c.p.) o
struttura alternativa

**REMS o
COMUNITA'
PSICHIATRICHE**

Soggetto autore di reato



...dopo la condanna, in esecuzione di PENA...

Articolazioni S.S.N. negli Istituti Penitenziari Ordinari

...soggetto affetto infermità mentale, che era per nulla o parzialmente influente sulla commissione del reato...

...sopravviene una infermità mentale...

...detenuti condannati in cui l'infermità mentale sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena – in OPG (art.148 c.p.)

...detenuti «minorati psichici»
– Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario – in O.P.G./C.C.C. o altro (art.111 DPR 230/2000)

...internati con infermità mentale per i quali è disposto l'internamento in O.P.G./C.C.C. o struttura alternativa (art.212 c.p.)

...detenuti per i quali deve essere accertata l'infermità mentale, per un periodo non superiore a 30 giorni, in O.P.G. o altro (art.112 c.2 DPR 230/2000)



QUALE ORIZZONTE?

Il ruolo del terapeuta tra reato, consapevolezza e riparazione

«...guardare al malato mentale mettendo tra parentesi gli schemi e le categorie interpretative attraverso le quali l'uomo sano guarda al mondo, per osservare nel modo più diretto possibile gli schemi usati dal paziente ed il modo di esistere del malato, il suo modo di relazionarsi ed il suo modo di esprimersi»

(MODALITA' ESISTENZIALE DEL PAZIENTE) (Binswanger L., 1981).

La malattia mentale come espressione di una situazione insostenibile.

I fattori che possono influenzare il modo di reagire al proprio fondamento esistenziale sono il contesto sociale, ambientale, familiare, economico.

POSSIBILITA' TERAPEUTICHE

Attualmente è possibile trattare diverse forme di disturbo psichico, ma non sempre si modifica contestualmente anche il comportamento.

Non sempre c'è parallelismo tra cura e comportamento (outcome).

IL PERCORSO DI CONSAPEVOLEZZA DEL PAZIENTE

La cura passa attraverso l'appello alla **RESPONSABILITA' del paziente che se non può cancellare il suo fondamento esistenziale, può impegnarsi al meglio per modificare il suo modo di rispondere al fondamento esistenziale e quindi il suo essere nel mondo. Scegliere il suo **PROGETTO** (dimensione temporale). E' sul presente e sul futuro che si può intervenire, osservando la storia individuale e i significati esperienziali (*Binswanger L., 1881*).**

L'appello alla responsabilità è un passaggio integrato al percorso di **RECOVERY del Paziente, e diviene possibile accesso al «consenso informato» alle cure, quale espressione di **LIBERTA'**.**

IL PERCORSO DELL'OPERATORE NELLA CURA

L'operatore dei luoghi di cura lavora sulla consapevolezza, tanto che il successo di un percorso clinico è la consapevolezza del paziente dei suoi punti più deboli. L'obiettivo del processo terapeutico non è tanto il «pentimento del reato», quanto la consapevolezza della propria precarietà, il fermarsi prima dell'agito. Il cogliere soggettivamente i segnali patologici (sintomi) e cercare soggettivamente percorsi di ripresa (strategie di coping). Il contenimento comportamentale è atteso attraverso la relazione stretta, stabile e continua con il curante (CONTENIMENTO RELAZIONALE). Alcuni pazienti non possono divenire «utenti persi di vista».



Obiettivo realistico della riabilitazione psichiatrica e della psicoeducazione

DIRITTO AL TRATTAMENTO



CONSENSO
INFORMATO



DIRITTO DI RIFIUTARE IL TRATTAMENTO

INSIGHT

REO CON INFERMITA' NON CORRELATA AL FATTO:

Soggetto capace di comprendere il fatto e di agire in conseguenza

GUARIGIONE



EFFICACIA DELLA CURA



STABILIZZAZIONE DEI SINTOMI - CRONICITA'

REO CON INFERMITA' CORRELATA: sono possibili cure efficaci, MA non è possibile il controllo comportamentale attraverso le cure !!!

TRATTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO (TSO):
MAI PER PERICOLOSITA' SOCIALE

ASSENZA
INSIGHT

MISURE DI SICUREZZA IN PSICHIATRIA:
SOLO PER PERICOLOSITA' SOCIALE (C.P.203)

... "Da ciò risulta comprensibile come il paziente reagisca vigorosamente contro un progetto terapeutico secondo cui l'azione di evitare la ricaduta, e identificare il concetto di malattia cronica e di guarigione, si rivela come il suo scopo agognato." ...

A. Andreoli

Grazie per l'attenzione