

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**

**SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E  
FARMACEUTICHE**

**CORSO DI LAUREA  
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI  
SANITARIE**



**Tesi di Laurea**

REMS: lettura critica su limiti e potenzialità. Analisi e confronto del sistema Italiano con quello Europeo

**Relatore:**  
Prof. Mariano Martini

**Candidato:**  
Elena Sofia Tirelli

**Matricola:**  
5358904

Anno Accademico 2022/2023



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI GENOVA**

**SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E  
FARMACEUTICHE**

**CORSO DI LAUREA  
SCIENZE RIABILITATIVE DELLE PROFESSIONI  
SANITARIE**



## **Tesi di Laurea**

REMS: lettura critica su limiti e potenzialità. Analisi e confronto del sistema Italiano con quello Europeo

REMS: critical reading on limits and potential. Analysis and comparison of the Italian system with the European one

**Relatore:**  
Prof. Mariano Martini

**Candidato:**  
Elena Sofia Tirelli

**Matricola:**  
5358904

Anno Accademico 2022/2023



## **REMS: lettura critica su limiti e potenzialità. Analisi e confronto del sistema Italiano con quello Europeo.**

Questo lavoro si propone di dare una lettura critica al sistema delle REMS e della complessa gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato. Prende, pertanto in analisi, dapprima la legge 180 del 1978 e successivamente propone una riesamina della legge 81/2014 che ha portato al superamento degli OPG e all'apertura di Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza, con vocazione terapeutico riabilitativa e di prevenzione rispetto la collettività. Attualmente in letteratura non è presente molto materiale, data la complessità e la giovinezza dell'argomento; quindi questo lavoro si propone di mettere in luce la descrizione della gestione regionale delle REMS, confrontandola con quella di alcuni stati Europei. Infine pone l'attenzione sui limiti e le difficoltà attuative di una legge chiave per la restituzione della dignità ai pazienti psichiatrici autori di reato mettendo in risalto la complessa rete di collaborazione tra il sistema giuridico, sanitario e sociale e il delicato equilibrio tra malattia mentale e pericolosità sociale.

# **REMS: critical reading on limits and potential. Analysis and comparison of the Italian system with the European one**

This work aims to give a critical reading of the REMS system and the complex management of psychiatric patients who commit crimes. It therefore first analyzes law 180 of 1978 and subsequently proposes a review of law 81/2014 which led to the overcoming of the OPG and the opening of Residences for the Execution of Security Measures, with a therapeutic, rehabilitative and prevention with respect to the community. There is currently not much material in the literature, given the complexity and youth of the topic; therefore this work aims to highlight the description of the regional management of REMS, comparing it with that of some European states. Finally, it draws attention to the limits and difficulties in implementing a key law for the restoration of dignity to psychiatric patients who have committed crimes, highlighting the complex network of collaboration between the legal, healthcare and social systems and the delicate balance between mental illness and social danger.

# Ringraziamenti

Questo lavoro è frutto di un periodo intenso, ricco di cambiamenti, di movimenti, ma stabile nelle basi, nei desideri e nei legami importanti.

Vorrei ringraziare te, diventata una stella polare, insegnante silenziosa di pazienza, mitezza e temperanza.

Un ringraziamento a te, piccola, che sarai il mio futuro, fedele compagna di scrittura, motore per impegnarmi e credere nella speranza per una società futura migliore, più lenta ed umana. Grazie ad Antonio per avermi supportato e tollerato, specialmente, in questo periodo così complesso; presenza solida, di confronto nella vita, compagno nella costruzione di un futuro certo e di condivisione di presente, idee, emozioni, aspirazioni e di una vita vera e appassionata.

Un ringraziamento alla mia famiglia, soprattutto ai miei genitori, presenza dolce e forte, motivante nei desideri, costante nel supporto, base del mio passato su cui ho potuto costruire la mia persona.

Grazie alle amiche di sempre per avermi sempre accompagnato nell'evoluzione della vita. Grazie agli amici nuovi, alle persone incontrate perché, anche solo per un momento, sono stati insegnanti di riflessioni.

Un ultimo grazie è per i pazienti, che ogni giorno lottano contro se stessi, le proprie emozioni e la proprie paure; a loro devo la mia gratitudine per la passione e la curiosità per una materia in continuo movimento e mai uguale a se stessa. A loro devo il mio grazie principale per insegnarmi costantemente che la psichiatria è una scienza che prima di essere tecnica deve essere un attento ascolto umano.

# Indice

<b>Sommario</b> .....	I
<b>Abstract</b> .....	II
<b>Ringraziamenti</b> (facoltativo).....	III
<b>Introduzione</b> .....	6
<b>1 - Nascita ed evoluzione del sistema REMS</b>	8
1.1 - La legge Basaglia: rivoluzione normativa e culturale	9
1.2 - Dall'ospedale psichiatrico giudiziario alla nascita delle REMS	14
<b>2- Le REMS: mappatura dello Stato Italiano</b>	18
2.1 – Dati generali	18
2.2 - Regione Lombardia: REMS Castiglione delle Stiviere	21
2.3 – Regione Lazio	23
2.4 – Regione Campania	25
2.5 – Regione Emilia Romagna	27
2.6 – Regione Veneto	31
2.7- Regione Piemonte	36
2.8- Regione Toscana	41
2.9- Regione Puglia	42
2.10- Regione Trentino Alto Adige	45
2.11- Regione Friuli Venezia Giulia	46
2.12- Regione Abruzzo. REMS di Barete	49
2.13- Regione Basilicata. REMS di Pisticci	50
2.14- Regione Calabria. REMS di Santa Sofia D'Epiro	52
2.15- Regione Sicilia	53
2.16- Regione Sardegna. REMS di Capoterra	54
2.17- Regione Marche. REMS Casa Badesse	56
<b>3 – Il sistema della Regione Liguria</b>	57
<b>4 – Servizi di Psichiatria Forense in Europa</b>	62
4.1- Le differenze tra le caratteristiche legali e il concetto di criminalità legale in Europa	63
4.2 - Tipologie di strutture psichiatriche forensi disponibili in Europa	65
4.3 – Servizi di Psichiatria Forense nel Regno Unito	66
	IV



4.4 – Servizi di Psichiatria Forense in Germania	68
4.5 – Servizi di Psichiatria Forense nei Paesi Scandinavi	70
4.6- Servizi di Psichiatria Forense nell’Europa dell’Est	73
<b>5 – Il sistema REMS, analisi dei limiti e potenzialità</b>	76
5.1- Potenzialità della legge 81/2014	79
5.2- Limiti della legge 81/2014	81
5.3- I protocolli d’intesa	86
5.4- Il paziente psichiatrico autore di reato	88
5.5- Analisi delle difficoltà attuative della legge 81/2014	91
<b>6 - Conclusioni</b>	99
<b>Bibliografia</b>	102

## Introduzione

La Legge 81/2014 in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari può essere considerata come il proseguo di quella definita come Legge Basaglia, la 180 del 1978. Entrambe si sono poste come obiettivo quello di riconoscimento al paziente psichiatrico del significato di persona, portatore di una propria unicità e fragilità. Entrambe le Leggi hanno rivoluzionato l'assistenza psichiatrica cercando di promuovere un'accoglienza e una cura libera da etichette e stigma. In particolare, per quanto riguarda la l'81 del 2014 si tratta di un profondo cambiamento che coinvolge non solo il Sistema Sanitario Nazionale, ma anche il Ministero di Grazia e Giustizia, il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria e la Magistratura. Infatti la chiusura degli OPG e l'apertura di Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza, strutture terapeutico riabilitative con limitati posti letto e la definizione di protocolli riabilitativi, ha portato un profondo cambiamento nella concezione del paziente psichiatrico autore di reato. Tuttavia, accanto a ciò, si osserva una forte confusione nella parte attuativa della legge e nella comunicazione tra i vari organismi coinvolti. In primis la legge da maggiori responsabilità ai Dipartimenti di Salute Mentale già gravati da una forte riduzione delle risorse disponibili, togliendo il ruolo più competente al Ministero di Grazia e Giustizia. Questo ha provocato un forte e fragile cambiamento nella gestione dei servizi territoriali di salute mentale che si sono trovati investiti da nuove esigenze e criticità, non sempre pronti a farne fronte. La gestione regionale della sanità fa sì che anche quella delle REMS sia frammentata, caratterizzata da importanti liste d'attesa e una disomogeneità nella gestione all'interno dello stesso territorio nazionale. Sebbene piena di criticità e difficoltà la scelta italiana va contro quella che è la tendenza europea che invece sembra proporre una maggiore rigidità nella gestione di questi pazienti.

Sorgono quindi vari quesiti circa il rapporto tra malattia mentale ed atto criminoso, la gestione della responsabilità di chi soffre di una patologia psichica ed è autore di reato, che significato ha la pericolosità sociale per questa categoria di persone, come poter far fronte ad una complessa esigenza di natura psichica, ma anche di difesa e prevenzione della società. Queste domande sono alla base delle crescenti difficoltà che coinvolge la gestione delle REMS e di questi particolari pazienti. Poiché se come afferma Basaglia dovremo imparare a curare i pazienti fuori dalle istituzioni, senza stigma ed etichette, dovremo anche imparare a curare la società e individuare in essa l'innescò delle fragilità e dell'impulsività.



*“La follia è una condizione umana.*

*In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione.*

*Il problema è che la società, per dirsi civile,  
dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia.”*

Franco Basaglia

## **1. Nascita ed evoluzione del sistema REMS**

Per poter parlare del lungo processo di trasformazione che ha portato all'istituzione delle REMS è opportuno fare una riflessione su cosa significhi Salute Mentale e su come si sia evoluto il sistema normativo che la coinvolge.

L'OMS descrive il concetto di salute come *il completo stato di benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia*, (OMS, 1948). All'interno di questa definizione si può constatare il collegamento profondo tra il concetto di salute e quello di salute mentale. Aspetto peculiare per poter raggiungere il *completo stato di benessere* come descritto dalla definizione.

Tuttavia va considerato come la salute psichica e di conseguenza la fragilità mentale siano influenzate da molteplici fattori. Infatti il modello *stress-vulnerability-coping-competence* suggerisce come quando l'esperienza di eventi stressanti superano la capacità dell'individuo di farvi fronte, e/o l'impiego di risorse personali è insufficiente o inefficace, si può assistere alla promozione di cambiamenti psicobiologici che portano alla manifestazione di sofferenza o sintomi. La vulnerabilità biologica è un fattore importante nella determinazione della persona, ma unicamente non manifesta dei sintomi gravi; infatti, se a questa vengono poi considerate delle variabili ambientali, sociali, culturali, spirituali si arriva ad un pensiero complesso per la comprensione della genesi della salute mentale che supera un modello biopsicosociale e si apre ad uno integrato che

considera le molteplici sfaccettature della vita umana. L'approccio integrale consente, infatti, di avere una visione unitaria dell'uomo, elevando al massimo le possibilità di successo, quando si affronta la malattia o le condizioni di debolezza, vulnerabilità e fragilità. (Krzysztof Szadejko, 2020).

Questa breve riflessione sul concetto di salute mentale permette di introdurre l'importanza di avere un quadro normativo che possa tutelare chi soffre di una patologia psichica e rende necessaria la conoscenza storica per comprendere il quadro attuale.

### **1.1 La legge Basaglia: rivoluzione normativa e culturale**

Franco Basaglia, direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, iniziò a partire dagli anni '60/70 una radicale trasformazione nel modo di comprendere e accogliere il disagio psichico, portando ad un importante movimento in Italia che avrebbe poi generato un nuovo modello di assistenza psichiatrica.

La sua rivoluzione iniziò da un approccio culturale partendo dalla negazione dell'istituzione del manicomio, del ruolo dello psichiatra come semplice custode e "carceriere" dei malati, della malattia come dimensione immutabile e di tutto il sistema precedente di cura dei disturbi mentali. Infatti ciò portò alla considerazione della patologia non più come aspetto totalizzante della persona, ma un sistema complesso caratterizzato da risorse e limiti individuali suscettibili di mutamento e miglioramento. In particolare nessun approccio era davvero terapeutico se consentito solamente dall'istituzione del manicomio e dal ruolo degli psichiatri (Basaglia 1968). Trattamento differente era riservato alle donne e come riporta Candida Carrino, 2018, "grande incidenza viene attribuita all'ereditarietà: un padre alcolizzato, una madre prostituta, una famiglia irregolare vengono visti come origine certa di patologia psichica. I rapporti con la famiglia sono spesso a favore della reintegrazione familiare femminile (molto più che per gli internati maschi): molti sono i casi in cui dopo un periodo di internamento la famiglia rinvoca l'internata a casa, a svolgere il suo ruolo domestico. La volontà e la capacità dell'internata di accettare tale integrazione gioca a favore del riconoscimento di "guarigione" della stessa e dunque alle sue dimissioni."<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Candida Carrino, *Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850-1950)*, Roma, Carocci editore, 2018.

Queste analisi hanno posto le basi per una rivoluzione normativa e culturale ponendo le basi per la modifica delle categorie diagnostiche e la trasformazione dei diversi quadri clinici, favorendo il recupero sociale, attraverso la riabilitazione psichiatrica e psicosociale.

Si è passati da un modello di reclusione e custodia del malato psichico nato dalla necessità di isolare il paziente dalla società in relazione al pensiero che questo fosse di pubblico scandalo o avesse l'etichetta di pericoloso, ad un modello "anti-istituzionale" segnato da un profondo intento di modificare e rivoluzionare il significato di malattia mentale e l'approccio terapeutico riabilitativo, favorendo percorsi di integrazione sociale e di partecipazione alla società civile.

Per la promozione della legge 180, o definita anche legge Basaglia, è opportuno anche pensare come questa sia nata da un fervore di idee di cambiamento che coinvolgevano non solo l'Italia, ma anche il terreno europeo ed americano; per es. la nascita della psichiatria di comunità inglese, i modelli psico-socio-relazionali americani, l'esperienza francese hanno mosso i primi tentativi di apertura ad un modello di psichiatria di comunità in Europa e negli USA (Frigli 1971, Daumezon 1964, Jones 1974).

In Italia la prima importante modifica della legislazione in ambito psichiatrico è del 18 marzo 1968 con la Legge n. 431, proposta dal Ministro Mariotti ed inserita nell'ambito della Legge della Riforma Ospedaliera. Le novità, già descritte in questa legge sono estremamente importanti:

- La possibilità ordinaria di ricovero volontario su richiesta del paziente e autorizzazione del medico di guardia, staccando le procedure di ammissione e dimissioni da restrizione dei diritti e rendendole eguali a qualsiasi ricovero ospedaliero;
- L'abolizione dell'iscrizione di tutti i ricoverati nell'Ospedale Psichiatrico al casellario giudiziario;
- Istituzione dei Centri di Igiene Mentale (CIM), come centri ambulatoriali territoriali per seguire i pazienti una volta dimessi e favorire il reinserimento nel territorio;
- Le limitazioni poste agli Ospedali Psichiatrici rispetto le dimensioni e la possibilità di istituire divisioni psichiatriche negli ospedali civili;
- L'individuazione di adeguati parametri assistenziali tra operatori e pazienti ricoverati e un'organizzazione articolata con personale qualificato.

Tutto ciò venne percepito in modo molto importante e positivo dagli operatori e consentì in vari contesti cambiamenti nella pratica assistenziale che concordavano con il resto del contesto europeo. Iniziarono così a diffondersi equipe multidisciplinari che operavano in vari contesti, aspetto peculiare anche nell'organizzazione odierna dei servizi.

In questo clima di cambiamento e rinnovata sensibilità nell'accoglienza e cura della patologia psichica si distinse, come riportato sopra, Franco Basaglia.

Fu la discussione politica che si realizzò attorno alla promozione di un referendum popolare per l'abrogazione della legge del 1904 a far sì che si ottenne un consenso parlamentare in grado di approvare il 13 maggio del 1978 la legge n. 180 che in soli 11 articoli promosse il cambiamento di tutto l'assetto sanitario. Gli articoli confluiti poi nella legge 833 del 23 dicembre del 1978, prevedevano:

- Gli accertamenti e i trattamenti sanitari sono volontari;
- Eccezionali sono i casi di Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e ne vengono descritte le procedure: il TSO si basa su motivazioni solamente sanitarie e non di ordine pubblico (pericolosità per se stessi e per gli altri o pubblico scandalo). Il ricovero non compete più all'autorità di pubblica sicurezza, ma al Sindaco come massima autorità sanitaria del territorio. Le garanzie di legge e la tutela di chi è oggetto di TSO in condizioni di degenza ospedaliera sono ben definite e il malato non perde i propri diritti. Inoltre la durata del TSO non è più indefinita, ma limitata nei giorni, per un massimo di 7 rinnovabili;
- L'art. 6 descrive il principio più importante della legge: *“Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi psichiatrici extra-ospedalieri”*;
- I nuovi ricoveri sono effettuati non più negli OP, ma in servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) inseriti negli ospedali generali, dotati di massimo 15 posti letto e strettamente collegati, attraverso un assetto dipartimentale alle strutture territoriali. Ai servizi degli SPDC è addetto il personale degli OP e dei presidi territoriali. I medici e gli infermieri psichiatrici sono parificati ai colleghi degli ospedali civili;
- Le Regioni assumono tutte le funzioni relative all'assistenza psichiatrica e attuano il graduale superamento degli OP e il diverso uso delle strutture. La psichiatria entra così nell'organizzazione sanitaria regionale e nazionale ed esce dall'asse Province-Ministero degli Interni;

- Viene vietato di costruire nuovi ospedali psichiatrici e di istituire divisioni psichiatriche negli ospedali generali. Non sono più ammessi ricoveri in OP di pazienti mai prima ricoverati e si individuano criteri sulla base di relazioni cliniche per la gestione dei pazienti già ricoverati;
- Si abrogano i primi tre articoli capisaldi della legge del 1904 e si prevede il carattere ponte della legge 180 con quella istitutrice il Servizio Sanitario Nazionale, la n. 833 che attraverso gli art. 33, 34, 35,64 recepisce i contenuti della legge 180;
- Attraverso la legge 833 viene stabilita la costituzione di appositi servizi di psichiatria territoriale, vengono istituiti i Centri di Salute Mentale, servizi territoriali che localizzati a livello delle singole USL realizzano nuovi modelli di assistenza e riabilitazione.

Attraverso questo riassunto della legge 180 si può intuire come questa abbia percorso la storia e le tempistiche. È stata infatti la prima legislazione al mondo a proporre una radicale modifica dei principi e della visione della patologia psichica finora imperanti; fondando un modello di sanità territoriale che apre le porte ad un mondo di chiusura e isolamento (OP). Altro risvolto positivo di questa legge è il tentativo di agire socialmente andando a promuovere una cultura che possa eliminare lo stigma della patologia psichica, sfidando il pregiudizio sociale, promuovendo una nuova immagine della persona con disturbi psichici con cui relazionarsi e partecipare attivamente al contesto sociale e culturale.

Tuttavia questo processo di trasformazione incontrò numerose resistenze sia a causa di numerosi pregiudizi ideologici, sia a causa delle problematiche economiche cui vertevano le singole USL. A seguito della promozione di questa legge si è assistito ad una mancanza di omogeneità nella riorganizzazione dei servizi, caratterizzato da un notevole ritardo delle Regioni ad attuare i principi cardine della legge e portando, quindi ad un peggioramento delle condizioni di vita delle persone che erano degenti negli OP.

Per favorire l'attuazione della legge 180 il Ministero della Salute emanò il documento di *Progetto obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996"* che prevedeva quattro aspetti principali da affrontare:

1. La costruzione di una rete di strutture, ospedaliere, territoriali, semiresidenziali e residenziali, in grado di fornire un intervento integrato con l'obiettivo di riabilitazione e gestione degli stati di crisi;



2. L'aumento e la diversificazione delle competenze professionali degli operatori per gestire al meglio la patologia psichica e attuare specifici interventi coinvolgendo anche i familiari;
3. Sviluppo di un'organizzazione dipartimentale del lavoro;
4. Superamento definitivo dell'Ospedale Psichiatrico mediante l'attuazione di programmi mirati all'inserimento non traumatico in servizi di rete territoriale.

Vennero così costituiti i Dipartimenti di Salute Mentale su tutto il territorio nazionale con l'obiettivo operativo di offrire un servizio di cura e riabilitazione, superamento degli OP e di coordinamento con le risorse del territorio per garantire l'integrazione dei pazienti.

Questo processo, però, fu molto lento, tanto che circa 20 anni dopo la promozione della legge Basaglia ancora erano 17.000 le persone ricoverate negli Ospedali Psichiatrici, nonostante la finanziaria del 1995- Legge n.724 del 23 dicembre 1995- avesse stabilito come data per la chiusura definitiva degli OP il 31 dicembre 1996 (Melani, 2014).

Nel successivo Progetto Obiettivo "Tutela della salute mentale 1998-2000" venne costituito come aspetto prioritario la Salute Mentale tra le tematiche ad alta complessità per la quale era necessario specifici atti di indirizzo. Infatti venne destinato circa il 5% del Fondo Sanitario Nazionale per le attività dei Dipartimenti di Salute Mentale e venivano sanciti alcuni standard di cura da dover osservare:

- Promozione della salute mentale nell'intero ciclo di vita;
- Prevenzione primaria e secondaria dei disturbi mentali;
- Prevenzione terziaria, gestione del tessuto affettivo e delle relazioni personali e sociali di persone sofferenti di disagio psichico.

