

Valutazione dell'incapacità: perizie e periti nei nuovi scenari della legge 81/2014 sul superamento degli OPG

Federico Durbano*, Giovanna Crespi**

Premessa

La l. n. 81 del 2014 ha stabilito il principio per cui il ricorso alle misure di sicurezza detentive, per il non imputabile, deve considerarsi soluzione estrema e residuale cui ricorrere soltanto quando *“sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale”*.

Al centro del nuovo sistema i Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) sono divenuti, ancora una volta e senza adeguamento delle necessarie risorse, elementi centrali del percorso trattamentale e titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi allo scopo di attuare, quanto più possibile, tali percorsi in contesti territoriali e residenziali.

Le REMS rappresentano quindi soltanto uno degli elementi del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti autori di reato con patologie psichiche.

In tale contesto assume quindi una rilevanza centrale e importantissima il ruolo del perito, le sue relazioni con i servizi che hanno/avranno in carico il soggetto, e le modalità stesse con le quali la perizia dovrà essere assegnata da parte dei Magistrati competenti.

Allo stesso modo, il processo di revisione della pericolosità sociale secondaria e correlata a infermità psichiche impone che i servizi titolari del caso siano in strettissimo rapporto con la Magistratura di Sorveglianza, svolgendo funzioni certificatorie a valore peritale (quando invece non sia stato incaricato specificamente un perito a risolvere complessi problemi psichiatrico-forensi), per le quali è quindi necessario condividere un livello minimo essenziale di caratteristiche formali e contenutistiche. Il concetto di *“infermità”* infatti è molto più ampio e aleatorio del concetto di patologia ed impone riflessioni più attente rispetto a progetti di assunzione in cura/presa in carico e a percorsi trattamentali complessi.

Va sottolineato inoltre che i Servizi Territoriali di cura (sia in ambito psichiatrico che in ambito delle dipendenze) non possono sopperire o sostituire la valutazione peritale poiché il lavoro peritale comporta un'attività di formazione continua che va oltre la preparazione fornita dalle scuole di formazione di psichiatra in quanto riguarda un committente (magistrato) e un utente (il periziando) diversi da coloro che si incontrano tradizionalmente negli ambulatori o studi privati.

* Direttore UOC Psichiatria 34 Martesana. Vice Direttore Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Melegnano e della Martesana.

** Responsabile S.S. Psichiatria, ASST Monza.

Una delle criticità già segnalate dal Commissario Straordinario Corleone nella sua relazione del 2017 faceva riferimento all'uso incorretto degli internamenti in REMS anche per le misure provvisorie, condizione che determina tuttora (in quanto irrisolta) condizioni di criticità nella gestione dei flussi dei pazienti tra le varie strutture residenziali (ordinarie e giudiziarie) esponendo i Servizi Psichiatrici a concreti rischi di inserimento improprio in SPDC per tempi indeterminati di soggetti in attesa di più corretta allocazione (o perché non ancora reperita o perché il percorso giudiziario non si è ancora concluso) [cit. in 1].

Anche in questi casi un corretto raccordo con i periti incaricati, ed un più mirato incarico peritale (sulla cui esecuzione si pretende che i Servizi Territoriali, sia di psichiatria che delle dipendenze, esercitino una attenta supervisione clinica e organizzativa...) potrebbero contribuire a governare meglio le eventuali criticità.

Le REMS

- Strutture residenziali ad alta intensità di cura, alta assistenza ed alta sicurezza
- Esecuzione misure di sicurezza per i definitivi
- In realtà anche luogo di parcheggio per attese di giudizio
 - Spazi sottodimensionati rispetto alla domanda
- Responsabilità solo sanitarie
 - Non adeguata preparazione degli operatori ad una popolazione necessariamente promiscua dal punto di vista clinico
- Aspetti custodiali «esterni» alla struttura
- Non solo soggetti psichiatrici ma anche “tossici” prosciolti per vizio di mente

Infine, non trascurabile, l'impatto che l'uso problematico di sostanze determina sulle condotte anti-giuridiche è un ulteriore elemento di criticità che la legge 81 non ha adeguatamente preso in considerazione, assumendo sotto lo stesso cappello omnicomprendente tutte le condizioni di scompensamento, senza tenere conto delle diverse specificità degli abusatori (con o senza patologie psichiatriche maggiori), dei percorsi di trattamento (organizzazione, normativa e finanziamento delle residenzialità per le dipendenze sono del tutto difforni da quelli della psichiatria “classica”), degli stessi percorsi giudiziari previsti dal codice penale (dei quali spesso i periti stessi non sono adeguatamente a conoscenza e sui quali una adeguata vigilanza si impone per non immettere erroneamente nei circuiti di cura fattispecie che altre strade hanno previste per il loro trattamento).

Da ultimo, non tutte le strutture detentive sono dotate dei previsti presidi di osservazione e trattamento medico, facendo di fatto defluire tutte le condizioni di scompensamento psicopatologico nei servizi sanitari extracarcerari.

Il trattamento del tossicodipendente

- Legge 49/2006
- de-carcerizzazione dei tossicodipendenti sulla base della coincidenza, almeno ideale, del trattamento sanzionatorio con quello terapeutico
 - al «ti curo punendoti», conseguente ad una concezione della tossicodipendenza come malattia, si coniuga il «ti punisco curandoti» che rimanda alla tossicodipendenza come colpa (BECONI-FERRANINI, *Problemi di applicazione delle misure alternative*)
- tre strade alternative:
 - l'affidamento in prova (art. 94)
 - Sospensione della pena (art. 90)
 - Detenzione in istituti destinati ai soli soggetti dipendenti (art. 95)
 - ICAtt (Istituti a Custodia Attenuata)

Aporie

- Rimane ampiamente aperto il problema dei comportamenti anti-giuridici condotti sotto l'influenza di sostanze da abuso
 - La legge 81 prevede solo il ruolo e la centralità della branca «psichiatria», dimenticando totalmente l'area dei comportamenti di abuso
 - Possibile criticità nel percorso di cura, che la legge prevede essere di tipo «psichiatrico» ma che il circuito «psichiatrico» non è in grado di assorbire
- Definizione del concetto di "tossicodipendenza"

Modalità di valutazione del periziando

È necessario premettere che nel caso del "paziente periziando" un solo e ben determinato comportamento, il reato, acquisisce un'importanza prevalente e fondamentale per la valutazione complessiva e pertanto la finalità medico-legale così come l'ambiente, soprattutto nel caso il periziando sia detenuto, potrebbero compromettere l'autenticità del colloquio clinico.

