



“I PERCORSI GIUDIZIARIO-PENITENZIARI DEI MALATI DI MENTE AUTORI DI REATO”

Corso di Aggiornamento, Regione Toscana,

“L’ISTITUTO DI OSSERVAZIONE PSICHIATRICA NELLE CARCERI”

Donatella Donati, *Psichiatria Psicoterapeuta, SOS Carcere FI Presidio di Sollicciano*

ORDINAMENTO PENITENZIARIO ***(L. 26 Luglio 1975, n. 354)***

ART 13. (Individualizzazione del trattamento)

Il trattamento penitenziario deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto.

Nei confronti dei condannati e degli internati è predisposta l'osservazione scientifica della personalità per rilevare le carenze fisiopsichiche [...]

Per ciascun condannato e internato, in base ai risultati dell'osservazione, sono formulate indicazioni in merito al trattamento rieducativo da effettuare ed è compilato il relativo programma, che è integrato o modificato secondo le esigenze che si prospettano nel corso dell'esecuzione. [...]

Art. 80 (Personale dell'amministrazione degli istituti di prevenzione e pena)

[...]Per lo svolgimento delle attività di osservazione e trattamento, l'amministrazione penitenziaria può avvalersi di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica [...]

ORDINAMENTO PENITENZIARIO

(L. 26 Luglio 1975, n. 354)

ART 11. (Servizio sanitario).

[...] Nel caso di sospetto di malattia psichica sono adottati senza indugio i provvedimenti del caso col rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale. [omissis]

*Consiglio d'Europa. Raccomandazione N. 87 del
Comitato dei Ministri agli Stati Membri sulle
REGOLE PENITENZIARIE EUROPEE*

Principi Fondamentali

Il trattamento dei detenuti deve essere indirizzato a tutelarne la salute, a salvaguardarne la dignità e, nei limiti consentiti dalla durata della pena, deve sviluppare il loro senso di responsabilità [...]

Servizi Sanitari

Ogni stabilimento penitenziario deve disporre almeno dei servizi di un medico generico. I servizi medici devono essere organizzati in stretto collegamento con l'amministrazione generale del servizio sanitario della comunità o della nazione. Devono comprendere un servizio psichiatrico per la diagnosi e, ove occorra, per il trattamento dei casi di anormalità psichica.

***Lo psichiatra è necessario che
segnali al magistrato
l'opportunità di:***

- ***provvedere ad accertamenti in merito alla capacità di intendere e di volere del paziente, in relazione al reato commesso e alla partecipazione cosciente al processo***

[Art. ART. 70 Accertamenti sulle capacità dell'imputato; e 220-233 c.p.p]

- ***adottare tempestive misure terapeutiche extramurarie se le turbe psichiche del paziente sono tali da non poter essere affrontate in modo idoneo con i presidi terapeutici del carcere***

[Art. 73 Provvedimenti cautelari o 286 custodia cutelare c.p.p.]

*Lo psichiatra è necessario che
segnali al magistrato
l'opportunità di:*

- *trasferire il paziente in un altro istituto dell'Amm. Pen., onde provvedere, in un ambiente specializzato, a una osservazione più approfondita o a una terapia idonea [Art. 206 o 148 c.p.; Art. 112 DPR 230/2000]*
- *adeguare la concessione di determinati benefici alle variazioni delle condizioni psichiche del paziente detenuto*

ART 73 CPP. (Provvedimenti cautelari)

- 1. In ogni caso in cui lo stato di mente dell'imputato [60] appare tale da renderne necessaria la cura nell'ambito del servizio psichiatrico, il giudice informa con il mezzo più rapido l'autorità competente per l'adozione delle misure previste dalle leggi sul trattamento sanitario per malattie mentali.**
- 2. Qualora vi sia pericolo nel ritardo, il giudice dispone anche di ufficio il ricovero provvisorio dell'imputato in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero. L'ordinanza perde in ogni caso efficacia nel momento in cui viene data esecuzione al provvedimento dell'autorità indicata nel comma 1.**
- 3. Quando è stata o deve essere disposta la custodia cautelare [284-286] dell'imputato, il giudice ordina che la misura sia eseguita nelle forme previste dall'art. 286.**