Per poter attuare questa serie di interventi il Progetto Obiettivo prevedeva una serie di azioni:

- Potenziato il ruolo dei CSM, con azioni di intervento territoriale in collaborazione con le associazioni dei familiari, di volontariato, collegamento con i medici di medicina generale, i comuni, i servizi sociali;
- La formulazione di piani terapeutico-preventivi o terapeutico-riabilitativi individualizzati, definendo le precise tempistiche, le risorse richieste e la descrizione dell'equipe multidisciplinare per la presa in carico dei casi più complessi;

- Erogazione di trattamenti terapeutici di maggiore efficacia secondo l'EBM (Evidence Based Medicine);
- Coinvolgimento attivo delle famiglie;
- Attuazione di progetti specifici in pazienti non aderenti ai progetti di cura, con lo scopo di ridurre il rischio suicidario;
- Promozione di gruppi di mutuo-aiuto per familiari e pazienti;
- Attuazione di programmi di informazione e sensibilizzazione rivolti alla popolazione generale per ridurre lo stigma e favorire l'accesso ai servizi di salute mentale.

Questi importanti cambiamenti hanno incontrato numerose resistenze e difficoltà nell'attuazione pratica. Infatti agire su questo argomento significa non solo mettere in atto delle azioni sull'aspetto sanitario, ma anche prevenire ed operare su un contesto sociale e culturale. Infatti nel 2012 solamente metà delle regioni italiane erano in possesso di un Piano Regionale per la Salute Mentale con notevoli differenze sull'erogazione dei servizi. Tuttavia permane un pensiero di movimento e rivoluzione circa la tutela della salute psichica, in particolare vanno citate le Linee di Indirizzo Nazionale per la Salute Mentale 2008, il D.P.C.M. 1 aprile 2008 sulla sanità penitenziaria e sul superamento degli OPG e il Piano Nazionale per la Salute Mentale 2013.

## **1.2 Dall'ospedale psichiatrico giudiziario alla nascita delle REMS**

Lo stato italiano si è sempre mosso in un'ottica di innovazione dal punto di vista legislativo; infatti un'altra importante riforma è stata la Legge n. 354 del 26 luglio 1975 *“Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà”* all'interno della quale la descrizione di “Manicomio Giudiziario” viene trasformata in “Ospedale Psichiatrico Giudiziario” (OPG). L'OPG che era in carico al Ministero di Grazia e di Giustizia aveva la duplice funzione di cura e custodia, ma ben presto manifestò tutti i limiti di quest'organizzazione sospesa tra il manicomio e la prigione. Queste strutture nacquero per accogliere persone provenienti sia dalle carceri (comportamento irrequieto, mancato riconoscimento delle regole) che dai manicomi (stato di forte agitazione e manipolazione) così che fu facile la creazione del binomio folle-delinquente. Tuttavia questa normativa poneva l'accento anche sull'aspetto della cura e non solo su quello custodialistico. Inoltre la legge ribadiva alcuni diritti dei detenuti e prevedeva la stipulazione di un trattamento individualizzato e la predisposizione di misure alternative alla detenzione. Coerentemente con la nuova legislazione

sull'assistenza sanitaria alle persone con problematiche psichiche si riproponeva la via dell'abolizione delle misure di sicurezza previste dal codice penale per gli stessi, quando autori di reato (art. 1 Legge 345/1975). Infatti secondo il principio della legge Basaglia non c'era motivo di trattare diversamente i pazienti degli OP civili e quelli degli OPG.

Tuttavia, in queste strutture, era veramente complesso attuare dei programmi di assistenza e riabilitazione individualizzati a causa dell'alta eterogeneità degli internati in quanto finivano per essere inviati a queste strutture anche i ribelli e gli indisciplinati difficili da gestire nelle carceri. Ciò determinò un sovraffollamento di persone senza patologia psichica che affollavano gli OPG. Inoltre, spesso, le detenzioni si manifestavano senza fine pena, percorso che il magistrato rinnovava ogni volta non era perseguibile altra strada.

La riforma 180 provocò un aumento del numero degli internati negli OPG, in quanto al termine della misura di sicurezza la pericolosità sociale era oggetto di una nuova valutazione, alle quali facevano seguito o le dimissioni dall'OPG o la proroga, ai sensi dell'art. 208 c.p. (riesame della pericolosità); infatti precedentemente alla legge Basaglia molti internati degli OPG venivano dimessi nei manicomi.

Nel tentativo di risolvere il binomio pericolosità sociale-infermità mentale, si promosse la Legge 663/1986 (detta legge Gozzini), abolendo la pericolosità sociale presunta e disponendo che le misure di sicurezza personale potessero essere disposte solo dopo accertamento della pericolosità sociale (art. 31) ed attribuendo al Magistrato di Sorveglianza l'esclusiva competenza nell'applicazione di misure di sicurezza (art. 21).

Queste norme sanciscono già un cambiamento nel riordino della materia penale e sanitaria tentando di dare così dignità a chi veniva accolto negli OPG.

Nel 1998 la legge n. 419 art. 5 aveva affidato ad appositi decreti legislativi il riordino della medicina penitenziaria, attraverso una graduale entrata all'interno del Sistema Sanitario Nazionale di personale e di strutture sanitarie dell'Amministrazione Penitenziaria, ciò permise un graduale riordino del sistema pubblico.

Un cambiamento significativo ci fu con il Decreto Lgs. del 22 giugno 1999 n. 230, *“Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419”* che stabilì come i detenuti e gli internati avessero eguali diritti al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, cura e

riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base di definiti obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali. Il Ministro di Grazia e Giustizia e il Ministro della Sanità in applicazione al D.lgs. 230/99 attraverso il Progetto Obiettivo nazionale “Tutela della salute in ambito penitenziario” identificarono i seguenti obiettivi:

- Ricerca di strumenti di cooperazione tra il Servizio Sanitario Nazionale e il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP);
- La collaborazione tra DAP e DSM per la programmazione di interventi terapeutico-riabilitativi a favore degli internati negli OPG;
- Previsione di spazi attrezzati per le attività di riabilitazione in ogni struttura penitenziaria.

Si assiste così ad una graduale trasformazione delle strutture penitenziarie in altre di tipo sanitario con l'accento posto sull'accoglienza e cura che potesse integrarsi con la componente custodialistica.

Nel 2003 la sentenza della Corte Costituzionale n. 253 definisce illegittimo il ricovero in OPG dei pazienti in misura di sicurezza definitiva (art.222 c.p.); questo è stato l'inizio di un iter legislativo che ha portato al superamento degli OPG. Inoltre con la sentenza n. 367/2004 si dichiara l'incostituzionalità dell'art. 206 c.p. superando l'automatismo dell'applicazione della misura di sicurezza negli OPG, nel caso di accertata pericolosità sociale psichiatrica, per il cui controllo possono essere sufficienti adeguate misure differenti dall'internamento in OPG. Successivamente con il DPCM 1/04/2008 furono trasferite alle Regioni e quindi alle aziende sanitarie le funzioni sanitarie afferenti agli OPG ubicati sullo stesso territorio delle medesime e furono delineate le *Linee di indirizzo per gli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia (CCC)*.

La legge n. 9 del 17 febbraio del 2012 ha stabilito la regionalizzazione degli OPG, la dimissione dei pazienti non pericolosi e ha determinato la nascita dei nuovi centri per il trattamento di questi pazienti, denominati Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), che accolgono pazienti autori di reato all'interno di specifici progetti terapeutico riabilitativi. Però è con il Decreto Legislativo n. 81 del 30 maggio del 2014 a far data del 31 marzo del 2015 che ha dato l'inizio al progetto di chiusura degli OPG e al progressivo passaggio degli internati al Dipartimento di salute mentale. Pertanto, con questa legge, si rimarca la priorità della cura introducendo l'applicazione di misure di sicurezza non detentive mediante inserimenti nei contesti ordinari dei DSM o nel

territorio di residenza, potendo disporre delle REMS, descrivendo inoltre che la durata della misura di sicurezza non possa essere superiore alla pena massima prevista per il reato.

L'aspetto territoriale costituisce la sede privilegiata per l'accoglienza, cura e riabilitazione dei pazienti autori di reato attraverso i servizi utilizzati dai pazienti non coinvolti nel circuito forense. In questo modo i DSM sono chiamati a predisporre programmi di presa in carico per gli utenti autori di reati mettendo a disposizione servizi in rete tra di loro sul territorio (REMS o strutture adeguate alternative) o in ambito penitenziario all'interno delle *Articolazioni per la tutela della Salute Mentale nelle Carceri*.

Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) sono dotate di 20 posti letto e nascono per garantire alle persone con patologia psichiatrica, autrici di reato, l'esecuzione della misura di sicurezza e l'attivazione di percorsi terapeutico-riabilitativi.

La legge di conversione n.57 del 2013 impone alle regioni di definire il programma di superamento degli OPG, identificando precise tempistiche, le dimissioni dei pazienti per i quali sia esclusa la pericolosità sociale e l'impegno delle ASL di farsene carico attraverso la stipulazione di precisi PTRI, Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali.

Con la legge 81/2014 la misura di sicurezza da eseguirsi presso le REMS è rivolta a:

- Persone non imputabili a causa di infermità psichica, intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, sordomutismo;
- Persone sottoposte ad altra misura detentiva colpite da un'infermità mentale grave tale da richiederne il ricovero;

di cui sia stata accertata la pericolosità sociale, il rischio di recidiva, in base alle qualità soggettive e non più in relazione alle condizioni di vita individuali, familiari e sociali (art. 133 comma 2 n.4 c.p.). Il ricovero in REMS può essere disposto solo quando ogni altra misura risulti inadeguata in rapporto alle esigenze di cura e di controllo della pericolosità sociale e il termine di durata massima delle misure di sicurezza detentive non può durare oltre il tempo massimo stabilito per la pena detentiva per il reato commesso.

*“A me piacciono gli anfratti bui  
delle osterie dormienti,  
dove la gente culmina nell’eccesso del canto,  
a me piacciono le cose bestemmate e leggere,  
e i calici di vino profondi,  
dove la mente esulta,  
livello di magico pensiero.”*

Alda Merini

## **2. Le REMS: mappatura dello Stato Italiano**

Il processo che ha portato all’istituzione e superamento degli OPG è stato molto lungo e segnato da criticità differenti. Tuttavia, come espresso nel precedente capitolo, questo è stato frutto di un pensiero crescente a partire dalla seconda metà del 900 circa la restituzione della dignità di persona per chi soffriva di un disturbo mentale. Questo processo lungo ha poi coinvolto anche gli ambiti più complessi come l’aspetto penitenziario e quindi quello degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

### **2.1 Dati generali**

Alla data di maggio 2019, secondo il XV Rapporto sulle condizioni di detenzione dell’Associazione Antigone, le REMS attive sul territorio nazionale presentate nella Tabella 1, sono 30. Come si può vedere nella Tabella, le 3 regioni sprovviste di una propria struttura (Valle d’Aosta, Umbria e Molise) si appoggiano – mediante accordo interregionale – alle REMS di altre regioni (rispettivamente Lombardia, Toscana e Abruzzo), rinunciando alla propria parte di importo economico fornito dal Ministero della Sanità in favore della regione ospitante. Solo una parte dei posti letto delle REMS ospitanti viene riservata ad autori di reato provenienti dalle altre regioni (per esempio, 4 posti letto forniti da Castiglione delle Stiviere alla Valle d’Aosta). Cinque REMS sono strutture private convenzionate con le Aziende sanitarie che sostengono, anche grazie a un apposito fondo ministeriale, i costi di ricovero dei pazienti: in questo gruppo rientrano

le due REMS piemontesi, a Bra e a San Maurizio Canavese, quella ligure di Genova Prà, la marchigiana Montegrimano e quella pugliese a Carovigno. In un solo caso, a Castiglione, la REMS coincide, anche strutturalmente, con il vecchio OPG, mentre gli altri 4 OPG presenti sul suolo italiano (Barcellona Pozzo di Gotto, Reggio Emilia, Aversa e Montelupo Fiorentino) sono stati dismessi e sono in attesa di una riconversione funzionale. Tutte le REMS hanno un limite massimo di posti letto, fissati per legge a 20, sebbene possa essere aumentato mediante la creazione di un sistema poli-modulare di più REMS all'interno della stessa struttura – come nel caso di Castiglione – in cui vige un'impostazione simile a quella dei reparti/unità funzionali presenti negli ospedali giudiziari tedeschi. Si sottolinea che, al netto dei dati di gestione disponibili fino al 2018, in nessun caso, il limite massimo di posti letto è stato superato, senza quindi determinare mai situazioni di sovraffollamento. Gli internati effettivamente ricoverati in REMS nel 2018 sono stati 629 (in lista d'attesa 603 persone delle quali molte concentrate nelle Regioni del Sud: 114 solo in Sicilia, 67 in Calabria, 86 in Campania). Secondo quanto riportato nel XV Rapporto sulle condizioni di detenzione dell'Associazione Antigone, non sembra impellente, per il momento, la necessità di un aumento del numero dei posti letto totali in tutte le REMS ma, al contrario, è necessario un potenziamento dei servizi psichiatrici territoriali, soprattutto nel Meridione, per garantire percorsi adeguati di cura e riabilitazione, arrivando a convincere anche i giudici più refrattari che la REMS può e deve essere l'extrema ratio – l'ultima spiaggia – quando davvero non esistono virtuosi percorsi di cura sul territorio. Dei 629 ospiti ricoverati in REMS nel 2018, 249 (39,5%) erano le persone in misura di sicurezza provvisoria (corrispondente alla custodia cautelare in carcere per gli imputabili): questo sembra indicare la facilità con cui le Procure chiedono (e i giudici per le indagini preliminari dispongono) il ricovero in REMS, in attesa dell'esito processuale e prima di avere a disposizione le risposte dei periti in tema di infermità mentale. Questo atteggiamento “custodiale” rischia di far ospitare nelle REMS persone poco conosciute dai servizi territoriali e dagli stessi operatori della REMS. Un importante strumento di monitoraggio delle REMS è costituito dall'“Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS”, fondato dal Comitato StopOPG, che – dal 2016 – visita regolarmente le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza sul territorio italiano, pubblicando interessanti report che raccolgono informazioni sui pazienti, sul personale e sulle caratteristiche strutturali delle residenze. Tutti i report sono pubblicati e disponibili all'indirizzo web [www.stopopg.it](http://www.stopopg.it) Dai report del Comitato StopOPG emerge come l'organizzazione dei posti letto e dei servizi disponibili vari in

maniera significativa tra le diverse REMS delle regioni italiane: ciò non permette di ricostruire una rappresentazione della struttura residenziale tipica.

**Tabella 1.** REMS attive sul territorio nazionale secondo il XV Rapporto sulle condizioni di detenzione dell'Associazione Antigone (maggio 2019)

REMS	Provincia	Posti Letto	Regione	Popolazione	Ente Gestore	
Barete	L'Aquila	20	Abruzzo Molise(Accordo)	Mista	SSN	
Pisticci	Matera	10	Basilicata	Mista (attuale) <sup>2</sup>	SSN	
Santa Sofia d'Epiro	Cosenza	21	Calabria	Mista (attuale) <sup>3</sup>	SSN	
Mondragone	Caserta	10	Campania	Uomini(attuale) <sup>4</sup>	SSN	
Calvi Risorta		20		Mista	SSN	
Vairano		12		Uomini	SSN	
Patenora		20		Attività cessata dal 2016 <sup>5</sup>	SSN	
Roccaromana	Avellino	20		Uomini(attuale) <sup>3</sup>	SSN	
San Nicola Baronia						
Bologna	Bologna	14	Emilia-Romagna	Mista	SSN	
Sorbolo Mezzani	Parma	10		Mista	SSN	
Aurisina	Trieste	2	Friuli-Venezia- Giulia	Mista <sup>6</sup>	SSN	
Maniago	Pordenone	2			SSN	
Udine	Udine	2			SSN	
Ceccano	Frosinone	20	Lazio	Uomini(attuale) <sup>3</sup>	SSN	
Pontecorvo		11		Donne	SSN	
Palombara Sabina		Roma		REMS"Merope"20 REMS"Minerva"20	Uomini	SSN
Subiaco				20	Mista	SSN
Genova Prà	Genova	20	Liguria	Mista	Privato convenzionato	
Calice al Cornoviglio	La Spezia	20				
Castiglione delle Stiviere	Mantova	156 + 4	Lombardia Valle d'Aosta(accordo)	Mista <sup>7</sup>	SSN	
Monte Grimano Terme	Pesaro e Urbino	16	Marche	Mista	Privato convenzionato	
San Maurizio Canavese	Torino	20	Piemonte	Mista	Privato convenzionato	
Bra	Cuneo	18		Mista	Privato convenzionato	
Carovigno	Brindisi	18	Puglia	Mista(attuale) <sup>2</sup>	Privato convenzionato	
Spinazzola	Barletta- Andria-Trani	20		Mista(attuale) <sup>2</sup>	SSN	
Capoterra	Cagliari	16	Sardegna	Mista	SSN	
Naso	Messina	20	Sicilia	Mista	SSN	
Caltagirone	Catania	20		Uomini	Donne(in attesa)	SSN
		20				
Volterra	Pisa	28+2	Toscana Umbria(accordo)	Mista	SSN	

<sup>2</sup> In futuro solo donne da Basilicata, Calabria e Puglia

<sup>3</sup> In futuro solo uomini

<sup>4</sup> Non esclusiva per il futuro

<sup>5</sup> Sostituita dalla REMS di Calvi Risorta

<sup>6</sup> Sistema di REMS diffusa regionale

<sup>7</sup> Un reparto dedicato alle donne



Pergine Valsugana	Trento	10	Trentino-Alto Adige	Mista	SSN
Nogara	Verona	40 (2 moduli)	Veneto	Mista	SSN

## 2.2 Regione Lombardia: REMS Castiglione delle Stiviere

Il “Sistema Poli-modulare di Castiglione delle Stiviere”, in provincia di Mantova, è costituito da 8 Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza Provvisorie, ha una capienza regolamentare (ma per un certo periodo di tempo tendenziale) di 120 persone e dispone di un reparto esclusivamente femminile. Le dimensioni di tale sistema, ben diverse rispetto a quelle dichiarate ammissibili nelle leggi n. 9 del 17 febbraio 2012 e n. 81 del 30 maggio 2014, sono dovute al procedimento di riconversione che ha visto l’OPG di Castiglione delle Stiviere diventare REMS provvisoria. Il Commissario Franco Corleone, nella relazione sulle attività svolte per il superamento degli OPG dal 19 agosto 2016 al 19 febbraio 2017, ha sottolineato la necessità di rispettare quanto previsto nel piano regionale della Regione Lombardia, ovvero la presenza di due REMS da 20 posti in località Limbiate e di 6 Moduli da 20 posti a in località Castiglione delle Stiviere. Al momento della visita dell’Osservatorio nazionale e lombardo – in data 1 luglio 2019 – le 8 REMS ospitavano 160 persone (60 nel reparto maschile cosiddetto “Aquarius”), le altre suddivise negli altri vecchi reparti dell’ex OPG. Il dott. Luigi Cajazzo – Direttore Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia che, a partire dalla legge regionale n. 23 del 11 agosto 2015, ha definito gli indirizzi per l’evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo – ha proposto con Decreto n.9958 del 10 luglio 2018, un “Protocollo d’intesa per l’applicazione di un modello operativo di superamento degli OPG (L.81/2014) nel territorio del distretto di Corte d’Appello di Brescia” (è in attesa di definizione, al momento della pubblicazione di questo contributo, un analogo Protocollo rivolto al territorio del distretto di Corte d’Appello di Milano). L’art.4 del decreto sancisce che, nell’immediatezza del reato, la gestione dello specifico caso avviene attraverso la valutazione dello stato clinico psicopatologico del presunto autore di reato, ai fini della valutazione della sussistenza dei presupposti per l’applicazione di misure pre-cautelari (arresto, fermo di cui agli artt. 380 c.p.p. e seguenti), cautelari (custodia cautelare in carcere, arresti domiciliari, misure non detentive di cui agli artt. 284 c.p.p. e seguenti) o di misure di sicurezza provvisorie. Nella successiva fase di indagine il PM, valutate le informazioni reperite all’esito della fase di urgenza, effettua accertamenti sulla condizione psicopatologica del presunto autore di reato mediante nomina di consulente

tecnico o mediante richiesta di osservazione psichiatrica da eseguirsi in regime detentivo. Il consulente, il perito e i Servizi psichiatrici territoriali dei DSMD, operano in termini di fattiva collaborazione ai fini della individuazione di un idoneo PTRI. Il Giudice di merito – nella sentenza con cui applica la misura di sicurezza detentiva – indica, oltre alla durata minima, anche la durata massima della sanzione (secondo i criteri di cui all’art. 278 c.p.p.), disponendo di tutti gli elementi necessari anche al fine di consentire agli operatori della REMS e del DSMD di attuare tempestivamente il percorso terapeutico e riabilitativo alternativo alla permanenza del paziente nella REMS. Nel corso dell’esecuzione della misura di sicurezza provvisoria e all’esito delle verifiche periodiche, l’Autorità Giudiziaria procedente può disporre nei confronti del paziente, la misura di sicurezza della libertà vigilata per la quale non è previsto un termine di durata massima, indicando il luogo di esecuzione della misura (domicilio/comunità terapeutica) individuato dal Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze (artt. 5-12 del decreto 10/18). Il Protocollo d’intesa delinea dettagliatamente il percorso delle persone internate presso le REMS: dal ricevimento dal DAP del decreto di assegnazione, alla cessazione della misura di sicurezza per revoca a seguito del venir meno della pericolosità sociale o per scadenza del termine di durata massima. L’équipe della REMS, multiprofessionale, è costituita da psichiatra, educatore professionale o tecnico della riabilitazione psichiatrica, infermiere, assistente sociale, psicologo, personale di supporto (come da DM Salute e Giustizia 1/10/2012) e gestisce la presa in carico dei pazienti. Al provvedimento dell’Autorità Giudiziaria che dispone il ricovero provvisorio o definitivo da eseguirsi presso la REMS deve essere data immediata esecuzione (art. 659 comma 2 c.p.p.). Il nominativo del paziente viene inserito nel Sistema Informativo per il Monitoraggio del Superamento degli Opg (SMOP) ed entro 48 ore la direzione della REMS comunica l’ingresso nella struttura del paziente al DSMD di riferimento tramite SMOP, via mail e fax. Le équipe del DSMD e della REMS si incontrano entro e non oltre 40 giorni dall’ingresso del paziente, al fine di concordare contenuti utili alla stesura del PTRI e la tempistica delle verifiche periodiche (non superiori alla frequenza quadrimestrale). Nell’ambito della rivalutazione semestrale della pericolosità sociale/rischio di recidiva, da parte dell’Autorità Giudiziaria procedente (artt. 313 e 72 c.p.p.), le équipe della REMS e dei DSMD eseguono congiuntamente attività e percorsi che consentano la dimissione della persona dalla REMS e si coordinano nella stesura di progetti territoriali alternativi al mantenimento delle misure di sicurezza detentive provvisorie (nel rispetto dell’art. 7 della Conferenza Unificata<sup>4</sup> del 26 febbraio 2015). Gli operatori della REMS e del DSMD si

occupano delle verifiche e delle revisioni del PTRI della persona in Licenza Finale Esperimento (LFE) e sono i referenti tecnici del Magistrato di Sorveglianza. Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze concorre alla valutazione del caso, sia sotto il profilo clinico che forense, identificando tempestivamente soluzioni di trattamento utili anche per il periodo successivo alla permanenza nella struttura detentiva. In raccordo con l'UEPE e con l'équipe sociale della REMS, il DSMD entra in contatto con la famiglia del paziente, rivolge particolare attenzione alla rete sociale di provenienza, si raccorda con la struttura che ospita l'autore di reato in regime di LFE e invia Possibilità e limiti dei Servizi di Psichiatria Forense il PTRI (in prima stesura e successivi aggiornamenti) all'Autorità Giudiziaria di merito e/o Magistrato di Sorveglianza. In caso di cessazione della misura di sicurezza, in ottemperanza all'art. 4 della legge n. 9/2012, gli operatori del DSMD garantiscono al paziente la continuità della presa in carico.

