

## PRINCIPALI FONTI DI DIRITTO E DOCUMENTI INTERNAZIONALI

### **CONVENZIONE EUROPEA PER LA SALVAGUARDIA DEI DIRITTI DELL'UOMO E DELLE LIBERTA' FONDAMENTALI** Roma 4 novembre 1950

Vengono in rilievo, in particolare:

Art.3 Punizione della tortura

Art. 5 Diritto alla libertà e alla sicurezza.

Art. 6 Diritto a un equo processo

Art. 7 *Nulla poena sine lege*

### **REGOLE MINIME DELLE NAZIONI UNITE PER IL TRATTAMENTO DEI DETENUTI (Risoluzione 663 del 31/7/1957 del Consiglio Economico e Sociale)**

Regola 2. (1) At every institution there shall be available the services of at least one qualified medical officer who should have some knowledge of psychiatry. The medical services should be organized in close relationship to the general health administration of the community or nation. They shall include a psychiatric service for the diagnosis and, in proper cases, the treatment of states of mental abnormality.

Regola 82. (1) *Persons who are found to be insane* shall not be detained in prisons and arrangements shall be made to remove them to mental institutions as soon as possible.

(2) Prisoners who suffer from other mental diseases or abnormalities shall be observed and treated in specialized institutions under medical management.

(3) During their stay in a prison, such prisoners shall be placed under the special supervision of a medical officer.

(4) The medical or psychiatric service of the penal institutions shall provide for the psychiatric treatment of all other prisoners who are in need of such treatment.

Regola 83. It is desirable that steps should be taken, by arrangement with the appropriate agencies, to ensure if necessary the continuation of psychiatric treatment after release and the provision of social psychiatric after-care.

### **UNITED NATIONS STANDARD MINIMUM RULES FOR THE TREATMENT OF PRISONERS (the Mandela Rules)** Commission on Crime Prevention and Criminal Justice Twenty-fourth session Vienna, 18-22 May 2015

Regola 109 1. *Persons who are found to be not criminally responsible, or who are later diagnosed with severe mental disabilities and/or health conditions, for whom staying in prison would mean an exacerbation of their condition*, shall not be detained in prisons, and arrangements shall be made to transfer them to mental health facilities as soon as possible.

2. If necessary, other prisoners with mental disabilities and/or health conditions can be observed and treated in specialized facilities under the supervision of qualified health-care professionals.

3. The health-care service shall provide for the psychiatric treatment of all other prisoners who are in need of such treatment.

Regola 110 It is desirable that steps should be taken, by arrangement with the appropriate agencies, to ensure if necessary the continuation of psychiatric treatment after release and the provision of social-psychiatric aftercare.

### **REGOLE PENITENZIARIE EUROPEE (raccomandazione Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa R (2006) 2**

Regola 12.1 Le persone affette da malattie mentali e il cui stato è incompatibile con la detenzione in carcere dovrebbero essere detenute in un istituto specificamente concepito a questo scopo.

12.2 Se ciononostante queste persone sono eccezionalmente detenute in un carcere, la loro situazione e le loro esigenze devono essere disciplinate da regole speciali.

Regola 47.1 Si devono organizzare istituti o sezioni specializzate poste sotto controllo medico per l'osservazione e il trattamento dei detenuti colpiti da affezioni e da turbe mentali, che non rientrano necessariamente nelle disposizioni della Regola 12

47.2 Il servizio sanitario in ambiente penitenziario deve garantire il trattamento psichiatrico di tutti i detenuti che richiedano una tale terapia e dedicare particolare attenzione alla prevenzione del suicidio

### **REGOLE DELLE NAZIONI UNITE RELATIVE AL TRATTAMENTO DELLE DONNE DETENUTE E ALLE MISURE NON DETENTIVE PER LE DONNE AUTRICI DI REATO (Risoluzione dell'Assemblea Generale dell'ONU n. 65/229 del 21 dicembre 2010)**

Regola 12. Sia negli Istituti penitenziari sia in ambito extracarcerario bisogna garantire alle detenute che necessitano di cure per la salute mentale una varietà di programmi di cura e riabilitazione personalizzati, che tengano conto delle specificità femminili e dei traumi subiti

### **STANDARDS OF THE EUROPEAN COMMITTEE FOR THE PREVENTION OF TORTURE AND INHUMAN OR DEGRADING TREATMENT OR PUNISHMENT CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2015**

*....ii) psychiatric care*

41. In comparison with the general population, there is a high incidence of psychiatric symptoms among prisoners. Consequently, a doctor qualified in psychiatry should be attached to the health care service of each prison, and some of the nurses employed there should have had training in this field.

The provision of medical and nursing staff, as well as the layout of prisons, should be such as to enable regular pharmacological, psychotherapeutic and occupational therapy programmes to be carried out.

42. The CPT wishes to stress the role to be played by prison management in the early detection of prisoners suffering from a psychiatric ailment (eg. depression, reactive state, etc.), with a view to enabling appropriate adjustments to be made to their environment. This activity can be encouraged by the provision of appropriate health training for certain members of the custodial staff.

43. A mentally ill prisoner should be kept and cared for in a hospital facility which is adequately equipped and possesses appropriately trained staff. That facility could be a civil mental hospital or

a specially equipped psychiatric facility within the prison system. On the one hand, it is often advanced that, from an ethical standpoint, it is appropriate for mentally ill prisoners to be hospitalised outside the prison system, in institutions for which the public health service is responsible. On the other hand, it can be argued that the provision of psychiatric facilities within the prison system enables care to be administered in optimum conditions of security, and the activities of medical and social services intensified within that system. Whichever course is chosen, the accommodation capacity of the psychiatric facility in question should be adequate; too often there is a prolonged waiting period before a necessary transfer is effected. The transfer of the person concerned to a psychiatric facility should be treated as a matter of the highest priority.

44. A mentally disturbed and violent patient should be treated through close supervision and nursing support, combined, if considered appropriate, with sedatives. Resort to instruments of physical restraint shall only very rarely be justified and must always be either expressly ordered by a medical doctor or immediately brought to the attention of such a doctor with a view to seeking his approval. Instruments of physical restraint should be removed at the earliest possible opportunity. They should never be applied, or their application prolonged, as a punishment. In the event of resort being had to instruments of physical restraint, an entry should be made in both the patient's file and an appropriate register, with an indication of the times at which the measure began and ended, as well as of the circumstances of the case and the reasons for resorting to such means.

**COMITATO DEI MINISTRI DEL CONSIGLIO D'EUROPA. Raccomandazione (83) 2**  
**Sulla protezione legale delle persone affette da disturbi mentali sottoposte a ricovero involontario** (Regole 5, 9, 10 e 11 applicabili anche a ricoveri disposti nell'ambito di un procedimento penale)

**RISOLUZIONE ONU 46/119 DEL 1991 Protezione delle persone affette da malattia mentale e miglioramenti delle cure di salute mentale**

**CONSIGLIO D'EUROPA, Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, Oviedo, 4.IV.1997**

**COMITATO DEI MINISTRI DEL CONSIGLIO D'EUROPA. Raccomandazione (98)7 sugli aspetti etici e organizzativi dell'assistenza sanitaria in carcere**

**LIBRO BIANCO DEL COMITATO DIRETTIVO SULLA BIOETICA DEL CONSIGLIO D'EUROPA "Sulla protezione dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, con particolare riferimento a quelle involontariamente ricoverate in una struttura psichiatrica" – 3/1/2000**

**COMITATO DEI MINISTRI DEL CONSIGLIO D'EUROPA. Raccomandazione (2004)10 sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali**

**LIBRO VERDE DELLA COMMISSIONE EUROPEA: "Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea" - 14/10/2005 - COM(2005)0484**

**RISOLUZIONE 6/9/2006 DEL PARLAMENTO EUROPEO SUL MIGLIORAMENTO DELLA SALUTE MENTALE DELLA POPOLAZIONE. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea ( procedura n.2006/2058(INI))**

**EUROPEAN COMMISSION**

**Central Institute of Mental Health**

**Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS) Research Project - Final Report (2007)**

**RISOLUZIONE 19/2/2009 DEL PARLAMENTO EUROPEO SULLA SALUTE MENTALE ( procedura n.2009/2209(INI))**

**REPORT to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 13 to 25 May 2012).**

**COMITATO DEI MINISTRI DEL CONSIGLIO D EUROPA. Raccomandazione M/REC (2014)3 relativa ai delinquenti pericolosi**

**WORLD HEALTH ORGANISATION**

**Prisons and health, 2014**

### **REALTA' ED ESPERIENZE STRANIERE**

#### **INGHILTERRA**

Il ricovero involontario e la somministrazione forzosa di cure al soggetto sottoposto a ricovero involontario è dettagliatamente disciplinata nel Mental Health Act inglese: nel corso del ricovero coatto – che può durare sino a sei mesi, rinnovabili - possono essere somministrate contro la volontà del paziente le terapie che i medici ritengano opportune per la cura dei *mental disorders*. Le terapie sono somministrate ai pazienti, autori di reato e non, senza particolari procedure o controlli, da parte del *responsible clinician*. Tuttavia, per la somministrazione di alcuni trattamenti evidentemente considerati “a rischio”, il MHA dispone particolari garanzie, per limitare il rischio che i pazienti vengano sottoposti arbitrariamente o abusivamente a pratiche quali l'elettroshock, la neurochirurgia, ed anche la “mera” somministrazione di psicofarmaci per periodi prolungati.