ART 286 CPP (Custodia cautelare in luogo di cura)

Se la persona da sottoporre a custodia cautelare si trova in stato di infermità di mente che ne esclude o ne diminuisce grandemente la capacità di intendere e di volere [85 c.p.], il giudice [279], in luogo della custodia in carcere, può disporre il ricovero provvisorio in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero [73], adottando i provvedimenti necessari per prevenire il pericolo di fuga. Il ricovero non può essere mantenuto quando risulta che l'imputato non è più infermo di mente. [...]

DSM di Firenze - Salute mentale e questioni giudiziarie

2014 - Protocollo tra DSM e Tribunale di FI

1. [...] Il DSM [...] fornirà una consulenza al Giudice di merito [...]
2. [...] Qualora il cittadino incriminato sia già in carico al DSM, quest'ultimo individuerà il potenziale percorso alternativo a pena o internamento, comunicandolo al Magistrato.
3. [...] Nel caso in cui il paziente autore di reato sia ristretto nella Casa Circondariale di Firenze, il DSM della ASF, per il tramite del Servizio di Salute Mentale che opera negli IIPP Adulti di Firenze, potrà relazionare al Magistrato sulle condizioni del soggetto, esprimendosi circa possibili alternative alla detenzione, per individui residenti nel territorio della ASF [...]
4. [...] sia per gli imputati reclusi che per quelli cui non fosse applicata la custodia cautelare in carcere, in caso di CTU, sarebbe auspicabile che il Giudice aggiungesse, ai quesiti di rito posti al consulente tecnico, l'invito a prendere contatti con il DSM della ASF per la definizione di percorsi effettivamente praticabili.

L'Osservazione Psichiatrica (OP)

- 1. Collocazione attuale dei Reparti di Osservazione Psichiatrica**
- 2. Modalità di richiesta delle OP (modalità spesso improprie)**
- 3. Gestione della OP**

ART 63 L. 354/1975 (Centri di osservazione)
I centri di osservazione sono costituiti come istituti autonomi o come sezioni di altri istituti.

OSSERVAZIONE FEMMINILE di SOLLICCIANO

- 1 posto letto all'interno della C.C.C
- 2 Psichiatri
- 1 Psicologo
- 3 tecnici della riabilitazione presenti 6 ore nell'arco della giornata, sabato e domenica 2 ore

OSSERVAZIONE MASCHILE di SOLLICCIANO

- 5 posti letto in 3 celle (1 singola e 2 doppie) situate all'interno del reparto degenza dell'infermeria centrale maschile
- 2 Psichiatri
- 1 Psicologo
- 3 tecnici della riabilitazione presenti 4 ore nell'arco della giornata, sabato e domenica 2 ore

Non è presente personale infermieristico o di Pol.Pen dedicato

Superamento OPG

01-10-2014

Relazione Inteministeriale sul Programma di Superamento degli OPG

Non più in OPG (o REMS[D])

- **art 148 c.p (spravvenuta inf. nel condannato)**
- **art 111 DPR 230/2000 (minorati psichici)**
- **art 112 DPR 230/2000 (Osservazione)**

L'Osservazione Psichiatrica (OP)

- 1. Collocazione attuale dei Reparti di Osservazione Psichiatrica**
- 2. Gestione della OP**
- 3. Modalità di richiesta delle OP (modalità spesso improprie)**