Il contesto dell'indagine peritale rende difficile costruire quell'alleanza terapeutica che nel contesto clinico è la naturale conseguenza della relazione medico-paziente con finalità curative. È pertanto importante ricercare dati obiettivi che riconducano alla struttura psichica, al funzionamento cognitivo del periziando attraverso l'osservazione clinica ripetuta, una raccolta anamnestica puntuale, la raccolta di notizie e fatti rilevanti nonché l'impiego di una adeguata batteria testale (si veda il testo magistrato di Ferracuti per un riferimento alla validità accettabile dei test psicodiagnostici in ambito forense, oltre alle considerazioni di Fornari nel suo Trattato) [2,3].

La valutazione dell'incapacità

Secondo il dettato del Codice penale – Art. 85: "è imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere".

La "Capacità di intendere" rappresenta la capacità di capire cosa si sta facendo; l'attitudine ad orientarsi nel mondo esterno e percepire correttamente la realtà; la capacità di rendersi conto del valore sociale dell'atto che si compie.

È l'aspetto cognitivo della complessa capacità di agire del soggetto, deriva dallo sviluppo armonico del sistema nervoso centrale, ed è spesso influenzata da stati emotivi, passionali o tossici.

La "Capacità di volere" rappresenta la capacità di volere gli effetti che si sono prodotti, la capacità di distinguere ciò che bisogna fare e ciò che non bisogna fare.

Anche in questo caso il contenuto di tale capacità va ravvisato nella maturità psichica e nella sanità mentale.

I due aspetti della valutazione, intendere e volere, spesso vengono considerati nel loro assieme in quanto complementari, ma una adeguata valutazione dovrebbe tenere conto delle peculiarità dei due aspetti valutati, dando una specifica risposta ai singoli aspetti, per trarne poi una sintesi psichiatrico-forense.

La valutazione della capacità di intendere e volere ha una sua importanza, nello spirito del legislatore, in quanto influisce sulla cosiddetta presunzione di non rieducabilità/non comprensione della riprovazione sociale (ovvero della pena eventualmente

irrogata): un soggetto affetto da infermità psichica da cui ne deriva una incapacità e che commette un reato non è meritevole di rimprovero e qualora gli venga inflitta una pena, essa non avrebbe alcuna funzione rieducativa (come previsto dall'art. 27 comma 3 della Costituzione della Repubblica Italiana) ma solo affittiva, e quindi in contrasto col dettato costituzionale.

Appare evidente, quindi, quanto sia importante una corretta valutazione del grado di incapacità del soggetto valutato, anche ai fini di predisporre, da parte del Magistrato, una eventuale ed adeguata misura di sicurezza a tutela della collettività.

Per non entrare nel merito della posizione di garanzia dei curanti, che viene differentemente declinata in base all'eventualità ed al grado di incapacità del soggetto in cura (cfr. tra i tanti Cass. pen., sez. V 27 giugno 2000; Cass. pen., sez. I, 25 marzo 2004 n. 16940; Cass. pen., sez. I, 9 aprile 2003 n. 19532; Sezioni Unite della Cassazione del 8 marzo 2005 n. 9163).

Dove, in ambito psichiatrico, una condizione di scompenso psicotico (vuoi per sindrome schizofrenica vuoi per sindrome bipolare) apparentemente non presenta particolari problemi quanto meno diagnostici, particolare importanza e delicatezza assume invece il tema dell'uso, abuso e dipendenza da alcool e sostanze con le correlate ricadute psico-comportamentali.

L'ubriachezza è disciplinata nel nostro codice secondo criteri di notevole severità, dovuti alla voglia e necessità di combattere tale fenomeno. Parificata all'ubriachezza nel trattamento normativo è la tossicodipendenza.

L'ubriaco di per sé (l'intossicato acuto in senso generale), perlomeno nei casi più gravi, ha clinicamente una capacità di intendere e di volere quantomeno fortemente ridotta; tuttavia la legge lo parifica all'imputabile addirittura (in determinate fattispecie) aumentando la pena.

Questa è stata una scelta del legislatore finalizzata a scoraggiare anche solo la tentazione di ubriacarsi o drogarsi (le statistiche ovviamente dimostrano che tale scelta strategica non ha impattato come previsto sui comportamenti dell'umanità...).

A puro titolo didattico si rammentano quindi gli artt. del cp relativi ai reati commessi sotto l'uso di sostanze (l'art. 93 del cp equipara uso di alcool a uso di sostanze psicoattive):

- Il cp distingue l'ubriachezza vera e propria (stato acuto e transiente) dalla cronica intossicazione da alcool.
 - Art. 91: ubriachezza accidentale. Presunzione di incolpevolezza, il perito dovrà accertare l'eventuale incapacità parziale o totale legata allo stato di "piena ubriachezza", condizione che si sarebbe manifestata per puro caso fortuito.
 - Art. 92: ubriachezza volontaria. Presunzione di colpevolezza. L'ubriaco, sebbene alterato, ha un certo grado di volontà che può essere considerato alla stregua dei norma-

li parametri del diritto penale. Il perito dovrà valutare attentamente gli aspetti soggettivi che hanno condotto all'abuso (ovvero la precisa volontà precedente ai fatti di porsi in stato di alterazione psichica assumendo sostanze in modo volontario) e non tanto le determinanti delle conseguenze antiggiuridiche che ne siano derivate.