E' anche possibile l'imposizione di trattamenti ambulatoriali (*guardianship*) dopo un ricovero coatto: il trattamento non può essere somministrato con la forza, ma il medico responsabile può disporre un breve ricovero coatto per valutare la condizione del paziente, che può anche tradursi in un nuovo ricovero coatto, sì che viene comunque esercitata sul paziente una pressione.

**Va peraltro sottolineato che, a norma del Mental Health Act, queste disposizioni si applicano a tutti i pazienti psichiatrici: ciò che può differenziare l'*hospital order* emesso dall'autorità**

giudiziaria nell'ambito di un procedimento penale (sia in caso di condanna, sia in caso di assoluzione per *insanity* o di giudizio di *unfitness to plead*) sono i *restriction orders* (che il giudice può applicare quanto lo ritenga necessario *for protection of the public from serious harm*): il *restriction order* comporta una serie di limitazioni, in particolare la non dimissibilità del paziente da parte dell'Autorità sanitaria senza il consenso del *Secretary of State for Justice*. Analogamente è necessario per i trasferimenti o le eventuali licenze (*leave of absence*). Inoltre, se dimesso sotto condizioni, per garantire la continuità del trattamento, il paziente già sottoposto a *restriction order* può essere nuovamente ospedalizzato in qualsiasi momento su ordine del *Secretary of State* se questo è necessario per la sicurezza pubblica. L'*hospital order* con *restrictions* è un provvedimento di durata indeterminata, destinato a protrarsi finché perdura il rischio collegato al *mental disorder*.

Un altro elemento di diversificazione del sistema inglese da quello italiano, rilevante ai fini delle decisioni adottabili nei confronti del paziente psichiatrico autore di reato, risiede nella discrezionalità dell'azione penale: in Inghilterra il *prosecutor* può e deve valutare l'opportunità di esercitare l'azione penale anche alla stregua delle conseguenze che ciò avrebbe sulla salute dell'interessato, abdicandovi quando il "probabile effetto" dell'azione penale sulla salute mentale del soggetto "superi gli interessi della giustizia nel caso di specie".

Sulla base del *Crime (sentences) act* del 1997 il ricovero in ospedale per ricevere trattamenti psichiatrici **prima di scontare la condanna** può essere disposto anche con la sentenza di condanna a una pena detentiva, se il giudice lo ritenga necessario (*hospital and limitation direction*): il tempo trascorso in ricovero coatto viene valutato come pena espiata. È una situazione simile a quella che si verificava, esistenti gli OPG, nei confronti del detenuto con sopravvenuta infermità psichica, ma rappresenta, al tempo stesso, un sistema di doppio binario "corretto" dalla computabilità del periodo di ricovero nella pena espiata. Il principio di vicarietà della misura di sicurezza rispetto alla pena, congiuntamente inflitta, vige anche in altri ordinamenti, con varie modulazioni: in Germania, per esempio, il tempo trascorso in misura di sicurezza è solo parzialmente scomputabile dalla pena, sì che essa – per quanto possa essere sospesa – costituisce pur sempre una spada di Damocle la cui *ratio* risiede nella prevalenza assegnata alle istanze preventive su quelle terapeutiche.

## FRANCIA

Anche in Francia l'*ordonnance de hospitalisation complete* (o *d'office*: l'art.706-135 c. pr. Pén, come modificato con l. 25/2/2008, n.174) comporta la sottoposizione dell'autore di reato, portatore di disturbo psichiatrico, allo stesso regime di ricovero e di cure involontari che opera per la popolazione in generale (articoli L 3211 – 3214 Code de la santé publique). Fino alla legge del 2008, il ricovero involontario era rimesso all'autorità amministrativa, come per qualsiasi paziente psichiatrico: dal 2008, sulla base di una perizia psichiatrica, il giudice che, nel prosciogliere un imputato per infermità psichica, ritenga che la patologia richieda cure e che comprometta la sicurezza delle persone o metta gravemente in pericolo l'ordine pubblico, può ordinare l'*hospitalization complete* in uno stabilimento civile. Da quel momento in poi, tuttavia, il trattamento e le possibilità di ricorso per il paziente autore di reato sono uguali a quelle di qualsiasi paziente psichiatrico e sono disciplinate dal *Code de la santé publique* (salvo che la sentenza non venga fatta oggetto di appello sotto profili diversi da quello dell'internamento).

Il giudice può anche ordinare, sempre previa perizia psichiatrica, delle misure non detentive, di natura essenzialmente special-preventiva: 1) divieto di venire a contatto con la vittima o con certe persone o con una categoria di persone, specificamente indicate; 2) divieto di

frequentare luoghi specificamente designati; 3) divieto di detenere o portare armi; 4) divieto di esercitare un'attività specificamente individuata, nell'esercizio o in occasione della quale sia stata commessa la violazione, o di entrare in contatto con minori, salvo che un esame psichiatrico dichiari la persona idonea a svolgerla; 5) sospensione della patente; 6) annullamento della patente di guida con divieto di conseguire un'altra. Anche queste misure (che hanno una durata massima di dieci o venti anni a seconda del tipo di reato dal quale traggono origine), possono essere revocate o modificate secondo il *Code de la santé publique*.

L'inimputabilità non è, invece, prevista per i portatori di disturbi della personalità – scelta comune anche all'ordinamento tedesco – nei confronti dei quali, a far data dal 2008, se autori di reati sessuali o violenti condannati alla pena della reclusione “criminale” per almeno cinque anni – può essere prevista in sentenza l'applicazione, al termine della pena e previo riesame della pericolosità che confermi un elevato rischio di reiterazione di analoghi reati per la presenza di un grave disturbo della personalità, la *detention de surete*, con assegnazione a un *centre socio-medico-judiciaire de surete*, misura priva di limite massimo di durata, ma che può essere sostituita – sin dall'inizio o nel corso della misura – dalla *surveillance de surete*, misura non custodiale e trattamentale applicabile a fronte di un'attenuata pericolosità.

Quindi sostanzialmente esiste una forma di doppio binario riservato ai casi di più spiccata pericolosità e agli autori di reati gravi contro la persona.

Nella stessa ottica del doppio binario si colloca la possibilità, introdotta nel codice dalla l. 17/6/1998, del *suivi socio-judiciaire*: pena autonoma, può anche essere aggiunto alla pena detentiva con provvedimento del *Juge d'Application des Peines* nei confronti del delinquente condannato per reati sessuali. Esso comporta l'imposizione di obblighi e divieti (in particolare di frequentazione di luoghi o di categorie di persone o di svolgimento di attività che possano favorire la recidiva; è anche possibile la sottoposizione a sorveglianza elettronica. In quest'ambito il giudice può stabilire un'ingiunzione di cura (*suivi socio-judiciaire renforce*: art. 131-26-4 code pénal) di notevole durata (cinque anni in materia correzionale e di dieci anni in materia criminale); il condannato che rifiuta di sottoporvisi è suscettibile di ulteriore detenzione per la durata di due anni e 30.000 euro di multa oppure – se la sua scarcerazione è frutto di riduzione della pena – della revoca di tale beneficio.

Una previsione meritevole di considerazione è quella che colloca tra i motivi di revisione della sentenza definitiva di condanna una malattia mentale già esistente alla data del fatto e solo successivamente accertata.

## **GERMANIA**

Sono previste l'inimputabilità (per minore età e per disturbi psichici: disturbo psichico patologico, profondo disturbo di coscienza, deficienza mentale e altra grave anomalia psichica) e la semimputabilità, con riduzione della pena e sistema del doppio binario. Non sono motivo di inimputabilità i disturbi della personalità, che vengono trattati, nell'ambito dell'esecuzione della pena, negli “istituti socio-terapici” o nelle corrispondenti sezioni di istituti ordinari e che possono dare luogo, laddove si tratti di autori di reati sessuali o di altri gravi reati (con esclusione di quelli che offendano solo il patrimonio), a custodia di sicurezza dopo la condanna, su disposizione o “riserva” del giudice della cognizione (§ 66 e § 66 a StGB).

In caso di esclusione dell'imputabilità il sofferente psichico autore di fatto-reato viene prosciolto, mentre in caso di “vizio parziale” di mente è possibile irrogare una pena inferiore. In entrambi i casi, il reo può essere inserito in un ospedale psichiatrico, se si ritiene probabile che in futuro possa compiere ulteriori e gravi reati. Tale ospedalizzazione può avere una durata indeterminata, ma deve essere verificata ogni anno, ed è computata ai fini dell'eventuale

espiatione del periodo residuo della sanzione (principio di vicarietà). Si è infatti riconosciuta la priorità dell'esecuzione della misura rispetto all'esecuzione della pena, con la possibilità di scomputo del tempo trascorso in esecuzione della misura sulla durata della pena inflitta. E' prevista infine un'eventuale sospensione condizionale della pena ancora da scontare, una volta eseguita la misura di sicurezza, qualora gli scopi di risocializzazione e di difesa sociale che avevano motivato quest'ultima risultino soddisfatti.

