

L'ISOLA CHE NON C'È ANCORA

IL DILEMMA DEI QUESTITI

**Relazione tenuta a Nogara (Verona) in occasione del seminario formativo
27 marzo 2017 Rems del Veneto**

di UGO FORNARI

Neuro psichiatra e medico legale

già Professore ordinario di Psicopatologia Forense Università degli
Studi di Torino

ugofornari@alice.it

Una buona applicazione dei principi ispiratori della legge 81/2014 richiede, tra l'altro, di operare a monte, affrontando alcuni snodi molto problematici. Il principale di questi riguarda la *perizia/consulenza psichiatrica*, che deve essere radicalmente riformata e ampliata nei suoi contenuti e fini, a iniziare dalla formulazione dei quesiti peritali.

Pertanto

Nella *fase di cognizione*, nuovi quesiti devono essere posti al perito/consulente; essi devono essere molto articolati e mirati a ottenere risposte precise e circostanziate in punto

- indicatori clinici e valutativi di vizio di mente (totale o parziale) e
- indicatori clinici di necessità di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica.

(segue)

Gli esperti psico-forensi non devono mai dimenticare che, nel confezionare il loro parere è fondamentale la collaborazione con tutti coloro che si sono presi o si prenderanno cura della persona interessata dal provvedimento, servizi socio sanitari in primis e funzionari di servizio sociale dell'UEPE.

In particolare, la diagnosi clinica è la costruzione progressiva di un sapere condiviso che si avvale di competenze diversificate e specialistiche che confluiscono in una conoscenza tecnica e umana della persona nei cui confronti viene chiesto di procedere a una valutazione forense e proporre un piano di intervento.

**LE CONSEGUENZE PRATICHE IN AMBITO
FORENSE SONO CHE**

**LA DIAGNOSI DEVE CONVERGERE VERSO
UN MODELLO DIAGNOSTICO FRUTTO
DELL'INTEGRAZIONE TRA**

1. il modello categoriale (la categoria alfa numerica, la diagnosi descrittiva, nosografica in cui collocare convenzionalmente il paziente. Esso celebra il primato del riduttivismo biologico e si costituisce come il luogo dell'oggettivizzazione).

2. quello psicopatologico (i disturbi psicopatologici contenuti nella categoria diagnosticata qualificanti la stessa e la comprensione del loro significato)

3. e quello funzionale (attraverso quali modalità le tematiche psicopatologiche individuate hanno inciso in maniera significativa sul funzionamento dei meccanismi mentali del soggetto in osservazione, modellandone il comportamento agito o subito = *la criminogenesi e la criminodinamica*).

QUEST'ULTIMO MODELLO DI CONOSCENZA

parla direttamente al lessico giuridico, nel senso che le compromissioni del funzionamento dell'Io, modellate dalla tematica psicopatologica messa in luce, agiscono sul funzionamento intra- e interpersonale (il Sé) nei diversi contesti di vita e sul comportamento penalmente o civilmente rilevante dell'autore e della vittima di reato.

Il ricorso al modello funzionale è parte integrante e fondamentale di un'analisi relazionale e sistemica, quale richiesta in ambiti specifici del codice penale (es.: delitti sessuali, circonvenzione di persona incapace) e in molti settori della consulenza in ambito civilistico (adozione e affidamento di minori, capacità decisionale, idoneità genitoriale e via dicendo).

Infine, è tappa fondamentale del ragionamento psico-forense, anche per ciò che concerne la diagnosi differenziale nell'ambito dei disturbi di personalità in riferimento alla loro gravità o meno (Cass. Sez. Un. Pen., n. 9163, 8/3/2005).

Nessuno degli approcci diagnostici di cui sopra, di per se solo considerato e partitamente utilizzato, è adeguato per procedere a una corretta costruzione clinica, propedeutica a ogni valutazione forense.

In questa prospettiva, è destituito di fondamento ogni tentativo di identificare la psichiatria e la psicologia cliniche con la psichiatria e la psicologia forensi e giudiziarie.

NEL PROCEDIMENTO CONOSCITIVO

la clinica resta sovrana con un'attrezzatura
mentale sua propria che prende in
considerazione l'intera persona nella sua
storia di vita irripetibile e non riproducibile in
laboratorio, come restano sovrani i vincoli
deontologici e procedurali (codici
deontologici e artt. 226 c.p.p. e 193 c.p.c.).