- Art. 94: ubriachezza abituale. Presunzione di colpevolezza con incremento della pena e successiva misura di sicurezza in Casa di Cura e Custodia (CCC). Il legislatore sottolinea, in questa fattispecie, la condizione temporanea delle alterazioni psichiche legate all'assunzione di sostanze, assumendo tra esse anche la condizione descritta come "dipendenza psichica", riconoscendo quindi al soggetto intossicato quei necessari e sufficienti gradi di libertà per evitare di porsi in stato di intossicazione.
- Art. 95: ubriachezza cronica. Il legislatore voleva alludere a tutti quei casi in cui l'alcolismo ha provocato gravi intossicazioni, o patologie fisiche obiettivabili. Si applicano in questo caso gli artt. 88 e 89 del cp sulla incapacità totale o parziale. In questo caso il compito del perito è delicato e fondamentale, per evitare inflazioni diagnostiche in assenza dei chiari criteri che il legislatore ha sottolineato: in sintesi, deve essere ravvisabile un danno d'organo derivante dall'uso cronico di sostanze, devono essere evidenti alterazioni psichiche ma anche fisiche permanenti che condizionino, anche in assenza di uso acuto di sostanze, cognitività e volontà del soggetto. In questa fattispecie rientrano le condizioni di dipendenza psichica e fisica.

Dalla breve sintesi sopra esposta appare quindi evidente come il ruolo del perito, nei casi sempre più frequenti di comportamenti espressi in condizioni di intossicazioni esogene, sia centrale anche per la scelta del corretto percorso giudiziario.

Sempre a fini didattici si ricorda che il percorso trattamentale dei soggetti con dipendenza da sostanze segue i dettati di una specifica normativa, la legge 49/2006, basata sul presupposto della de-carcerizzazione dei tossicodipendenti sulla base della coincidenza, almeno ideale, del trattamento sanzionatorio con quello terapeutico, secondo un interessante assunto che, al «*ti curo punendoti*» conseguente ad una concezione della tossicodipendenza come malattia, coniuga il «*ti punisco curandoti*» che rimanda alla tossicodipendenza come colpa [4].

Il trattamento non detentivo prevede i seguenti percorsi alternativi:

- Affidamento in prova (art. 94).
- Sospensione della pena (art. 90).
- Detenzione in istituti destinati ai soli soggetti dipendenti (art. 95).
 - ICAAtt (Istituti a Custodia Attenuata).

Giova ricordare, infine, che nei casi di comportamenti correlati all'uso di sostanze la responsabilità è sempre e solo in capo al soggetto e non al circuito di cura, contrariamente a quanto, invece, avviene sempre più di frequente nei casi di reati compiuti da infermi di mente in carico (o anche solo in contatto estemporaneo) coi Servizi di Salute Mentale.

La valutazione della pericolosità sociale

Agli psichiatri (di certo e correttamente ai periti, ma ultimamente incorrettamente anche agli operatori dei Servizi Psichiatrici) è chiesto sempre più spesso di valutare genericamente la pericolosità sociale di un soggetto oltre che diagnosticare un'eventuale malattia o infermità di mente.

Secondo il codice penale la pericolosità sociale si declina in due momenti:

- **pericolosità sociale penale** (o criminale) che è di esclusiva competenza del magistrato (art. 203 ed art.133, CP e relative modifiche);
- **pericolosità sociale psichiatrica** che può essere valutata dallo psichiatra (ed eventualmente accettata o rifiutata dal magistrato che è, per legge, il perito dei periti).

Solamente il rilievo di uno stato di concreta pericolosità sociale determina la messa in atto di misure cautelari, di differente entità, che hanno lo scopo di neutralizzare o ridurre il rischio di CVP.

L'abrogazione dell'art. 204 cp, che trattava dell'accertamento della pericolosità senza fare riferimento all'infermità mentale, si è avuta con la Legge 10 ottobre 1986 n. 663, intitolata "Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà", altresì nota come Legge Gozzini, la quale all'art. 31 ha abrogato tout court la fattispecie della pericolosità presunta.

Appare evidente come il ruolo tecnico del perito, anche in questo ambito, sia di importanza cardinale onde orientare nel modo più corretto i percorsi trattamentali necessari (il che implica anche il livello di responsabilità dei Servizi titolari del caso che deve necessariamente essere declinato con le reali risorse disponibili – di nuovo centrale è il raccordo tra perito e operatori dei Servizi, che non deve basarsi solo su una trasmissione di materiale documentale ma impone incontri di chiarificazione e condivisione come già suggerito nella fase diagnostica preliminare). Come ben spiegato dal Fornari nel citato Trattato di Psichiatria Forense la nozione di pericolosità sociale si basa su una letteratura doppiamente stigmatizzante (nel senso "contaminata" e "confusiva") del comportamento delinquenziale del malato di mente e si fonda su tecniche predittive poco chiare che porta ad una commistione di istanze "terapeutiche" e di "neutralizzazione" che trovavano spazio nell'Ospedale psichiatrico giudiziario ora superato. Il concetto di "pericolosità sociale" è tuttavia molto discutibile, le basi della sua credibilità scientifica fanno riferimento a diversi presupposti, di cui quello "medico" è tutto sommato anche quello più fragile: i soggetti affetti da infermità psichiche non presentano un rischio significativamente superiore alla popolazione di riferimento di commettere atti antiggiuridici [5-7], dove invece i principali fattori di rischio attengono a categorie altre che non quelle strettamente cliniche [8].

Secondo questa posizione, la valutazione della pericolosità sociale rientra nella piena discrezionalità del Giudice (ai sensi dell'art. 204 comma 1, cp) e non dovrebbe essere affidata alla valutazione clinica psichiatrica. La riflessione nasce anche dalla evidente incapacità degli strumenti clinici attuali di fornire affidabili criteri e indici di predittività sull'argomento [9,10].

Un Autore non recentissimo, il Ponti, arriva a dichiarare che il concetto di pericolosità è un concetto quanto meno relativo, essendo ancorato al grado di colpevolezza morale e di allarme sociale suscitato dal reato, concetti quanto mai aleatori e variabili a seconda del contesto sociale e culturale del momento, destituiti quindi da ogni presunzione di scientificità [11,12]. Lo stesso perito, in genere, utilizza elementi prevalentemente non clinici nella valutazione del rischio di recidiva (di fatto, la pericolosità sociale): tasso di recidività, gravità del reato, condizioni socioeconomiche di partenza ecc. un conto è la "prognosi" (operazione di pertinenza medica) e un conto è la "predizione" di comportamenti le cui determinanti sono talmente numerose e diffuse da essere difficilmente inquadrabili in una scienza (ma meglio dire arte) medica.

