

2) - 521/VV/2018 - (relatore Consigliere CLIVIO)**Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche.**

La presente risoluzione si pone in linea di continuità con la delibera del 19 aprile 2017, con la quale, su iniziativa della Sesta Commissione, erano state dettate *Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014.*

Tra le indicazioni di maggior rilievo sul piano organizzativo, quella delibera aveva in particolare sottolineato la necessità di una costante integrazione funzionale, ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra Ufficio di Sorveglianza, Dipartimenti di salute mentale e sue unità operative complesse, direzione delle REMS, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE). In questa prospettiva, nell'ambito di una rassegna delle prime iniziative adottate dagli Uffici, si dava altresì atto che in alcune realtà territoriali erano in fase avanzata di elaborazione le intese tra Uffici di Sorveglianza e amministrazioni pubbliche per favorire la soluzione dei problemi di esecuzione delle misure.

In questo quadro di riferimento generale, la Settima Commissione ha svolto un breve ciclo di audizioni finalizzate ad approfondire l'aspetto specifico rappresentato dalla formalizzazione di intese mediante la sottoscrizione di protocolli, nella prospettiva di conferire alla già auspicata collaborazione tra gli organismi pubblici e privati coinvolti carattere stabile e forma strutturata.

La finalità ultima è quella di tracciare un percorso che consenta agli Uffici giudiziari di procedere nel solco dei principi fissati dalla citata legge n. 81 del 2014 e di perfezionare il quadro degli interventi in un sistema che appare ancora non del tutto soddisfacente per la prevenzione della recidiva, il controllo della pericolosità sociale e la garanzia del fondamentale diritto alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione.

Le disposizioni recate dalla citata legge n. 81 del 2014, hanno stabilito determinati principi, alcuni dei quali, peraltro, analiticamente svolti nelle argomentazioni e ribaditi dalla giurisprudenza costituzionale: il principio della priorità della cura sanitaria necessaria, il *principio di territorialità* che stabilisce che la presa in carica dei servizi di salute mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato; la centralità del progetto terapeutico individualizzato; l'essere il ricovero in

Rems uno strumento di *extrema ratio*, solo là dove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili.

Discende dall'esigenza di rispettare tali principi, l'importanza di una *piena integrazione* tra i servizi di salute mentale sul territorio e l'ordine giudiziario. E' cruciale, infatti, che i rapporti di conoscenza dell'offerta terapeutica e riabilitativa sul territorio (che insiste sui singoli distretti di Corte di Appello e sui relativi Uffici giudiziari ad essi afferenti) siano saldi e costantemente aggiornati. In tale prospettiva, il "*Protocollo operativo*" si presenta come uno strumento di lavoro che può consentire di integrare il procedimento giudiziario in ciascuna delle sue fasi – dall'eventuale irrogazione della misura provvisoria ex art. 206 c.p. fino alla gestione della misura medesima presso gli Uffici di Sorveglianza – con le esigenze e le opportunità offerte dai modelli di assistenza sanitaria presenti sul territorio.

Al centro della riflessione va posto il fondamentale obiettivo di offrire soluzioni adatte ad assicurare una corretta applicazione alla legge n. 81/14, con particolare riguardo alla necessità che la misura di sicurezza detentiva sia solo estrema e residuale.

A questo riguardo, vanno richiamate le raccomandazioni sull'applicazione della legge n. 81 del 2014, già espresse dal Consiglio Superiore nella citata delibera dell'aprile 2017, le quali così disponevano: "*La riforma ha, dunque, posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari dei programmi terapeutici riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Le REMS sono, pertanto, soltanto un elemento del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato. L'internamento in REMS ha assunto non solo, come si è anticipato, il carattere dell'eccezionalità, ma anche della transitorietà: il Dipartimento di salute mentale competente infatti, per ogni internato deve predisporre, entro tempi stringenti, un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, poi inviato al giudice competente, in modo da rendere residuale e transitorio il ricovero in struttura Corollario rilevante della nuova direzione terapeutica e riabilitativa attribuita all'istituto dal legislatore è il principio della territorialità del ricovero.*".

Dunque, la continuità terapeutico-riabilitativa e la territorialità restano i cardini dell'intervento, nella premessa della priorità della cura sanitaria necessaria; il Protocollo Operativo, quindi, potrà articolare le sue opzioni in direzione di questi obiettivi, sviluppando un rapporto costante tra magistrati assegnatari del procedimento e servizio psichiatrico.