COME SI SVOLGE L'OSSERVAZIONE PSICHIATRICA

- Il paziente viene all'arrivo visitato dal medico SIAS e immediatamente dopo dallo psichiatra del reparto osservazione, il quale prende visione del diario clinico ed effettua un colloquio di orientamento in cui si raccoglie l'anamnesi, si formula una prima ipotesi diagnostica e si forniscono le informazioni riguardo i tempi ed i modi dell'OP (quasi mai i pazienti conoscono il motivo del trasferimento, né chi lo ha richiesto l'osservazione).
- Nei giorni successivi si effettuano colloqui con gli operatori dell'OP, psichiatra, psicologo, tecnici della riabilitazione. Si approfondisce la diagnosi e si aggiusta una terapia in base all'effettuazione di alcuni esami di routine richiesti all'ingresso.
- Gli strumenti in possesso degli operatori sanitari dell'osservazione non sono in alcun modo diversi da quelli di qualsiasi operatore sanitario di un Istituto ordinario. Ad esempio, qualora il paziente necessiti di terapie farmacologiche ma le rifiuti si ricorre, se vi sono i requisiti, al TSO che può essere ospedaliero o extraospedaliero.
- Si prende visione del fascicolo Matricolare per avere informazioni sulla posizione giuridica, sull'espletamento di eventuali perizie e sulle modalità del reato. Importante è talora anche la visione dei rapporti disciplinari.

COME SI SVOLGE L'OSSERVAZIONE PSICHIATRICA

- Quando si è a conoscenza che il paziente è seguito si prendono contatti con i Servizi territoriali (Psichiatrici o Sert), per raccogliere maggiori informazioni possibile.
- Laddove possibile si prendono contatti con i familiari che possono fornire informazioni su eventuali problemi prima della carcerazione.
- Non è presente personale sanitario ne di Pol. Pen. dedicato per il reparto osservazione, che consiste di fatto in 3 celle (1 singola e 2 doppie) all'interno del reparto degenza dell'infermeria centrale di Sollicciano. Spesso tali celle debbono essere utilizzate come celle singole riducendo di fatto la capienza effettiva.
- Al termine, prima dei 30 giorni si redige una relazione con una breve storia clinica, un resoconto sull'osservazione, la diagnosi, la terapia e le indicazioni se il paziente può continuare la detenzione in un Istituto ordinario, oppure, nel caso di persone in attesa di giudizio, necessita di applicazione dell'art. 206 c.p. (invio in una REMS-D) e si esprime un giudizio sulla necessità di avviare una valutazione peritale.
- Nel caso di persone già condannate in via definitiva, qualora non sia opportuno il rientro in un Istituto ordinario si richiede l'applicazione dell'art. 148 c.p. o 111 DPR 230/2000. Con la nuova legge queste persone debbono essere inviate ai Reparti Psichiatrici che debbono essere istituiti in ogni regione.

Accertamento delle Infermità psichiche (OP)

Art 112 DPR 230/2000, comma 1

L'accertamento delle condizioni psichiche degli imputati, dei condannati e degli internati, ai fini dell'adozione dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206, 212, secondo comma, del codice penale, dagli articoli 70, 71 e 72 del codice di procedura penale e dal comma 4 dell'articolo 111 del presente regolamento, è disposto, su segnalazione della direzione dell'istituto o di propria iniziativa, nei confronti degli imputati, dall'autorità giudiziaria che procede, e, nei confronti dei condannati e degli internati, dal magistrato di sorveglianza. L'accertamento è espletato nel medesimo istituto in cui il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria.

Accertamento delle Infermità psichiche (OP)
Art 112 DPR 230/2000, comma 2

L'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza possono, per particolari motivi, disporre che l'accertamento sia svolto presso un ospedale psichiatrico giudiziario, una casa di cura e custodia o in un istituto o sezione per infermi o minorati psichici, ovvero presso un ospedale civile. Il soggetto non può comunque permanere in osservazione per un periodo superiore a trenta giorni.

Accertamento delle Infermità psichiche (OP)

Art 112 DPR 230/2000, comma 3

All'esito dell'accertamento, l'autorità giudiziaria che procede o il magistrato di sorveglianza, ove non adottati uno dei provvedimenti previsti dagli articoli 148, 206, 212 secondo comma, del codice penale o dagli articoli 70, 71, e 72 del codice di procedura penale e dal comma 4 dell'articolo 111 del presente regolamento, dispone il rientro nell'istituto di provenienza.