La stessa predittività dei comportamenti violenti, anche nella migliore delle ipotesi, ha un orizzonte temporale di validità al massimo di pochi giorni (ma più realisticamente non superiore alle 24 ore) [13]. Vale pertanto ancora la riflessione di Ferracuti secondo cui *“queste previsioni, sebbene affidabili lo sono solo ed esclusivamente entro questi margini ristretti di tempo, mentre per la predizione di comportamenti a lungo termine fattori attuariali e non certo psicopatologici hanno molte più probabilità di successo di previsione. Ovviamente alla giustizia interessa conoscere la previsione di comportamento su un lasso di tempo molto più lungo... e perciò la previsione di recidiva, ossia il giudizio di pericolosità sociale, viene ad essere fondato su elementi quali la personalità del reo, la natura del crimine, le modalità dello stesso, la gravità, progressione e consapevolezza di malattia. Questi parametri, di per sé, hanno scarso riscontro scientifico rispetto ad una possibilità di recidiva, che dovrebbe oltretutto essere previsione di recidiva specifica del fatto in esame. Ovviamente uno schizofrenico paranoide con personalità premorbosa di tipo antisociale è un soggetto che ha notevoli possibilità di essere valutato come socialmente pericoloso; tuttavia la valutazione dovrebbe essere effettuata solo sulla sua patologia mentale che ha dato luogo alla non imputabilità. Nel momento in cui si utilizza anche un criterio personologico si apre la strada a valutazioni che possono essere basate su stereotipi e pregiudizi”* [14].

Sempre citando il Trattato di Fornari [3], che riassume le evidenze scientifiche attuali in tema di prevedibilità di comportamenti antiggiuridici, allo stato attuale della ricerca non possono essere sostenuti in maniera inequivocabile rapporti di equivalenza tra malattia mentale e pericolosità sociale; gli strumenti clinici finora utilizzati per predire il comportamento del malato di mente autore di reato si sono rivelati imprecisi ed inadeguati; il perito specie nei casi di delitti efferati e gravi che suscitino una intensa riprovazione, deve affrontare, oltre al compito clinico e valutativo, il problema della richiesta di retribuzione da parte del contesto giudiziario e sociale e può così rischiare di identificarsi ed allearsi con chi deve giudicare e reprimere; spesso la predizione della recidiva si basa sulla considerazione delle sole caratteristiche psicopatologiche individuali senza tenere sufficientemente conto delle diverse componenti (sociali, ambientali, culturali e transazionali) che si trovano sempre alle radici di un comportamento, anche quindi di uno scompenso comportamentale; spesso viene sottovalutato od ignorato l'aspetto dinamico evolutivo della patologia mentale, per privilegiarne caratteristiche di staticità e permanenza; troppo poco si tiene conto delle modificazioni cui può andare incontro il quadro psicopatologico, se sullo stesso si interviene tempestivamente con tecniche adeguate; sovente ci si pronuncia sulla pericolosità psichiatrica in base al comportamento attuato dal soggetto, trascurando la connessione con la malattia, formulando così un giudizio di competenza del magistrato, non dello psichiatra. Spesso viene anche sottostimato il ruolo terapeutico di certe condizioni di istituzionalizzazione (carcere preventivo, internamento in CCC o equivalenti), che permettono al soggetto infermo reo di accedere a una continuità di trattamenti (con ricadute positive sul funzionamento psichico) che altrimenti non sarebbero possibili. Per superare tali limiti, sia pure in contrasto con la recente revisione del cp che ha di fatto abolito, annullando il 4§ dell'articolo 133, la valutazione della capacità a delinquere del reo, in cui le qualità soggettive della persona erano invece declinate, il Fornari suggerisce una metodologia comprendente indicatori interni (persistenza di una sintomatologia psicotica florida e riccamente partecipata a livello emotivo; il grado di consapevolezza della malattia e di accetta-

zione delle terapie descritte; deterioramento e destrutturazione psicotica della personalità che necessitino di cura e di assistenza prolungate; progressione di gravità nelle condotte di scompenso, sia in senso auto che etero-distruttivo; la risposta alle terapie praticate) ed indicatori esterni (caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza; esistenza ed adeguatezza dei servizi psichiatrici di zona; possibilità di reinserimento 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), questa sua posizione sottolineando – se ve ne fosse ancora bisogno – la multifattorialità e la circolarità della genesi e della dinamica della malattia mentale.

Allo stato attuale, dunque, è impossibile dare un contenuto scientifico al quesito circa la pericolosità sociale psichiatrica se intesa nella sua originaria accezione di “prognosi”, bisogna invece attenersi come indicato nella legge 81/2014 e ripreso dalla Corte Costituzionale nella sentenza 186/2015 alle *“qualità soggettive della persona”* (posizione peraltro difforme a quanto dettato dalla recente revisione del cp – come da §4 dell'art. 3 ter del DL n. 211 del 2011 conv. in l. n. 9 del 2013, poi modificato dalla l. n. 81 del 2014 – che ha di fatto abolito, annullando il 4§ dell'articolo 133, la valutazione della capacità a delinquere del reo, in cui le qualità soggettive della persona erano invece declinate).

L'accertare la presenza o persistenza di pericolosità sociale psichiatrica in un autore di reato, per avere un minimo di credibilità scientifica, deve però inevitabilmente tener conto sia degli indicatori interni di malattia che dei fattori di rischio di comportamenti violenti riconosciuti dalla letteratura internazionale [5-7].