In tal modo, si potranno realizzare, nella distinzione dei ruoli e delle competenze, quelle risposte personalizzate (fondate sul Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, denominato PTRI) capaci di promuovere processi inclusivi attraverso la presa in carico, il lavoro e la socializzazione che possono garantire la salute mentale dei pazienti e, al contempo, la sicurezza dei cittadini, evitando il ricorso a risposte standardizzate e volte alla mera custodia neutralizzante; quest'ultima, infatti, sortisce effetti indesiderati e di scompenso complessivo per la tenuta del sistema.

Il fatto che uffici giudiziari e sanità territoriale possano contare su un dialogo costante e non impostato secondo saltuarie e contingenti esigenze dovute al flusso di procedimenti penali, può determinare alcune preziose conseguenze operative. I programmi individualizzati – e ciò è emerso dalle audizioni svolte in Commissione che hanno posto all'attenzione alcuni modelli di Protocollo già sottoscritti in alcuni contesti territoriali, come Emilia Romagna e Lombardia – potranno essere congiuntamente validati ed impostati; per essi si eviterà di limitare le risposte al solo ambito clinico e si garantirà, a tutte le parti contraenti il *Protocollo*, effettività e tempestività delle scelte compiute.

Inoltre, ove la misura di sicurezza venisse disposta presso l'abitazione dell'indagato o dell'imputato, oppure facendo ricorso alla misura della libertà vigilata presso le articolazioni funzionali del Dipartimento di Salute Mentale, si potrebbero anticipare termini e interessi da perseguire nel bilanciamento tra esigenze di sicurezza e di cura o riabilitazione.

L'istituto dei *Protocolli Operativi* appare altresì foriero di positive conseguenze nel facilitare l'approccio alle situazioni più critiche. Tra queste vanno annoverate: le scelte delle misure di sicurezza da eseguire in via provvisoria; la gestione dell'acuzie nell'autore di reato con ipotizzabile prognosi di non imputabilità o semi-imputabilità; l'esecuzione della misura di sicurezza nei riguardi di soggetti che non abbiano avuto una pregressa presa in carico presso il territorio di riferimento; una prospettica soluzione del problema del sovraffollamento dei posti letto nelle Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza, giacché i Protocolli dovrebbero consentire sia di evitare un *eccessivo ricorso all'applicazione dell'art. 88 c.p. ai c.d. "cripto-imputabili"*, sia un *accesso massivo e indiscriminato alle Rems*, per via dell'assenza di alternative concrete.

Nella formulazione del Progetto Organizzativo, paiono prospettabili i seguenti elementi che ne possono costituire il contenuto minimo costante:

a. Sul piano dei soggetti di cui si raccomanda il coinvolgimento

Il Protocollo Operativo potrebbe essere sottoscritto dal Presidente e dal Procuratore Generale della Corte d'Appello, dal Presidente del Tribunale di Sorveglianza, dal Presidente del Tribunale e dal Procuratore capo dell'Ufficio, oltre che dal Direttore del o dei D.S.M. competenti per territorio. In tal modo si potrebbe realizzare la continuità terapeutica e trattamentale tra la fase della cognizione (con la provvisoria esecuzione, se del caso, e l'accertamento in punto di imputabilità) e quella della esecuzione della misura di sicurezza. Il Protocollo andrà firmato anche dall'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna), in quanto Ufficio preposto all'accompagnamento delle persone sottoposte alle misure di sicurezza.

Per via del considerevole numero di persone affette da disturbi psichiatrici e sottoposte a pene detentive intramurarie, i servizi di salute mentale operanti nel carcere possono essere inclusi nello scambio di informazioni e nella generale applicabilità del *Protocollo operativo*. Anzi, è auspicabile, anche in questo delicato ambito, la massima integrazione con i servizi dipartimentali, per poter garantire un'offerta sistematica di tutela della salute mentale in carcere, sul territorio e nei luoghi di esecuzione delle misure di sicurezza. Soprattutto in un sistema che, come è stato rilevato nel corso delle audizioni, è rimasto sostanzialmente invariato, non essendo stato portato a termine l'*iter* legislativo dopo che avrebbe dovuto sfociare nella novella dagli artt. 147 e 148 c.p..