In particolare, esami di laboratorio, interviste, questionari, inchieste, interviste, scale di valutazione e di predizione, indagini neuroscientifiche, neuropsicologiche e genetiche, test di efficienza e di personalità e quant'altro si voglia utilizzare a fini diagnostico descrittivi devono essere valutate nell'ambito di un discorso clinico integrato.

la costruzione clinica si deve poi tradurre, in presenza del nesso di causalità, nella nozione di infermità di mente rilevante ai fini dell'applicazione degli artt. 88 e 89 c.p. (il **là e allora** al momento del fatto e in riferimento allo stesso) o a una qualsiasi altra condizione di incapacità rilevante a fini forensi,

nonché nell'accertamento di *presenza e persistenza della patologia obiettivata*, per proporre un programma di collocamento, di cura e di protezione che nel penale è radicalmente diverso da quello che si può suggerire in ambito civile.

IN TEMA DI PERICOLOSITÀ SOCIALE PSICHIATRICA

**(LA PATOLOGIA MENTALE CHE SI È
TRADOTTA IN VIZIO DI MENTE ED È
PRESENTE E PERSISTE QUI E ORA: CIOÈ AL
MOMENTO DELL'APPLICAZIONE DELLA
MISURA DI CURA E DI PROTEZIONE)**

La legge 81/2014 nel normare le misure di sicurezza detentive psichiatriche, introduce l'internamento in REMS, struttura residenziale sanitaria per l'esecuzione della misura di sicurezza personale detentiva.

Si tratta di una *misura di sicurezza personale a carattere coercitivo* che la legge vuole rivesta caratteristiche di eccezionalità e di temporaneità.

In tale struttura si possono ricoverare soltanto autori di reato affetti da gravi disturbi mentali quali *disturbi dello spettro psicotico o depressivi maggiori o disturbi gravi della personalità* (Cass., S.U. Pen., 9163/2005), eventualmente in *comorbidità* con altri disturbi, che si sono espressi sul piano funzionale in reati sintomo (= *il nesso di causalità*) e che manifestano un effettivo bisogno di cure psichiatriche a elevata intensità (= *la pericolosità sociale psichiatrica*).

In maniera diversa si procede se la pericolosità sociale psichiatrica è attenuata (= libertà vigilata).

I PAZIENTI CRONICI GIUDIZIARI

I pazienti giudiziari psicotici cronici deteriorati o affetti da disturbi cognitivi inemendabili non possono essere ricoverati nei S.P.P.G., bensì in apposite sezioni psichiatriche carcerarie in una con gli autori di reato affetti da patologia mentale nella fase della cognizione (= i provvisori) e con i condannati nei quali sia sopravvenuta una “infermità di mente” (art. 148 c.p.).

In ogni caso, la misura di sicurezza detentiva viene disposta dal giudice della sorveglianza, con durata che non può superare la pena edittale massima.

NE DISCENDE CHE

La pericolosità sociale psichiatrica deve essere sostituita dalla valutazione clinica della necessità di cura e controllo (= protezione) a elevata o ad attenuata intensità terapeutica.

Gli indicatori psicopatologici di rischio psichiatrico elevato o attenuato sono riassorbiti nel progetto di cura e valutati all'interno dello stesso in un'ottica di protezione (= controllo) del paziente da eventuali agiti auto- o etero-lesivi.

Analogamente devono essere valutate le risorse individuali e ambientali, come in qualsiasi progetto di cura.

NECESSITÀ DI CURA A ELEVATA INTENSITÀ TERAPEUTICA

Indicatori interni propri della patologia di cui il soggetto è portatore

- presenza di sintomatologia psicotica florida;
- **assenza di consapevolezza di malattia (*insight*);**
- atteggiamento negativo o non collaborativo verso le terapie psicofarmacologiche (*adherence*);
- **scarsa o nulla risposta a quelle praticate (*compliance*);**
- esplosioni comportamentali di rabbia incontrollata, auto- e/o etero-distruttive;
- **impoverimento e incapacità di regolazione ideo-affettiva e relazionale;**

MIGLIORAMENTO E STABILIZZAZIONE

Quando gli indicatori interni vanno diminuendo di gravità e il quadro psicopatologico e comportamentale si va stabilizzando nel senso che

- si è attivato un progressivo processo di responsabilizzazione e di autonomizzazione;
- la sintomatologia psicotica florida si è raffreddata e stabilizzata o addirittura spenta;
- è stata raggiunta una buona capacità di controllo e di regolazione emotiva;
 - la qualità di vita è migliorata;
- il funzionamento globale intrapsichico e relazionale è migliorato.