La pericolosità sociale

- La valutazione della pericolosità sociale risponde all'art. 203 c.p. che individua la “qualità” di persona socialmente pericolosa desumendola dalle circostanze indicate nell'art. 133 c.p. pertinente la gravità del reato, nonché la valutazione agli effetti della pena
- Art. 133 c.p.
 - 1. natura, specie, mezzi, oggetto, tempo, luogo e ogni altra modalità dell'azione;
 - 2. gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;
 - 3. intensità del dolo o grado della colpa;
 - 4. capacità a delinquere del colpevole:
 - motivazioni e carattere del reo;
 - precedenti penali e giudiziari, condotta di vita antecedente;
 - condotta contemporanea e susseguente al reato;
 - condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo [comma abrogato]

Caratteristiche specifiche formative tecnico-scientifiche del perito

Il magistrato giudicante ha la necessità di disporre di un ventaglio sufficientemente ampio di soluzioni applicative adatte al caso di specie, così da poter impostare la risposta trattamentale del prosciolto non imputabile sin dal momento del giudizio, in modo il più possibile adeguato alle esigenze del singolo ma anche nel rispetto della reale disponibilità di risorse e non solo rispetto a quelle teoriche previste dalle normative.

La necessità di avere cogenti elementi della prassi è quindi fondamentale.

A questo scopo risulta opportuno che gli Uffici giudicanti di primo grado mantengano un rapporto costante di collaborazione, scambio di informazioni e conoscenza capillare della rete dei Servizi di Salute Mentale (ma anche delle Dipendenze ove il caso) di riferimento per il soggetto da valutare, sia direttamente sia dandone specifico mandato al perito nominato, le cui caratteristiche auspicabili sono più oltre declinate.

La conoscenza aggiornata delle soluzioni realmente offerte dai servizi (in solo apparente deroga a quanto disposto dalla citata abrogazione del §4 art. 133 cp) fornisce, infatti, al giudice tutti gli elementi per poter indirizzare il non imputabile al programma terapeutico più adeguato; di poter strutturare il contenuto specifico e personalizzato delle misure di sicurezza sin dal momento della pronuncia nel processo penale; di rispettare il fondamentale collegamento tra il tessuto territoriale di provenienza dell'infermo di mente autore di reato e l'esecuzione della misura di sicurezza nei suoi confronti; ed infine, di prendere in considerazione il ricorso alla misura di sicurezza detentiva, cioè diversa dalla libertà vigilata, solo quando essa rappresenti l'unica soluzione utile e praticabile e non solo quando essa appaia, meccanicisticamente, la via più immediata per neutralizzare la sua carica di pericolosità.

I periti ed i consulenti, soprattutto se incaricati d'ufficio, debbono presentare e quindi documentare una adeguata qualificazione di **competenza reale** (e non solo di titoli) al loro compito.

Sulla base degli art. 220 e 221 del Codice di Procedura Penale in tema di perizia e di periti (che mettono in luce le qualificazioni richieste: specifiche competenze tecniche; particolare competenza nella specifica disciplina), dei codici deontologici medici sulla responsabilità professionale (art. 62 del Nuovo Codice di Deontologia Medica, 18.05.2014, che sottolinea la qualificazione: effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso) e della legge Balduzzi (art. 3, comma 5, lg 189 del 08 nov. 2012; dl 13 sett. 2012) sul ruolo delle Società Scientifiche in merito all'accreditamento di buone pratiche cliniche, il perito psichiatra deve possedere, secondo le indicazioni congiunte della Società Italiana di Psichiatria e della Società Italiana di Psichiatria Forense, almeno le seguenti caratteristiche di base per poter affrontare i temi peritali oggetto del presente documento:

- specializzazione in psichiatria;
- esperienza clinica assistenziale di almeno otto anni in struttura pubblica oltre gli anni di specializzazione;
- adeguato curriculum pratico operativo in relazione al giudizio del caso in oggetto.

Il perito deve essere, pertanto, un operatore con adeguata formazione tecnica in materia, neutrale, volto a far pervenire al Giudice gli elementi tecnici necessari a rispondere a specifici problemi. Il perito consulente del Giudice a cui viene affidato l'accertamento dello stato clinico-psicopatologico del soggetto, sia in fase di indagine sia nell'immediatezza di reato, è tenuto a collaborare a partire già dalla fase di valutazione con il Servizio (Salute Mentale e/o Dipendenze) curante, non solo nel reperire e vagliare la documentazione sanitaria in possesso dei servizi, ma anche e soprattutto nella fase operativa di individuazione delle strutture e dei programmi idonei alla cura e, nel caso in cui vi fosse, anche al contenimento della pericolosità sociale.

Proprio per tali motivi le Società Scientifiche hanno richiesto, tra le caratteristiche del perito, anche la comprovata attività professionale nei servizi pubblici, la cui conoscenza diretta solamente può permettere le scelte più adeguate e la cognizione delle criticità da affrontare.

Troppo spesso vengono invece incaricati periti che, solo in casi fortunati, molti anni prima, avevano lavorato per qualche tempo

in Servizi che ormai si sono ampiamente evoluti, e che invece spesso svolgono solo attività peritale (soprattutto nel campo civilistico...) senza avere mai avuto alcuna esperienza diretta di lavoro nei Servizi.

Modalità di proposta ed esito della perizia

È utile ricordare in breve che cos'è una perizia, delineando le caratteristiche di massima degli accertamenti peritali più o meno comuni a tutti i diversi tipi di indagine in materia psichiatrica. In termini generali l'attività consulenziale-peritale di cui si avvalgono tutti gli Uffici Giudiziari riguarda:

1. Procura della Repubblica:
 - a) valutazione psichiatrico forense con indicazione, in caso di necessità di applicazione di una misura cautelare a persona con problemi psichiatrici, dell'intervento più idoneo e eventualmente alternativo alla misura di custodia cautelare in carcere;
 - b) valutazione e accertamento della pericolosità sociale, in caso si ritenga necessario applicare una misura di sicurezza e quale sia l'intervento più idoneo, come sopra specificato;
 - c) valutazione e accertamenti sulla vittima di reato (accertamenti in tema di circonvenzione e attendibilità del testimone).
2. Tribunale ordinario penale:
 - a) accertamento e valutazione clinica dell'arrestato;
 - b) individuazione in tempi brevi dell'intervento terapeutico più idoneo atto a contemperare le esigenze di tutela sociale connessa al rischio di recidiva con le esigenze di trattamento e cura del malato psichiatrico che delinque;
 - c) eventuale valutazione per l'inserimento, temporaneo o meno, in una struttura residenziale psichiatrica.
3. Tribunale di Sorveglianza:
 - a) accertamento di eventuale patologia psichiatrica in capo al condannato, ove non già accertata in fase di cognizione;
 - b) valutazione sulla compatibilità di tale patologia con la condizione detentiva e sulle possibilità di alternative di cura a detta condizione (detenzione domiciliare, inserimento in strutture terapeutiche, affidamento sul territorio ai Centri di salute mentale);
 - c) valutazione e accertamento della pericolosità, nel caso di applicazione di misura di sicurezza, con individuazione della misura e dell'intervento più idoneo.
4. Tribunale civile per la valutazione sulla nomina dell'Amministratore di Sostegno e sui compiti da attribuirgli.