ART. 148 CP. (Infermità psichica sopravvenuta nel condannato)

Se, prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione sopravviene al condannato un'infermità psichica, il giudice, qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena, ordina che questa sia differita o sospesa e che il condannato sia ricoverato in un manicomio giudiziario, ovvero in una casa di cura e custodia. [...] Il provvedimento di ricovero è revocato, e il condannato è sottoposto all'esecuzione della pena, quando sono venute meno le ragioni che hanno determinato tale provvedimento.

ART. 206 CP (Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza)

Durante l'istruzione o il giudizio [...] può disporsi che il minore d'età, o l'infermo di mente, o l'ubriaco abituale, o la persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti, o in uno stato di cronica intossicazione prodotta da alcool o da sostanze stupefacenti, siano provvisoriamente ricoverati in un riformatorio (art. 223) o in un manicomio giudiziario [ora REMS-D](art. 222), o in una casa di cura e custodia (art. 219).

Il giudice revoca l'ordine, quando ritenga che tali persone non siano più socialmente pericolose. [...]

Art 111 DPR 230/2000(Provvedimenti cautelari)

5. Gli imputati e i condannati, ai quali nel corso della misura detentiva sopravviene una infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza [206] o l'ordine di ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia [148], sono assegnati a un istituto o sezione speciale per infermi e minorati psichici.
6. La direzione dell'ospedale psichiatrico giudiziario o della casa di cura e custodia informa mensilmente le autorità giudiziarie competenti sulle condizioni psichiche dei soggetti ricoverati ai sensi degli articoli 148, 206 e 212, secondo comma, del codice penale.
7. I soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente per l'esecuzione della pena possono essere assegnati agli istituti o sezioni per soggetti affetti da infermità o minorazioni psichiche quando le loro condizioni siano incompatibili con la permanenza negli istituti ordinari. Gli stessi, quando le situazioni patologiche risultino superate o migliorate in modo significativo, sono nuovamente assegnati agli istituti ordinari, previo eventuale periodo di prova nei medesimi.

ART. 70, 71 e 72 Codice di Procedura Penale

ART. 70 CPP. Accertamenti sulle capacità dell'imputato

ART 71CPP. Sospensione del procedimento per incapacità dell'imputato

ART 72 CPP. Revoca dell'ordinanza di sospensione

L'Osservazione Psichiatrica (OP)

- 1. Collocazione attuale dei Reparti di Osservazione Psichiatrica**
- 2. Gestione della OP**
- 3. Modalità di richiesta delle OP
(modalità spesso improprie)**

Modalità di richiesta delle OP (modalità spesso improprie)

Richieste non effettuate dallo psichiatra di istituto, ma dal MI o da altro sanitario.

1. Problema delle “sollecitazioni” esterne allo psichiatra per l’apertura di una OP soprattutto per pazienti di difficile gestione per problematiche non psicopatologiche (Direzione, Pol.Pen., Educatori, Magistrato)

Magistrato di merito, il quale ha diversi strumenti per provvedere alla gestione dell’autore di reato che presenta turbe psichiche:

1. Art. 73 cpp
2. Art. 286 cpp

Psichiatra

1. Scelta del luogo (previsioni dell’art. 112)
2. Diagnosi (spesso mancanti o “gonfiate”)
3. Gestione impropria della terapia (l’OP non può e non deve essere utilizzata al posto di un TSO)

N.C.P. SOLLICCIANO

OSSERVAZIONE FEMMINILE (1posto letto)

A N N O	I N G R E S S I	CHI INVIA		ESITO			
		G.I.P /Libertà M.D.S.	Istituti	206 C.P	148 C.P	111 DPR 230/2000	Rientro Istituto Ordinario
2012	14	2 G.I.P.	12	1	0	0	13
2013	10	0	10	1 (non accolto)	1	1	8
2014	12	1 M.D.S	11	4	2	0	6
2015	9	0	9	1 REMS- D in attesa	1	0	6