### **2.3 Regione Lazio**

Il Protocollo d'intesa tra il Ministero della Giustizia e la Regione Lazio «Per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente» del 8 novembre 2017 regola le modalità operative di collaborazione tra Magistrato/Perito-Consulente, ASL, Dipartimento di Salute Mentale e Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna, assicurando la presa in carico dei soggetti autori di reato con disturbi psichici e pericolosi socialmente. I referenti, individuati tra gli psichiatri del Dipartimento di Salute Mentale, valutano l'effettiva necessità di una misura in REMS per il paziente autore di reato o la possibilità di una misura terapeutica meno afflittiva della libertà (libertà vigilata/LV e licenza finale di esperimento/LFE). All'ingresso della persona nella REMS, il Magistrato trasmette, al Responsabile della struttura, copia del fascicolo giudiziario, l'ordinanza applicativa della misura di sicurezza, la sentenza definitiva con applicazione della misura di sicurezza e la consulenza tecnica d'ufficio o di parte. Gli psichiatri referenti, con il perito/consulente e con il Magistrato, delineano il trattamento terapeutico più appropriato per il paziente e definiscono il PTRI, realizzando interventi finalizzati sia a prevenire l'applicazione delle misure di sicurezza detentive, sia a favorire le misure alternative richieste dalla legge n. 81/2014. Al fine di reinserire i pazienti nella società, i DSM e le ASL della Regione Lazio forniscono all'UEPE l'elenco dei referenti che collaborano all'attuazione dei PTRI, informazioni utili in ordine alle possibilità di trattamento territoriale e una relazione relativa all'utente in fase di dimissione. In prossimità della scadenza della misura di

sicurezza, il Magistrato di Sorveglianza può autorizzare un periodo di LFE, ex art. 53 Ordinaro Penitenziario, della durata di mesi sei – eventualmente rinnovabile – durante il quale il paziente, sottoposto al regime della libertà vigilata, può essere inserito in una struttura terapeutica residenziale o presso la famiglia, proseguendo la fase di riabilitazione e reinserimento nel territorio con opportuno Progetto Terapeutico Individualizzato (PTI). Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 5, con deliberazione n. 866 del 22 dicembre 2017, ha disposto l’adozione della versione definitiva del regolamento “Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza – Regole e Procedure di funzionamento”. Nel territorio dell’ASL Roma 5 sono presenti: la REMS di valutazione “Castore” in Subiaco, attiva dal 1 luglio 2015; le due REMS di stabilizzazione “Merope” e “Minerva” in Palombara Sabina, attive dal 18 agosto 2015 e dal 8 giugno 2016, rispettivamente. Il DSM-DP della ASL di Frosinone ha all’attivo 2 REMS: la struttura maschile di Ceccano, aperta dal 5 novembre 2015 e la struttura femminile di Pontecorvo, inaugurata il 30 marzo del 2015. Il ricovero avviene in base alle esigenze del paziente e, in assenza di posti disponibili nella REMS più adeguata alle condizioni dell’ospite, previa comunicazione all’Autorità Giudiziaria può avvenire in una delle altre strutture, le quali accolgono utenti in fase acuta, subacuta e stabilizzata. Ciascuna struttura, a eccezione della REMS di Pontecorvo, può ospitare fino a 20 uomini maggiorenni, residenti nel territorio della Regione Lazio, il cui ricovero è disposto con provvedimento dell’Autorità Giudiziaria. La REMS di Pontecorvo accoglie esclusivamente donne e ha una capienza di 11 posti letto. Il Centro di Salute Mentale competente e le distinte professionalità presenti nella REMS, entro 45 giorni dall’ingresso del paziente, redigono il progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato che deve essere condiviso dal paziente (secondo i principi della recovery) e inserito nella cartella clinica personale contenente dati sulla identità e sul provvedimento dispositivo della misura di contenimento (capo II Del. 866/2017). Dopo un congruo periodo di osservazione, ogni paziente viene presentato in una riunione d’équipe in modo da integrare e armonizzare gli aspetti clinici, quelli terapeutico-riabilitativi, sociali e organizzativi indispensabili alla realizzazione del trattamento. Il progetto terapeutico-riabilitativo implica una valutazione multidisciplinare e la definizione di un itinerario volto alla riduzione del pericolo di recidiva e alla reintegrazione sociale, partendo dall’organizzazione della quotidianità e dalla responsabilizzazione alla vita nella REMS di ciascun paziente e scoraggiando condotte che producano tensione e disagio, nel rispetto di elementari regole di buona educazione e

civile convivenza. Gli operatori sanitari effettuano, a cadenza settimanale, colloqui clinici con i pazienti, dedicando una particolare attenzione alla ridefinizione dei rapporti con la famiglia, la comunità esterna e con il mondo del lavoro. Secondo quanto previsto dalla Delibera 866/2017, le professionalità presenti nelle REMS della Regione Lazio, assicurano ai pazienti psicoterapia individuale e di gruppo, attività riabilitative, gruppi di auto mutuo-aiuto, formazione professionale subordinata alla disponibilità di specifiche convenzioni, studio, attività periodiche di risocializzazione e, ove possibile, culturali, sportive e formative (lettura libri e quotidiani, ascolto musica, laboratorio cucina, progetto trekking, partite di calcetto, progetto grotte, progetto benessere). Le attività esterne a scopo terapeutico-riabilitativo, individuali o di gruppo, richiedono la preventiva autorizzazione dell’Autorità Giudiziaria e sono realizzate nei limiti stabiliti da quest’ultima. Ogni tre mesi, salvo diversa e ulteriore richiesta, è inviata, all’Autorità Giudiziaria e al Centro di Salute Mentale, la relazione clinica periodica che contiene il quadro psicopatologico, comportamentale, psicodiagnostico, con particolare attenzione alla valutazione delle condotte aggressivo-violente.

## **2.4 Regione Campania**

In Campania risultano attive la REMS di Mondragone, la REMS di Calvi Risorta, la REMS di Vairano Patenora (in provincia di Caserta) e la REMS di S. Nicola Baronia (in provincia di Avellino), aperte nel periodo da aprile a dicembre 2015. Il Presidente Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania (DCM 23/4/2010) – con il Decreto n. 104 del 30 settembre 2014 “Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania”, pubblicato sul BURC n. 69 del 6 ottobre 2014 – ha definito la rete regionale di strutture residenziali per le misure di sicurezza, destinate ad accogliere le persone con le seguenti afferenze: AA.SS.LL. Avellino, Benevento, Napoli 3 Sud e Salerno, per la REMS di S. Nicola Baronia e AA.SS.LL. Caserta, Napoli 1 Centro e Napoli 2 Nord, per la REMS di Calvi Risorta. Fin dalle fasi iniziali di ogni procedimento penale, attraverso attività coordinate dai referenti designati nel Gruppo Tecnico Regionale per il Superamento degli OPG, le Aziende Sanitarie Locali rendono disponibili, all’Autorità Giudiziaria competente, l’insieme delle informazioni di base (tra le quali: data di presa in carico dell’autore di reato dal Servizio Sanitario, inquadramento diagnostico, collocazione attuale, programma di attività terapeutiche e/o riabilitative in essere, stato attuale di compenso psicopatologico) necessarie alle valutazioni finalizzate

all'attuazione di percorsi alternativi alla REMS4. Le AA.SS.LL. di competenza effettuano verifiche periodiche dello stato di presa in carico sanitaria territoriale, per tutti i destinatari di provvedimenti di assegnazione a REMS e utilizzano il Sistema Informativo per il Monitoraggio del Superamento degli OPG "SMOP" per tutte le attività gestite dallo stesso con priorità per le ammissioni e dimissioni dalle REMS e dalle Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale in carcere (entro le 48 ore dall'evento). Nel caso di richieste di accesso alle REMS concomitanti e non immediatamente assicurabili, il DCA 104/2014 indica la prioritaria disponibilità di posto per gli internati definitivi e per gli internati, provvisori o definitivi, con presa in carico sanitaria assente o critica. Il personale sanitario, assegnato al Servizio di Salute Mentale Penitenziaria e Superamento OPG per quanto alle REMS, è organizzato in équipe di lavoro multi-professionale. In conformità ai requisiti minimi di cui al Decreto del Ministero della Salute del 1 ottobre (GU n. 270 del 19 novembre 2012) per l'assistenza e la gestione di un nucleo di 20 pazienti, sono previsti: dodici infermieri, sei Operatori SocioSanitari, due medici psichiatri, un educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica, uno psicologo, un assistente sociale, un amministrativo. La responsabilità della gestione all'interno della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra. All'ingresso del paziente in REMS, gli operatori designati della struttura provvedono alla registrazione dell'utente nel sistema informativo SMOP che segnala, contestualmente, l'ingresso con un messaggio di posta elettronica inviato agli operatori UOSM/DSM. I DSM competenti e le UOSM confermano l'avvio della presa in carico del paziente e si impegnano a programmare e realizzare tutte le attività ritenute necessarie alla definizione e formalizzazione, nei termini stabiliti, di un Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individuale che preveda una soluzione assistenziale diversa dalla REMS. Le procedure inerenti i PTRI, delineate mediante determina dirigenziale n. 1686/2018, evidenziano l'importanza del confronto tra gli operatori del DSM e l'équipe della REMS ospitante il paziente interessato, per la definizione di obiettivi progettuali. A tal fine, il sistema SMOP invia, con un messaggio di posta elettronica, la calendarizzazione delle riunioni di équipe alla UOSM e al DSM. Per tutti i pazienti presenti in REMS, in aggiunta al PTRI (finalizzato alla presa in carico alternativa alla REMS), gli operatori della UOSM e DSM competente per territorio concordano con la REMS anche un PTRI Intramurario (descrittivo delle attività riabilitative da realizzarsi in REMS, in piena sintonia con la progettazione della presa in carico alternativa alla REMS). Il PTRI definito, viene inserito nel sistema informativo SMOP dagli operatori specificamente incaricati della UOSM e del DSM e inviato, a mezzo e-mail, alla

competente Autorità Giudiziaria (come richiesto dalla legge n. 81/2014), alla REMS, alla Regione e – nelle forme previste dal D. Lgs. 196/2003 – al Ministero della Salute. In tutti i casi di persistenza di una misura di sicurezza (detentiva o non detentiva), il PTRI sarà aggiornato e/o modificato e integrato dalla UOSM e dal DSM con frequenza inferiore a 90 giorni. Inoltre, l'Unità Operativa e il Dipartimento di Salute Mentale curano le opportune forme di collaborazione con l'autorità giudiziaria, integrando le valutazioni e le indicazioni di quest'ultima al PTRI di ciascun paziente e garantendo la disponibilità degli operatori di competenza alla diretta partecipazione alle udienze, anche in relazione alla possibilità di procedere in quella sede a fornire, ove richiesto dal Magistrato, tutti gli eventuali chiarimenti, integrazioni e modifiche al PTRI, utili per l'attuazione del percorso esterno alla REMS, con particolare riferimento alla prevedibilità di una fase iniziale del progetto da realizzarsi in ambito residenziale, per esempio presso la SIR/RSA di Mondragone come indicato nella Determina n. 1686/2018.

## **2.5 Regione Emilia-Romagna**

La Regione Emilia-Romagna, ai fini di una piena applicazione della legge n. 81/2014, ha istituito – con determinazione n. 5017/2016 – il Cruscotto Regionale con il compito di coordinare, con la collaborazione dei Dipartimenti Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) regionali e dei Direttori delle REMS, i percorsi di accesso, permanenza e dimissione dei pazienti delle REMS regionali, nonché di monitorare i percorsi delle persone affette da disturbi mentali con provvedimenti giudiziari penali. Oltre ad agevolare, promuovere e monitorare la tempestività e l'appropriatezza delle azioni dei DSM-DP nelle diverse fasi del percorso, il Cruscotto è punto di riferimento regionale per il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, in relazione alle assegnazioni presso le REMS. Inoltre, tale Cruscotto può essere diretto interlocutore per la Magistratura, in ordine alla condivisione di criteri per la gestione delle liste di attesa delle REMS e per problemi di particolare complessità che non abbiano trovato una soluzione in sede territoriale. Nella definizione e gestione dei percorsi delle persone non imputabili cui vengono applicate le misure di sicurezza, un gruppo di lavoro interdisciplinare, composto da Dirigenti medici, esperti di psichiatria forense del Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione Emilia Romagna e da Magistrati (di Sorveglianza e di Cognizione) – nominato con determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche sociali n. 10702/2014 – ha prodotto un documento di indirizzo “Scheda sull'applicazione delle misure di sicurezza

a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e di volere a causa di infermità psichica”. Tale documento suggerisce una prassi di collaborazione tra il Tribunale e il DSM-DP fin dalla fase delle indagini preliminari svolte dalla Procura. Il consulente tecnico assume l’onere di indicare, in collaborazione con i Servizi Territoriali, le soluzioni più idonee dal punto di vista sanitario per l’infermo di mente autore di reato, con l’obiettivo di favorire soluzioni prescrittive che garantiscano il soddisfacimento dei fabbisogni terapeutici dei pazienti e il rispetto delle esigenze di controllo sociale. Il documento citato richiama il principio giuridico secondo il quale l’accertamento della pericolosità sociale del reo non imputabile è di esclusiva competenza del Giudice. Quest’ultimo può avvalersi di un consulente tecnico incaricato di valutare le condizioni di punibilità e dell’eventuale sussistenza della tendenza alla recidiva delittuosa per le sole motivazioni psicopatologiche. La pericolosità sociale viene dedotta: dai motivi a delinquere e dal carattere del reo, dai precedenti penali e giudiziari, dalla condotta e dalla vita del reo antecedenti al reato, dalla condotta contemporanea o susseguente al reato e dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo. La valutazione della pericolosità sociale avviene nella concretezza delle condizioni di vita attuali del paziente non imputabile e delle soluzioni terapeutiche adottabili dai servizi. In Emilia-Romagna sono attive due REMS: una a Bologna e l’altra a Casale di Mezzani (Parma).

### *REMS di Bologna*

La REMS di Bologna “Casa degli Svizzeri” è stata aperta il 27 marzo 2015 e può ospitare fino a quattordici pazienti, uomini e donne, inviati dalla Magistratura di Sorveglianza e di Cognizione e residenti nei territori dell’Area vasta Emilia Centro (Ferrara, Imola, Bologna) e della Romagna. Le donne possono essere inviate dall’intero territorio regionale. Il regolamento della REMS prevede che, a ogni paziente, venga garantita l’attuazione di un PTRI condiviso in forma scritta con l’interessato e con il CSM competente territorialmente. Ogni progetto, sottoscritto dal paziente, è collocato nella “cartella integrata REMS”, nella quale confluiscono sia la documentazione sanitaria (scale di valutazione, prescrizioni farmacologiche, referti, ecc.) sia quella giuridica. Ciascun PTRI viene attuato quotidianamente dagli operatori mediante attività interne ed esterne alla struttura (nel secondo caso è necessaria l’autorizzazione preventiva da parte della Autorità Giudiziaria competente per il singolo paziente). Il Centro di Salute Mentale di riferimento e gli operatori della REMS effettuano, periodicamente, verifiche relative all’andamento del PTRI di ogni utente, comunicando gli esiti all’Autorità Giudiziaria



competente. Le attività terapeutiche e riabilitative interne alla struttura residenziale, comprendono l'assunzione regolare della terapia farmacologica prescritta, colloqui individuali e almeno due incontri di gruppo settimanali: uno a finalità psicoterapeutica (gruppo parola) e uno finalizzato a condividere le possibilità e le regole legate all'aspetto comunitario (gruppo organizzativo). Gli operatori della REMS attuano interventi di informazione e counseling per gli ospiti e per le rispettive famiglie, interventi individuali e di gruppo finalizzati al miglioramento della cura di sé e del proprio ambiente di vita, dell'autonomia personale, delle competenze relazionali e sociali, della gestione del denaro, della compliance e della conoscenza degli effetti terapeutici e indesiderati dei farmaci psicotropi. Inoltre, all'interno della REMS di Bologna si svolgono attività periodiche di ri-socializzazione, attività culturali, espressive e formative (a titolo d'esempio: lettura di quotidiani e libri, ascolto della musica, visione commentata di film, alfabetizzazione all'italiano).

#### *REMS Casale di Mezzani*

La REMS di Casale di Mezzani, in provincia di Parma, è una residenza socio-sanitaria, attiva dall'aprile 2015: ha una capienza regolamentare di dieci posti letto ed è inserita nell'ambito della rete del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, operante nell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), che comprende al suo interno le province di Parma, Piacenza, Modena e Reggio Emilia. La REMS opera in totale sinergia con i CSM/SerDP di competenza territoriale. Durante la fase che precede l'ingresso del reo affetto da disturbi mentali all'interno della struttura, è auspicabile che il DSM-DP di competenza territoriale formuli una diagnosi psichiatrica categoriale e funzionale. La valutazione, effettuata con strumenti psicodiagnostici, secondo le linee guida relative ai disturbi psicopatologici, dovrebbe comprendere l'identificazione di fattori protettivi individuali, ambientali, sociali e familiari, nonché di segnali precoci specifici e aspecifici di rischio di scopenso. All'ingresso del paziente nella REMS, il CSM individua il referente clinico e le figure professionali coinvolte, avviando il processo di presa in carico dell'utente. L'accoglienza dell'ospite, da parte degli operatori della REMS, rappresenta un momento importante dell'assistenza e, come da protocollo, il paziente viene accolto secondo precise istruzioni operative create ad hoc: in questa fase, si cerca di essere il più possibile accoglienti ma, allo stesso tempo, autorevoli, adoperandosi nel controllare gli effetti personali, effettuando una prima osservazione libera a livello comportamentale e fornendo all'ospite le informazioni relative alla struttura e al suo regolamento. Psichiatra

e psicologo effettuano un colloquio clinico per raccogliere l'anamnesi, procedendo alla compilazione della cartella clinica e alla firma del consenso informato. Laddove non controindicato da specifiche misure della Magistratura, gli operatori accolgono la famiglia e/o le persone significative, valutando e identificando le figure che potrebbero rappresentare ipotetiche risorse da coinvolgere nel processo di cura. L'équipe multi-professionale del CSM si reca in REMS per incontrare il paziente e (entro 45 giorni) realizza un PTRI volto, attraverso la promozione delle capacità e delle potenzialità dell'individuo e nell'ottica di una de-istituzionalizzazione graduale e di un reinserimento sociale, alla creazione delle condizioni per l'attenuazione o la cessazione della Misura di Sicurezza. L'équipe della REMS, in collaborazione con il servizio inviante, redige un Piano Terapeutico Riabilitativo Residenziale (PTRR), condiviso con l'ospite e se possibile con la famiglia, definendo gli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi erogati dalla Residenza stessa, nonché le responsabilità, le modalità di monitoraggio e di verifica. Il gruppo di lavoro della REMS si riunisce, una volta alla settimana, al fine di programmare, monitorare e valutare le attività interne ed esterne alla struttura e, quotidianamente, si tiene un briefing relativo all'andamento clinico dei pazienti. Con cadenza regolare avviene anche l'incontro tra l'équipe della REMS e quella del CSM per valutare il corso del progetto e la verifica del raggiungimento degli obiettivi. La valutazione diagnostica, necessaria sia per impostare i Progetti di trattamento personalizzati, sia per gli esiti, viene effettuata utilizzando, principalmente, il colloquio clinico individualizzato e una batteria di questionari quali, in base alla tipologia di paziente, per es., la Wechsler Adult Intelligence Scale-Fourth Edition (WAIS-IV), la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders and Axis II Disorders (SCID-I e SCID-II), il Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R), la Cognitive Behavioural Assessment 2.0 (CBA 2.0), la Health of the Nation Outcome Scale (HONOS) e la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF). L'obiettivo principale della pianificazione delle attività riabilitative è quello di aiutare l'individuo a riacquisire e sviluppare capacità che gli consentano di integrarsi, nel modo migliore possibile, nella vita di comunità. Il campo operativo e gli strumenti d'intervento sono, quindi, la vita quotidiana, le relazioni interpersonali, il rapporto tra l'individuo e il suo ambiente, tutti ambiti in cui si cerca di favorire una partecipazione degli ospiti il più possibile proattiva e valorizzante le differenze individuali. Nel coniugare il processo della recovery, sul quale sono basate le azioni strutturate di riabilitazione psichiatrica, con le specificità della REMS, tutti gli interventi sono collocati nell'ambito del PTRR. L'équipe operativa della

REMS Casale di Mezzani ha individuato una serie di attività obbligatorie e collettive, che coprono l'intera settimana, quali il gruppo terapeutico "Oltre la REMS", la riunione residenziale e i gruppi di social skill training. Le attività motorie e ricreative, quali la pittura, il cineforum e lo yoga, sono facoltative, come anche la partecipazione alle iniziative di teatro, le escursioni, la cura e la coltivazione del giardino e dell'orto, lavori socialmente utili con anziani e disabili e la manutenzione delle strade e del verde (grazie a una convenzione stipulata con l'Amministrazione comunale di Casale di Mezzani). Il personale sanitario della REMS è competente anche rispetto ai rapporti e alla comunicazione con la Magistratura di Sorveglianza e con l'Autorità Giudiziaria per la concessione di permessi e licenze a favore degli ospiti.