Entrano allora in gioco gli indicatori esterni alla patologia di cui il soggetto è portatore (le risorse) e che nulla hanno a che fare con quella e con il dettato dell'art. 1 della legge 81/2014.

Si tratta di indicatori fondamentali per applicare la misura non detentiva della libertà vigilata terapeutica. Essi si integrano con quelli interni. La loro validità è accertata dall'UEPE (Uffici per l'Esecuzione Penale Esterna) e consistono negli

NECESSITÀ DI CURA AD ATTENUATA INTENSITÀ TERAPEUTICA

*Indicatori esterni alla patologia di cui il soggetto è
portatore (le risorse)*

- caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, rifiuto, indifferenza);
- disponibilità e progetti terapeutici da parte dei servizi psichiatrici di zona (la continuità terapeutica);
- possibilità o meno di (re)inserimento lavorativo o di soluzioni alternative;
- tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto-reato;
- opportunità alternative di sistemazione logistica.

A CHE SERVONO QUESTI INDICATORI?

Severa presenza e persistenza degli indicatori interni riveste importanza fondamentale nel ritenere *elevata* la necessità di cure e nel proporre un ricovero nelle attuali strutture (REMS = misura personale di sicurezza detentiva a carattere coercitivo).

Di fronte a una attenuazione o buona compensazione degli indicatori «interni», assumono notevole importanza quelli esterni per proporre

- la trasformazione dell'internamento in *libertà vigilata terapeutica (misura di sicurezza non detentiva a carattere obbligatorio)* presso altre strutture del DSM
- o la revoca della misura stessa con eventuale segnalazione del caso al Dipartimento di Salute Mentale competente, come ricordano l'art. 4 della legge 17 febbraio 2012, n. 9 e una Ordinanza del Magistrato di Sorveglianza di Firenze, del 15.02.12.

Aggravamento, proroga, trasformazione e revoca della misura devono essere concordate e discusse con il paziente, gli operatori della REMS e del DSM, il magistrato della sorveglianza e l'UEPE.

Tutti i percorsi terapeutici devono essere vincolati al provvedimento dell'autorità giudiziaria che supervisiona la misura.

IL QUESITO PERITALE NELLA FASE DELLA COGNIZIONE

«Accertino i periti (*omissis*)

- se (nome e cognome del periziando) versasse o meno, al momento dei fatti e in riferimento agli stessi, in stato di infermità di mente tale da escludere o scemare grandemente la sua capacità di intendere o di volere, precisandone i rispettivi indicatori clinici e valutativi;
- ricostruiscano criminogenesi e criminodinamica del reato addebitato al soggetto ed esaminino il funzionamento mentale dello stesso, sotto il profilo psicopatologico con riferimento al reato addebitato;

- in caso di accertato vizio di mente, dicano se (nome e cognome) sia da considerare persona che presenta, allo stato, necessità di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica e valutino presenza e persistenza di rischio psicopatologico in atto, precisandone i rispettivi indicatori clinici e comportamentali;

- sentiti gli eventuali curanti che sono già intervenuti o che si prendono o potranno prendersi cura della persona interessata dal provvedimento, propongano il luogo e le modalità di esecuzione del relativo programma terapeutico”.

IL QUESITO PERITALE SULLE CONDIZIONI DI MENTE ATTUALI

«Accertino i periti (*omissis*)

- quali sono le attuali condizioni di mente di (nome e cognome) e se dette condizioni siano o meno compatibili con il protrarsi del regime di custodia cautelare in atto (se si tratta di persona detenuta) e con la sua capacità di partecipare coscientemente al processo;
- in caso di risposta negativa al precedente quesito, dicano se le accertate condizioni di incompatibilità siano reversibili o irreversibili;

(segue)

- in caso di reversibilità di tali condizioni, dicano quale sia il provvedimento cautelare più idoneo da assumere al fine di ripristinare la capacità di partecipare coscientemente al processo,

(segue)

- indichino i luoghi e le modalità di esecuzione del relativo programma terapeutico (servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero arresti domiciliari anche eventualmente presso case di cura, ovvero comunità specializzate), sentiti gli eventuali curanti che sono già intervenuti o che - allo stato - si prendono cura della persona interessata dal provvedimento».