N.C.P. SOLLICCIANO

OSSERVAZIONE MASCHILE (5 posti letto)

A N N O	I N G R E S S I	CHI INVIA		ESITO			
		G.I.P /Libertà M.D.S.	Istituti	206 C.P	148 C.P	111 DPR 230/2000	Rientro Istituto Ordinario
2012	29	6 G.I.P.	23	5	2	1	21 (3)
2013	29	6 G.I.P.	23	8	6	2	13
2014	22	1 G.I.P.	21	4	4	0	14 (1)
2015	23	4 G.I.P.	20	1 REMS D in attesa	0	1	18 (2)

Caso clinico n° 1 C.B. 1/2

- Paziente di 57 anni. Arrivato il 26/8/2015 dalla CC di Perugia.
- In carcere da oltre 15 anni per uxoricidio condannato a 23 anni e 6 mesi + 6 mesi per resistenza e oltraggio a P.U. (fine pena previsto per marzo 2017)
- Almeno 3 periodi di osservazione psichiatrica nel corso degli anni
- Il comportamento è stato sempre corretto
- Viene inviato in osservazione con la seguente motivazione “**Paziente affetto da disturbo di personalità di tipo paranoide in soggetto con marginalità intellettiva, durante la sua permanenza in questo istituto ha manifestando un peggioramento del quadro clinico con incremento dei pensieri persecutori, rifiutando le terapie proposte e le visite mediche, tanto da divenire pressoché inaccessibile ai colloqui mettendo a rischio la propria salute**”
- Comportamento sostanzialmente corretto ma continuava a rifiutare le terapie, non solo psichiatriche ma anche internistiche, soprattutto l’insulina, con la conseguenza di valori glicemici preoccupanti.

- Dai colloqui emergeva un quadro ascrivibile ad un disturbo di tipo paranoideo cronico, ed il netto rifiuto di sottoporsi alle cure e agli accertamenti di natura internistica, motivato dalla sfiducia nei medici penitenziari, aveva un substrato di chiara impronta psicopatologica, pertanto abbiamo deciso di sottoporre il paziente a TSO ospedaliero avvenuto il 10/9/15.
- Durante il TSO è stata praticata terapia long acting che ha determinato un rapido miglioramento e consentito di effettuare le cure ed i controlli.
- Rinvio in carcere con consigli per una diversa gestione del caso in futuro:
 1. **RICOVERO IN SPDC DI ZONA**
 2. **SEGNALAZIONE AI SERVIZI TERRITORIALI COMPETENTI (CHIETI)**
 3. **SEGNALAZIONE AL MAGISTRATO DI SORVEGLIANZA PER AVVICINAMENTO AI LUOGHI DI RESIDENZA E PER LA NECESSITA' DI PRESA IN CARICO DA PARTE DEI SERVIZI COMPETENTI PER L'IMMINENTE FINE PENA,**
 4. **EVENTUALE SEGNALAZIONE PER INSERIMENTO IN REPARTO PSICHIATICO NELLA REGIONE DI COMPETENZA (ABRUZZO)**

Caso clinico n° 2 M. F. 1/2

- Paziente di 26 anni. Arrivato il 2/9/15 proveniente dalla C.C. di Perugia
- L'osservazione viene richiesta dal GIP dopo l'ennesimo fallimento di una misura alternativa (scappato dalla Comunità l'Alveare)
- Seguito dal CSM di Bastia Umbra che lo ha in cura dal 2009 dopo un grave incidente (perdita della mano e dell'occhio dx).
- Abuso di alcool sin dall'adolescenza con numerosi ricoveri in SPDC per intossicazione acuta da alcool.
- Nel 2012 viene arrestato per reati contro in famiglia, da allora varie Comunità durante i periodi detentivi ma poi dopo il ritorno in libertà si ripresentano le problematiche di abuso.
- Nelle varie strutture terapeutiche dove il paziente è stato, è stato sempre segnalata l'assoluta assenza di consapevolezza delle proprie problematiche e dei comportamenti tenuti, l'incapacità di controllare la forte spinta aggressiva ed i comportamenti trasgressivi a carattere prevalentemente oppositivo nei confronti dell'autorità, verso cui tendeva ad assumere atteggiamenti di formale compiacenza.