## **2.6 Regione Veneto**

REMS di Nogara La Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto anno 2018, in riferimento ai dati degli anni 2016-2017, è stata realizzata sulla base delle disposizioni contenute nella nota prot. 318950 del 10 luglio 2012 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale a indirizzo: "Attribuzione obiettivi per l'attuazione del Piano Socio Sanitario", con il contributo della UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri (SER), struttura di Azienda Zero che svolge attività di rilevazione epidemiologica per patologie o problemi di salute rilevanti a livello di popolazione, con funzioni di supporto alle attività di Sanità Pubblica e di miglioramento dell'assistenza, in coerenza con la programmazione regionale. Il paragrafo "Sanità penitenziaria" (p. 180) della summenzionata Relazione Socio Sanitaria, riporta come, a seguito dell'entrata in vigore della legge n. 9/2012 – che ha previsto la definitiva chiusura degli OPG – la Giunta Regionale del Veneto, con la delibera n. 1331 del 17 luglio 2012, pubblicata sul Bur n. 62 del 07 agosto 2012, abbia autorizzato l'Unità Locale Socio-Sanitaria (ULSS 21) di Legnago (ora Azienda ULSS 9 Scaligera) «ad attivare una struttura intermedia riabilitativa ad alta specializzazione per pazienti psichiatrici, ossia internati dal Tribunale per aver commesso reati in riscontrata situazione di non sapere né intendere né volere o con tare psichiche», ovvero persone che, fino a quel momento, erano internate negli OPG. Tale servizio è stato attivato presso la Residenza Don Giuseppe Girelli di Ronco all'Adige, in provincia di Verona, aperta dal mese di settembre 2012, in cui sono stati avviati interventi di riabilitazione e di reinserimento sociale delle persone precedentemente internate presso l'OPG di Reggio Emilia per complessivi 18 posti letto. Nel gennaio 2016 è stata inaugurata la Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, REMS di Nogara (Verona), descritta nel

successivo paragrafo. Con la Deliberazione della Giunta regionale n. 427/2017, è stato approvato «l'Accordo con la Prefettura di Verona per l'attività di sicurezza e vigilanza esterna della REMS di Nogara», finalizzato ad agevolare i processi di presa in carico dei pazienti, mediante l'implementazione di specifici percorsi di formazione per gli operatori dei DSM coinvolgendo, in una ottica di collaborazione interistituzionale, la Magistratura di Cognizione e di Sorveglianza e affidando la realizzazione di tale attività alla Fondazione Scuola di Sanità Pubblica e Management delle Aziende Socio-Sanitarie. Inoltre, al fine di migliorare l'appropriatezza del processo di assegnazione alla REMS del paziente psichiatrico autore di reato e di fornire uno strumento di raccordo e integrazione tra Magistratura di Sorveglianza e Cognizione con i DSM e la REMS, è stato altresì approvato – con DGR n. 1976/2017– il “Protocollo di Intesa tra la Regione del Veneto e la Magistratura, a favore di persone sottoposte a giudizio che presentano segni di sofferenza psichica o non imputabili, nell'ambito dell'applicazione della legge n. 81/2014”. La REMS di Nogara è stata aperta il 20 gennaio 2016 come REMS provvisoria facente parte della ULSS 9 Scaligera del Veneto e inserita, successivamente, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Verona. Nel mese di giugno dello stesso anno è avvenuta l'attivazione della REMS prodromica: anch'essa, come la prima, dispone di 20 posti letto, per un totale di 40 posti letto disponibili. Un modulo si trova al piano terra dell'Ospedale Stellini di Nogara, il secondo al primo piano e ogni piano dispone di una équipe multi-professionale. La REMS di Nogara ha accolto, inizialmente, 16 pazienti ancora ricoverati presso l'OPG di Reggio Emilia: in seguito ha ospitato utenti provenienti dal territorio, dal carcere, dall'SPDC, da comunità terapeutiche e dal domicilio, inviati dalla Magistratura di Sorveglianza e di Cognizione. Da un confronto tra l'équipe clinica della REMS e gli Uffici Regionali deputati a occuparsi della Salute Mentale, è sorta la necessità di attivare un Protocollo di intesa tra REMS di Nogara, Magistratura e DSM, con lo scopo di creare un gold standard relativamente alla gestione del paziente autore di reato affetto da patologia psichica e non imputabile (ai sensi dell'art. 85 c.p.), ma considerato pericoloso socialmente, partendo dalla definizione di “invio funzionale del paziente nella REMS” e di una corretta e appropriata dimissione del paziente stesso nelle strutture più idonee al proseguimento del percorso di cura. La collaborazione continua tra Sanità e Magistratura consente di individuare, per ogni paziente, il miglior programma di cura, nell'ottica di costruire un PTRI, diversificando gli interventi ed evitando invii impropri<sup>146</sup>. Il Protocollo di intesa tra Regione Veneto, Corte d'Appello di Venezia e Procura Generale di Venezia a favore di soggetti sottoposti a giudizio

dei Servizi di Psichiatria Forense e non imputabili, che presentino segni di sofferenza psichica, nell'ambito dell'applicazione della legge 81/2014, è stato firmato il 24 ottobre 2017 e ha iniziato a essere attivo alla fine dello stesso anno. Il protocollo prevede che si costituisca, all'interno della REMS, un'Unità di interfaccia Mobile (UM), composta da tecnici ausiliari in grado di sostenere e indirizzare le decisioni della Magistratura sulla scelta del percorso riabilitativo del paziente prosciolto. Nella fase dell'inserimento vengono consegnati, a ciascun ospite, un opuscolo informativo e il Regolamento di vita nella REMS di Nogara, contenuto all'interno del documento "Carta dei servizi e il Regolamento R.E.M.S. di Nogara". Il Regolamento, consultabile sul sito web dell'AULSS9 del Veneto, è finalizzato al miglioramento della qualità del servizio e delle attività che vi si svolgono affinché ospiti, operatori e familiari possano trovare una buona integrazione e comunicazione. A ogni paziente viene garantita l'attuazione di un PTRI in forma scritta, concordato con l'interessato e il CSM competente territorialmente e inserito nella cartella integrata dove confluiscono sia la documentazione sanitaria sia quella giuridica dell'ospite. Il PTRI viene attuato dagli operatori della REMS, nell'ambito di un programma quotidiano di attività interne ed esterne alla struttura. Il programma-calendario settimanale delle attività comprende:

- il "Gruppo spesa", durante il quale i pazienti, con gli educatori, effettuano scelte relative a generi di conforto extra da acquistare, in base alle proprie possibilità di budget e indicazioni sanitarie generali;
- il "Gruppo suddivisione lavori riassetto", condotto da educatori e operatori socio sanitari, durante il quale vengono individuati gli incarichi per la gestione igienica e per la predisposizione delle sale comuni, rendendo più autonomi i pazienti e responsabilizzandoli al senso comunitario della REMS;
- il "Gruppo Menù": viene scelto con i pazienti il menù della settimana, cercando di orientare e insegnare ai pazienti come abbinare le pietanze e come non esagerare con determinati nutrienti;
- il "Laboratorio creativo (natalizio)", consiste nella realizzazione, mediante semplici tecniche artistiche, di oggetti per gli addobbi natalizi e di elementi del presepe. Quest'ultimo viene allestito negli spazi dell'ospedale Villa Stellini per rendere visibili le potenzialità degli ospiti della REMS;

- il “Gruppo Commissioni”: gli educatori con un operatore e alcuni pazienti, individuati in base al progetto riabilitativo, sono incaricati di effettuare la spesa per gli altri pazienti della REMS, al fine di potenziare l’autonomia personale, le capacità organizzative e le abilità cognitivo-esecutive;
- il “Gruppo cammino”: educatori, psicologi, infermieri e operatori conducono i pazienti, organizzati in un gruppo di cammino, secondo diverse andature e velocità di camminata sportiva. L’attività è integrata dalla presenza degli operatori e pazienti della Comunità terapeutica residenziale protetta (CTRP) Villa Stellini e del Centro Diurno “Il Girasole”;
- il “Gruppo discussione”: i pazienti discutono con uno psicologo, argomenti scelti a tema;
- “Ascolto Musica”: attraverso l’ascolto di brani musicali, la lettura del testo e la visione di video clip i pazienti sono stimolati ad affrontare discussioni legate a specifici argomenti e tematiche;
- “Gruppo Beauty”: percorso, condotto da educatori, volto al recupero del piacere di prendersi cura del proprio aspetto e della propria persona, in particolare per le pazienti della REMS;
- “Assemblea”: con il Primario, ascoltati i consigli e le proposte collettive dei pazienti, vengono affrontati argomenti legati a situazioni verificatesi in struttura e varie iniziative di interesse comune;
- il “Gruppo strutturato”: il Trattamento meta-cognitivo è un gruppo di psico-educazione condotto da educatori con la presenza di psicologi e operatori. È un intervento strutturato della durata di 16 incontri, divisi in due moduli, attraverso i quali si lavora su elementi cognitivi compensatori e su tematiche ispirate alla Teoria della Mente;
- il “Laboratorio con pazienti del Centro Diurno”: attività pratica manuale, organizzata da educatori e operatori, e finalizzata alla realizzazione di manufatti per arredare la struttura;
- “Arte Terapia”: i pazienti sono guidati da uno psicologo e da educatori, nella realizzazione di percorsi artistici pittorici con il sottofondo di brani musicali ispiranti;
- “Gruppo Film”: i pazienti possono scegliere da una lista di film ponderata e filtrata dagli operatori e si gestiscono nella visione dei film individuati;

- “Gruppo Cucina”: gli educatori e gli operatori gestiscono ricette di facile realizzazione con i pazienti, che si suddividono gli incarichi e i compiti, in base alle proprie abilità;
- “Karaoke”: i pazienti scelgono dei brani e cantano il pezzo scelto. Tale attività, oltre a essere ricreativa, incrementa la fiducia in sé, l’accettazione dell’altro e la condivisione di momenti piacevoli in uno spazio comune.

Sono stati proposti diversi progetti per attività sociali, destinati ai pazienti della REMS di Nogara:

1. Un “Corso di formazione sulla decorazione del legno per oggetti d’arredo nell’ambito del restauro” (dal 29/11/2016), della durata di 80 ore, distribuite con cadenza di 4 ore al giorno, per un totale di quattro settimane di formazione, finalizzato a fornire competenze tecniche e artistiche specifiche e abilitanti a una possibile occupazione futura, con rilascio di attestazione di partecipazione e frequenza da parte dell’Ente organizzatore;
2. Un progetto benessere “Walking around REMS” per la prevenzione delle patologie metaboliche, associate alla sedentarietà e all’assunzione di farmaci, che inducono alto rischio di sindromi metaboliche. Tale progetto, destinato a 6/8 pazienti della REMS, con bisogno del controllo dell’ansia e della tensione nervosa, anche per coloro affetti da diabete, ipertensione arteriosa e/o sovrappeso, prevede – all’interno di uno specifico PTRI individualizzato – il walking (o il camminare veloce) lungo un percorso pedonale urbano (di lunghezza variabile da 0,7 a 8 km) stabilito presso il comune di Nogara o in percorsi sicuri della campagna veronese, con un esperto certificato di fitwalking e con il personale incaricato della REMS, educatori e psicologi. I parametri metabolici e funzionali dei pazienti partecipanti sono monitorati nel corso del tempo, al fine di evidenziare i progressi acquisiti;
3. Un progetto “Cuochi, ma buoni”, proposto dal Dipartimento di Salute Mentale ULSS21 di Legnago e dal Centro diurno “il Girasole” di Nogara, della durata di sei serate, finalizzato a fornire a un gruppo ristretto di utenti afferenti ai Servizi del DSM di Nogara (CD/CTRP/REMS) i rudimenti per poter cucinare in autonomia semplici piatti della cucina italiana, permettendo il recupero e/o l’acquisizione di competenze specifiche, nella direzione di una maggiore autonomia funzionale. Al termine di ogni incontro tematico, gestito da un volontario esterno, sulle nozioni base e sulle principali categorie culinarie, presso la sede Auser del Comune di Nogara si prevede un momento conviviale di degustazione/cena delle pietanze realizzate dagli aspiranti cuochi;

4. Una “Proposta per la realizzazione di un progetto di terapia assistita con gli animali Pet Therapy” della durata di un anno (2017), con équipe composta da una Psicoterapeuta, un Medico veterinario e un coadiutore del cane, finalizzato all’attivazione emotiva mediata dal cane con il quale il paziente entra in relazione, generando plausibilmente nuovi schemi di adattamento.

Il CSM di riferimento e gli operatori della REMS di Nogara, effettuano periodicamente verifiche sull’andamento dei PTRI, comunicandone gli esiti all’autorità giudiziaria competente, in sede di revisione del progetto complessivo del paziente. Come stabilito dal Protocollo di intesa, per il monitoraggio dei pazienti si individuano due operatori fissi, i quali abbiano acquisito conoscenze forensi e maturato esperienza nel lavoro con persone sottoposte a Misura di Sicurezza, con la supervisione del Responsabile della Struttura. In particolare, nella REMS di Nogara, si utilizzano i due strumenti per la valutazione del rischio di recidiva, tradotti e validati in Italia, ovvero la PCL-R153, Hare Psychopathy Checklist-Revised e l’HCR-20v3, Historical, Clinical, Risk154 (entrambi a cura di Caretti e colleghi; 2011; 2019, rispettivamente), al fine di integrare il giudizio di pericolosità sociale (ai sensi dell’art. 203 c.p.) dell’autorità giudiziaria competente, con particolare attenzione ai margini di trattabilità e adesione al programma terapeutico del paziente.

## **2.7 Regione Piemonte**

Nella Regione Piemonte è stato istituito (con D.D. 459 del 12 luglio 2017) un Gruppo di lavoro interistituzionale, formato da professionisti esperti e da personale rappresentativo delle Istituzioni coinvolte nella presa in carico e nella gestione dei soggetti autori di reato affetti da disturbi mentali con misure di sicurezza (Assessorato alla Sanità, Magistrato Ordinario, Referente ASL Città di Torino, psichiatra e professore ordinario di Psicopatologia Forense all’Università di Torino, Responsabile REMS, Ufficio Esecuzione Penale Esterna, Referente per le funzioni di coordinamento). La Determina n. 423 del 27 maggio 2019 “Processo di presa in carico dei soggetti autori di reato destinatari di misure di sicurezza e individuazione dei criteri e relativi indicatori in merito all’assegnazione/dimissione REMS”, riporta come il Gruppo di lavoro interistituzionale abbia sottolineato l’importanza di valutare, congiuntamente con la Magistratura, le necessità delle Misure di sicurezza e quelle della cura con i Servizi Territoriali. L’elevata necessità di cura, protezione e tutela richiede una misura di sicurezza detentiva a carattere



coercitivo, si esegue in una REMS ed è clinicamente individuata dai seguenti indicatori interni (qualità soggettive della persona), da applicare in senso quali-quantitativo:

- presenza e persistenza di disturbi dello spettro psicotico o depressivi maggiori o disturbi gravi della personalità, scompensati sul piano funzionale ed eventualmente in comorbidità con altri disturbi mentali o da uso di sostanze;
- scarsa o nulla aderenza alle prescrizioni sanitarie e psicofarmacologiche;
- mancata o inadeguata risposta a quelle praticate, purché adeguate sotto il profilo qualitativo e al range terapeutico (effettivamente somministrate e assunte);
- assenza di terapie specifiche;
- esplosioni comportamentali di rabbia incontrollata, autoe/o etero-distruttive.

Di controverso significato è la tenuta in conto di indicatori di discutibile significanza clinica e valutativa quali: insufficiente o assente consapevolezza di malattia, segni di disorganizzazione cognitiva e presenza di storia psichiatrica significativa. Il ricovero in REMS, che la legge considera extrema ratio e temporaneo (legge n. 81/2014), è più urgente nei casi in cui all'elevata necessità di cura, protezione e tutela si associno:

- un'escalation psicopatologica non trattabile attraverso i comuni presidi farmacologici e non negoziabile attraverso l'alleanza terapeutica;
- un grado di comorbidità elevato con disturbi di personalità e uso di sostanze e resistenza al trattamento;
- inesistente o inadeguata o palesemente errata protezione clinica del malato di mente;
- una collocazione giudiziaria o logistica inadeguata rispetto alla gravità della patologia di cui l'individuo è portatore;
- l'assenza di un progetto di cura e di riabilitazione realistico e adeguato oppure, anche se presente, non concretizzabile;
- concrete possibilità di passaggi all'atto auto o etero distruttivi non gestibili in maniera adeguata da un punto di vista farmacologico e organizzativo.

L'attenuata necessità di cura, protezione e tutela sussiste quando gli indicatori interni vanno attenuandosi e il quadro psicopatologico e comportamentale si va stabilizzando, nel senso che ha avuto inizio un processo di responsabilizzazione e di autonomizzazione;

la sintomatologia psicotica florida si è attenuata e si va realizzando una progressiva capacità di controllo e di regolazione emotiva. Peraltro, il funzionamento globale intrapsichico e relazionale è migliorato; la qualità di vita è andata incontro a progressivi miglioramenti e dovrebbe razionalmente, oltre che alla luce della normativa vigente, prevedersi un'attenuazione della Misura. Gli indicatori esterni alla patologia, di cui l'individuo è portatore (le risorse), assumono importanza nel percorso che la persona può compiere in regime di Libertà Vigilata terapeutica attuato in strutture residenziali o semi-residenziali o territoriali, con prescrizioni accessorie (art. 228, 2 co., c.p.), quando e se il giudice le ritiene necessarie. La validità dei suddetti indicatori è accertata dai Servizi territoriali locali e, per le Misure Definitive, dai Servizi dell'UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna, Ministero della Giustizia). Essi vengono rappresentati da:

- le caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, rifiuto, indifferenza);
- la possibilità o meno di (re)inserimento lavorativo o di soluzioni alternative;
- tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto reato e le opportunità alternative di sistemazione logistica i criteri da tenere presenti, al fine di ritenere positiva la remissione clinica della patologia diagnosticata e cessata la pericolosità sociale psichiatrica (indicati nel DGR 423/2019), sono i seguenti:
  - remissione con buon compenso della sintomatologia psicotica florida;
  - possibilità di ottenere, da parte del paziente, una spontanea accettazione degli interventi terapeutici, compresi quelli farmacologici e buona compliance alle terapie;
  - realizzazione di una buona capacità di controllo e di regolazione emotiva;
- disponibilità dei Servizi territoriali locali a una prosecuzione di presa in carico di queste persone;
- prospettiva di rientro all'interno di una valida rete relazionale o di assegnazione a strutture residenziali;
- vita sociale e interpersonale ben compensata, compatibilmente con le abilità di base del soggetto;
- reperimento o ripresa di un'attività lavorativa o di altre attività integrative;

• buone prospettive di rientro in un proprio contesto di vita. I criteri individuati – e i relativi indicatori – sono inclusi nell’esercizio della funzione di Governance<sup>156</sup>, di cui alla DGR n. 49-3357 del 23 maggio 2016, deputata al coordinamento dell’impianto organizzativo individuato per la presa in carico dei destinatari di misure di sicurezza, orientando l’operatività dei servizi specialistici delle Aziende sanitarie, nonché delle Unità di Psichiatria Forense (UPF). Inoltre, i succitati criteri sono utilizzati dal Coordinamento dei referenti aziendali per la presa in carico delle persone con misure di sicurezza in sede di revisione e aggiornamento, a cadenza mensile, delle informazioni relative ai pazienti, sia in lista di attesa, sia presenti in REMS. Con Determina n. 537 del 8 luglio 2019 a oggetto: “Definizione del Percorso Assistenziale (PA) dei pazienti autori di reato destinatari di misure di sicurezza”, la Regione Piemonte ha ritenuto opportuno definire alcune modalità operative denominate PA (Percorso Assistenziale), per la gestione delle varie fasi in cui i Servizi specialistici sono chiamati a intervenire. Il Documento comprende cinque flow chart, che descrivono i percorsi utilizzati. Il PA (definito in clinica PDTA), finalizzato a uniformare il trattamento e facilitare i processi decisionali, è lo strumento che consente alle Unità di Psichiatria Forense del Piemonte, di operare in modo dinamico ed efficiente. L’accezione “Percorso” sta a indicare l’esperienza del cittadino/paziente e l’impatto organizzativo che il PDTA/PA può avere nella realtà che lo utilizza. I termini “diagnostico”, “terapeutico” e “assistenziale”, evidenziano la visione della presa in carico attiva e totale, dalla prevenzione alla riabilitazione della persona portatrice di un problema di salute, in questo caso associato a un problema giudiziario, per la gestione dei quali sono necessari interventi multi-professionali e multidisciplinari rivolti in ambiti diversi. Le flow chart illustrano le seguenti situazioni:

- la funzione liaison dell’Unità di Psichiatria Forense per pazienti indagati, imputati, condannati/prosciolti;
- l’applicazione della Libertà Vigilata;
- l’assegnazione alla REMS;
- l’ingresso in REMS con provvedimento provvisorio;
- l’ingresso in REMS con provvedimento definitivo.