Con la riforma del 28 luglio 2004, l'ordinamento giuridico penale tedesco ha previsto la possibilità per il giudice di applicare all'internato dimissibile due nuove misure penali: la prima consistente nella libertà vigilata accompagnata da prescrizioni terapeutiche e di controllo (se tali misure vengono ritenute sufficienti di per sé a prevenire e contenere la pericolosità attenuata del soggetto), la seconda rappresentata dalla custodia di sicurezza nel caso in cui "dalla valutazione complessiva del soggetto, dai fatti ed altresì dall'esecuzione della misura risulti che l'internato commetterà con probabilità fatti di reato rilevanti con grave pregiudizio mentale o fisico della vittima". Infine, con l. 22 dicembre 2010, di riforma del diritto della custodia di sicurezza, è stata prevista una nuova forma di internamento terapeutico degli autori di reato violenti con disturbo psichico, ma che siano stati ritenuti imputabili. L'internamento richiede la sussistenza di tre presupposti (§ 1 ThUG): a) la diagnosi di un disturbo psichico; b) una prognosi positiva la quale, sulla base di una valutazione complessiva della personalità del soggetto, della precedente condotta di vita e dei suoi rapporti personali, accerti che l'autore, a causa del disturbo psichico, procurerà con alta probabilità offese gravi alla vita, alla incolumità personale, alla libertà personale o alla altrui autodeterminazione sessuale (si richiede, dunque, un nesso causale tra disturbo e pericolosità sociale); c) necessità del ricovero a tutela della collettività, in quanto non è possibile intervenire con strumenti meno invasivi, come la libertà vigilata. La sua applicazione è attribuita alla competenza del giudice civile, il che ne accentua la natura preventiva.

Il § 2 della ThUG richiede che la misura sia eseguita in strutture chiuse, distinte dagli ordinari istituti penitenziari, dotate di adeguati supporti medico-terapeutici individualizzati al fine di rendere quanto più breve possibile la durata del ricovero.

## **SPAGNA**

Il sistema spagnolo è quello più simile al nostro: la pericolosità dell'inimputabile è affrontata con misure di sicurezza, che fino al 1983 consistevano nel solo ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, cui successivamente si sono aggiunte altre misure tassativamente indicate, fra le quali il trattamento ambulatoriale.

Le cause di in imputabilità sono:

- a) incapacità di comprendere l'illiceità del fatto o di adeguare il proprio comportamento a questa comprensione a causa di una qualche alterazione o anomalia psichica;
- b) intossicazione completa
- c) grave alterazione della coscienza di realtà dovuta ad alterazioni della percezione dalla nascita o dall'infanzia.

Nel dettaglio son previste:

A – *medidas de seguridad* privative della libertà:

- 1) internamento in un centro psichiatrico (art.101)
- 2) internamento in un centro di disassuefazione (art.102)
- 3) internamento in un centro educativo speciale (art.103)

Nel corso dell'esecuzione il giudice della sentenza, su proposta del Giudice di vigilanza penitenziaria, e con frequenza annuale, riesamina il caso e può disporre: la prosecuzione della

misura; la sua cessazione, per essere venuta meno la pericolosità del soggetto; la sospensione della stessa, per verificarne il risultato; la sua trasformazione in una misura attenuata (trattamento ambulatoriale).

Queste stesse misure possono essere sommate alla pena in caso di inimputabilità parziale, possibile in tutte e tre le situazioni sopra contemplate: il tempo trascorso in misura di sicurezza si imputa alla pena.

In caso di infermità psichica sopravvenuta alla condanna, il Juez de Vigilancia Penitenciaria potrà ordinare la sospensione della pena, garantendo le cure opportune, per l'esecuzione delle quali potrà ordinare una misura di sicurezza fra quelle sopra contemplate. La terza ipotesi di ingresso in un ospedale psichiatrico è per osservazione e relazione psichiatrica.

**Un modello europeo** interessante di struttura psichiatrica mirata sul trattamento di detenuti con disturbi antisociali di personalità è rappresentato dalla *Therapeutic community prison* di Grendon in Inghilterra, indicato come "buona prassi" dalla ricerca *From national practices to European guidelines: interesting initiatives in prisons management*, promossa dall'European Prison Observatory nel 2013. La prigione, che ha una capienza di 238 detenuti, ospita principalmente detenuti ad alto rischio, ma che abbiano dimostrato di essere motivati al cambiamento (per esempio è richiesta l'emancipazione da sostanze). L'accento è posto su misure e programmi volti a incoraggiare e sviluppare il senso di responsabilità. E' concepita come un insieme di cinque "comunità terapeutiche democratiche", tante quante sono le sezioni dell'istituto. In ciascuna di esse è varata una propria "costituzione" (che può essere modificata in ogni tempo (salvo che per il divieto di droghe, violenza e sesso), sono eletti fra i detenuti un presidente e un vice-presidente e incontri e discussioni sono un importante aspetto della terapia: ogni ospite ha il diritto di votare su tutti gli aspetti della vita detentiva, comprese le sanzioni per coloro che violano le regole della comunità. Alla disciplina sono preferiti meccanismi di autoregolazione e le sanzioni sono l'ultima risorsa, laddove la mediazione non abbia avuto risultati. E' un modello organizzativo e trattamentale conforme alle indicazioni fornite dal CPT per i detenuti portatori di disturbi di professionalità che si ritiene possano giovare di programmi socio-terapeutici in unità detentive organizzate secondo regole comunitarie con attiva partecipazione al trattamento da parte del personale penitenziario.

Sono formati piccoli gruppi terapeutici dove i pazienti possono confrontarsi fra loro su tutti gli argomenti in assenza di operatori, per aiutarli a vincere il senso di vergogna o di inferiorità. I detenuti trascorrono 10 ore e mezza della loro giornata fuori dalla cella, impegnati in numerose attività. Si punta molto su un approccio rispettoso e paritario degli operatori nei confronti dei ristretti. Sono incrementati, rispetto a un istituto ordinario, i contatti con l'esterno e la qualità di vita all'interno è molto alta. Gli studi riportano che una permanenza di un anno e mezzo a Grendon ridurrebbe la recidiva da un quinto a un quarto rispetto a quella dei detenuti provenienti da altri Istituti.

**Un modello extraeuropeo** interessante è, invece, quello brasiliano del *Programma di Attenzione Integrale al paziente giudiziario portatore di sofferenza mentale del Tribunale di Minas Gerais*. Il Programma si è basato sul pieno coinvolgimento dei pazienti. Questi, con le loro indicazioni, hanno modellato la fisionomia degli interventi che si è deciso di attuare. Inoltre il presupposto su cui ruota l'intero progetto è il riconoscimento del malato di mente autore di reato quale soggetto di diritti, capace di rispondere dei propri atti e al tempo stesso di essere protagonista di un percorso riabilitativo. Si è cercato quindi di responsabilizzare i pazienti, i quali, <<aiutati da familiari e personale specializzato, affrontano il proprio caso e ne indicano possibili soluzioni>>. Il Programma



prevede il collocamento del malato di mente autore di reato nella rete municipale di salute mentale, insieme agli altri infermi di mente non colpevoli, senza operare alcuna distinzione.

La ricerca dei fondi per finanziare i progetti individuali è avvenuta seguendo il modello del “*budget individuale di salute*” adottato nella Trieste post legge 180. Il presupposto economico di questo modello è quello della “*riconversione*”: si è calcolato che con la stessa cifra spesa dallo Stato per il mantenimento di una persona in una struttura come l’OPG, si possono finanziare corsi di formazione, attività ricreative, sportive e di risocializzazione sul territorio, nonché retribuire psicologi ed educatori che accompagnino il paziente nel percorso.

## **INDIVIDUAZIONE DEI PRINCIPALI INTERNAZIONALI CONVENZIONALI E GIURISPRUDENZIALI RILEVANTI**

L’autore di reato portatore di disturbo psichiatrico è, in primo luogo, titolare dei diritti e destinatario delle norme di protezione che riguardano la persona e il paziente psichiatrico *tout court*.

I. Sulla base della Convenzione europea dei diritti dell’uomo, come interpretata e applicata dalla giurisprudenza della Corte EDU, gli sono riconosciuti:

**a) la protezione dalla tortura e da trattamenti inumani e degradanti, tale potendo divenire di per se’ lo stato detentivo proprio a ragione delle condizioni di salute mentale** della persona che vi sia sottoposta (v. Corte EDU, G. c France, 12/2/2012; Keenan c. Regno-Unito, 3/4/2001; Riviere c. Francia, 11/7/2006). La giurisprudenza della Corte EDU richiama, sul punto, l’ar.12.1 delle Regole penitenziarie europee (a norma del quale le persone affette da malattia mentale e il cui stato mentale è incompatibile con la detenzione in carcere dovrebbero essere detenute in un istituto specificamente concepito a questo scopo) e la Raccomandazione (98)7 del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa (secondo la quale i detenuti sofferenti di gravi disturbi mentali devono poter essere collocati e curati in un servizio ospedaliero munito di adeguate dotazioni e di personale qualificato), principi ai quali, se pur non vincolanti per gli Stati membri, la Corte attribuisce un grande peso nell’applicazione dell’art.3 della Convenzione: **pur non potendosene dedurre un’obbligazione generale di liberare per motivi sanitari un detenuto o di trasferirlo in un ospedale civile**, dice la Corte, **grava sullo Stato l’obbligo di garantire la sua salute e il suo benessere** (Corte EDU Slavomir Musial c. Polonia, 20/1/2009; Mouisel c France, 14/11/2002) e deve valutarsi se la prova della detenzione in quanto tale non sia eccessivamente penosa a causa dell’incapacità dell’individuo di sopportarla (Kotsaftis c Grecia, 12/6/2008), tenuto conto, per i malati mentali, della loro vulnerabilità e della loro incapacità di lamentarsi – o di farlo in maniera coerente – degli effetti di certe condizioni detentive sulla loro persona (Corte EDU Aerts c Belgio, 30/7/1998). Laddove venga invocata una violazione dell’art.3 CEDU per mantenimento dello stato detentivo a fronte di gravi disturbi mentali, la questione centrale sarà valutare se l’ambiente carcerario fosse di per se’ inadatto alle condizioni della persona, tenuto conto, per esempio, dell’elevato rischio suicidario (Keenan c. Regno-Unito, 3/4/2001) o della

sofferenza che accompagna le ricadute di un malato schizofrenico (Bensaid c. Regno Unito, 6/2/2001; G. c Francia, 23/2/2012).