Caso clinico n° 2 M. F. 2/2

- Il paziente si mostra sin da subito formalmente collaborante, adeguato, disponibile ai colloqui e mantiene un comportamento corretto nei confronti sia degli altri detenuti che del personale, ma sostanzialmente manipolativo e deresponsabilizzante.
- Dal punto di vista strettamente clinico non sono emersi disturbi psichiatrici in asse I ma solo importanti disturbi di Personalità ascrivibili al Cluster B. Tali disturbi sono di entità tale da poter compromettere, se non annullare, la capacità di intendere e volere (*Corte di cassazione penale sentenza 9163/05 del 08/03/2005*), inoltre l'abuso incontrollato di alcool fa sì che il paziente divenga, in stato di ebbrezza alcolica, estremamente pericoloso sia per la propria che per l'altrui incolumità (*ART 95 CP. Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti*).
- L'osservazione viene conclusa consigliando al GIP l'opportunità di effettuare una valutazione peritale (già richiesta), ma segnalando che al momento non sussistono le condizioni di pericolosità che rendano necessaria l'applicazione dell'Art. 206 ed il paziente può rientrare all'Istituto di provenienza dove i Servizi Territoriali possono formulare un'ipotesi di trattamento in attesa dell'espletamento della perizia.

ART 95 CP. (Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti)

Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89

Corte di cassazione penale sentenza 9163/05 del 08/03/2005

I gravi Disturbi di Personalità vanno considerati, per quanto concerne l'imputabilità, alla stregua delle altre 'infermità di mente' per le quali si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89 cp

ART 88 CP. (Vizio totale di mente)

Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere (artt. 95, 108 comma 2°, 222).

ART 89 CP. (Vizio parziale di mente)

Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita (artt. 65, 69 comma 4°, 70 comma 2°, 95, 108 comma 2°, 219)

Caso clinico n° 3 H.A. 1° Osservazione

- Paziente di 32 anni. Arrivato nel febbraio 2015 proveniente dal carcere di Siena inviato perché ha messo in atto numerosi gesti autolesivi, TS per impiccamento, inalazioni di gas ecc.
- Italiano di origine Sinti, ha una lunga storia di tossicodipendenza e numerosissime carcerazioni alle spalle
- Iniziali atteggiamenti da bullo che recedono nel giro di pochi giorni, quando si spiega l'inutilità del comportamento soprattutto in previsione della Misura di Sicurezza in Casa di Lavoro che deve essere confermata prima del fine pena.
- Il paziente infatti è stato allontanato dal carcere di Grosseto, dove risiede, per motivi disciplinari, allontanandolo dagli affetti ma anche dai Servizi. Risulta infatti conosciuto da anni dal Sert di Grosseto che si contatta ed il responsabile si dice disponibile a formulare un progetto per il paziente.
- Si chiude quindi l'osservazione con l'indicazione del rientro in Istituto ordinario possibilmente vicino ai luoghi di residenza dove il paziente possa essere visitato dai sanitari del Sert di Grosseto al fine di formulare un progetto.

Caso clinico n° 3Bis H.A. 2° Osservazione

- Rientra a fine settembre 2015 con invio urgente dopo la messa in atto di nuovi gesti autolesivi.
- Il paziente si presenta subito adeguato e corretto nel comportamento, riferisce che il Sert avrebbe ipotizzato come unico percorso possibile l'inserimento in una comunità che tuttavia a quel momento, cioè ad un mese dal fine pena, non era stato ancora concretizzato e pertanto nei giorni precedenti il Magistrato di Sorveglianza aveva disposto l'eseguibilità della misura di sicurezza in Casa di Lavoro. Ciò aveva fatto infuriare il paziente che come unica soluzione aveva riadottato i vecchi comportamenti protestatari.
- Dai colloqui si è compreso che non era stato spiegato al paziente in cosa consisteva la Casa di Lavoro, pertanto si è semplicemente fornito al paziente tutte le informazioni possibili, ed i consigli più utili per come fare ad affrontare questo ulteriore percorso.
- Si è quindi chiusa l'osservazione con la richiesta di rientro per scontare il breve residuo di pena prima della Casa di Lavoro