Oltre al criterio dell'attivazione precoce dei Servizi di riferimento, tramite le Unità di Psichiatria Forense, il PA delinea gli indicatori e gli standard per il monitoraggio e la valutazione, quali:

- il numero di visite dei pazienti effettuate (in fase di indagini preliminari, entro 15 giorni dalla segnalazione all'UPF) sul totale delle segnalazioni ricevute;
- il numero di sintesi effettuate (informazioni cliniche e giuridiche e individuazione dell'A.G. competente entro 30 giorni dalla segnalazione all'UPF) sul totale delle segnalazioni ricevute;
- il numero di progetti alternativi alla REMS predisposti, sul totale delle richieste da parte del Magistrato/CTU;
- il numero di relazioni relative ai pazienti inseriti in lista d'attesa, inviate entro 15 giorni al Coordinamento operativo (governance), ai fini dell'applicazione dei criteri di priorità d'ingresso in REMS, sul totale dei pazienti inseriti in lista d'attesa;
- il numero di PTRI caricati su SMOP (entro 45 giorni previo incontro con paziente e con équipe REMS), sul totale degli ingressi in REMS.

La condivisione del Percorso Assistenziale tra le due Componenti Istituzionali (Sanità e Magistratura) può favorire lo svolgimento di compiti e attività complesse ed essere d'aiuto in caso di contenzioso, a patto che tale strumento si sottoponga a un costante adattamento alla realtà specifica e a una regolare verifica (dopo sei mesi ed ex-post dopo un anno), effettuata dal Coordinamento Regionale dei Referenti aziendali. Il Programma della Regione Piemonte, approvato con Decreto 23 dicembre 2015 del Ministero della Salute (GU n. 23 del 29 gennaio 2016), individua due strutture sanitarie detentive di natura privata-accreditata: la REMS San Michele di Bra (in provincia di Cuneo) e la REMS Anton Martin di San Maurizio Canavese (in provincia di Torino) per una capienza totale di 38 posti letto.

#### *REMS San Michele di Bra*

La REMS San Michele di Bra, attiva dal 22 ottobre 2015, – è parte di una struttura privata accreditata – la “Casa di Cura Neuropsichiatrica San Michele” – situata in zona semicentrale a Bra, in provincia di Cuneo. La REMS è stata autorizzata con provvedimento dirigenziale (DD n. 603 del 16 settembre 2015) e ha una capienza regolamentare di 18 posti letto, destinati a pazienti autori di reato afferenti al territorio di

competenza dell'ASL CN2 – Alba e Bra. Per la gestione di eventuali situazioni critiche, all'interno della REMS, è stato approvato con DGR n. 51-2255 del 12 ottobre 2015 un "Accordo tra Prefettura di Cuneo, Regione Piemonte e Casa di Cura San Michele relativo alle procedure operative di sicurezza"<sup>157</sup>. Al momento della visita dell'Osservatorio, in data 24 luglio 2018, la REMS di Bra ospitava 18 persone. Le attività svolte all'esterno della REMS, sono considerate essenziali per il miglioramento del rapporto tra pazienti e comunità locale e consistono in progetti gestiti con la Caritas di Bra e in attività lavorative, quali l'orticoltura – orto solidale e vendita al mercato – e il maneggio (seppure non sia chiara la remunerazione); attività sportive (per es., calcetto); partecipazioni a sagre/feste locali. I permessi per l'uscita vengono concessi dalla Magistratura di Sorveglianza, in riferimento al PTRI e quindi validi per la durata e con la frequenza indicate dallo stesso.

#### *REMS "Anton Martin" di San Maurizio Canavese*

La REMS "Anton Martin" di San Maurizio Canavese, in provincia di Torino, è stata avviata il 16 novembre 2016, come struttura provvisoria e ha una capienza regolamentare di 20 posti (di cui 18 destinati a uomini e 2 alle donne). La REMS è parte del grande Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli, un complesso privato che opera in convenzione con il SSN (ex art. 43 Legge 833/1978), articolato in diverse strutture (quattro Unità Operative di Riabilitazione: Alzheimer, Neurologica, Fisica, Dipendenze Alcol; sei Ambulatori e tre Comunità protette). In quest'ambito, il direttore della REMS è anche responsabile di una Comunità Psichiatrica Forense dedicata a pazienti provenienti dal carcere (o dalla stessa REMS) e dell'U.O. di Riabilitazione alcol-farmaco dipendenze. La REMS è stata autorizzata con provvedimento dirigenziale (DD n. 311 del 1 giugno 2016) e accoglie pazienti autori di reato afferenti al territorio di competenza dell'ASL TO4. Al momento della visita dell'Osservatorio, in data 24 luglio 2018, la REMS ospitava 20 persone, delle quali 8 senza fissa dimora. Tra le attività svolte dai pazienti, all'interno della Residenza Anton Martin, il progetto "Lavoriamo insieme" consiste in un lavoro di assemblaggio di gadget per hotel, per il quale è prevista una remunerazione.

## **2.8 Regione Toscana**

La REMS di Volterra, in provincia di Pisa, è stata aperta il 1 dicembre del 2015 e dispone di 30 posti letto destinati a pazienti (28 uomini e 2 donne) affetti da disturbi mentali, autori di reato e pericolosi socialmente, residenti sia nel territorio della Regione Toscana,

affidenti alle AUSL nordovest, centro e sudest, sia nel territorio della Regione Umbria, affidenti alle AUSL Umbria 1 e 2. L'équipe multi-professionale della REMS di Volterra è composta da nove psichiatri, tra cui il Direttore della REMS, due psicologi, un coordinatore infermieristico, un coordinatore tecnico della riabilitazione psichiatrica (TERP), dodici educatori, ventisei infermieri, sedici operatori socio-sanitari, due medici di famiglia, un assistente sociale, un amministrativo. Ogni paziente ha una micro-équipe dedicata (psichiatra, psicologo, infermiere, educatore/TERP, OSS, assistente sociale). Entro un mese circa dall'ingresso, per ogni paziente, è presentato il PTRI, inizialmente a cura della REMS e poi condiviso con il DSM di appartenenza del paziente. Le aree di intervento sono: la cura di sé e dell'ambiente, le competenze relazionali, la gestione economica, le abilità sociali, le relazioni intra-familiari e il trattamento mirato della psicopatologia di cui il paziente è portatore. Gli interventi includono: la terapia farmacologica, la psicoterapia, la psico-educazione, l'abilitazione e la riabilitazione, nonché interventi di risocializzazione e di inclusione socio-lavorativa. I pazienti all'interno della REMS possono altresì partecipare alle attività sportive (per es., il nuoto nella piscina comunale, il calcetto), a un corso di fotografia, di teatro, onoterapia (pet therapy con gli asini). Inoltre, vengono svolte attività di scrittura creativa, educazione alimentare, corsi di inglese, attività di cucina, cineforum e un gruppo di discussione antifumo. Alla data 2019 non esiste una normativa regionale di riferimento per il protocollo operativo da applicare nella REMS ma, secondo quanto riferito dal Dirigente Medico Psichiatra dell'AUSL Toscana Nord Ovest e Responsabile della REMS di Volterra, è in corso un tavolo interistituzionale tra il Dipartimento di Salute Mentale, la Magistratura e la Regione Toscana per la gestione delle criticità organizzative. L'unica delibera emessa riguarda lo stanziamento dei fondi per la realizzazione della REMS e il reclutamento delle varie figure professionali coinvolte. Attualmente il protocollo operativo della REMS di Volterra si ispira al documento della Conferenza Unificata delle Regioni e delle PA del 26 febbraio 2015 (Accordo concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari) e successive revisioni.

## **2.9 Regione Puglia**

La Regione Puglia ha attivato, con Deliberazione della Giunta regionale n. 350/2015, la REMS di Spinazzola, in provincia di Barletta-Andria-Trani e con DGR n. 1841/2014, la REMS di Carovigno, in provincia di Brindisi. Il percorso di superamento degli OPG, iniziato nel 2012, ha attraversato una prima fase di avviamento e sperimentazione che ha

portato, anche in Puglia, alla necessità di rivedere alcune valutazioni e scelte strategiche operate in fase di avvio della riforma. Tale percorso è tutt'oggi in itinere e ha sinora mostrato l'insufficienza delle due REMS pugliesi provvisorie, attualmente attive (con complessivi 38 posti letto da sempre utilizzati a pieno regime), a soddisfare le richieste di inserimento provenienti dalla Magistratura. Come riportato nella DGR n. 790 del 2 maggio 2019, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 56 del 24/05/2019, nonostante gli sviluppi nell'implementazione della rete complessiva di presa in carico degli autori di reato messa a punto dalla Regione Puglia per il superamento degli OPG – anche in ottemperanza alle prescrizioni della L. 81/2014 che prevede il rafforzamento della rete complessiva dei DSM delle ASL cui è attribuito il compito della presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato con l'assunzione di micro-équipe dedicate, composte da un medico psichiatra, un assistente sociale e un tecnico della riabilitazione psichiatrica (ex DGR 1496/2015), nonché l'implementazione della filiera delle strutture psichiatriche residenziali terapeutico riabilitative e socio riabilitative attive sul territorio regionale – si rileva l'esistenza costante di una lista di attesa di autori di reato destinatari di Misure di Sicurezza detentive pari a circa 40 unità. Pertanto, l'Osservatorio Regionale Permanente Sanità Penitenziaria, in composizione allargata ai Direttori dei DSM delle sei ASL – stante l'esigenza di dare esecuzione ai provvedimenti di inserimento in REMS previsti dalla Magistratura per soggetti destinatari di Misure di sicurezza detentive attualmente “a piede libero” oppure impropriamente trattenuti nel circuito carcerario – ha proposto la realizzazione di una terza REMS, da allocare presso l'ex Carcere mandamentale di Accadia (in provincia di Foggia), nel rispetto al criterio di territorialità degli inserimenti. L'“Osservatorio sul Superamento degli OPG, sulle REMS per la salute mentale”, a seguito delle visite alle REMS di Spinazzola e di Carovigno, evidenzia che la presenza di una lista di attesa per l'ingresso nelle REMS pugliesi sembra confermare che la Magistratura di Cognizione (e poi quella di Sorveglianza) opta preferibilmente per Misure di sicurezza detentive, anche quando sarebbe possibile adottare Misure non detentive per prevenire l'ingresso in REMS o addirittura quando il PTRI suggerisce la dimissione.

### *REMS di Spinazzola*

La REMS di Spinazzola è stata aperta nel novembre 2015 presso un'ala dell'ex Ospedale Civile del Comune di Spinazzola, in provincia di Barletta-Andria-Trani. La Residenza ha una capienza regolamentare di 20 posti letti e può accogliere pazienti autori di reato,

pericolosi socialmente, residenti nel territorio dell'ASL BAT. L'équipe multi-professionale della REMS è composta da un medico psichiatra Responsabile, tre medici, otto infermieri professionali, dieci OSS, due terapisti della riabilitazione, una psicologa, un amministrativo, otto addetti alla portineria, nessun assistente sociale. Come riportato nel Report dell'Osservatorio, non sempre – per ogni paziente – è presentato il PTRI entro i 45 giorni (ai sensi dell'art. 7 Accordo CU del 26/02/2015), a causa di difficoltà del CSM di competenza territoriale, il quale spesso ritarda anche l'avvio del processo di presa in carico del paziente. Nella REMS di Spinazzola si svolgono attività riabilitative interne ed esterne sia individuali sia di gruppo. I pazienti escono con operatori per acquisti in negozi, sbrigare pratiche presso uffici, per la cura di giardini e orti sociali. Sono state organizzate partite di calcio e uscite per frequentare il cinema. Al momento della visita dell'Osservatorio, in data 7 maggio 2019, gli Operatori della REMS hanno riferito che un paziente avrebbe svolto un tirocinio per “addetto stampa” presso la ASL BAT e un altro paziente era stato affidato a una famiglia all'interno del progetto di Inserimento Etero-familiare Supportato di Adulti (IESA). Inoltre, è stato attivato il progetto “Fermo posta: laboratorio di socializzazione epistolare”, che consiste nello scambio di lettere tra pazienti e persone che vivono nei dintorni, finalizzato a collegare le persone ricoverate nella REMS alla comunità del territorio. Un altro progetto ha riguardato la lettura di libri da parte degli ospiti, la partecipazione a eventi di presentazione dei libri letti e la possibilità di intervenire nel corso dei dibattiti. A seguito di quest'ultimo progetto, l'équipe della REMS di Spinazzola ha deciso di formare, all'interno della Residenza, una biblioteca con libri donati da alcuni cittadini.

### *REMS di Carovigno*

La REMS di Carovigno è stata attivata a luglio del 2016, presso l'ex “Istituto Del Prete” (già sede di struttura residenziale e diurna del Centro di Salute Mentale), e ha una capienza regolamentare di 18 posti letto. Di recente, in data 26 settembre 2019 è stato firmato un Accordo di collaborazione tra il Ministero della Giustizia, il Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità, l'Ufficio Locale di Esecuzione Penale Esterna, l'ASL e il DSM di Brindisi «per il sostegno (cura e riabilitazione) delle persone affette da disturbi psichiatrici e sottoposte a misure limitative e privative della libertà personale o comunque soggette a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria, con sentenza definitiva, inserite nella Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza». Con tale Protocollo d'intesa, l'UEPE, il DSM di Brindisi, la REMS di Carovigno e i CSM competenti nel



territorio provinciale di Brindisi, si sono impegnati a sviluppare modalità di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze, per la realizzazione dei PTRI a favore delle persone sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria privativi e limitativi della libertà personale, la cui esecuzione e/o controllo è demandata all'UEPE. Il Protocollo prevede l'individuazione di funzionari di servizio sociale dell'UEPE, di operatori del CSM di appartenenza e della REMS di Carovigno, in composizione d'équipe: psichiatra, psicologo, assistente sociale, tecnico della riabilitazione psichiatrica e coordinatore. L'équipe della REMS di Carovigno programma incontri con gli operatori del DSM e dell'UEPE che seguono l'ospite, per avviare un processo preliminare di conoscenza della realtà individuale e sociale di quest'ultimo. L'UEPE fornisce al CSM e alla REMS ogni informazione utile per costruire un percorso che contempli i vari aspetti della situazione personale, sanitaria e sociale del condannato e concorda con il CSM territorialmente competente (entro 45 giorni dall'ingresso del paziente in REMS) la redazione del PTRI, raccordando le esigenze giudiziarie con quelle terapeutico-riabilitative. Ciascun PTRI, unitamente all'esito dell'indagine sociale dell'utente, effettuata dall'UEPE, viene trasmesso all'Autorità Giudiziaria, per la concessione della Misura Alternativa o per l'accertamento della pericolosità sociale. I PTRI a favore di persone affette da dipendenze da sostanze o comportamentali sono condivisi dall'équipe della REMS con il Dipartimento delle Dipendenze patologiche (SERD) e l'UOPC del DSM competente per territorio. I Direttori DSM e UEPE, i Responsabili della REMS e dei CSM si incontrano, con cadenza non superiore a sei mesi, per la verifica dei risultati dei programmi di intervento e per il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni. L'UEPE relaziona periodicamente l'evoluzione del PTRI alla Magistratura di Sorveglianza. L'Accordo promuove altresì iniziative volte a favorire l'inclusione sociale, in rapporto alle risorse disponibili, approfondendo la conoscenza dei bisogni dei pazienti, delle loro famiglie e del territorio.

## **2.10 Regione Trentino Alto Adige**

REMS di Pergine Valsugana La REMS di Pergine Valsugana, in provincia di Trento, è stata attivata il 1 luglio 2015 ed è ubicata all'interno dei Servizi riabilitativi del Distretto Est (Padiglione Perusini), in prossimità del centro di Pergine che include, tra l'altro, il CSM, la sede di Cittadinanza Attiva e la sede del Distretto Socio-Sanitario. La REMS può ospitare 10 cittadini della Provincia di Trento e della Provincia di Bolzano per i quali il Magistrato abbia stabilito una Misura di sicurezza detentiva in quanto autori di reato,

non imputabili a causa di infermità psichica e socialmente pericolosi. Il sistema di cura promosso all'interno della REMS consta in un percorso terapeutico-riabilitativo che vede la sua conclusione naturale nel reinserimento sociale dell'individuo. Il Progetto individualizzato mira a valorizzare e implementare le risorse dell'ospite e si declina entro le norme previste dalle Misure di Sicurezza, con particolare attenzione all'elaborazione del delitto, al processo motivazionale e al social skills training. La presa in carico e l'assistenza medica generale dell'ospite sono garantite dagli psichiatri di struttura, che si articolano con i referenti territoriali dei CSM di competenza di ciascun utente, e dai coordinatori sanitari dell'attigua RSA, rispettivamente. Le visite specialistiche si svolgono all'interno della struttura oppure all'esterno nelle modalità previste e concordate con il Magistrato. L'autore di reato giunge presso la REMS, in seguito all'emissione da parte del Magistrato di una Misura di Sicurezza detentiva, accompagnato dalle Forze dell'ordine. All'arrivo, l'autore di reato viene registrato e i dati relativi all'immatricolazione vengono trasmessi alla Casa Circondariale di Trento. Presso la REMS è presente la seguente documentazione: fascicolo giuridico e sanitario, cartella clinica integrata contenente il PTRI, cartella informatizzata condivisa tra operatori REMS e psichiatri, modulo unico della terapia individuale, diario delle attività quotidiane strutturate, registro presenza giornaliera degli internati. La presa in cura, la definizione del PTRI e le verifiche periodiche dello stesso, sono garantite dal Sistema Sanitario, in quanto il soggetto affetto da disturbi psichici, autore di reato è in carico ai Servizi psichiatrici territoriali. La valutazione diagnostica/funzionale è effettuata secondo precise procedure e strumenti definiti per ciascun ambito. Gli indicatori di qualità del servizio sono l'aderenza dell'utente a progetti individualizzati relativi alla propria qualità di vita, il miglioramento del livello di benessere personale percepito dall'utente, l'aderenza alle norme della vita in comunità e il livello di benessere percepito dal personale. Il monitoraggio di questi indicatori è attuato nelle riunioni di équipe e negli incontri di verifica con familiari e servizi invianti. All'interno della REMS si svolgono attività espressive, lettura di giornali, pet therapy, ascolto musica, attività fisica e orticoltura.

## **2.11 Regione Friuli-Venezia Giulia**

Fin dal 1980, operatori autorizzati del DSM della Città di Trieste supportano i detenuti in carcere con visite intensive, soprattutto in situazioni di criticità, garantendo la continuità dei programmi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale. La pratica dei CSM, coordinata a livello dipartimentale in un "gruppo carcere", ha permesso di azzerare, già

da quegli anni, gli invii in OPG dal carcere, dato rivendicato come importante successo anche dalla direzione della Casa Circondariale di Trieste. Tale Servizio si integra strettamente con il Servizio Sanitario gestito dall'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste (ASUITS), che include anche il Dipartimento per le Dipendenze<sup>166</sup>. Come riportato dal Piano Regionale Salute Mentale (anni 2018-2020), in seguito all'entrata in vigore della legge 81/2014 è stato siglato (con DGR 1537/2015) un Protocollo di collaborazione tra la Regione Friuli-Venezia Giulia e gli Uffici Giudiziari della Corte di Appello di Trieste, al fine di garantire l'esecuzione delle Misure di Sicurezza alternative al ricovero in OPG, adottate dal Giudice per chi sia autore di reato affetto da disturbi psichiatrici e pericoloso socialmente. Inoltre, con DGR 444/2015, la Regione ha presentato al Ministero della Salute un programma d'utilizzo delle risorse finanziarie di cui alla legge 9/2012 che prevede tre strutture sanitarie inserite in strutture preesistenti dei DSM, utilizzando parte delle risorse per interventi strutturali ai sensi della legge 81/2014, ovvero per il potenziamento dei Servizi di salute mentale e parte delle risorse per la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi, finalizzati a favorire Misure Alternative all'internamento in REMS. La Regione Friuli-Venezia Giulia presenta un modello originale di REMS, in quanto le persone destinatarie di Misure di Sicurezza sono inserite in strutture psichiatriche del territorio, caratterizzate da un elevato livello di trattamento e con un riferimento marginale alla custodia (pratica definita: presa in carico all'interno di servizi "forti"<sup>168</sup>). In particolare, il Servizio Sanitario Regionale offre un sistema dipartimentale articolato in CSM aperti sulle 24 ore e dotati di posti letto per l'accoglienza diurna e notturna, in stretto collegamento operativo con l'SPDC del DSM. Le persone con problemi di salute mentale possono usufruire di percorsi di abitare assistito ed essere accolte in strutture residenziali gestite dai DSM (gruppi appartamento, comunità ad alta e media intensità terapeutica). La strategia complessiva, per il superamento degli OPG della Regione FVG, consiste nel continuare l'esperienza di buone pratiche sul territorio al fine di prevenire e contrastare l'uso esclusivo di soluzioni residenziali, promuovendo esperienze di trattamento assertivo di comunità, agendo sulle persone a rischio di deriva sociale, per le quali si rende più difficile la presa in carico da parte dei servizi; favorire l'impegno dei DSM competenti per la continuità della presa in carico; utilizzare, in dimissione, la rete dei Servizi per la salute mentale regionali (CSM 24h, Centri diurni, gruppi appartamento, comunità), per il prosieguo dei trattamenti e con funzioni di collegamento con i territori e le comunità in cui è previsto il reinserimento sociale. Un lavoro congiunto tra Regione, Servizi di salute mentale e Magistratura ha

previsto il dimezzamento del modello organizzativo della REMS da 20 a 10 posti letto, poi suddivisi in tre sub-unità territoriali, ovvero la REMS di Aurisina, la REMS di Maniago e la REMS di Udine.