La perizia si colloca, pertanto, a cavallo tra clinica e la legge e, per questo deve rispondere in modo trasparente e inoppugnabile a due sistemi di pensiero, quello clinico e quello giuridico talvolta poco compatibili tra loro.

Recenti studi e gli stessi esiti del Tavolo n. 11 degli Stati generali dell'Esecuzione penale [15], richiamano l'opportunità di ripensare attentamente le modalità di formazione dei quesiti da parte del magistrato al consulente: ciò sia al fine di cogliere la natura del disturbo mentale e quindi del vizio di mente dell'infermo autore di reato, sia per non delegare impropriamente alla scienza psichiatrica funzioni, statuizioni o formule predittive che lo statuto scientifico di quella materia di studio non considerano di propria spettanza.

È noto, peraltro, che proprio l'impiego non sempre efficace dei quesiti peritali amplifica il fenomeno dei c.d. "cripto-imputabili", ovvero di quei soggetti che, pur vivendo l'esperienza del disturbo mentale, non sarebbero da considerare propriamente

non imputabili e dovrebbero, eventualmente, soggiacere alla sanzione penale ordinaria per il reato connesso e veder protetto e tutelato il loro “bisogno di cure”, in sede di esecuzione penale ordinaria

Il quesito è la linea guida del lavoro peritale ed è per tal motivo che dove essere il più specifico e circostanziato possibile e riguardare:

1. Accertamento dello stato di infermità mentale al momento della commissione dei fatti.
2. Il grado di incapacità ed il rapporto tra l’infermità accertata, la genesi e la dinamica della condotta.
3. Se lo stato mentale nell’attualità sia tale da impedire la partecipazione cosciente al procedimento, se sia essa reversibile o irreversibile in base a fattori clinici prognostici secondo le *evidence based medicine*.
4. Specificare gli indicatori attuali di infermità che possano agire sulla possibilità che commetta altri reati (pericolosità sociale).
5. Infine se il bisogno di cura sia assicurato o meno con l’applicazione della misura della libertà vigilata. In caso contrario dovrebbero essere indicate le misure alternative più adeguate al caso concreto.

Nel rispondere a tale quesito il perito dovrà pertanto tenere conto degli indicatori clinico-comportamentali attuali e anamnestici del periziando ed in particolare dovrà considerare la gravità del quadro psicopatologico in rapporto sia al grado di coscienza del bisogno, sia al grado di aderenza ai programmi di cura sia pregressi che attuali oltre al grado di consapevolezza di malattia; per tale complessità di risposta è necessario, al fine di indicare il luogo idoneo di cura ed il piano di trattamento del soggetto, che vi sia una conoscenza dei Servizi Territoriali realmente fruibili nonché una collaborazione diretta tra perito e Servizi stessi sia nella stesura del piano individuale di trattamento che nell’identificazione del luogo di cura più idoneo.

La risposta che il perito dovrà fornire a tali quesiti deve essere diretta e specifica senza elementi dubitativi o probabilistici.

Tipologie di situazioni in cui il perito potrebbe essere coinvolto

1. Soggetti portatori di patologie psichiatriche coinvolti in vicende giudiziarie che non sono destinatari né di misure di sicurezza né di misure cautelari.
Gli Agenti od Ufficiali di Polizia Giudiziaria che nel corso delle indagini abbiano motivo di ritenere che l’indagato è affetto da disturbi di tipo psichiatrico avranno cura, prima di trasmettere la CNR (comunicazione di notizia di reato) al PM (PM), di recuperare la sua documentazione sanitaria e comunque tutte le informazioni possibili messe a disposizione delle strutture sanitarie secondo la normativa vigente e su richiesta del magistrato e di comunicarle al PM che procede. Quando il PM ha motivo di ritenere, sulla base degli atti del fascicolo processuale, che l’imputato o l’indagato è persona che potrebbe avere necessità di un supporto psichiatrico adeguato in grado di prevenire il rischio di una reiterazione di condotte antisociali, può contattare il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD) per verificare se l’indagato è già in carico allo stesso. Nel caso non sia conosciuto dal DSMD andrà valutata specificamente ed indipendentemente da parte del CTU la presenza di una patologia psichiatrica.
2. Soggetti portatori di patologie psichiatriche coinvolti in vicende giudiziarie destinatari di misure di sicurezza perché ritenu-

ti (parzialmente o totalmente) incapaci di intendere e di volere e socialmente pericolosi.

a) L’applicazione della misura di sicurezza (art. 222 cp) o della assegnazione ad una casa di cura e custodia (art. 219 cp), sempre più rara perché per giurisprudenza costante applicata solo come estrema ratio, non dovrebbe di norma creare problemi di coordinamento tra i soggetti firmatari del presente protocollo stante la natura custodiale della misura in struttura attrezzata anche per il contemporaneo trattamento terapeutico (REMS), tenendo conto in particolare dei protocolli clinico-organizzativi appositamente predisposti.

b) Diversamente accade, per la misura di sicurezza meno afflittiva della libertà vigilata che viene generalmente applicata essenzialmente in due casi.

- i) **Libertà vigilata presso l’abitazione dell’imputato o dell’indagato** con l’obbligo, tra gli altri, di seguire le prescrizioni che saranno dettate dal DSMD che ha attivato la presa in carico.

In questo caso la presa in carico presso il DSMD, se non già attiva, sarà attivata su segnalazione del PM che, prima di fare la richiesta di misura al Giudice, contatterà il DSMD che a sua volta provvederà alla presa in carico della situazione nella sua complessità e specificità psicosociale.