La rule 109 del progetto per le nuove Regole Minime per il trattamento dei detenuti (Mandela Rules) richiede il trasferimento al più presto ad una struttura psichiatrica delle persone di cui sia stata ritenuta l'irresponsabilità penale come di coloro ai quali l'infermità sia sopravvenuta, quando dal mantenimento dello stato detentivo ne possa derivare l'aggravamento.

- b) il diritto alla "regolarità" dell'eventuale internamento involontario a causa delle condizioni psichiche.** I requisiti minimi ai quali la Corte di Strasburgo subordina il rispetto della norma convenzionale (art.5 par. 2 lett. 3) sono tre: **1** . che vi sia un accertamento della necessità e legittimità della privazione della libertà personale da parte di un'**autorità giudiziaria** (qualora la decisione immediata sia affidata ad un'autorità amministrativa deve essere prevista la possibilità di ricorrere a un giudice), attraverso un **parere medico imparziale** nell'ambito di un procedimento che, pur non dovendo essere assistito da garanzie identiche a quelle dell'art. 6 CEDU, deve garantire all'interessato l'**opportunità di essere sentito personalmente** (o, se necessario, attraverso una qualche forma di rappresentanza: Corte EDU, Winterwerp c. Paesi Bassi, 24/10/1979; H.w. C Germania, 19/9/2013 con riferimento al giudizio di revisione della pericolosità); **2** . la **particolare gravità del disturbo mentale e l'adeguatezza dell'internamento rispetto ad esso** (Corte EDU, Mihailovs c. Lettonia, 22/1/2013). Quanto al requisito della gravità, la Corte non differenzia le patologie psichiatriche, secondo la loro natura; diversamente, il Libro Bianco del Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa per il trattamento dei pazienti psichiatrici, anche interessati da procedimenti penali (testo di approfondimento scientifico e propositivo, elaborato nel 2000 da un gruppo di lavoro costituito presso il Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa), suggerisce di circoscrivere la possibilità di ricovero e di trattamento involontario ad alcune patologie, alle quali la scienza psichiatrica normalmente abbina un giudizio di maggiore pericolosità (psicosi, gravi nevrosi, alcuni tipi di disturbo di personalità, gravi handicap mentali: opinione peraltro non univoca e contestata da quegli psichiatri che evidenziano l'eterogeneità degli autori di comportamenti violenti e la multifattorialità nella genesi del comportamento violento). Quanto al requisito dell'adeguatezza, è richiesta l'idoneità del luogo di internamento (ospedale, clinica o altra struttura idonea: Corte EDU, Aerts c. Belgio, 3/7/1998; Glien c Germania, 28/11/2013; De Donder et De Clipper c. Belgio, 6/12/2011; Morsink c Paesi Bassi, 10/11/2004, nella quale peraltro si ammette che l'ingresso nella struttura psichiatrica possa essere ritardato, con permanenza in una struttura detentiva, quando lo esigano esigenze organizzative e di indisponibilità di posti, purchè non si eccedano i limiti di un ragionevole equilibrio fra gli opposti interessi). Va, peraltro, ricordato che una, sia pur risalente, giurisprudenza della Corte EDU ha ripetutamente ribadito che l'art.5 CEDU non tutela il diritto del soggetto a un trattamento psichiatrico appropriato (Corte EDU, Winterwerp c. Paesi Bassi, cit; Ashingdome c. Regno Unito, 28/5/1985), così apparentemente espungendo questo requisito dalle caratteristiche degli interventi preventivi nei confronti degli "alienati"- A questa stregua, anche un internamento meramente custodiale, purchè attuato in una struttura psichiatrica, potrebbe dirsi regolarmente applicato; **3** . la

**verifica, nel tempo e a intervalli ragionevoli, della permanenza del nesso causale fra disturbo mentale e internamento** (Corte EDU, Luberti c. Italia, 23/2/1984, caso in cui venne sanzionato come irragionevolmente lungo il tempo – un anno e otto mesi – di definizione dell’istanza di revoca anticipata della misura di sicurezza, proposta da un internato; più breve – ottantadue giorni – il tempo d’attesa, giudicato irragionevole dalla Corte, nel caso H.W. C Germania, 19/9/2013);

- c) **Il diritto, se destinatario di un provvedimento di ricovero involontario, di essere informato al più presto e in una lingua a lui comprensibile dei motivi del suo internamento.** L’art.22 delle Linee Guida di cui alla raccomandazione (2004)10 del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa, per la tutela dei diritti e della dignità delle persone affette da disturbi mentali, prevede che le persone che sono oggetto di una collocazione o di un trattamento involontari debbano essere rapidamente informate, oralmente e per iscritto, dei loro diritti e delle vie di ricorso possibili, nonché delle ragioni che hanno motivato la decisione e dei criteri che motivano l’eventuale proroga. La giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell’uomo riconosce tutela a questo diritto, sotto il profilo del c.d. “diritto alla comprensione”. La Corte ha, infatti, ritenuto doversi interpretare in senso estensivo – e, quindi, comprensivo di ogni forma di privazione della libertà personale - il termine “arresto” di cui all’art.5 par.2 CEDU (Corte EDU, Van der Leer c. Paesi Bassi, 21/2/1990).

**II. Quanto al trattamento del detenuto portatore di disturbo psichiatrico**, secondo la Risoluzione del Parlamento europeo (2006) 2058 punto 51, il carcere non è un ambiente adeguato per quanti soffrono di malattie mentali e occorre proporre delle alternative; non si può fare a meno di notare che la successiva risoluzione (2009) 2209 sulla salute mentale in Europa non riproduce tale indicazione, peraltro meramente programmatica.

Secondo la Raccomandazione R (2006) 2 – Regole penitenziarie europee -, le persone il cui stato mentale sia incompatibile con la detenzione in carcere dovrebbero essere detenute in un istituto specificamente concepito a questo scopo (regola 12.1: vedi sopra I a) e, se eccezionalmente detenute in un carcere, la loro situazione e le loro esigenze devono essere disciplinate da regole speciali (regola 12.2); quanto ai detenuti affetti da disturbi psichici – che siano compatibili con la detenzione e che non cadano, quindi, sotto la regola 12 -, secondo la Regola 47.1 per essi devono essere organizzati sezioni e istituti penitenziari specializzati e posti sotto controllo medico (sezioni e istituti il dimensionamento dei quali, raccomandano gli Standards del CPT, deve essere adeguato alle esigenze effettive, ad evitare troppo lunghe attese dei detenuti rispetto al trasferimento di cui essi necessitano).

L’art.35 della Raccomandazione (2004)10 sulla tutela dei diritti e della dignità delle persone affette da disturbi mentali impone il rispetto del principio di equivalenza delle cure apprestate negli istituti penitenziari a quelle disponibili all’esterno (sulla falsariga di quanto previsto per l’assistenza sanitaria in genere dagli Standards minimi del CPT).

Merita ancora di essere evidenziata l’importanza assegnata alla continuità del trattamento psichiatrico dopo la liberazione sia dalla regola 110 delle Mandela Rules, sia dagli Standards del CPT; il Report 2014 dell’OMS “Prisons and health” indica come uno dei punti chiave della qualità della salute mentale nelle istituzioni penitenziarie la continuità del trattamento rispetto a quello precedentemente praticato in libertà.

**III Quanto alle strutture adibite all'esecuzione di misure di prevenzione della recidiva nei confronti di soggetti ritenuti pericolosi in ragione delle loro condizioni psichiche**, perché il trattamento al loro interno soddisfi il requisito dell'adeguatezza, elaborato dalla giurisprudenza di Strasburgo con riferimento all'art.5 CEDU, è necessario che l'organizzazione e il trattamento, all'interno di essa garantiti, siano improntati al soddisfacimento delle esigenze di cure e differenzino sostanzialmente la qualità dell'internamento medesimo dalle modalità della detenzione ordinaria, non essendo sufficiente che le condizioni detentive siano diversificate (sia pure con maggiore libertà di movimento, migliori opportunità di attività significativa ecc: Corte EDU, Glien c Germania, 28/11/2013; O.H. c Germania, 24/11/2011).

Inoltre, nel momento in cui tale differenziazione venga a mancare o lasci a desiderare, ove la misura comporti la privazione della libertà e sia stata applicata con una sentenza di condanna per un illecito penale, ci si trova di fatto – dice la Corte - dinanzi a una pena e operano, quindi, le garanzie previste dall'art.7 CEDU (riserva di legge e principio di irretroattività). E' la conclusione cui la Corte di Strasburgo è pervenuta con riferimento alla custodia di sicurezza tedesca (caso M. c Germania, 17/12/2009) e alla confisca prevista dalla legge inglese del 1986 in materia di stupefacenti (Welch c Regno Unito, 9/2/1995): in entrambi i casi, pur escludendosi che il fine retributivo rappresentasse la finalità unica o prevalente della misura, si è ritenuta sufficiente la sua significativa presenza, nella disciplina e nelle modalità di esecuzione della misura stessa, per affermare l'applicabilità delle garanzie previste dall'art.7 CEDU.