#### *REMS di Aurisina*

La REMS di Aurisina, in provincia di Trieste, è stata attivata il 5 giugno 2015 in una struttura sanitaria del Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 “Triestina”, sede del Centro Diurno di Aurisina aperto h24 il quale, dal 2006, è luogo di attuazione di programmi di abilitazione e formazione al lavoro per utenti del DSM e di programmi di integrazione con il territorio comunale. La REMS ha una capienza di due posti letto destinati a soggetti con disturbi mentali autori di reato, residenti nei territori di Trieste e Gorizia.

#### *REMS di Maniago*

La REMS di Maniago, in provincia di Pordenone, si trova all’interno del comprensorio ospedaliero del Dipartimento di Salute Mentale dell’Azienda per i Servizi Sanitari n. 6 “Friuli Occidentale” che garantisce funzioni sanitarie per situazioni di urgenza ed emergenza, per patologie acute in regime ordinario e day-hospital e per l’assistenza post-acuzie e riabilitativa. La struttura ha una capienza di 4 posti letto destinati all’accoglienza di persone residenti sul territorio, cui è stata applicata la Misura di Sicurezza detentiva del ricovero in REMS.

#### *REMS di Udine*

La REMS di Udine è situata all’interno del compendio immobiliare di S. Osvaldo a Udine, il quale ospita, in vari edifici, la Direzione Generale, gli Uffici Amministrativi e Tecnici dell’Azienda per i Servizi Sanitari n. 4 “Medio Friuli”, una sede della Direzione Centrale, nonché alcune attività sanitarie, con relativi spazi amministrativi, tra cui la sede del DSM e strutture residenziali, la cui funzionalità rientra nella rete dei servizi territoriali per la salute mentale, quale elemento qualitativo e strategico nella realizzazione di progetti personalizzati ad alta intensità assistenziale. La REMS ha una capienza regolamentare di 4 posti letto, destinati ad accogliere l’utenza sottoposta a Misure di sicurezza detentiva residente nel territorio dell’ASS n. 4.

## **2.12 Regione Abruzzo. REMS di Barete**

Il programma interregionale della Regione Abruzzo e della Regione Molise per il superamento degli OPG è stato approvato dal Ministero della Salute con decreto del 17 dicembre 2013 (accordo rinnovato in data 11/01/2018). Con Decreto n. 70 del Commissario ad Acta della Regione Abruzzo del 6/7/2015, è stata individuata l'ASL n. 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila, per l'attivazione della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. La REMS di Barete, in provincia dell'Aquila, è stata aperta in data 9 maggio 2016: ha una capienza regolamentare di 20 posti e può ospitare 17 uomini e 3 donne, per i quali è stata disposta una Misura Detentiva, residenti nelle Regioni Abruzzo e Molise. L'équipe multi-professionale della REMS di Barete consta di due psichiatri, due psicologi, dodici infermieri, sei operatori socio-sanitari, un assistente sociale e un tecnico della riabilitazione. Diverse Associazioni di volontariato forniscono un contributo importante nel processo di rieducazione e di integrazione dei pazienti all'interno del tessuto cittadino. I volontari collaborano alla realizzazione di molti progetti esterni come il "Progetto Aria Pulita", finalizzato al reinserimento sociale e al miglioramento delle condizioni fisiche e psichiche del paziente, attraverso camminate in luoghi salubri o il laboratorio teatrale, considerato mezzo di ripartenza e riflessione del percorso rieducativo intrapreso all'interno della struttura. Il "Progetto Tao" – dell'Associazione Sport Dilettantistica (ASD) - Attività Motorie e culturali (AMC), approvato con DGR 1647/2018 – prevede la partecipazione dei pazienti a due incontri settimanali, con personale specializzato nell'attività motoria, per la gestione del benessere psicofisico, volto a migliorare la salute attraverso la creazione di momenti ludico-ricreativi. Altri progetti sono "Radio Stella 180-Voci dalla REMS", proposto dall'Associazione 180 Amici L'Aquila onlus (approvato con DGR 1645/2018) e "Ho un talento per te", proposto dall'Associazione socio-culturale Calliope (DGR 1648/2018). Il criterio di ammissione ai progetti prevede generalmente il superamento di un periodo di due mesi di terapia e la valutazione della stabilità sintomatologica e comportamentale, da parte dell'équipe della REMS. Ciascun paziente, all'interno della struttura, ha un compito ben specifico nella collaborazione quotidiana verso gli ambienti comuni, tra cui la cura dell'orto ("Progetto Ortoterapia"). Quotidianamente vengono effettuati degli incontri con il Dirigente della struttura e con i suoi collaboratori, durante i quali i pazienti hanno la possibilità di confrontarsi e di esprimere opinioni e difficoltà in merito alla privazione della libertà.

## **2.13 Regione Basilicata. REMS di Pisticci**

La Giunta Regionale della Basilicata, in data 7 ottobre 2014, ha demandato (con DGR n. 1216) all'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM), l'attuazione dell'intervento di realizzazione della struttura sanitaria extra-ospedaliera, destinata agli utenti psichiatrici autori di reato, ai quali vengono applicate Misure di Sicurezza. La REMS di Pisticci è stata attivata il 30 marzo 2015, in località Tinchì del Comune di Pisticci, in provincia di Matera e ha una capienza regolamentare di 10 posti. La REMS esplica funzioni terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative in favore di persone affette da disturbi mentali, autori di fatti che costituiscono reato cui viene applicata dalla Magistratura la Misura di Sicurezza detentiva. L'équipe della REMS garantisce, a ogni paziente, l'attuazione di un PTRI, concordato con l'interessato e il CSM competente territorialmente. Il Piano di trattamento individuale consta di un modulo-scheda in cui sono riportati:

- i dati anagrafici e la diagnosi clinica dell'utente, con informazioni sul contesto familiare e sociale;
- il motivo dell'invio da parte dell'Autorità giudiziaria;
- osservazioni sulle problematiche relative all'area psicopatologica, all'area della cura del Sé, all'area delle competenze relazionali, all'area della gestione economica e all'area delle abilità sociali;
- la terapia psicofarmacologica;
- la tipologia degli interventi psicoterapici, riabilitativi e risocializzanti più appropriati;
- modalità di attuazione delle verifiche (indicatori di outcome e tempi).

Ogni PTRI, sottoscritto dal paziente, è collocato nella cartella integrata che contiene la documentazione giuridica e sanitaria dell'ospite e viene attuato dagli operatori della REMS, mediante un programma quotidiano di attività. Il CSM di riferimento, l'équipe della REMS ed eventuali altre Agenzie coinvolte, provvedono a verifiche periodiche sull'andamento del singolo PTRI. Gli Operatori si impegnano a comunicare l'esito di tali verifiche all'Autorità Giudiziaria competente, in sede di revisione del progetto complessivo del paziente. L'Azienda Sanitaria di Matera e l'Azienda Sanitaria di Potenza hanno proposto un Protocollo operativo a oggetto: "Implementazione e sviluppo della

rete psichiatrica per la gestione delle strutture residenziali e semiresidenziali per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”, con il quale hanno definito gli obiettivi, le risorse a disposizione, il modello operativo di funzionamento, i compiti assegnati rispettivamente alle due Aziende ASP e ASM, nell’ambito della gestione delle strutture residenziali e semiresidenziali, per il definitivo superamento degli OPG. L’ASP e l’ASM si impegnano a una collaborazione di rete sul territorio regionale, al fine di gestire al meglio le problematiche giudiziarie e quelle di assistenza sanitaria, mediante il coordinamento tra la REMS di Tinchì e il Centro Diurno di Lauria. Il protocollo operativo assicura la circolarità delle informazioni utili tra le due Aziende Sanitarie Territoriali, la realizzazione di una stretta collaborazione con la Magistratura di Sorveglianza e di Cognizione, con l’UEPE, il DAP Regionale e Nazionale, la Prefettura e le Forze dell’Ordine, per una gestione adeguata delle Misure di sicurezza. Inoltre, le Aziende intendono costruire un Sistema Regionale di governo degli interventi per utenti sottoposti a Misure di Sicurezza Detentive, a Misure di Sicurezza non detentive e alternative (affidamento in prova, imputati in sospensione del procedimento con messa alla prova) che, in collaborazione con il Sistema Giudiziario, sia in grado di fornire in ogni fase del percorso, soluzioni e risposte alla necessità di ricovero, sia in strutture residenziali (REMS), sia in quelle semiresidenziali (Centro Diurno), nonché ridurre, ove possibile, il ricorso a Misure Detentive attraverso l’utilizzo della rete delle strutture e dei Servizi di Salute Mentale (anche in applicazione ad alcune sentenze della CC n. 253/03 e n. 367/04). L’ASL Matera e l’Azienda Sanitaria Locale di Potenza, con l’obiettivo di migliorare lo stato psicopatologico e gli aspetti relazionali dell’utente, si impegnano altresì a erogare interventi multidisciplinari e integrati: farmacologici, psicologici, psicoterapeutici riabilitativi, psicoeducativi individuali e familiari, migliorando l’integrazione tra i CSM di competenza e la rete dei Servizi e dei Presidi socio-sanitari all’atto della dimissione dell’utente, per il loro rientro progressivo nella vita sociale. L’integrazione della REMS di Tinchì con il Centro Diurno di Lauria (proposta dal Protocollo) è volta a offrire ulteriore risposta ai bisogni riabilitativi degli utenti dimessi dalla REMS che necessitano di un percorso terapeutico e riabilitativo, con un’assistenza meno intensiva e degli utenti psichiatrici, autori di reato, provenienti dal territorio, con Misure di sicurezza non detentive o Misure Alternative, la cui ammissione avviene su disposizione della Magistratura di Sorveglianza e/o di Cognizione e dall’UEPE. I Direttori del Dipartimento Salute Mentale della ASP e della ASM propongono la convenzione da stipulare con il Ministero della Giustizia, il Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, con

l'UEPE e con il Tribunale di Sorveglianza delle due Province di Potenza e di Matera per individuare un appropriato percorso di presa in carico degli utenti. I Direttori dei CSM di Matera e di Lauria, Responsabili della REMS e del Centro Diurno, svilupperanno protocolli che delineano le modalità di presa in carico e di elaborazione del progetto riabilitativo. In particolare, la valutazione psicopatologica, cognitiva e del funzionamento sociale di ogni ospite – all'ingresso e semestralmente – con strumenti standardizzati e la valutazione del comportamento aggressivo e del rischio di suicidio attraverso la somministrazione di test, scale e colloquio clinico, con monitoraggio costante. Entro 30 giorni dall'ingresso dell'utente, viene trasmesso il PTRP alla Magistratura e ai DSM competenti. L'ASP garantisce attraverso il CSM, per il Centro Diurno di Lauria, la responsabilità dell'attuazione e gestione del percorso clinico-assistenziale, delle terapie psicofarmacologiche, di eventuali esami clinici (ematici e/o strumentali) ed eventuali ricoveri in ambito ospedaliero.

#### **2.14 Regione Calabria. REMS di Santa Sofia d'Epiro**

La Regione Calabria ha presentato ai Ministeri (con DCA n. 108/15) il "Programma di utilizzo dei fondi di parte corrente ex legge n. 9/12, che include il potenziamento della rete intra-penitenziaria per la tutela della salute mentale". La REMS di Santa Sofia d'Epiro, in provincia di Cosenza, è stata attivata nell'ottobre del 2016 e ha una capienza regolamentare di 20 posti letto, destinati ad accogliere pazienti affetti da patologia psichiatrica autori di reato, sottoposti a Misura di Sicurezza e residenti sul territorio. L'équipe della REMS, guidata da un Direttore Sanitario per conto dell'ASP di Cosenza, è composta da: un coordinatore referente, due psichiatri, una psicologa-psicoterapeuta, un'assistente sociale, un tecnico della riabilitazione psichiatrica, due educatori, quattordici infermieri e otto operatori socio-sanitari. Il Centro di Salute Mentale cui afferisce il paziente e l'équipe della REMS predispongono, per ogni utente, un PTRI e un Progetto Terapeutico Riabilitativo Residenziale (PTRR). Tali Progetti personalizzati sono poi condivisi con l'Autorità Giudiziaria competente e con l'Ufficio Locale di Esecuzione Penale Esterna (ULEPE). La REMS di Santa Sofia d'Epiro opera in totale sinergia con i CSM e con i SERD di competenza territoriale, con i medici di medicina generale, i Servizi Sociali del territorio di riferimento e le Cooperative Sociali. Il consenso del paziente, relativamente ai Progetti di intervento (secondo i principi della recovery) e il coinvolgimento, quando possibile, dei familiari, sono considerati parte integrante della proposta riabilitativa. L'équipe della REMS, oltre alla verifica periodica dei PTRI e dei



PTRR, attua le attività psicoeducative, quali laboratori didattici, attività creativo-manuali, di cucina, orto-terapia, attività fisica, cura del sé, vita di comunità e interventi psico-riabilitativi, colloqui clinici, social skills training, gruppi di problem solving, tecniche di rilassamento, psicoterapia e meta cognitive therapy.

## **2.15 Regione Sicilia**

L'Assessorato della Salute della Regione Sicilia ha approvato un "Programma per la realizzazione di interventi per il superamento degli OPG ai sensi della legge n. 9 del 17/2/12 art. 3 ter.", con DA n. 127/2014, finalizzato all'"Inclusione sociale dei pazienti dimessi dall'OPG". Le risorse sono destinate a finanziare 50 budget di salute per i pazienti psichiatrici autori di reato internati in OPG e a utenti inseriti in strutture terapeutiche riabilitative dei DSM, i quali necessitano di programmi finalizzati all'inclusione abitativa e sociale, attraverso azioni di housing sociale, affido omo o etero-familiare, nonché organizzazione di gruppi di convivenza con protezione socio-sanitaria e, ove possibile, inclusione lavorativa. Il budget di salute, rinnovabile per una seconda annualità, rappresenta l'unità di Misura delle risorse economiche necessarie a programmare, sostenere e realizzare il PTI, attraverso l'individuazione di percorsi riabilitativi nelle aree che costituiscono i principali determinanti di salute: apprendimento, espressività, formazione, reddito-lavoro, casa-contesto sociale, affettività-socialità. Il PTI si fonda su collaborazioni e rapporti che garantiscono una presa in carico globale, utilizzando lo strumento del budget di salute, condiviso con il paziente, i familiari, i Servizi pubblici, le Agenzie del privato sociale, l'UEPE e la Magistratura competente. Il DSM provvede alla redazione dei PTI indicando la diagnosi (espressa sulla base dei criteri dell'ICD-9-OMS), la gravità e la complessità del quadro clinico, le condizioni attuali del funzionamento personale e sociale dell'utente (ICF), le difficoltà stabilite sulla base di strumenti di valutazione standardizzati (HONOS, BPRS, VADO), nonché una breve analisi SWOT relativa al progetto stesso: punti di forza (strengths), debolezza (weaknesses), opportunità (opportunities) e le criticità (threats). A seguito della valutazione complessiva summenzionata, è possibile orientare il trattamento riabilitativo, in previsione di una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente. In caso di "Manifestazione di interesse" a cogestire iniziative riabilitative (PTI), da parte di Imprese sociali o cittadini (per le proposte di affido familiare), per le persone beneficiarie sugli assi di intervento dell'abitare, dell'inserimento lavorativo e della socialità, spetta all'ASP-DSM validare le proposte organizzative, per la realizzazione dei PTI sul territorio regionale. Gli impegni

sottoscritti da ASP, titolari dei progetti, Imprese sociali o cittadini, vengono sottoposti alla Magistratura competente. Sul territorio della Regione Sicilia sono state attivate due Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza: la REMS di Caltagirone, in provincia di Catania e la REMS di Naso, in provincia di Messina, per un totale di 40 posti letto destinati a pazienti psichiatrici autori di reato, socialmente pericolosi e residenti sul territorio, per i quali l'Autorità giudiziaria competente ha disposto la Misura di sicurezza detentiva.

## **2.16 Regione Sardegna. REMS di Capoterra**

La REMS di Capoterra (provincia di Cagliari), attiva da luglio 2015 – con una capienza di 16 posti letto – è stata riconvertita in struttura definitiva con DGR n. 30/21 del 20 giugno 2017. Il personale della REMS è organizzato in équipe multi-professionale comprendente tre psichiatri, uno psicologo, undici infermieri, un terapeuta della riabilitazione psichiatrica, sei OSS, un assistente sociale, un collaboratore amministrativo e dodici guardie particolari giurate (GPG). Il lavoro dell'équipe è regolato da una serie di procedure e dai seguenti protocolli interni alla REMS:

- Protocollo gestione urgenza/emergenza medica (Pr. n. 23/2016);
- Protocollo gestione emergenza paziente aggressivo (Pr. n. 24/2016);
- Protocollo ingresso pazienti nella Struttura (Pr. n. 25/2016);
- Procedura accoglienza paziente (Pr. n. 26/2016);
- Protocollo di immatricolazione pazienti REMS (Pr. n. 27/2016);
- Procedura di funzionamento del sistema di sicurezza destinata alle guardie giurate (Pr. n. 28/2016);
- Protocollo gestione allarme antincendio (Pr. n. 29/2016);
- Protocollo d'intesa tra il Personale Sanitario della REMS e le FF.OO (Pr. n. 31/2016);
- Protocollo per l'utilizzo dei taglienti (Pr. n. 33/2016).

I percorsi terapeutico-riabilitativi residenziali per persone in stato di detenzione, predisposti dai CSM che hanno in carico la persona, si attuano nel contesto, attraverso l'ambiente sociale della residenza e sono attivati nelle SRPAI (Struttura Residenziale Psichiatrica per Adulti per Trattamento a carattere Intensivo, accreditate con DGR 53/8

del 29.12.2014), in accordo con i criteri del DM 1.10.2012 come moduli REMS. Per i soggetti con disturbo psichiatrico autori di reato e sottoposti a Misura di Sicurezza non detentiva, sia dimessi dalla REMS di Capoterra, sia provenienti dalle Case Circondariali o dalla libertà, con necessità di un ulteriore percorso in una Comunità capace di tutelare le necessità di cura e di contenimento, è prevista una SRPAI nel Comune di Lunamatrona, idonea per questo profilo clinico-giuridico. L'Assessore "Igiene e Sanità e Assistenza Sociale" della Regione Sardegna, con delibera n. 26/5 del 24 maggio 2018, ha riferito come – a seguito della revoca della DGR n. 9/21 del 10 marzo 2015 – la riprogrammazione delle risorse, avvenuta in raccordo con i Dipartimenti della Salute Mentale, si sia conclusa con la stesura del Programma denominato "Programma regionale per la riqualificazione e ristrutturazione delle strutture della rete dei servizi per la salute mentale per la Sardegna". L'Assessore, nella stessa, afferma che il nuovo Programma è in perfetta sintonia con la legge 81/2014, la quale esorta ad andare oltre i progetti di realizzazione delle REMS al fine di renderle quantomeno residuali, attraverso PTRI più appropriati per gli utenti, atti a favorire le loro dimissioni attraverso la presa in carico da parte dei Servizi socio-sanitari. La normativa in materia di superamento degli OPG e di ogni forma di internamento, a garanzia della tutela della salute, della sicurezza e della dignità dei soggetti con disturbo psichiatrico autori di reato, cui sia stata applicata una Misura di Sicurezza, ha disposto la presa in carico di tali utenti da parte dei Servizi di salute mentale. Nella Regione Sardegna le articolazioni organizzative territoriali del Sistema Sanitario Regionale sono definite Aree Socio Sanitarie Locali (ASSL). La legge n. 171 del 27 luglio 2016, ha ridefinito il Sistema Sanitario Regionale, passando da otto articolazioni organizzative territoriali a una sola articolazione organizzativa denominata Azienda per la Tutela della Salute (ATS), a sua volta articolata in otto Aree Socio Sanitarie Locali (ASSL). Ai sensi della suddetta legge, pertanto, a partire dal 1 gennaio 2017, l'ATS subentra nei rapporti attivi e passivi, nel patrimonio e nelle funzioni delle ASL precedentemente esistenti. Per la riorganizzazione dei percorsi di presa in carico e cura a beneficio dei pazienti psichiatrici autori di reato, la Regione Sardegna ha istituito: un Protocollo di Intesa tra Tribunale di Sorveglianza di Cagliari, UEPE di Cagliari e la REMS di Capoterra; un Protocollo di Intesa tra le Presidenze dei Tribunali Regionali e ATS, anche allo scopo di potenziare le relazioni tra Autorità Giudiziaria e Unità Operative di Psichiatria Forense, in particolare nell'area di Cagliari e Sassari. Per quanto attiene alla valutazione delle problematiche psichiatriche dei detenuti presenti nell'articolazione dell'Osservazione Clinica della Casa Circondariale e provenienti da tutti gli Istituti di

Pena della Sardegna, i Dirigenti sanitari che gestiscono la Tutela della Salute Mentale nella C.C. di Cagliari-Uta e i Dirigenti sanitari della REMS di Capoterra partecipano ad attività di reciproca consultazione. La Regione Autonoma della Sardegna con DGR n. 30/22 del 20/06/2017, ha aderito al protocollo informatico “SMOP” per la condivisione dei dati relativi agli ospiti della REMS e ha istituito un tavolo tra Assessorato alla Sanità, ATS, REMS, Autorità Giudiziaria, UEPE, Psichiatria Forense, Ordini degli Avvocati, che si riunisce periodicamente per il confronto in merito al processo di superamento OPG. La Regione, inoltre, con l’obiettivo di mantenere un collegamento tra REMS e assistenza sul Territorio, coinvolge gli Enti sociali territoriali nella gestione della residenzialità per i pazienti autori di reato, prevenendo forme di istituzionalizzazione prolungata.