Il PM ne darà atto nella richiesta di misura formulata al Giudice.

Sarà l’autorità di Pubblica Sicurezza incaricata dei controlli dal Giudice che ha applicato la misura ai sensi dell’art. 228 1° co cp, anche su segnalazione del DSMD competente a comunicare immediatamente al Giudice che procede qualsiasi violazione delle prescrizioni imposte all’indagato o all’imputato.

- ii) **Libertà vigilata presso una struttura residenziale psichiatrica** con l’obbligo di permanere nella struttura secondo i tempi e modi che saranno dettati e di seguire le prescrizioni trattamentali.

L’applicazione della predetta misura deve tener conto che tali strutture non sono strutture “chiuse” e che l’obbligo di permanenza nella struttura è legato alla volontà del destinatario del provvedimento, e non può essere inteso in senso tecnico non avendo la misura carattere custodiale.

In questo caso il PM, prima di fare richiesta al Giudice della misura di sicurezza della libertà vigilata con l’obbligo, tra gli altri, di permanere in una struttura residenziale psichiatrica dovrà ottenere l’assenso del Direttore del DSMD.

Se, nel corso del processo, viene dato incarico ad un perito o ad un consulente di parte di valutare la capacità di intendere e volere del soggetto e della sua pericolosità sociale, il Giudice o il PM inseriranno nel quesito peritale anche la richiesta di individuare una misura di sicurezza idonea in concreto ad arginare il rischio di reiterazione di reati.

In caso di adozione della libertà vigilata presso una struttura residenziale psichiatrica, il perito o il consulente concorderà con il Direttore del DSMD la scelta della struttura.

Nei casi in cui il Direttore del DSMD decida che la scelta della struttura residenziale psichiatrica più idonea deve essere subordinata ad un periodo di osservazione, il Giudice potrà applicare la misura della libertà vigila-

ta presso idonea struttura di degenza o residenziale del DSMD, autorizzando preventivamente lo spostamento del luogo in cui scontare la misura.

In caso di necessità di spostamento del luogo in cui scontare la misura di sicurezza della libertà vigilata per motivi clinici il Direttore del DSMD ne darà immediata e preventiva comunicazione all'ufficio del Giudice e del PM che procedono.

Sarà cura della cancelleria del Giudice comunicare il provvedimento alla nuova Autorità di Pubblica Sicurezza territorialmente competente per i controlli anche perché assicurati ai sanitari l'assistenza nei casi di necessità. L'autorità di Pubblica Sicurezza incaricata dei controlli ai sensi dell'art. 228 1° co cp dal Giudice che ha applicato la misura, anche su segnalazione del responsabile del servizio psichiatrico presso cui è stata disposta la libertà vigilata, segnalerà immediatamente al Giudice che procede qualsiasi violazione delle prescrizioni imposte e resterà a disposizione dei sanitari in caso di specifiche necessità.

3. Soggetti già portatori di patologie psichiatriche coinvolti in vicende giudiziarie destinatari di misure cautelari ordinarie perché non è stato rilevato alcun vizio di mente, né parziale, né totale a cui dovrebbero essere applicate misure cautelari ordinarie.

Si ravvisa in tali casi la necessità di una valutazione esterna di tipo peritale dei soggetti, da integrare con la valutazione dei curanti, in quanto potrebbe trattarsi di ex-pazienti o di persone che al momento dei fatti per cui sono indagati siano in fase di remissione e dunque imputabili. Analogamente anche l'incompatibilità o meno con il regime carcerario dovrebbe essere valutata da un esperto esterno.

ii) **Custodia cautelare in carcere e custodia cautelare in luogo di cura** (artt. 285 e 286 cpp)

Il PM che ritiene di dovere chiedere al Giudice l'applicazione della misura cautelare della custodia in carcere nei confronti di un indagato o un imputato se, sulla base degli atti di indagine, rileva che il soggetto è affetto da problematiche di tipo psichiatrico, prima di formalizzare la richiesta, acquisisce tutta la documentazione clinica e le necessarie informazioni anche sentendo i sanitari che lo hanno avuto in cura e ricorrendo anche ad una valutazione peritale (specie se il soggetto non è più seguito da specialisti del DSMD).

Se ha motivo di temere che le emergenze psichiatriche scongiurino la misura custodiale in carcere per impossibilità di assicurare le necessarie cure il PM potrà analogamente predisporre richiesta di perizia.

Il Giudice con l'ordinanza di applicazione della misura cautelare della custodia cautelare in carcere, qualora, sulla base delle dichiarazioni dell'arrestato o di una segnalazione o, comunque, delle nuove emergenze processuali che non sono ancora state valutate dal PM, abbia motivo di ritenere che l'autore del reato è affetto da patologie di tipo psichiatrico, dovrà segnalarlo in calce al provvedimento al responsabile del Presidio del Servizio Psichiatrico che opera all'interno della Casa Circondariale di riferimento ed una copia dell'ordinanza dovrà essere trasmessa anche via mail all'indirizzo di posta elettronica del responsabile del predetto Presidio.

Questi disporrà l'effettuazione appena possibile una visita specialistica e si occuperà di ricostruire la storia clinica del detenuto, se necessario con la collaborazione del difensore,

re, e riferirà in sintesi al Giudice segnalando eventuali casi di incompatibilità con la condizione carceraria.

In quest'ultimo caso il sanitario, qualora si riveli impraticabile la misura meno afflittiva degli arresti domiciliari, comunicherà, inoltre, al magistrato ogni dato di interesse e la disponibilità di posti letto di degenza per l'applicazione della diversa misura della custodia cautelare in luogo di cura.