Caso clinico n° 4 L.E. 1/2

- Paziente di 35 anni. Arrivato da noi il 18/2/15 proveniente dalla CC di Lucca.
- Arrestato il 5/12/14, sin dalla 1° visita era stato segnalato che il paziente mostrava una sintomatologia ascrivibile ad un disturbo Psicotico Cronico, caratterizzato da evidenti limitazioni cognitive defettuali, ideazione paranoidea di tipo prevalentemente persecutorio e fenomeniche dispercettive. Rifiuto della terapia. Aveva avuto un internamento dal novembre 2006 al luglio 2014 presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, e dal momento della revoca della Misura di Sicurezza era residente nel comune di Messina. Di origine Sinti, non aveva riferimenti familiari, solo una sorella, residente in Veneto, con la quale non ha rapporti da anni.
- Tuttavia ne tali informazioni ne il quadro clinico in cui si trovava il paziente al momento dell'arresto, sono stati comunicati al Magistrato competente che pertanto ha proceduto per direttissima ed il paziente è stato condannato alla pena di 1 anno e 6 mesi per tentato furto.
- Solo successivamente alla condanna è stata richiesta l'osservazione.

- ANAMNESI REMOTA: in OPG dal gennaio 2007 nel 2012 gli è stata concessa la L.F.E. presso la R.S.A. di Maso (ME) dalla quale si è allontanato dopo poco tempo. È stata revocata la LFE con rientro in OPG il 30/6/2012. Il 5/7/2014 è stata revocata la misura di sicurezza detentiva ed il paziente era stato dimesso dall'OPG senza alcun obbligo. La diagnosi formulata dai sanitari dell'OPG era "Schizofrenia paranoide, decorso cronico in trattamento farmacologico, in soggetto con deficit mentale medio-grave".
- Al termine dell'osservazione si è fatta diagnosi di: **Schizofrenia tipo paranoide, cronico con esacerbazione acuta (295.34), Insufficienza mentale media (318)**, e si è segnalato che le condizioni psichiche del paziente non consentivano lo svolgimento della pena in un regime ordinario.
- Dato che il paziente era già condannato in via definitiva, si è segnalato al Magistrato di applicare l'Art. 111, comma 5 dell'ordinamento penitenziario (minorazione psichica), e di trasferire il paziente presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, dove è presente una sezione per minorati e, sulla base del DPCM del 2008, competente per territorio essendo il paziente residente a Messina.

- Paziente di 35 anni, di origine Eritrea, da circa 6-7 anni in Italia s.f.d.
- Arrestato a Firenze nel febbraio 2015 per un mandato di cattura riguardante un reato di tentato omicidio (+ porto abusivo di arma) commesso a Roma nel febbraio 2010. Arrestato viene condotto al carcere di Regina Coeli.
- ANAMNESI REMOTA: Nel giugno 2010 viene inviato in osservazione all'OPG di Secondigliano, su richiesta del GIP come da indicazione del consulente del P.M che aveva visitato in carcere il paziente 2 volte di cui 1 si era rifiutato di recarsi al colloquio e la seconda era rimasto mutacico. Tali visite erano state richieste sulla base delle dichiarazioni del paziente, chiaramente indigente e senza fissa dimora, che aveva affermato di aver commesso il reato perché proprietario dell'intero immobile dove era situato il ristorante della vittima. Il consulente quindi concluse che data l'indisponibilità del paziente era necessario un periodo di osservazione più lungo.
- Nella breve relazione che mi è stata inviata dal Direttore dell'OPG di Secondigliano viene segnalato che *“all'ingresso si presentava ostile ed oppositivo e, collocato in cella singola, non usciva mai, pur alimentandosi(solo farinacei e frutta o verdura). Ha sempre rifiutato di collaborare e di parlare. [...] Solo nel corso degli ultimi giorni, il soggetto ha iniziato ad uscire per le ore d'aria e scambia qualche parola in stentata lingua italiana con gli infermieri o con gli altri ospiti, in genere chiedendo sigarette [...] ha sempre rifiutato di assumere terapia che si è tentato di somministrargli al fine di valutarlo con criterio ex adiuvantibus”*.