### **2.17 Regione Marche. REMS Casa Badesse**

La struttura residenziale REMS “Casa Badesse” è stata inaugurata il 18 maggio 2019, a seguito della riqualificazione edilizia dell’ex Casa Mandamentale di Macerata Feltria, in provincia di Pesaro e Urbino. La capacità ricettiva della REMS è di 20 posti letto, erogabili per persone affette da disturbi psichici, autori di reato, alle quali vengono applicate le Misure di sicurezza detentiva del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario e l’assegnazione a Casa di cura, provenienti dalla vicina Umbria e dallo Stato di San Marino, entrambe deficitarie di strutture idonee. Questi ultimi accordi interregionali sono stati raggiunti a seguito di numerosi dibattiti e confronti, tra le varie Istituzioni pubbliche e i Dirigenti funzionari dell’Agenzia Regionale Sanitaria, oltre che dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) della Regione Marche. Attualmente la REMS “Casa Badesse” ospita 24 persone (21 uomini e 3 donne), trasferite dalla precedente sede, la REMS provvisoria “Casa Gemelle” di Montegrimano Terme. Data la necessità di diversificare i livelli assistenziali e nell’ottica di orientare l’utente della REMS in percorsi di cura appropriati, a seconda della pena e dello stato della pericolosità sociale, la Responsabile dell’Ufficio funzioni giuridico-amministrative della REMS “Casa Badesse” ha riferito che sono in corso trattative volte all’instaurazione di rapporti di collaborazione tra la REMS e l’ASUR Marche.

*Poi, d'improvviso, mi sciolse le mani  
e le mie braccia divennero ali,  
quando mi chiese: "Conosci l'estate?"  
io, per un giorno, per un momento,  
corsi a vedere il colore del vento.  
(Il sogno di Maria), Fabrizio De Andrè*

### **3. Il sistema della Regione Liguria**

Dallo studio *"Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari"* (2015) emerge che nelle strutture detentive liguri, il 60,7% (N=965) dei detenuti è risultato affetto da disturbi psichici contro una prevalenza nazionale, registrata nello studio, pari al 41,3%. Questa discrepanza è in larga parte attribuibile alla differente prevalenza, registrata nei detenuti delle 7 strutture penitenziarie liguri, dei disturbi legati all'abuso e/o dipendenza da sostanze. Infatti, in Liguria il 38,2% (N=607) dei detenuti inclusi nello studio ha manifestato disturbi legati all'abuso e/o alla dipendenza da sostanze stupefacenti contro un dato nazionale pari al 23,6%. Questa classe di disturbi rappresenta il 51,2% di tutti i disturbi psichici registrati nella popolazione detenuta ligure. A seguire, le classi di disturbi maggiormente rappresentate sono: i disturbi nevrotici e reazioni di adattamento registrati nel 21,1% della popolazione (N=335) e i disturbi mentali alcool- correlati registrati nel 12,9% della popolazione (N=205).

Alla grande prevalenza di disturbi psichici, consegue un forte utilizzo di farmaci associati alla diagnosi di disturbo psichico. In particolare, i farmaci più utilizzati sono risultati: gli ansiolitici rappresentanti il 34,7% di tutti i farmaci psichiatrici utilizzati nella popolazione in studio, i farmaci antidepressivi (21,7%), i farmaci antipsicotici (13,4%) e i farmaci ipnotici e sedativi (13,3%).

Gli interventi sono di tipo diagnostico, terapeutico e riabilitativo e vengono assicurati dai Dipartimenti di Salute Mentale della A.S.L. territorialmente competente. L'organizzazione dell'assistenza psichiatrica negli istituti di pena necessita di revisione e rafforzamento sulla base di elementi epidemiologici, sanitari e legislativi che convergono nel determinare l'incremento della sofferenza psichica in ambito carcerario. L'incremento dei disturbi psichici all'interno della popolazione generale, trend evidente a livello mondiale e peculiarmente connotato per quanto riguarda l'esplosione epidemiologica dei disturbi di personalità, che risultano colpire con particolare frequenza le persone in restrizione della libertà individuale.

La chiusura degli O.P.G. con l'attivazione delle R.E.M.S. che, per quanto connotata da positive caratteristiche etiche e cliniche, risente del mancato allineamento tra esigenze di tipo sanitario e di tipo custodiale. In maniera progressiva gli istituti di pena tradizionali vengono investiti della detenzione di individui con problematiche psichiche evidenti (tuttavia non così chiaramente connotata da definire situazioni di incompatibilità con la carcerazione stessa, se non per quanto riguarda la tradizionale detenzione in ordinaria sezione di pena).

La riduzione delle risorse di cura e delle potenzialità dei servizi psichiatrici territoriali, per quanto riguarda le risorse di personale, riabilitative o di tipo residenziale/semiresidenziale, crea difficoltà nella gestione di pazienti anche gravi, che esprimono il loro malessere/disagio con alterazioni di comportamento, che costituiscono atti-reato di competenza della Magistratura e, di conseguenza, sanzionati con la perdita della libertà anche per lunghi periodi.

In Liguria attualmente sono presenti due REMS, una situata a Genova l'altra in provincia di La Spezia.

#### *REMS DI GENOVA PRA'*

La Regione Liguria ha approvato il programma per la realizzazione della Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, nell'ambito del processo di superamento degli OPG (con DGR 364/2013)<sup>169</sup> e per la realizzazione degli interventi assistenziali (con DGR 1447/2013). In data 8 febbraio 2017 è stata inaugurata la REMS di Genova Prà con funzione integrata nella rete regionale dei Servizi di assistenza psichiatrica, che fa capo ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze, nell'ambito del «sistema regionale integrato per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale» (DGR 364/2012).

La configurazione della rete definisce un sistema in cui il DSMD competente, mediante i necessari strumenti di comunicazione, coordinamento, condivisione delle valutazioni e monitoraggio dei percorsi, garantisce la continuità assistenziale nei diversi contesti di pena e di cura in cui si trovano gli assistiti. Per favorire l'interazione strutturata tra il Servizio Sanitario e il Sistema Giudiziario, è stata istituita in ciascun DSMD un'Unità funzionale di Psichiatria Forense (UPF) che costituisce l'interfaccia tra i due sistemi. La Direzione Sanitaria coordina l'organizzazione e il lavoro delle varie professionalità presenti a Villa Caterina in qualità di Responsabile Clinico. Nella struttura, oltre ai medici, operano due psicologi, di cui uno con la funzione di Direttore di Comunità, dodici infermieri, sei OSS, un educatore e un assistente Sociale. All'équipe della REMS si affiancano saltuariamente tecnici esterni per la realizzazione di attività che richiedono una professionalità specifica. Per ogni ospite inviato dalla Magistratura, con la collaborazione della UPF, è attivato un PTRI. Ogni paziente è seguito da una mini-équipe di tre Operatori con ruoli e funzioni diverse, in modo da adattare la cura alle esigenze e alle condizioni dell'utente. L'équipe della REMS compila, quotidianamente, un diario con informazioni relative ai progressi e alle esigenze dell'ospite. Al fine di monitorare e verificare l'efficacia del PTRI, è prevista – a cadenza settimanale – una riunione d'équipe e – a cadenza semestrale – la stesura di una dettagliata relazione clinica di ogni paziente, da inviare alle Autorità competenti (unitamente alla cartella clinica), quale testimonianza del percorso individuale dell'assistito all'interno della REMS.

La REMS di Genova Prà è stata aperta in evidente ritardo rispetto ad altre Regioni italiane. Con l'entrata in funzione della struttura, non solo si è riusciti a rispettare il principio della territorialità per gli autori di reato liguri affetti da malattia mentale che erano provvisoriamente ospitati in altre REMS, prevedendo il loro rientro nella propria regione di appartenenza, ma si è anche data risposta all'esigenza di diminuire la presenza di persone non lombarde nel sistema poli-modulare di Castiglione delle Stiviere.

La struttura, controllata dal "Gruppo Fides" è dotata di 20 posti letto. Villa Caterina si trova a Prà, uno dei quartieri più verdi di Genova, con una posizione collinare privilegiata, che costituisce indubbiamente un fattore importante per il percorso terapeutico-riabilitativo dei soggetti, anche perché di fronte alla villa, poco distante, si trova il mare, senza la presenza di recinzioni, vetrate, muri che possano impedirne la vista. L'intera struttura è stata infatti progettata per regalare un senso di libertà alla persona: grandi spazi aperti, ambienti open-space, grandi vetrate che aprono la vista verso il paesaggio e donano

relax agli utenti, che non si sentono soffocati e chiusi. La sala comune principale si trova al piano terra e su di essa si affacciano le camere e gli spazi comuni, divenendo così un luogo di incontro e di condivisione tra gli utenti della REMS ligure. L'edificio è nuovo e moderno, inaugurato nel 2013, e gode di camere singole o doppie dotate di ogni comfort, di locali studiati specificatamente per ospitare in totale sicurezza gli assistiti, come una sala da pranzo, una sala ricreativa con TV e stereo, utilizzabile anche per attività motorie, e una biblioteca. Le attività ludiche e sociali sono un fattore determinante del programma di cura del "Gruppo Fides" che gestisce Villa Caterina, perché sono parte integrante della vita di comunità e, coinvolgendo la persona, aiutano il suo reinserimento sociale successivo. Esempi di attività riabilitative presenti nella REMS ligure sono il gruppo espressivo condotto da una psicologa, diverse attività video, il gruppo di attività motoria, il gruppo di calcio e il laboratorio di lettura-scrittura. L'ampio spazio verde di cui Villa Caterina gode facilita le attività ludico-ricreative, durante le quali gli assistiti sono costantemente seguiti dagli educatori e dai tecnici esterni. Sono disponibili anche attività riabilitative esterne, come le borse lavoro, dopo che gli utenti hanno ottenuto i permessi dalla Magistratura: questo è reso possibile grazie al fatto che il "Gruppo Fides" ha stipulato un ampio numero di convenzioni con agenzie sociali e cooperative specializzate sul territorio della città di Genova. In questo modo viene facilitato il reinserimento sociale dell'autore di reato affetto da malattia mentale, riducendo la possibilità di episodi involutivi e verificando sul campo, con i datori di lavoro, i progressi raggiunti dagli ospiti della REMS di Prà.

#### *REMS DI CALICE AL CORNOVIGLIO*

La R.E.M.S. (Residenza per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza) inaugurata il 9 giugno 2022, in località Santa Maria Le Cassorane di Calice al Cornoviglio (SP), è la prima in Italia che ospiterà pazienti provenienti da altre Regioni sottoposti a misure detentive perché socialmente pericolosi e incapaci di intendere e volere nel momento della commissione del reato; la seconda in Liguria, dopo quella di Genova Prà destinata all'accoglienza dei soggetti liguri, colpiti da misura di sicurezza detentiva.

È una struttura residenziale, nata dall'inedita collaborazione tra il Ministero di Giustizia e il Ministero della Salute, con funzioni terapeutico-riabilitative a permanenza transitoria (il periodo di degenza ha un limite temporale) ed eccezionale, a numero chiuso, senza la presenza di Polizia penitenziaria, che sostituisce l'esecuzione delle misure di sicurezza negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia, chiuse



definitivamente dal 1 aprile 2015, come previsto dall'art. 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 – convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9 – relativo a interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri.

Verrà gestita dal Dipartimento di Salute mentale e dipendenze di ASL5 attraverso una convenzione con due cooperative di Lanciano, in provincia di Chieti, che si sono costituite ad hoc e aggiudicate un appalto regionale che prevede anche il comodato d'uso, rinnovabile nel tempo, dell'immobile e di tutto l'arredamento e la strumentazione con i quali è stata allestita la struttura.

Usufruirà fino al 2024 di 2,6 milioni di euro all'anno e ospiterà 20 detenuti che saranno seguiti da 18 infermieri turnisti, 8 oss, 4 riabilitatori psichiatrici, 4 ausiliari e uno psicologo, oltre ad educatori ed assistenti sociali. A questo staff si aggiungeranno 4 psichiatri che saranno presenti in struttura 12 ore al giorno e reperibili di notte, a cui si affiancherà uno psichiatra Asl, di raccordo tra la struttura e l'azienda, che garantirà 18 ore a settimana e avrà funzione di direttore sanitario.

Inoltre, preliminarmente, è stato elaborato un protocollo di sicurezza tra ASL, Regione Liguria e Prefettura di Spezia (in ottemperanza all'art. 32 del decreto legge n. 17 del 1 marzo 2022 convertito con legge 27 aprile 2022 n. 34) che ha individuato le modalità di intervento in caso di necessità per garantire la massima sicurezza per gli ospiti, gli operatori e il territorio, tenuto conto anche della particolarità del sito ove è ubicato il complesso.

La REMS di Calice, oltre ad un sistema di videosorveglianza e antintrusione interno e esterno, ha a disposizione, sulle 24 ore, di un servizio di Guardie Giurate Particolari, dell'attento monitoraggio delle Forze di Polizia territorialmente competenti e dell'attuazione di un collegamento di emergenza fra la centrale operativa del servizio di vigilanza interno alla REMS ed il 112.

*“La creatività è un tentativo di risolvere un conflitto  
generato da pulsioni istintive biologiche non scaricate,  
perciò i desideri insoddisfatti sono la forza motrice della fantasia  
ed alimentano i sogni notturni e quelli a occhi aperti”*

Sigmund Freud

## **4. Servizi di Psichiatria forense in Europa**

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e la loro rimodulazione in Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), secondo la L. 81/2014, ha reso l'Italia il primo e, al momento, l'unico Paese al mondo ad abbandonare un modello ospedaliero di assistenza psichiatrica forense a favore di unità residenziali di sicurezza all'interno della comunità. Lo sviluppo delle REMS ha tratto ispirazione dall'esperienza dei Servizi di Salute Mentale di Comunità, espressione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e frutto dell'epocale evoluzione della psichiatria italiana conseguente alla spinta ideologica e al patrimonio culturale del movimento di de-istituzionalizzazione, guidato alla fine degli anni '60 da Franco Basaglia. A seguito della chiusura degli OPG con Legge dello stato e al progressivo anche se difforme adeguarsi dei Sistemi Sanitari Regionali (SSR), le REMS sono state identificate – e subito sviluppate – per essere un Servizio innovativo erogato interamente dal Sistema Sanitario Nazionale (SSN) piuttosto che dal Ministero della Giustizia, così da enfatizzare la loro prevalente mission attorno al tema della cura, piuttosto che al “contenimento” dei soggetti autori di reato affetti da disturbi mentali. Un modello di gestione di quelli che, da ora in poi, chiameremo Servizi di Psichiatria Forense (SPF): questo modello non ha precedenti o analogie a livello internazionale, sia a livello di innovazione organizzativa che di riferimento teorico. Nella quasi totalità dei Paesi, infatti, permane la centralità dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, inteso sia come luogo di detenzione, che – ove possibile – di terapia e riabilitazione degli autori di reato affetti da disturbi mentali; in più, quasi ovunque l'amministrazione cautelativa e sanitaria di questa popolazione viene demandata “alternativamente” ai servizi sanitari pubblici o alle strutture detentive generali, a seconda

delle differenti organizzazioni legislative nazionali. L'approccio che abbiamo voluto dare a questa trattazione è volto, pertanto, a una disamina il più possibile dettagliata e realistica del panorama mondiale in tema di gestione dei servizi di psichiatria forense, evidenziandone peculiarità e differenze con il “nuovo” modello organizzativo italiano basato sulle REMS.

#### **4.1 Le differenze tra le caratteristiche legali e il concetto di criminalità legale in Europa**

L'Europa si presenta oggi come uno scenario estremamente variegato rispetto alla gestione dei Servizi di psichiatria forense nonostante i differenti tentativi, da parte degli Stati appartenenti all'Unione Europea e delle nazioni esterne a tale area geografica, di collaborare a una visione comune dell'approccio alla salute mentale in ambito forense nel continente. Oltre a fattori culturali, etnici e politici, le differenze tra i Servizi possono essere attribuite, senza dubbio, alla presenza di diverse tradizioni legali nei Paesi europei: il Diritto Civile (Civil Law) di matrice romano-germanica nella maggioranza degli stati occidentali continentali, il Diritto Comune (Common Law) nei Paesi anglofoni e la “tradizione” sovietica nelle nazioni orientali nate dalla disgregazione dell'URSS. A ognuna delle diverse tradizioni giurisdizionali, infatti, corrisponde un diverso concetto di “responsabilità criminale” in relazione alla presenza o meno di una malattia mentale nel trasgressore e, quindi, di una possibilità di gestione di questi soggetti autori di reato in strutture differenti, progettate a scopo detentivo puro o riabilitativo-terapeutico. Infatti, nella tradizione legale civile dell'Europa continentale vi è una forte enfasi sulla riduzione della responsabilità criminale e sull'imputabilità del soggetto affetto da “vizio di mente” rispetto alla Gran Bretagna, dove – tranne per le accuse di omicidio – la questione è marginale. La responsabilità derivante da un'eziologia mentale attribuibile al crimine è, tuttavia, principalmente una questione etica, sebbene il medico o l'operatore della salute mentale individuato per la consulenza possa consigliare il Tribunale su come il disturbo mentale (se presente) possa aver compromesso cognizione, percezione, affettività e giudizio del soggetto durante l'esecuzione del reato. Nei Paesi che seguono il Civil Law, la presenza di una malattia mentale invalidante può determinare anche la completa assenza di responsabilità criminale o, almeno – nella maggior parte dei casi – una riduzione della imputabilità dell'autore del reato. Invece, la prospettiva tipica dei Paesi del Common Law (Gran Bretagna, Irlanda, nonché dei Paesi scandinavi è quella pragmatica, che si concentra sul fatto che l'autore del reato è affetto da un disturbo

psichiatrico invalidante e necessita di cure, piuttosto che sulla sua responsabilità rispetto al reato. In questo caso il soggetto è imputabile, ma la pena viene intesa in un'accezione terapeutica per il soggetto stesso e di protezione nei confronti della comunità.

Nei Paesi Bassi, che seguono un modello legislativo a metà tra i due sistemi citati, esiste un procedimento legale noto come “Terbeschikkingstelling” o “TBR”, in base al quale alcuni autori di reato (che soffrono in genere di grave disturbo della personalità), essendo considerati fortemente pericolosi per la società e valutati per una ridotta responsabilità criminale riguardo ai loro atti, vengono condannati alla pena combinata con misure detentive e terapeutico-riabilitative (soprattutto di psicoterapia, praticata largamente negli ospedali olandesi).

Per quanto riguarda invece i Paesi dell'Europa orientale (in particolare gli stati dell'ex-URSS), la cui tradizione legale si rifà all'ideologia sovietica, vi è sempre la possibilità di riduzione dell'imputabilità del soggetto criminale affetto da disturbo mentale, ma questo deve essere sottoposto – nell'ottica di una protezione del resto della comunità – a reclusione in strutture giudiziarie specifiche: queste ultime, sul piano teorico, hanno una funzione di cura e riabilitazione, ma in pratica si configurano, nella maggior parte dei casi, come istituti detentivi di stampo semi-manicomiale.

In generale, quindi, nella maggior parte degli stati europei è prevista la riduzione della responsabilità criminale del soggetto autore di reato affetto da vizio di mente grave (schizofrenia e psicosi organiche, disabilità intellettiva). La diversità giurisdizionale tra le nazioni europee è invece ampiamente visibile rispetto all'imputabilità dei trasgressori affetti da patologie ritenute tradizionalmente “meno invalidanti”, come disturbi affettivi, disturbi di personalità, abuso di sostanze e parafilie. In diversi stati gli autori di reato affetti da queste patologie non ricevono una riduzione dell'imputabilità giuridica e vengono perciò detenuti nelle carceri e nelle prigioni generali, dal momento che non sempre queste condizioni arrivano a compromettere la capacità di giudizio, cognizione e percezione a tal punto da escludere la volontà del soggetto a commettere reato.

Per quanto riguarda infine gli autori di reati sessuali, sebbene la maggior parte di questi soggetti siano condannati al carcere, costoro presentano – spesso in comorbilità – disturbi di personalità, disregolazione affettiva, abuso di sostanze, disturbi organici e parafilie. In Europa, la Danimarca ha probabilmente la tradizione più consolidata nel trattamento degli autori di reati sessuali, utilizzando una combinazione di risposte derivanti da approcci

biologici e psicoterapici. Programmi efficaci di trattamento degli autori di reato sessuale sono impiegati anche altrove in Europa: tra gli altri in Francia e in Belgio e sono in corso progetti transnazionali su autori di reati sessuali da sviluppare in vari Paesi d'Europa.