IL QUESITO CHE PUÒ ESSERE POSTO ALLO PSICHIATRA NELLA FASE DI ESECUZIONE PER LA MONITORIZZAZIONE ED EVENTUALE MODIFICA DELLA MISURA DI SICUREZZA DEL RICOVERO IN REMS

- Quali sono le attuali condizioni di mente del paziente (nome e cognome) e quale evoluzione esse hanno avuto?
- si sta sviluppando, è presente o ancora assente consapevolezza di malattia (*insight*)?
 - - si è attivato un progressivo processo di responsabilizzazione e di autonomizzazione?
- - la sintomatologia psicotica florida si è raffreddata o spenta?

(segue)

- - è stata raggiunta una buona capacità di controllo e di regolazione emotiva?
 - la qualità di vita è migliorata?
- - il funzionamento globale intrapsichico e relazionale è migliorato?
 - quale è l'atteggiamento verso le terapie che gli vengono praticate(*adherence*)?;
 - quale è la sua risposta a quelle che gli vengono praticate (purché adeguate sotto il profilo qualitativo e del *range* terapeutico)?

(segue)

In conclusione, il paziente, allo stato, è persona che presenta o meno necessità di proseguire la cura in struttura a elevata intensità terapeutica (REMS) o tale misura può essere attenuata o revocata?

In caso di attenuazione, vengano individuati i luoghi e le modalità di esecuzione del relativo provvedimento sanitario (libertà vigilata terapeutica);

in caso di revoca, quale misura deva essere adottata per assicurare la continuità terapeutica.

IN CASO DI AGGRAVAMENTO DEL QUADRO PSICOPATOLOGICO IN SOGGETTO IN LIBERTÀ VIGILATA TERAPEUTICA CON NECESSITÀ DI RIENTRO IN REMS

QUESITO DA PORRE ALLO PSICHIATRA PER LA VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI INTERNI

- è presente una recrudescenza di sintomatologia psicopatologica? Quali gli indicatori clinici?
- l'atteggiamento verso le terapie psicofarmacologiche è diventato di rifiuto o di non collaborazione?
- sono comparse esplosioni comportamentali di rabbia incontrollata, auto- e/o etero-distruttive?

(segue)

- si sono evidenziati o riattivati impoverimento e incapacità di regolazione ideo-affettiva e relazionale?
- è presente una sostanziale non collaborazione, passivizzazione e rifiuto dell'intervento proposto e concordato con il paziente?

In conclusione, sono presenti questi e altri indicatori di decorso, logistici e socio-ambientali che, allo stato, ostacolano seriamente la prosecuzione del trattamento sanitario e dell'intervento psicosociale in regime di libertà vigilata terapeutica e consigliano un rientro in REMS?"

IN CASO DI ATTENUAZIONE DEL QUADRO PSICOPATOLOGICO IN SOGGETTO IN REMS CON POSSIBILITÀ DI APPLICARE LA LIBERTÀ VIGILATA

QUESITO DA PORRE ALL'UEPE PER LA VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI ESTERNI

- Il paziente è disponibile e partecipa ai progetti terapeutici e di reinserimento psicosociale propostigli e praticati nel servizio in cui è inserito?
- la sua qualità di vita nel corso della misura terapeutica applicata è migliorata?
- quali opportunità alternative e affidabili di sistemazione logistica rispetto alla prosecuzione del suo internamento in REMS?

(segue)

- quali disponibilità e possibilità di progetti terapeutici e risocializzativi da parte dei servizi psichiatrici di zona e dell'UEPE?
- quali sono gli atteggiamenti dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, rifiuto, indifferenza)?
- quale tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto-reato?
- esistono possibilità di (re)inserimento lavorativo o di altre attività socialmente utili, anche se non esclusivamente di *pubblica utilità*?”

In conclusione, quale provvedimento può/deve essere preso per agire proficuamente sul percorso terapeutico e socio riabilitativo in atto?”