E' possibile che in taluni contesti il territorio di pertinenza delle ASL spesso non coincida più con quello del Tribunale; per facilitare l'operatività del sistema, in tali casi, il Direttore del DSM può certamente delegare un suo incaricato per l'area di competenza del singolo circondario giudiziario.

Al *Protocollo operativo* può essere allegato l'elenco dei responsabili delle articolazioni territoriali del DSM nonché delle strutture psichiatriche, sia diurne che residenziali e semi-residenziali, nella disponibilità del DSM, in modo da facilitare i contatti consentendo l'individuazione degli interlocutori competenti nel più breve tempo possibile.

Nell'elenco andrebbero ricomprese anche le Comunità convenzionate con l'Azienda Sanitaria Locale, il cui utilizzo, nel caso concreto, rimane comunque di competenza del Responsabile del DSM, in base alle esigenze del progetto terapeutico riabilitativo da redigere e condurre.

Come esplicitato nelle premesse del Protocollo stipulato per Milano e provincia, “è indispensabile assicurare il coinvolgimento dell'avvocatura” perché attraverso i suoi

organismi rappresentativi partecipi al progetto e contribuisca a fungere da collante sul piano procedurale e da soggetto attivo nella ricerca di soluzioni eque per le esigenze di cura delle persone affette da patologie psichiatriche che abbiano commesso reati.

b. In ordine al tipo di soluzioni, all'efficacia tempestiva ed alle fasi dei procedimenti cui riferirsi

L'attivazione del protocollo con il DSM dovrebbe poter essere la più tempestiva possibile; è opportuno, dunque, che le risorse operative siano attivate al primo momento utile rispetto alla notizia di reato e alla sua riconducibilità alla persona di cui si prospetta la possibile non imputabilità e la conseguente irrogazione della misura di sicurezza provvisoria. Ciò vale, tanto nel caso di soggetti già noti ai servizi psichiatrici che per quelli ad essi sconosciuti, sino al momento della consumazione del fatto reato. A tal fine, possono essere individuati alcuni *momenti di contatto*, in cui l'impulso all'applicazione del *Protocollo* consente il tempestivo predisporre delle soluzioni più adeguate al caso concreto.

Di tali momenti di contatto si citano alcuni esempi: la *richiesta di misura di sicurezza provvisoria* (ex art. 206 c.p.); la *celebrazione dell'udienza in caso di riti speciali* (si pensi al giudizio immediato); l'eventuale *disposizione di perizia psichiatrica*; la *celebrazione di udienza per un reato ascrivibile a soggetto recidivo al quale sia stata comminata, in precedenza, altra misura di sicurezza per il non imputabile pericoloso socialmente*.

In ogni caso, il *Protocollo operativo* dovrebbe tendere a consentire la immediata presa in carico e la tempestiva formulazione del PTRI (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale).

E' altresì auspicabile che gli accertamenti relativi all'eventuale disturbo o disagio psichico correlati al reato siano affidati al servizio psichiatrico territoriale di riferimento e che il *Protocollo operativo* risolva in radice i problemi di competenza territoriale e gli *eventuali aspetti collegati alla possibile "doppia diagnosi"*.

I contatti tra giudici dell'udienza preliminare, pubblici ministeri, magistrati di sorveglianza e servizi di salute mentale potranno prioritariamente puntare alla presa in carico da parte del servizio psichiatrico territoriale, utilizzandone, ove necessario, le strutture in dotazione e riservando l'invio in REMS solo a quelle situazioni in cui ogni altra alternativa risulti non praticabile.

c. Sul piano dei *principi residuali* cui informare il Protocollo Operativo

Stante la variegata natura dell'offerta di assistenza psichiatrica per i soggetti autori di reato provenienti dall'accertamento giudiziario, presente sul territorio nazionale, si raccomanda la redazione di analitici *Protocolli Operativi*, informati al *principio di differenziazione*. Esso potrebbe tenere conto, in particolare, del numero assoluto dei posti letto in REMS presenti sul territorio di competenza dell'Ufficio giudiziario; del bacino di utenza di ciascuna ASL e della singola unità dipartimentale (centro diurno; comunità terapeutica; servizio di diagnosi e cura; luoghi di residenzialità autonoma assistita; centri per la salute mentale specializzati per l'Infanzia).