In materia di "ospedalizzazione d'ufficio" nel sistema francese, la recentissima sentenza Berland c Francia (3/9/2015) ha escluso la rilevanza dell'art.7 in ragione: dell'assenza, all'origine del provvedimento, di una condanna per un'infrazione penale; della finalità curativa della misura; dell'assenza di contenuti punitivi e della sua applicazione sulla base di una perizia psichiatrica. Non si possono, tuttavia, trascurare le opinioni dei due giudizi dissenzienti, che, appellandosi agli insegnamenti della stessa Corte circa la natura sostanziale e non formale del concetto di "pena" ai fini e per gli effetti dell'art.7, hanno evidenziato come l'internamento in una struttura psichiatrica senza limiti di tempo abbia un carattere afflittivo anche più intenso di una pena limitata nel tempo.

Trattamento psichiatrico intensivo ed effettivo e principio della minima restrizione nell'organizzazione della vita quotidiana dei soggetti ospitati nelle strutture adibite all'esecuzione delle misure di sicurezza sono i due principali elementi di diversificazione delle misure stesse rispetto alle pene detentive.

Quanto alle comunicazioni con l'esterno, la tutela apprestata dall'art.23 della Raccomandazione (2004)10 del Consiglio d'Europa (sulla tutela dei diritti e della dignità delle persone affette da disturbi mentali) è assai blanda: l'unica categoria di contatti non suscettibile di limitazioni riguarda il difensore, il rappresentante legale e ogni "autorità appropriata"; ogni altri contatto può essere oggetto di limitazione – senza alcuna indicazione dei criteri – purchè non "irragionevole" o "sproporzionata". Tuttavia, è sottinteso che nessuna limitazione è ammessa, in assenza di ragioni terapeutiche, al di là di quelle che attengono alle esigenze organizzative della struttura.

**IV.** Meno chiare sono le indicazioni fornite dalla giurisprudenza della Corte europea quanto a **diritto all'autodeterminazione del paziente psichiatrico (autore di reato a non) rispetto alle cure** e, quindi, alle condizioni di praticabilità di trattamento involontario (distinto dal ricovero involontario).

Affermato in termini assoluti dall'art.3 della Carta dei diritti fondamentali UE rispetto a tutti i trattamenti sanitari, il principio di libera e informata determinazione del malato mentale nella sottoposizione a cure psichiatriche trova eccezione nella Convenzione di Oviedo (sui diritti dell'uomo e la biomedicina: convenzione sottoscritta dall'Italia, ma senza che il Governo abbia mai

depositato lo strumento di ratifica, al quale pure era stato autorizzato dal Parlamento (l. 145/2001), sì che essa ha solo valore di strumento di interpretazione del diritto vigente, che cede di fronte a norme contrarie, ma consente l'interpretazione in conformità delle altre): eccezione che opera, non solo nel caso in cui l'assenza del trattamento rischierebbe di essere gravemente pregiudizievole per la salute del paziente (art.7), ma anche a tutela della sicurezza pubblica, per la prevenzione delle infrazioni penali, per la protezione della salute pubblica e dei diritti e delle libertà altrui (art.26), sia pure con i limiti dei parametri di necessità, proporzionalità e sussidiarietà e purchè il trattamento non sia contrario all'interesse e al bene del paziente, che deve sempre prevalere sul solo interesse della società o della scienza (art.5).

La stessa giurisprudenza della Corte EDU non sembra sostenere il diritto alla autodeterminazione alle cure del paziente psichiatrico: nella sentenza *Pretty c. Regno Unito*, 29/4/2002, affermando tale diritto in via generale, fa eccezioni i casi del minore e del malato di mente; nella sentenza *Mihailovs c. Lettonia*, 22/1/2013, viene ritenuta infondata la doglianza relativa alla somministrazione per due anni di terapia psicofarmacologica contro il consenso del paziente.

Gli Standards del CPT, invece, sottolineano la sopravvivenza del principio del consenso anche nel caso di ricovero involontario: ogni deroga a questo fondamentale principio deve essere fondata sulla legge e limitata a circostanze eccezionali chiaramente e rigorosamente definite.

Esistono documenti scientifici e programmatici internazionali che sostengono l'importanza di riconoscere il diritto dell'autodeterminazione alle cure anche in capo al paziente psichiatrico, ma, a ben vedere, senza mai affermare l'inderogabilità del principio, bensì piuttosto preoccupandosi di disciplinarne le eccezioni.

Il Libro Bianco, sopra citato, propone l'affermazione di una presunzione di capacità del paziente coattivamente ricoverato di autodeterminarsi alle cure, salvo il caso in cui presupposto del ricovero sia propria la sua incapacità di determinarsi in tal senso (situazione di frequente verifica, nel nostro ordinamento, laddove si tratti di un TSO, ma meno chiaramente e frequentemente individuabile nei casi di sottoposizione a una misura di sicurezza in ragione di un giudizio di pericolosità sociale). Propone, comunque, di circoscrivere ricovero e trattamento involontari ad alcuni, più gravi disturbi, come le psicosi gravi, alcuni tipi di disturbi gravi della personalità e le gravi forme di handicap mentale.

Il Libro verde pubblicato dalla Commissione delle comunità europee nel 2005 (Migliorare la salute mentale della popolazione. Verso una strategia sulla salute mentale per l'Unione europea, COM 2005-484) afferma che il ricovero e il trattamento obbligatori costituiscono una grave lesione dei diritti dei pazienti psichiatrici; ma la Risoluzione 6/9/2006 del Parlamento europeo sul miglioramento della salute mentale della popolazione, emanata sulla base di quelle indicazioni, pur affermando che il ricorso alla forza e la somministrazione coatta di farmaci devono considerarsi controproducenti, nella sostanza si limita ad auspicare la partecipazione dei pazienti alla decisione sulle proprie cure e richiede, in assenza di consenso, la decisione di un'autorità civile sul trattamento involontario, la sua limitazione nel tempo e la sua periodica revisione. Analoghi principi devono governare la somministrazione di trattamenti involontari secondo la Risoluzione ONU 46/119 del 1991 "Protezione delle persone affette da malattia mentale e miglioramenti delle cure di salute mentale" (art.11).

Le Linee Guida per la tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbo mentale – raccomandazione (2004)10 del Comitato di Ministri del Consiglio d'Europa -, oltre a porre il principio della minima restrizione nella scelta degli strumenti terapeutici (art.8), contemplan e disciplinano presupposti e modalità sia della collocazione sia del trattamento involontario nei confronti, tanto di coloro che non hanno la capacità di consentire al trattamento e vi si oppongono, quanto di coloro che hanno la capacità di consentirvi e lo rifiutano: i presupposti fondamentali (e comuni ai due tipi di intervento) sono i seguenti: 1) esistenza del disturbo

mentale; 2) esistenza di un rischio reale per la salute del paziente o altrui; 3) principio di sussidiarietà; 4) previa consultazione del paziente. Il trattamento involontario, inoltre, deve corrispondere a sintomi specifici, essere proporzionato allo stato di salute, fare parte di un trattamento scritto, essere periodicamente rivisitato ed essere sostituito appena possibile da un trattamento concordato con il paziente; non sono praticabili mai, senza il consenso personale del paziente o - comunque - in regime di ricovero involontario, i trattamenti che possano comportare effetti irreversibili. Merita di essere sottolineato che l'ipotesi dell'intervento urgente viene separatamente considerata al solo fine di disciplinarne in modo peculiare la procedura, che ordinariamente richiede l'intervento di un tribunale (o di altra istanza) e l'audizione dell'interessato, ma che si consente possa essere derogata, con affidamento della competenza a un medico, quando si tratti di praticare un trattamento involontario a una persona che sia già in collocamento involontario.

La normativa interna di vari Stati prevede la somministrazione coattiva di cure senza il consenso del paziente, accompagnata da forme di tutela assai variabili da ordinamento a ordinamento e, altresì, in dipendenza del tipo o della durata della cura: in Inghilterra, per esempio, la somministrazione coattiva di psicofarmaci – anche *off label* - è possibile fino a tre mesi, senza necessità della *second opinion* di un medico incaricato dalla Care Quality Commission, *second opinion* che è invece richiesta per trattamenti più prolungati. Per altri trattamenti, invece, come la chirurgia psichiatrica (che richiede sempre il consenso personale del paziente) e l'elettroshock – sono apprestate maggiori garanzie (anche se, per esempio, l'elettroshock è somministrabile senza consenso in urgenza in una serie di casi, tra i quali l'ipotesi in cui si tratti dell'unico intervento utile a far cessare la condotta violenta del paziente).

**V Mezzi di contenzione.** L'art. 27 della Raccomandazione (2004)<sup>10</sup> richiede che l'uso della contenzione (a meno che non si tratti di contenzione momentanea) e l'isolamento siano praticati in istituti appropriati, seguendo il principio di minima restrizione e di proporzione al rischio, sotto controllo medico e regolare monitoraggio, ricevendo annotazione scritta sulla cartella personale e su apposito registro.

Gli Standards CPT richiedono che l'uso di mezzi di contenzione sia oggetto di una politica chiaramente definita, che prima di ricorrere alla forza si tenti di avvicinare il paziente con il dialogo e la persuasione, combinati, se opportuno, con la somministrazione di sedativi, e che il mezzo fisico sia limitato, se possibile, al controllo manuale.

Il personale deve ricevere adeguata formazione all'uso della forza. L'uso di mezzi meccanici è solo raramente giustificato, deve essere disposto da un medico o al più presto sottoposto all'attenzione di un medico e rimosso non appena possibile.