Il responsabile del Presidio Psichiatrico interno alla Casa Circondariale verrà, inoltre, attivato dal Giudice nel caso in cui si apra la possibilità di attenuare la misura della custodia in carcere con quella degli arresti domiciliari, ed assicurerà, dove necessario, la presa in carico da parte del DSM di riferimento individuando anche le forme di supporto psicosociale e di assistenza che il caso richiede.

ii) **Gli arresti domiciliari** (art. 284 cpp)

Tale misura oggi, in un contesto di rete, trova larga applicazione con due specifiche modalità.

a) **Arresti domiciliari presso l'abitazione dell'indagato o dell'imputato** con l'autorizzazione ad uscire nei tempi e modi stabiliti dal Dipartimento di Salute Mentale presso cui è stata attivata la presa in carico unicamente al fine di sottoporsi alle prescrizioni trattamentali. In questo caso la presa in carico presso il DSMD, qualora non attiva, e se non già attivata dal Responsabile del Presidio Psichiatrico della Casa Circondariale in caso di sostituzione della misura carceraria con quella degli arresti domiciliari, sarà attivata su richiesta del PM prima della richiesta di applicazione della misura al Giudice: egli dovrà contattare il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale di riferimento, che disporrà la presa in carico del caso nella sua complessità e specificità psicosociale. Sarà la Stazione dei carabinieri territorialmente competente per i controlli ai sensi dell'art. 284 cp, a segnalare immediatamente al Giudice che procede qualsiasi violazione degli obblighi connessi alla misura degli arresti domiciliari e ad assicurare assistenza ai sanitari in caso di necessità ed, eventualmente ai familiari o, comunque, alle persone che con l'indagato o con l'imputato convivono.

b) **Arresti domiciliari presso una struttura residenziale psichiatrica.**

Si tratta di una misura che il PM chiederà, ed il Giudice potrà applicare, laddove necessaria nella consapevolezza che le strutture residenziali psichiatriche non sono strutture "chiuse" e che l'obbligo di permanenza nella struttura è legato alla volontà del destinatario del provvedimento.

In questo caso il PM, prima di formulare al Giudice la richiesta di applicazione della misura degli arresti domiciliari presso una struttura residenziale psichiatrica, dovrà ottenere il previo assenso del Direttore del DSMD ed indicare al Giudice il luogo in cui la misura potrà essere scontata.

Nei casi in cui il Direttore del DSMD dopo avere dato la disponibilità ad accogliere l'indagato o l'imputato presso una struttura residenziale psichiatrica, valuti necessario un periodo di osservazione prima di individuare la specifica struttura, il Giudice potrà applicare la misura degli arresti domiciliari presso adeguata struttura del DSMD autorizzando preventivamente lo spostamento del luogo in cui scontare la misura una volta terminato il periodo di osservazione.

In caso di spostamento del luogo in cui scontare la misura degli arresti domiciliari il Direttore del DSMD ne darà immediata e preventiva comunicazione all'ufficio del Giudice e del PM che procedono.

Sarà cura della cancelleria del Giudice comunicare il provvedimento alla nuova Autorità di Pubblica Sicurezza territorialmente competente per i controlli.

La Stazione dei Carabinieri territorialmente competente per i controlli di cui all'art. 284 cp ed i sanitari che hanno in cura l'indagato o l'imputato, anche su segnalazione del responsabile del servizio psichiatrico presso cui l'indagato o l'imputato è ristretto, avranno cura di comunicare immediatamente al Giudice che procede qualsiasi violazione delle prescrizioni imposte.

a. Divieto ed obbligo di dimora (art. 283 cpp), obbligo di presentazione alla Polizia Giudiziaria (art. 282 cpp), allontanamento dalla casa familiare (art. 282 bis cpp), divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa (art. 282 ter cpp).

Il PM che ritiene di dovere chiedere al Giudice l'applicazione della misura cautelare del divieto ed obbligo di dimora (art. 283 cpp), dell'obbligo di presentazione alla Polizia Giudiziaria (art. 282 cpp), dell'allontanamento dalla casa familiare (art. 282 bis cpp), del divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa (art. 282 ter cpp) se, sulla base degli atti di indagine, rileva la presenza di problematiche di tipo psichiatrico, prima di formalizzare la richiesta, acquisisce tutta la documentazione clinica e le necessarie informazioni, anche sentendo i sanitari che hanno lo avuto in cura e ne fa esplicita menzione nella sua richiesta.

Elenco abbreviazioni

CCC: Casa di Cura e Custodia

cp: codice penale

cpp: codice di procedura penale

DSMD: Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze

OPG: Ospedali Psichiatrici Giudiziari

PM: PM

REMS: Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza

SPDC: Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura

Bibliografia

1. Consiglio Superiore della Magistratura, Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014; 19/4/2017.
2. Ferracuti S. (2008). *I test mentali in psicologia giuridica e forense*. Centro Scientifico Editore.
3. Fornari U. (2018). *Trattato di Psichiatria Forense*. UTET.
4. Beconi A., Ferrannini L. (1986). Problemi di applicazione delle misure alternative alla detenzione del tossicodipendente. *Questione Giustizia*, 4.
5. WHO (2002). *World Report on Violence and Health*.
6. Steadman H.J., Mulvey E.P., Monahan J. et al. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 55: 393-401.
7. Torrey E.F., Stanley J., Monahan J. et al. (2008). The MacArthur Violence Risk Assessment Study Revisited: Two Views Ten Years After Its Initial Publication. *Psychiatric Services*, 59: 147-152.
8. Farrington D.P., Gaffney H., Tfofi M.M. (2017). Systematic reviews of explanatory risk factors for violence, offending, and delinquency. *Aggression and Violent Behavior*, 33: 24-36.
9. Singh J.P., Grann M., Fazel S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31: 499-513.
10. Singh J.P., Fazel S. (2010). Forensic risk assessment: A metareview. *Criminal Justice and Behavior*, 37: 965-988.
11. Ponti G., Merzagora I. (1987). L'abolizione delle presunzioni di pericolosità. *Riv. It. Med. Leg.*, IX.
12. Merzagora I., Ponti G. (1993). *Psichiatria e giustizia*. Milano: Raffaello Cortina .
13. Coid J.W., Kallis C., Doyle M., Shaw J., Ullrich S. (2015). Identifying Causal Risk Factors for Violence among Discharged Patients. *PLOS ONE*, 10(11): e0142493. doi: 10.1371/journal.pone.0142493.
14. Ferracuti S., Tatarelli R. (2001). Psichiatria e sistema della giustizia. *Nòs*, 7(3): 145-165.
15. www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_19_1_11.page.