Nel presupposto di garantire massima efficacia alle prassi fondate sul *Protocollo operativo*, è auspicabile che esso sia informato al principio della *continuità terapeutica* e della *pluralità di soluzioni offerte*, da quella di cui i Servizi si facciano sostenitori in via primaria, a quelle raccomandabili in subordine, ma ritenute meno efficaci e funzionali.

Si ipotizza l'esigenza di distinguere con accuratezza le *fasi relative all'accertamento della sussistenza del disturbo mentale, della diagnosi e della sua interrelazione con la consumazione del reato, dai provvedimenti a valenza trattamentale o riabilitativa*; da tale distinguo, potrebbe discendere, nei *Protocolli operativi*, anche l'orientamento, da parte dei servizi psichiatrici territoriali, ad indicare analiticamente e dettagliatamente articolazioni e risorse utili alla fase della diagnosi ed alla cura e alla riabilitazione.

Sul piano delle attività permanenti sviluppate nei Protocolli, sarebbe proficuo dare adeguato spazio alla formazione permanente e a sedi di costante confronto e rapporto tra ordine giudiziario e psichiatria di territorio, con particolare riguardo ai magistrati requirenti e ai giudici della cognizione.

Sembra altresì auspicabile provare a delineare tecniche, tempi e quesiti di massima che improntino lo svolgimento degli incarichi peritali, con particolare riguardo all'eventuale previsione e opportunità dei "*periodi di osservazione*".

Appare consigliabile, infine, prendere in particolare considerazione il sovrapporsi o il succedersi di *procedimenti giudiziari con la disposizione di eventuali trattamenti o accertamenti sanitari obbligatori*, disposti ai sensi degli artt. 33, 34 e 35 della legge n. 833 del 23 dicembre 1978.

d. Formazione congiunta e monitoraggio della fase esecutiva

Il Protocollo operativo è destinato a fissare alcuni punti fermi nell'ambito di una relazione dinamica tra i soggetti interessati che vede nella comune formazione il momento del confronto permanente e nell'attento controllo delle ricadute pratiche un momento di indispensabile riflessione sulle soluzioni migliorative dell'esistente.

Appare pertanto funzionale a questo percorso prevedere momenti formativi finalizzati alla reciproca conoscenza tra gli operatori del settore psichiatrico e gli appartenenti dell'ordine giudiziario. Per i primi si tratta di calare il percorso terapeutico nella scansione procedimentale penale, per i secondi di comprendere meccanismi di ragionamento e necessari fondamenti della complessa materia psichiatrica.

Quanto al monitoraggio, si indica quale soluzione adeguata quella già prevista dai protocolli acquisiti dalla Settima Commissione nella fase istruttoria, cioè la costituzione di un tavolo tecnico composto dalle istituzioni che sottoscrivono il protocollo che dovrà occuparsi di verificare l'esito delle prassi operative anche allo scopo di apportare i necessari correttivi ed elaborare nuove soluzioni.

Alla luce di tali argomenti, il Consiglio

delibera

di approvare la presente risoluzione, disponendone la trasmissione di copia – per quanto di rispettiva eventuale competenza – al Ministro della Giustizia, al Comitato direttivo della Scuola Superiore della Magistratura ed ai Dirigenti degli Uffici giudiziari interessati, per la diffusione ai Magistrati ivi in servizio.

~~3) 1/AX/2016 (relatore Consigliere CLIVIO)~~

~~Interpello per la destinazione in applicazione di un magistrato al Tribunale dell'Aquila.~~

~~Il Consiglio,~~

~~Visto il decreto legge n. 103 del 17 febbraio 2017, convertito nella legge n. 46 del 13 aprile 2017, ed in particolare l'art. 11 (rubricato *Applicazioni straordinarie di magistrati per l'emergenza connessa con i procedimenti di riconoscimento dello status di persona internazionalmente protetta e altri procedimenti giudiziari connessi ai fenomeni dell'immigrazione*) nella parte in cui prevede che *"In deroga alla disciplina degli articoli 110 e seguenti dell'ordinamento giudiziario, di cui al regio decreto 30 gennaio 1941, n. 12, e successive modificazioni, il Consiglio superiore della magistratura predispone un piano*~~