Quanto all'isolamento, in molti Paesi non se ne fa più uso nei confronti dei pazienti psichiatrici, circostanza che il CPT valuta favorevolmente; per quei Paesi nei quali non è ancora così si richiede una politica definita di utilizzazione, la previsione dei casi nei quali vi si può fare ricorso, il mantenimento di contatti umani, la preparazione specifica del personale, la predeterminazione di una durata massima e le possibilità di revisione. La Corte EDU, nel caso Keenan c. Regno Unito (cit.) ha accertato una violazione dell'Articolo 3 della Convenzione, nel caso di un detenuto che si era suicidato, considerando la mancanza di un parere medico, la mancanza di sorveglianza psichiatrica e l'isolamento, incompatibili con il trattamento di una persona che soffre di disturbi mentali.

Tutti gli episodi di ricorso a mezzi di costrizione (manuale, meccanica, isolamento) devono essere annotati, sia nella cartella personale del paziente, sia in un **apposito Registro**, con indicazione delle ragioni, dell'inizio e della fine della misura, dei suoi obiettivi e di eventuali ferite riportate dal

paziente. Il mantenimento per più giorni di mezzi meccanici di contenzione costituisce di per sé maltrattamento.

Nel Report del 2012 relativo agli esiti della visita effettuata da una rappresentanza del Comitato europeo per la prevenzione della tortura presso l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Barcellona Pozzo di Gotto, pur dato atto della riferita dismissione di mezzi di contenzione meccanica a favore di strumenti psicofarmacologici e dell'isolamento, salvo ricorso al TSO, ha osservato che *"the OPG had no written policy on the conditions and modalities of seclusion and there was no specific register on the use of seclusion rooms.*

*As in the context of means of mechanical restraint (see paragraph 127), the CPT recommends that steps be taken by the relevant authorities to ensure that:*

- *a clearly defined written policy on seclusion is established and effectively implemented in practice in all psychiatric structures in Italy;*
- *a specific register is established in every psychiatric structure to record all instances of seclusion;*
- *every patient subject to seclusion is continuously supervised by a qualified member of health-care staff.*

Va evidenziato che critiche sostanzialmente sovrapponibili sono state mosse con riferimento all'uso di mezzi di contenzione presso l'SPDC di Milazzo, evidenziando in particolare la mancanza di norme e limiti chiari e indicando anche un limite massimo di 24 ore che in ogni caso non dovrebbe essere superato.

## **CRITICITA' E PROPOSTE**

### **Con riferimento ai punti sopra individuati**

- I. a) La possibilità che le condizioni psichiche di un soggetto condannato a pena detentiva siano in sé incompatibili con il mantenimento dello stato detentivo impone la previsione di strumenti giuridici che ne consentano, ove necessario sotto il profilo del principio di umanità della pena e di tutela della salute, l'uscita (o il mantenimento fuori) dal circuito penitenziario. Allo stato, i detenuti ai quali sia sopravvenuta – o nei confronti dei quali sia comunque accertata in corso di detenzione – un'infermità psichica, restano in carico al sistema penitenziario: l'unica misura in funzione delle quale può darsi rilievo al tali condizioni psichiche è la detenzione domiciliare ai sensi dell'art.47 ter comma primo lett. c) op (che richiede pena residua inferiore a quattro anni, assenza di reato totalmente ostativo ex art. 4 bis o collaborazione ex art.58 ter , assenza di preclusioni ex art.58 quater o.p.). L'affidamento terapeutico al servizio sociale (per pene, anche residue, fino a sei anni di reclusione, ove non ricorrano reati di cui all'art.4 bis o.p.) è praticabile solo in caso di concorrente dipendenza da sostanze stupefacenti o alcol.

**E' necessario prevedere alternative al carcere specificamente destinate ai detenuti portatori di disturbi psichici.** Tenuto conto, da un lato, del rischio di incorrere, nei casi più gravi, in una condanna per trattamento disumano o degradante e, dall'altro, della concentrazione delle problematiche psichiche, dalla quale gli Istituti penitenziaria sono destinati ad essere sempre più afflitti, e della difficoltà di dare risposta in ambiente detentivo alle esigenze di cura e benessere psichico che queste situazioni pongono, pare necessario predisporre delle "valvole di sfogo", sia introducendo **misure**

**alternative specificamente mirate al trattamento dei condannati affetti da disturbi psichici** in regime esecutivo esterno (sulla falsariga dell'affidamento terapeutico per i tossico e alcol dipendenti), sia consentendo **anche in caso di grava malattia psichica il differimento facoltativo della pena ai sensi dell'art.147 c.p.** ( praticabile anche nelle forme della detenzione domiciliare in luogo di cura, ai sensi dell'art.47 ter comma 1 ter o.p., senza sacrificio per le esigenze di prevenzione, stante il divieto di differimento posto dall'art. 147 ult, comma in caso di persistente pericolosità). D'altronde, i risultati delle ricerche scientifiche, individuando sempre più spesso cause o concause organiche di patologie tradizionalmente classificate come psichiatriche, mettono in crisi la netta differenziazione delle due categorie e fanno apparire viepiù opportuna la suddetta estensione.

L'opportunità di prevedere forme di esecuzione penale esterna per il condannato portatore di problemi psichiatrici, analoghe a quelle previste per il soggetto tossico o alcol dipendente, si evidenzia anche sotto il profilo della continuità del trattamento, garantendo una presa in carico da parte dei servizi territoriali competenti già nella fase esecutiva, in preparazione e anticipazione del recupero della libertà.

**b. 1 L' accertamento dell'infermità** per mezzo di perizia psichiatrica è abituale nella fase della cognizione: assai meno in quella dell'esame di pericolosità e/ o della valutazione dell'istanza di revoca anticipata o del riesame di pericolosità, fasi nelle quali principalmente ci si avvale della verifica e valutazione giudiziale delle modificazioni intervenute rispetto al precedente accertamento e delle relazioni dei curanti. Tale prassi, per quanto diffusa ed efficiente sotto il profilo dell'economia processuale, pare scarsamente compatibile con le indicazioni, non solo della Corte EDU (v. H.W. c. Germania, 19/9/2013), ma anche del Comitato europeo per la tortura, in merito alla necessaria imparzialità dello specialista chiamato a pronunciarsi sull'esistenza o la persistenza della pericolosità sociale: in occasione della visita del 2012 all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, il Comitato mosse osservazioni alla prassi di basare il giudizio di riesame sulla sola relazione del medico o dell'equipe curante presso l'ospedale psichiatrico, senza ricorrere al giudizio di un esperto indipendente, prassi di cui il comitato auspicava il superamento (Report CPT 2012).

Parimenti poco usuale, specialmente presso i giudici della cognizione, è l'**assegnazione al perito di uno specifico quesito in merito all'individuazione di una specifica e praticabile risposta terapeutica**: quesito che, invece, non solo riveste una funzione essenziale ai fini della individuazione della misura di sicurezza più idonea e delle prescrizioni che debbono determinarne il contenuto, ma contribuisce a stabilire, sin da questa fase del giudizio, un contatto e una presa in carico da parte dei Servizi territoriali (e in particolare del Dipartimento di salute mentale territorialmente competente) che sarà fondamentale per l'intero percorso di cura/giudiziario del soggetto.

Ancora in tema di procedimento per l'accertamento di pericolosità, va evidenziata l'importanza della **partecipazione personale del soggetto**, al fine di assicurare il diritto, riconosciuto dalla Corte EDU (e da molti documenti internazionali), di essere sentito personalmente: diritto che non sarebbe adeguatamente realizzato in caso di introduzione, in questa materia, del contraddittorio differito: ne discende la ragionevolezza dell'esclusione dei provvedimenti in materia di misure di sicurezza dagli obiettivi di semplificazione procedurale di cui all'art. 31 lett. a) della legge delega.

Ancora in punto partecipazione al procedimento (e iniziative processuali), il richiamo dei documenti internazionali **all'intervento di un tutore, curatore o altra figura di**



**tutela dell'infermo di mente**, pone in evidenza le carenze dell'attuale normativa rispetto all'investitura del giudice tutelare, ai fini di un'eventuale amministrazione di sostegno, nei confronti della persona di cui sia accertata nel giudizio di cognizione l'incapacità per infermità mentale: pur senza intaccare il principio della partecipazione e iniziativa personale dell'interessato nel procedimento penale, la presenza di una figura di tutela costituisce una garanzia di rappresentazione del punto di vista dell'interessato obiettivamente rilevante ai fini delle decisioni sul suo trattamento (del tutto insufficiente essendo la difesa d'ufficio nei procedimenti avviati su altrui iniziativa).

b) 2 Sotto il profilo della **“proporzione” della misura**, il legislatore del 2014, introducendo il limite di durata della misura detentiva commisurato alla pena edittale massima prevista per il reato, che alla misura stessa ha dato causa, ha interpretato il criterio esclusivamente in termini di proporzione fra durata della misura e severità del trattamento sanzionatorio ad esso riservato dal legislatore: nessun peso è stato attribuito ne' alla qualità del reato commesso (non v'è alcuna selezione di categorie di condotte che possono portare all'applicazione della misura detentiva) ne' alla qualità e/o gravità del reato atteso. Questa opzione non è imposta dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo - la quale ritiene ammissibili misure a tempo indeterminato, volte a contenere la pericolosità sociale, sempre che all'interno delle stesse siano offerti, da un lato, strumenti di revisione a ragionevoli intervalli di tempo e, dall'altro, idonei supporti e percorsi che assicurino possibilità effettive di riacquistare la libertà - e non circoscrive la possibilità di privazione della libertà personale alle sole ipotesi di commissione - o al pericolo di commissione - di gravi reati contro la persona o commessi con violenza (come è previsto in molti Paesi europei e suggerito a livello internazionale, sia dalle Linee Guida per la tutela dei diritti delle persone affette da disturbi mentali, sopra citate, che indicano, come fine del ricovero o del trattamento involontario il grave rischio per la salute del paziente o altrui, sia dai risultati della ricerca della Commissione europea Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome, che vorrebbero circoscritti il ricovero e il trattamento involontario ad alcuni tipi soltanto di disturbo mentale, che costituiscano un grave pericolo per la persona o un grave pericolo per gli altri).