- Il paziente viene scarcerato per decorrenza termini nel febbraio 2011 e da quel momento non si hanno più notizie di lui sino al momento dell'arresto.
- Dagli atti del processo tenutosi nel dicembre 2013 con l'imputato contumace, si evince che *“dalla documentazione medica relativa al periodo in cui l'imputato era ristretto, dalla relazione relativa al periodo di osservazione effettuata all'OPG di Secondigliano, dalla relazione del consulente del P.M. [omissis] e dall'elaborato, nonché dalle dichiarazioni del perito del collegio, [...] non si arriva ad una conclusione univoca in ordine all'imputabilità”*. Viene quindi condannato come sano, a 7 anni e 6 mesi più 6 mesi per porto abusivo d'arma illegale.
- Dopo 2 mesi dall'arresto a causa del comportamento inadeguato del paziente viene richiesta la visita psichiatrica che segnala l'impossibilità di approfondire il quadro clinico a causa della barriera linguistica, ma mette in evidenza le problematiche psicopatologiche formulando una diagnosi provvisoria di Schizofrenia non specificata.
- Nel giro di pochi giorni si decide per l'apertura di una osservazione che si apre il 15 /04/15

- Il quadro clinico non mostra alcun miglioramento il paziente rifiuta ogni contatto con le persone, non esce mai dalla cella , rifiuta la terapia, qualsiasi approfondimento clinico, ed anche il mangiare, per una verosimile ideazione di veneficio. Appare impossibile stabilire un contatto con lui, continua a ripetere che tra due giorni uscirà dal carcere e che verranno a prenderlo con l'elicottero. Riguardo al reato continua a ripetere che il palazzo era suo e che la vittima lo aveva derubato della sua eredità. Anche l'intervento del mediatore culturale non sortisce alcun effetto.
- Si decide quindi di ricorrere ad un TSO ospedaliero che viene effettuato il 5 maggio 2015 presso l'SPDC di Torregalli.
- Nel corso del TSO vengono effettuati gli accertamenti e praticata terapia long acting, che nell'arco di pochi giorni determina un miglioramento del quadro clinico. Il paziente accetta il colloquio e si mostra abbastanza disponibile. Viene quindi decisa la dimissione che avviene l'11 maggio 2015.
- Il giorno successivo il paziente muore suicida in carcere, nonostante l'attivazione della Grande Sorveglianza , ed i controlli effettuati il giorno stesso e quello successivo alla dimissione.

Caso clinico n° 5 M.M.

- Paziente arrestato il 21/12/15 per incendio doloso del suo appartamento. Il G.I.P. nel corso della convalida dell'arresto avvenuta il 23/12/15 dispone l'osservazione psichiatrica.
- Paziente tossicodipendente conosciuto da anni dal Sert e negli ultimi anni seguito anche dal CSM con diagnosi di Disturbo Bipolare.
- Il G.I.P. dispone anche la massima sorveglianza per “un concreto rischio suicidiario” e richiede una relazione sulle condizioni del paziente.

- ***ART 286 CPP (Custodia cautelare in luogo di cura)***

Se la persona da sottoporre a custodia cautelare si trova in stato di infermità di mente che ne esclude o ne diminuisce grandemente la capacità di intendere e di volere [85 c.p.], il giudice [279], in luogo della custodia in carcere, può disporre il ricovero provvisorio in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero [73], adottando i provvedimenti necessari per prevenire il pericolo di fuga. Il ricovero non può essere mantenuto quando risulta che l'imputato non è più infermo di mente. [...]