Per converso, si abdica alla prosecuzione della misura oltre la durata della pena edittale equivalente - che ha criteri di determinazione del tutto propri e ritagliati sulla finalità retributiva, più che su quella preventiva - pur a fronte di un'ipotetica, permanente ed elevata pericolosità. Dello scandalo degli “ergastoli bianchi”, ragione storica di questa previsione, si coglie solo l'aspetto inerente la durata della misura (che, peraltro, resta potenzialmente perpetua ogni qual volta il reato presupposto sia punibile con l'ergastolo) e non quello, forse più eclatante, dell'applicazione di misure di sicurezza detentive per fatti di scarso allarme sociale o comunque di modesta gravità.

Tale soluzione, già propria del sistema spagnolo, non è andata, in quell'ordinamento, immune da cesure per il fatto di parametrare la misura alla gravità del delitto anziché alla pericolosità dell'autore, che è il suo reale parametro di applicazione e dovrebbe anche essere il suo parametro di commisurazione (Jose' Luis Guzman Dalbora, *Pena e misure di sicurezza. Profili concettuali, storici e comparatistica*, Dipartimento di scienze giuridiche dell'Università degli studi di Trento, 2009, p.113, citando Urruela Mora A., *Los principios informadores del Derecho de medidas en el Código penal de 1995*, in *Revista de Derecho Penal Y Criminologia*, II epoca, n.8, 2001, p. 179). Al tempo stesso, l'esperienza della

Spagna insegna che facilmente l'apposizione di un limite alla durata delle misure di sicurezza, anche nei casi di più spiccata pericolosità, si presta all'attacco da parte di politiche securitarie: in quell'ordinamento è già stata proposta una riforma che prevedeva la reintroduzione dell'internamento potenzialmente *sine die*, ritirata dal progetto complessivo di riforma del codice penale solo per la forte pressione delle associazioni delle famiglie dei pazienti psichiatrici.

c. E' opportuno interrogarsi circa la necessità di **traduzione** dell'ordinanza applicativa di una misura di sicurezza detentiva, anche se questo genere di provvedimento non è contemplato fra quelli di cui è obbligatoria la traduzione ai sensi dell'art.143 comma secondo c.p.p.. In primo luogo, quanto all'applicazione provvisoria di una misura di sicurezza detentiva, dovrebbe operare la stessa *ratio* che giustifica la previsione di obbligatoria traduzione dei provvedimenti che dispongono misure cautelari personali. Inoltre, l'art.3 della Direttiva dell'Unione europea 2010/64/UE indica più genericamente, fra i documenti fondamentali per l'esercizio dei diritti e l'equità del procedimento, dei quali si impone la traduzione, "le decisioni che privano una persona della propria libertà". Ancora: la premessa 32 alla Direttiva stabilisce che il livello di tutela linguistica non dovrebbe mai essere inferiore alle disposizioni della CEDU o della Carta, come interpretate nella giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo (sopra richiamata) o della Corte di giustizia dell'Unione europea, e la premessa 33 impone l'interpretazione e l'applicazione della medesima direttiva in modo coerente rispetto a quell'apparato normativo e giurisprudenziale. Peraltro, lo stesso art.143 c.p.p. si presta ad un'interpretazione estensiva, quanto all'elencazione del comma 2 c.p.p., e contempla, al comma 3, una categoria "aperta" di atti dei quali il giudice può disporre la traduzione, tenuto conto della loro essenzialità ai fini dell'esercizio del diritto di difesa. E' indiscutibile, infine, che il procedimento di sorveglianza, "veicolo" di applicazione di una misura di sicurezza, certamente rientri, in quanto "procedimento penale", nell'ambito di applicazione della direttiva.

**II. Allo stato, per il trattamento dei detenuti con infermità psichica** sopravvenuta nel corso della misura detentiva, così come per i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente, è prevista la collocazione in sezioni o reparti specializzati degli Istituti penitenziari (v. allegato A al DPCM 1/4/2008): si tratta delle "Articolazioni per la salute mentale" recentemente istituite dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e affidate alla "gestione sanitaria" dei Servizi di salute in carcere presso le singole ASL, il che soddisfa il requisito richiesto dalle Regole penitenziarie europee (regola 47), ma non esclude profili di criticità rispetto all'adeguatezza delle condizioni detentive, in rapporto alle condizioni di salute, e al rispetto del diritto all'equivalenza delle cure.

In primo luogo, come evidenziato ampiamente nel Report finale dello studio promosso nel 2007 dalla Commissione Europea su *Mentally Disordered Persons in European Prison Systems*, una corretta valutazione delle esigenze di salute mentale alle quali tali strutture debbono dare risposta, richiederebbe uno screening appropriato delle patologie psichiatriche della popolazione detenuta, a cominciare dalla valutazione di primo ingresso.

Inoltre, l'adeguamento agli "Standards del CPT" richiede:

- destinazione al reparto sulla base di una procedura che garantisca indipendenza, imparzialità e approfondimento medico: se per i condannati a pena diminuita questo requisito può dirsi soddisfatto dall'accertamento del vizio parziale di mente in sede di giudizio di cognizione, per i

detenuti portatori di infermità psichica sopravvenuta (o comunque successivamente accertata) si impone una **rielaborazione dell'art.148 c.p.** (e della norma "servente" dell'art. 112 reg. esec op.);

- specializzazione in materia psichiatrica di almeno una parte del personale infermieristico;
- specifica preparazione del personale di custodia (profilo sul quale insiste anche il rapporto 2014 dell'OMS "Prisons and health");
- garanzia di cure non solo farmacologiche, ma anche psicoterapiche e di terapia occupazionale, sulla base di un programma di trattamento individualizzato, comprensivo di attività riabilitative (lavoro, terapia di gruppo, psicoterapia individuale, arte, teatro, musica, sport);
- caratteristiche architettoniche e degli arredi adeguate, anche sotto il profilo della varietà cromatica;
- numero limitato di ospiti per camera detentiva;
- periodica revisione della situazione del paziente
- trattamento psichiatrico non obbligatorio, salvo casi eccezionali.

L'art.20 reg esec o.p. detta **disposizioni particolari per gli infermi e seminfermi di mente**, in materia di contatti con l'esterno, di sottoposizione della corrispondenza a controllo per motivi "terapeutici", di lavoro, partecipazione alle rappresentanze dei detenuti, disciplina. In particolare raccomanda l'attuazione di tutti gli interventi utili a mantenere, migliorare o ristabilire le relazioni dei detenuti e degli internati inermi o seminfermi di mente con le loro famiglie e l'ambiente sociale, anche attraverso lo svolgimento di colloqui fuori dai limiti stabiliti dall'art.37. Peraltro, l'ultimo comma della norma ne stabilisce la vigenza sino alla completa attuazione del decreto legislativo 22/6/1999, n.230, sul trasferimento della sanità penitenziaria al SSN. Ciò sembra significare che con tale completa attuazione le scelte relative ai contatti con l'esterno di queste categorie di soggetti non dipendano più dall'amministrazione penitenziaria, bensì da quella sanitaria. La "decadenza" dell'art.20 reg esec., del tutto ragionevole se riferita alle strutture deputate all'esecuzione delle misure di sicurezza, meno si giustifica, invece, per le articolazioni di salute mentale presso gli Istituti penitenziari, giacché la gestione sanitaria di queste sezioni certamente non ne esclude la sottoposizione al regime penitenziario e, con esso, alla disciplina dei colloqui con l'esterno. La norma meriterebbe di essere confermata per questa parte, eventualmente con la specificazione che l'ampliamento delle possibilità di contatto con l'esterno sia subordinato all'indicazione del sanitario.

Con riferimento alla **disciplina della semi-imputabilità**, il principio di vicarietà, noto in altri ordinamenti (come in quelli spagnolo e tedesco e, nel caso di ricovero prima dell'esecuzione della pena, in quello inglese: vedi sopra), potrebbe costituire, nella forma meglio vista, un correttivo opportuno al nostro attuale sistema del doppio binario, laddove non si ritenesse di superarlo completamente (come, invero, la delega sembra prevedere): il modello è, di fondo, condivisibile sia dal punto di vista dell'anticipazione delle cure all'esecuzione della pena, sia sotto il profilo della fungibilità (eventualmente parziale, con meccanismi di sospensione della pena residua) tra pena e misura di sicurezza, qualora la misura – preventivamente applicata – abbia raggiunto il risultato della risocializzazione e della difesa sociale (in questo senso v. M. Pellissero, *Il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari nel tempo della crisi*, in *Diritto penale e processo*, 2012, n.8, p.1021).

**III La necessità di sostanziale diversificazione della misura di sicurezza dalla detenzione** esige che le regole che governano la vita all'interno delle REMS siano emancipate dalla logica penitenziaria; finalità terapeutica e principio di minima restrizione dovrebbero essere i principi ispiratori, in sintonia con le indicazioni internazionali relative al trattamento del paziente psichiatrico *tout court* (art.8 Raccomandazione (2004)<sup>10</sup> del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sulla tutela dei diritti umani e della dignità delle persone affette da disturbi mentali).

Quanto alla disciplina dei rapporti con l'esterno, l'Accordo sancito in sede di Conferenza Unificata Stato Regioni in data 20/2/2015 su alcuni profili dello statuto interno delle REMS espressamente recepisce, sotto questo profilo, l'ottica della "sanitarizzazione", confermando che i contatti dell'internato con la famiglia e con la comunità esterna – salvo il nulla osta dell'Autorità giudiziaria, ove previsto – sono "in prospettiva ampliativa, anche in considerazione dell'esclusiva gestione sanitaria".

#### **IV – A partire dalla l.180/1978, il nostro ordinamento tutela ampiamente il diritto del paziente psichiatrico all'autodeterminazione rispetto alle cure.**

Oggi la disciplina relativa al trattamento involontario del paziente psichiatrico è contenuta nella l. 833 del 1978, che, recependo le previsioni della l. 180/78, subordina la possibilità del trattamento sanitario obbligatorio, non più alla pericolosità sociale presunta che nella legge manicomiale del 1904 costituiva il fondamento del ricovero "coatto", bensì al rifiuto di cure delle quali sussista una comprovata necessità e urgenza (nonché l'impossibilità di somministrazione in ambiente non ospedaliero). E' evidente, quindi, che la pericolosità sociale che tuttora giustifica, invece, l'applicazione di una misura di sicurezza non legittima di per sé la coazione alla cura secondo i principi generali sul trattamento del paziente psichiatrico; ed, infatti, laddove in una struttura psichiatrica giudiziaria sorga l'urgenza di somministrare coattivamente delle cure, ordinariamente si ricorre al TSO, se ed in quanto ne sussistano i presupposti, di fatto facendo applicazione dei principi generali sul diritto all'autodeterminazione e sull'eccezionalità della deroga nelle sole situazioni urgenti. Inoltre, il TSO viene normalmente attuato presso il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura di un ospedale civile.

In questa fase di rivisitazione dell'intero settore, un simile assetto sarebbe meritevole di riconsiderazione.

In primo luogo e come intervento "nei confini" della disciplina generale sul consenso alle cure del paziente psichiatrico, si potrebbe valutare se non prevedere espressamente l'eseguitività del TSO nelle REMS: in quanto strutture sanitarie, idonee al trattamento dei disturbi psichici, esse non incorrono nella censura che le Regole Minime Europee e la Raccomandazione (2004) 10 del Consiglio d'Europa rivolgono alla somministrazione di trattamenti involontari negli istituti penitenziari.

Parrebbe, tuttavia, opportuno che il legislatore andasse al di là di questo intervento e cogliesse l'occasione per effettuare una scelta chiara in merito ai presupposti e alle modalità del **trattamento coattivo della persona sottoposta a misura di sicurezza**, scelta che si muove fra due poli:

- o confermare espressamente l'operatività anche in questo ambito dei principi generali sul trattamento del paziente psichiatrico, escludendo quindi la possibilità di ricorso al trattamento involontario in dipendenza della pericolosità sociale, il che preserva il principio della equivalenza del trattamento dell'autore di reato rispetto al paziente psichiatrico *tout court*, ma comporta anche l'accettazione, sia del rischio di nuove manifestazioni di pericolosità legate al

mancato rispetto della terapia (è dato condiviso in psichiatria che “la maggior parte degli “incidenti” derivanti dalla pericolosità del malato di mente, si verificano in occasione del mancato rispetto delle prescrizioni terapeutiche e/o del mutamento o della sospensione della terapia”: W. LUSSETTI, *La pericolosità del malato di mente, Etica & Politica / Ethics & Politics*, XVI, 2014, 1, p. 693), sia di un ruolo meramente custodiale della misura di sicurezza nei confronti del paziente che rifiuti le cure;

- ovvero introdurre, nella disciplina del nuovo apparato delle misure di sicurezza, la possibilità dell'imposizione del trattamento involontario, in unione o in alternativa al ricovero involontario: un intervento che evidentemente accentuerebbe la diversità di trattamento del paziente psichiatrico sottoposto a misura rispetto a quello “libero” e opererebbe un'importante “rottura” rispetto a politiche generali sulla salute mentale operanti da decenni sul nostro territorio, ma riconoscerebbe alla pericolosità sociale del paziente autore di reato (e alla tutela della collettività, che il fine indiscutibile della misura di sicurezza) un ruolo esplicito – e non “mascherato” dietro esigenze ed urgenze terapeutiche – e, al tempo stesso, non circoscrivendo l'involontarietà del trattamento alla collocazione del paziente, permetterebbe un uso più incisivo delle misure non detentive, favorendo l'alternativa ambulatoriale (da sostenere, sia detto per inciso, con adeguate risorse). Il sacrificio del diritto all'autodeterminazione alle cure sarebbe, in tal caso, compensato dalla preservazione della libertà personale.

Con riferimento a tale seconda opzione, i confini entro i quali una disciplina del trattamento involontario dovrebbe muoversi potrebbe essere rappresentata dalle già citate Linee guida del Consiglio d'Europa per la tutela dei diritti e della dignità delle persone affette da disturbi mentali: a cominciare dal presupposto dell'esistenza di un grave rischio per la salute del paziente **o per la salute altrui** per arrivare alla graduazione di garanzie in relazione alla natura e invasività del trattamento (dall'avallo della scelta terapeutica ad opera di un professionista “imparziale” sino al divieto di somministrazione senza consenso di trattamenti che possano comportare effetti psichici irreversibili).

Nella misura in cui l'individuazione del trattamento opportuno sia devoluta alla competenza del giudice, egli potrebbe avvalersi, in prima battuta, delle indicazioni dell'esperto sulla base del cui giudizio tecnico – perizia o parere che sia – dovrebbe sempre essere valutata la necessità stessa della misura (vedi *supra* punto I b.1). Ciò presuppone che **l'oggetto della perizia** o del parere non attenga solo all'esistenza della patologia e delle pericolosità sociale, ma si estenda alla **individuazione del trattamento adeguato** (previ gli opportuni contatti con i Servizi territoriali competenti), come per altri motivi auspicato al punto I.b.1, come già avviene in altri Paesi europei (in Svizzera è normativamente previsto; in Inghilterra il perito è sempre chiamato a dire se e quale trattamento sia disponibile nel caso specifico, tenuto conto delle condizioni cliniche e delle altre circostanze) e come è suggerito dalla psichiatria (sin dalle Conclusioni e raccomandazioni del VII Colloquio criminologico organizzato dal Consiglio d'Europa a Strasburgo nel novembre 1984). Sostenuto da tali indicazioni, il giudice sarebbe in grado di orientarsi, in primo luogo, in merito al tipo di misura più adeguato all'effettuazione del trattamento – come sopra si osservava, sempre secondo la regola della minima restrizione possibile e tenuto conto delle esigenze di prevenzione - e, secondariamente, potrebbe in ipotesi autorizzarne la somministrazione coattiva in caso di rifiuto. Certamente una tale opzione richiede un'attenta disciplina e sorveglianza sull'esecuzione del provvedimento e una forte legittimazione sociale.

**Dal punto di vista dei principi internazionali non si ravvisano, allo stato, veti insuperabili a nessuna delle due scelte.**

**V L'uso di mezzi di contenzione** dovrebbe essere specificamente regolamentato, in primo luogo, tenendo conto degli Standards del CPT e delle indicazioni fornite nel Report 2012 del Comitato, ma anche delle norme vigenti in altri ordinamenti (come l'Inghilterra): individuazione delle situazioni e degli scopi per i quali vi si può fare ricorso (con espressa esclusione della loro utilizzabilità come mezzi di punizione), principi di proporzione e sussidiarietà, obbligo di esperimento di un tentativo di soluzione "relazionale" della criticità, preparazione specifica del personale autorizzato a praticarla, durata massima della stessa, vigilanza, accompagnamento dell'esecuzione da parte di un operatore – anche con monitoraggio dello stato psico-fisico del paziente - e rigorosa registrazione (non solo nella cartella clinica del paziente ma anche in apposito separato registro) dei casi di ricorso alla contenzione (fisica o farmacologica), così come all'isolamento.

Ancora in tema di uso della forza all'interno delle strutture, merita di essere valutata l'opportunità di un'apposita disciplina – o di devoluzione ad appositi protocolli – quanto a casi e modi di **intervento in struttura delle Forze dell'ordine**; per quanto non auspicabile e da relegarsi a situazioni del tutto eccezionali, tuttavia non si può trascurare la possibilità che l'elevata criticità delle condizioni cliniche e l'elevato livello di pericolosità, che giustificano l'applicazione della più severa misura di sicurezza, possa determinare all'interno della struttura situazioni che il personale sanitario non è in grado di gestire e che possono mettere a rischio l'incolumità del personale stesso e degli altri ospiti: casi e modalità dell'intervento in struttura da parte delle Forze dell'ordine meritano di essere disciplinati, soprattutto sotto il profilo del coordinamento della loro azione con quello del personale sanitario, delle forme di ricorso alla forza che gli operatori di PS possono applicare, dell'autorità di cui dispongono nell'effettuazione dell'intervento (in analogia con quanto richiesto dalla Regola 67 della Raccomandazione (2006) 2 del Consiglio d'Europa, Regole penitenziarie europee).