## **4.2 Tipologie di strutture psichiatriche forensi disponibili in Europa**

In Europa i detenuti autori di reato affetti da disturbi mentali possono essere ospitati in differenti Istituti, che sono stati creati sia a scopo di cura (come ospedali forensi, ospedali psichiatrici generali, meno comunemente in reparti psichiatrici negli ospedali distrettuali generali) o a scopo di detenzione (come carceri e prigioni di stato generali). I modelli di assistenza predisposti per questi soggetti coinvolgono, in quasi tutte le nazioni europee, un sistema integrato e parallelo, in cui i pazienti autori di reato possono essere trasferiti da Unità Forensi (OPG o unità intra-carcerarie) a Unità degenziali di Psichiatria “generale” o di Cure Ambulatoriali forensi, dopo la dimissione da strutture ad “alta sicurezza” a scopo detentivo. Inoltre, in alcuni Stati membri dell'UE i pazienti aggressivi, violenti o caratterizzati da “alto rischio” e disturbo mentale che non hanno però commesso reati possono anche essere ammessi nelle strutture forensi, data la loro difficile gestione nei Servizi di salute mentale “generale” e la conseguente necessità di tutela dell'individuo stesso e di chi si muove nel contesto dove costui è collocato. Una vasta gamma di strutture psichiatriche forensi è disponibile in gran parte dell'Europa occidentale, di solito organizzate:

- secondo diversi livelli di sicurezza (basso, intermedio e alto);
- a seconda della gravità clinica dell'autore di reato con malattia mentale;
- a seconda dei suoi livelli di impulsività e aggressività.

Nell'Europa orientale, sono disponibili Unità forensi ad alta e media sicurezza in Russia, mentre in Polonia e in Bulgaria sono state recentemente create Unità ad alta sicurezza all'interno di ospedali psichiatrici generali, ma la psichiatria di tradizione forense risulta ancora molto limitata negli altri Paesi dell'ex-blocco sovietico. In gran parte dell'Europa occidentale, invece, grazie alla deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici generali avvenuta negli ultimi 30 anni, si riscontra quasi ovunque una tendenza verso un certo grado di limitazione (fino alla chiusura) delle strutture ad alta sicurezza, a favore di ospedali giudiziari a livelli più bassi di sicurezza, definibili a scopo riabilitativo e con una gestione ambulatoriale spesso integrata ai Servizi di Comunità: ciò al fine di permettere

una maggiore reintegrazione sociale dell'autore di reato affetto da malattia mentale. Successivamente una descrizione dettagliata di alcuni modelli forensi presenti in Europa.

### **4.3 Servizi di Psichiatria Forense nel Regno Unito (UK)**

Il Regno Unito è dotato di un apparato di strutture gerarchizzate riferibili ai Servizi di Psichiatria Forense, strettamente monitorato nell'attività dal Ministero della Sanità. Esso costituisce un esempio importante, da cui molti Paesi europei e nel mondo si sono ispirati (in particolare le nazioni appartenenti al Commonwealth). Per quanto riguarda tali strutture, esistono due livelli principali di sicurezza negli ospedali forensi ai quali possono essere riferiti sia gli autori di reato "sotto accusa", sia i già condannati: si tratta dell'alta e della media sicurezza. Esistono poi anche strutture a basso livello di sicurezza, ma pochissimi detenuti vengono inviati a questi istituti dai centri penitenziari o dai tribunali. Oggigiorno nel Regno Unito sono presenti quasi 4500 posti letto in Servizi Forensi di "alta" e "media" sicurezza. Tutti i posti letto collocati nelle strutture ad alta sicurezza sono forniti dal National Health Service (NHS), dipendente dal Ministero della Sanità inglese: esistono tre istituti di questo tipo (gli ospedali di Ashworth, Broadmoor e Rampton) con circa 800 posti letto in totale definibili come ad alta sicurezza. Gli ospedali citati derivano, storicamente, dai "criminal lunatic asylums" costruiti durante la fine dell'epoca vittoriana, con il puro scopo di detenzione dei criminali con "problemi" mentali ma, nel tempo, si sono evoluti in ospedali ad alta sicurezza a scopo curativo e riabilitativo. I posti letto nelle strutture ad alta sicurezza sono progettati per pazienti detenuti ai sensi del Mental Health Act (deliberato nel 1983) che «rappresentano un pericolo grave e imminente per la società». Tuttavia, un rapporto edito nel 2000 ha sottolineato come una buona percentuale dei pazienti negli ospedali ad alta sicurezza non avessero affatto bisogno di quel livello di controllo: di conseguenza, intorno al 2004, i posti letto in queste strutture sono stati ridotti in favore di un clima di progressiva deistituzionalizzazione e di possibilità di invio verso strutture a media sicurezza<sup>24</sup>. I posti letto delle strutture "a sicurezza intermedia" sono forniti sia dal NHS che dal settore privato (il secondo fornisce circa il 35% dei letti nella categoria di media sicurezza): sono a disposizione circa 3500 posti letto in totale per le diverse aree del Paese. Questi luoghi sono destinati sempre a pazienti detenuti ai sensi del Mental Health Act del 1983 e che «rappresentano un grave pericolo per la società». I posti letto delle strutture a bassa sicurezza sono forniti dall'NHS e dal settore privato per pazienti – detenuti ai sensi del Mental Health Act del 1983 – che rappresentano «un pericolo significativo per se stessi

o per gli altri». Normalmente, i detenuti con malattia mentale vengono trasferiti in istituti a bassa sicurezza dopo un periodo in strutture a media sicurezza. Tuttavia, non esistono norme definite su cosa costituisca o meno un trattamento a bassa sicurezza e alcuni Servizi di questo genere non si distinguono dalle residenze riabilitative standard per «persone con malattie mentali in fase di recupero» che appartengono ai Servizi di Salute Mentale “generalisti”. La durata massima del soggiorno consigliata in un ambiente a bassa sicurezza è di circa 8 settimane, prima di favorire il progressivo reinserimento nella società dei detenuti con queste caratteristiche. I posti letto in strutture a bassa sicurezza sono programmati principalmente per quegli autori di reato per cui è stato predisposto un progetto riabilitativo di reintegrazione direttamente nella comunità fin dai primi momenti della detenzione a causa dello scarso pericolo sociale e della bassa gravità del disturbo mentale presentato. I Servizi Forensi del NHS comprendono anche un servizio “speciale” di recente istituzione, denominato WEMSS (Women’s Enhanced Medium Secure Services): si tratta, cioè, di un insieme di strutture a media sicurezza per le detenute, disponibile a Londra, nel Leicestershire e nel Nord-Ovest dell’Inghilterra. La più grande di queste strutture è “The Orchard” – un’unità da 60 posti letto a Ealing – che offre 45 posti letto per detenute e 15 letti di media sicurezza per entrambi i sessi. I WEMSS sono progettati specificatamente per le donne che necessitano di maggiori livelli di intervento e di trattamento in un ambiente di media sicurezza e per le quali gli attuali servizi di media sicurezza non risultano appropriati: esempi particolari di tale impiego sono le donne che commettono crimini in corso di patologie psichiatriche nel periodo del peri-partum (ex-infanticidi) o che necessitano di una comunità terapeutica mamma-bambino mentre scontano la pena. In caso di necessità, le pazienti ospitate nelle WEMSS possono essere trasferite alle Unità di alta e bassa sicurezza e alle Unità di terapia intensiva psichiatrica. Il servizio “The Orchard” si basa su un modello di assistenza per il trattamento delle donne da attuare in un ambiente il più restrittivo possibile e con particolare attenzione alla pianificazione dinamica dell’assistenza, nonché all’impegno attivo della detenuta nella sua riabilitazione. Questo approccio sembra collocarsi nel mondo come un esempio da considerare all’avanguardia nella gestione dei Servizi di Psichiatria Forense e la sua importanza come modello per i servizi di salute mentale forensi di altre nazioni appare evidente.

Sempre nell’ambito di una organizzazione innovativa e in continua evoluzione, nel primo decennio del 2000 il governo inglese ha istituito un programma specifico di psichiatria

forense rivolto a detenuti con gravi disturbi della personalità e a elevato potenziale dannoso per la società, denominato “Dangerous and Severe Personality Disorder Programme” (DSPD programme). Questo progetto è stato approvato con l’intento di andare a identificare i soggetti, affetti da disturbo di personalità, che possano costituire un effettivo pericolo per la società, nonostante questi disturbi siano considerati come “non gravi” nel campo forense. Il programma permette ai detenuti con tratti caratteriali disfunzionali e a elevata pericolosità l’accesso in strutture non semplicemente detentive, ma anche terapeutico-riabilitative, al fine di ridurre effettivamente il rischio di agiti auto/eterolesivi una volta scontata la pena.

#### **4.4 Servizi di Psichiatria Forense in Germania**

I detenuti con disturbi mentali in Germania sono soggetti a norme di legge speciali che possono essere ricondotte a una Legge (del 1933) sulla «detenzione e la riabilitazione degli autori di reato abituali e pericolosi per la società» (“Gefährliche Gewohnheitstäter und ihr Haft- und Rehabilitationsgesetz”). A parte piccole modifiche (più recentemente nel 2007), queste misure hanno continuato a rimanere in vigore nel tempo. In Germania non esistono quindi programmi “speciali” di diversione per autori di reato affetti da malattia mentale: in base al concetto di assenza o riduzione dell’imputabilità di un autore di reato con vizio di mente del Diritto Civile tedesco, chi è stato giudicato inadatto al processo o non criminalmente responsabile – e che non è considerato pericoloso per la società – viene ricoverato in Istituti Psichiatrici di tipo clinico “generale”. Chi sia stato giudicato inadatto al processo o dichiarato non penalmente responsabile o condannato con ridotta imputabilità per vizio di mente – e risulti di pericolo per la società – viene detenuto in OPG speciali (art. 63 del Codice Penale tedesco). Gli OPG tedeschi sono organizzati su una media di 250/350 posti letto, ma i detenuti possono anche essere ospitati in più piccole Unità Psichiatriche forensi all’interno di un Ospedale Psichiatrico generale. Diversi OPG tedeschi, al fine di aumentare gli standard di erogazione del servizio, hanno favorito la formazione di gruppi omogenei di pazienti, consentendo lo sviluppo di reparti specializzati all’interno della struttura. Per esempio, l’Ospedale Psichiatrico Forense di Haina (Hessen) include reparti specifici a diversa intensità di cure e livello di sicurezza, divisi per pazienti psicopatici, con discontrollo degli impulsi, disturbi di personalità, psicosi acute e croniche, autori di reati sessuali, pazienti con danni cerebrali o ritardo mentale e tossicodipendenti. Non esistono Tribunali dedicati per la salute mentale in Germania ed è compito dei Tribunali penali comuni attuare le norme



giuridiche previste dal Codice Penale che si applicano agli autori di reato con disturbo mentale: a tale scopo, il Pubblico Ministero nomina periti esperti per esaminare la condizione clinica dell'imputato in cui si sospetti un vizio di mente. Nel caso di necessità di ricovero in un Ospedale Psichiatrico Forense, periti esperti nei campi della psichiatria e della psicologia vengono richiesti di parere dai Tribunali in merito alla responsabilità penale dell'autore, alla relazione tra reato e disturbo mentale, alla durata del disturbo mentale e, nel senso della prognosi, sul grado di probabilità e la natura dei futuri reati. I detenuti con sindromi correlate all'uso di sostanze psicotrope (tossicodipendenti e alcolisti) e prospettive terapeutiche sufficientemente concretizzabili vengono invece detenuti in specifici Centri di Disintossicazione all'interno degli Ospedali Psichiatrici Forensi (art. 64 del Codice Penale tedesco): in questi casi i periti sono interrogati in merito alla diagnosi di sindrome da dipendenza, la relazione tra reato e la tendenza a consumare sostanze psicotrope, nonché sulle possibilità di recupero e di riabilitazione del detenuto tossicodipendente. Il trattamento e l'assistenza ai pazienti collocati in Istituti Psichiatrici Forensi sono regolati, in Germania, da una legislazione che differisce tra i vari stati federali (Länder): mentre la detenzione in Ospedale Psichiatrico è stabilita per un periodo di tempo indefinito (anche se vi sono procedure giudiziarie annuali per verificare la necessità di ulteriori periodi di detenzione rispetto alla gravità clinica e alla pericolosità sociale), quella dei tossicodipendenti è limitata a una durata massima di 2 anni. Tutti gli altri detenuti con disturbo mentale dichiarati responsabili/imputabili penalmente nonostante le loro condizioni, possono essere incarcerati nei Servizi Penitenziari "generalisti", a meno che il Tribunale non imponga sanzioni più lievi come un'ammenda. I principi giuridici sopra descritti sono stati rivisti e recentemente codificati (2007) nel contesto di una riforma onnicomprensiva ("Gesetz zur Reform der Führungsaufsicht und zur Änderung der Vorschriften über die nachträgliche Sicherungsverwahrung") allo scopo di aumentare la sicurezza pubblica e di fornire un monitoraggio più rigoroso dei detenuti, una volta liberati. Grazie a questa riforma, il sottogruppo degli autori di reato con malattia mentale che possono essere posti in libertà vigilata è stato notevolmente ampliato, con periodi di supervisione e di follow-up molto più lunghi da parte dei Tribunali e di un Ufficiale pubblico addetto alla libertà vigilata. Recentemente incluso nell'elenco dei possibili requisiti per la libertà condizionale è l'obbligo di sottoporsi a trattamento, il cosiddetto "ordine terapeutico": oggi i Tribunali tedeschi possono "ordinare" al detenuto di aderire a cure psichiatriche, psicoterapiche o socio-terapeutiche costringendolo a "presentarsi" in orari o intervalli regolari presso l'ufficio di un medico

o di uno psicoterapeuta. Dall'ultima revisione di legge, un ex-paziente forense può essere punito per non aver ottemperato a tale "ordine", poiché l'inosservanza è una violazione delle condizioni di libertà vigilata. Grazie alla riforma del 2007 sono stati anche istituiti i Centri Ambulatoriali Forensi (Forensische Ambulanz), responsabili della cura e del trattamento dei detenuti dimessi dagli OPG, con una funzione simile a quella della libertà vigilata. Inoltre, sempre dal 2007, i Tribunali possono imporre al detenuto tossicodipendente di non bere bevande alcoliche o di non consumare altre sostanze psicoattive se potenzialmente in grado di aumentare il rischio di commettere un reato. L'astinenza può essere monitorata con strumenti specifici (etilometro, ecc.) dai funzionari della libertà vigilata, ma non sono consentite procedure fisicamente invasive come gli esami del sangue.

#### **4.5 Servizi di Psichiatria Forense nei Paesi Scandinavi**

I diversi Stati della Scandinavia presentano numerose similitudini nella gestione dei Servizi Forensi di salute mentale, dal momento che seguono una tradizione giurisdizionale storicamente condivisa, sebbene ciascuno mantenga le proprie peculiarità. Tra gli altri Paesi, in Danimarca la psichiatria forense non è una specialità medica riconosciuta e non esiste, pertanto, un'organizzazione specialistica di tipo forense indipendente. Il Consiglio Medico-Legale ("Retslægerådet") è un Ente consulenziale medico – consultivo e indipendente – che viene interpellato in tutti i casi in cui la valutazione psichiatrico-forense concluda che l'imputato è malato di mente e venga suggerito un provvedimento speciale. Alcune valutazioni forensi vengono effettuate anche negli Ospedali Psichiatrici "generali" danesi quando l'autore di reato si trova in cura presso queste strutture. La valutazione psichiatrico-forense viene richiesta nel caso in cui l'autore di reato:

1. sia sospettato di soffrire di una grave malattia mentale;
2. indipendentemente dalla sua storia psichiatrica, abbia commesso un reato grave;
3. abbia meno di 18 anni o più di 60 anni.

Secondo la sezione 16 del Codice Penale danese, se la valutazione psichiatrico-forense conclude che un imputato soffre di grave malattia mentale o presenta ritardo mentale – e il Tribunale concorda con questa conclusione – costui non sarà condannato per il crimine commesso: la corte può, tuttavia, predisporre un provvedimento speciale per prevenire

reati futuri. Questo provvedimento, in casi gravi, può comportare il “collocamento” (anbringelse) su base ospedaliera in un Reparto/Ospedale Psichiatrico “generale” o in un’Unità di massima sicurezza. In tali casi, il Tribunale decide quali condizioni di sicurezza debbano essere fornite all’autore di reato in Ospedale e in quale momento il collocamento possa essere sospeso. Senza tali restrizioni giudiziarie, il personale medico può decidere le condizioni temporali e cliniche necessarie alla sua dimissione o se l’autore di reato deve ricevere un trattamento psichiatrico su base ospedaliera o ambulatoriale. Di solito in Danimarca i detenuti con vizio di mente non grave (di solito i pazienti non psicotici, compresi i soggetti affetti da disturbi di personalità) possono essere condannati alla pena detentiva nelle carceri generali (sentenze ordinarie), senza necessità di trattamento, dato che secondo il loro ordinamento giurisdizionale non esiste, per questi soggetti, una riduzione dell’imputabilità. In alcuni casi, i pazienti con patologie psichiatriche non gravi possono però venire collocati in un Istituto di Detenzione speciale (Unità di massima sicurezza), se considerati pericolosi per la società.

La Psichiatria Forense, in Norvegia, non è strutturata all’interno di un’organizzazione indipendente specializzata e non esiste alcuna sotto-specialità forense, né per psichiatri né per psicologi clinici. Un’autorità nazionale di controllo, la Commissione di Medicina Legale, nella sua sotto-sezione psichiatrica (Den rettsmedisinske kommisjon), svolge una funzione di standardizzazione e di controllo per l’esecuzione di esami psichiatrico-forensi. Non ci sono cliniche specializzate per l’esecuzione di valutazioni forensi richieste dal Tribunale che devono essere eseguite, secondo la legge norvegese, da due specialisti in psichiatria o da uno specialista in psicologia clinica e da uno psichiatra, nominati direttamente dalla Corte. In Norvegia viene di solito richiesta una valutazione psichiatrico-forense nei casi in cui vi sia il sospetto che l’imputato sia stato malato – o stia soffrendo – di psicosi in forma acuta o sia stato “influenzato” nei suoi atti da una malattia mentale in modo tale da mostrare una scarsa valutazione delle proprie azioni. Allo stesso modo, la valutazione può essere richiesta se l’atto criminale è stato di natura particolarmente grave (omicidio, tentato omicidio, stupro, incendio doloso, ecc.), ma ciò solo a discrezione del Tribunale. Secondo la nuova sezione del Codice Penale norvegese (introdotta nel 2002), le persone considerate psicotiche, senza coscienza di malattia o con grave ritardo mentale (QI<55 alla scala WAIS) non possono essere considerate imputabili e condannate al carcere. L’autore di reato con disturbo mentale grave o ritardo mentale, quindi, viene di solito trasferito alle cure psichiatriche obbligatorie in Reparti di

psichiatria negli ospedali generali o, in caso di rilevante pericolo per la società, in Unità di massima sicurezza specialistiche simili agli Ospedali Giudiziari. In caso di stato di coscienza limitato a causa di intossicazione auto-inflitta o in caso di vizio di mente non grave che abbia comportato una ridotta capacità di valutazione degli atti compiuti, non viene esclusa automaticamente la responsabilità criminale del soggetto ma, come avviene nei Paesi che seguono il Diritto Civile, il criminale può ottenere una riduzione dell'imputabilità e una pena ridotta nelle carceri generali. Qualora l'autore di reato, nonostante la presenza di una malattia psichiatrica di qualunque gravità, sia ritenuto responsabile delle sue azioni al momento dell'atto, può essere comunque condannato alla detenzione nelle carceri generali, soprattutto se il Tribunale ritiene che l'atto sia stato particolarmente grave e ritenga che il soggetto costituisca un pericolo per la società. La detenzione non è limitata nel tempo, ma il Tribunale può indicare un tempo minimo e massimo per la detenzione, prolungabili a discrezione della Corte secondo i rapporti che monitorano la condotta del detenuto.

In Svezia, la maggior parte delle discipline forensi sono organizzate nell'ambito del Consiglio Nazionale di Medicina Legale (Rättsmedisinalverket). Questa Unità centrale è responsabile dell'amministrazione, dell'organizzazione e del controllo di qualità di tutte le valutazioni psichiatrico-forensi richieste dai Tribunali. Il Consiglio non è responsabile delle cure psichiatriche; tale responsabilità spetta ai singoli Consigli di Contea. Gli imputati in carcere, o altrimenti i detenuti affetti da malattia mentale, vengono trasferiti in una delle Unità di controllo psichiatrico-forense regionali situate a Stoccolma e Göteborg o in una delle Cliniche private autorizzate a Umeå o a Malmö: lì rimangono per le 3 settimane necessarie a completare la valutazione forense. L'autore di reato non detenuto viene condotto in queste strutture per sedute a diversa cadenza – durante un periodo di 6 settimane – fino al completamento del rapporto per il Tribunale: in alcuni casi quest'ultimo può richiedere l'approvazione del Consiglio Legale (Rättsliga rådet) per valutare la qualità delle risultanze. Secondo la sezione 1 della legge svedese relativa alla valutazione forense (lagen om rättspsykiatrisk undersökning), il Tribunale può decidere di richiedere una valutazione psichiatrico-forense al fine di chiarire se ci sono motivi medici per trasferire l'imputato in un Reparto di Psichiatria Forense (di stampo simile agli OPG) e per comprendere se l'imputato autore del reato sia condizionato da grave disturbo mentale (allvarlig psykisk störning - APS). In generale, però, il criterio principale di richiesta di valutazione psichiatrico-forense a opera della Corte è il sospetto di gravi

disturbi psichiatrici nell'imputato. Né l'età del soggetto, né la gravità del crimine commesso sono incluse come ragioni per il coinvolgimento di uno psichiatra forense nel processo. L'attuale legislazione forense svedese è stata introdotta nel 1992 e differisce dalle norme danesi e norvegesi dato che in Svezia tutti gli imputati giudicati colpevoli vengono considerati in possesso di responsabilità criminale e condannati, indipendentemente dal loro stato mentale al momento dell'infrazione. Se hanno agito in presenza di un grave disturbo mentale che compromette la loro capacità di giudizio, non saranno condannati al carcere, ma a cure psichiatriche in strutture giudiziarie specifiche (fängelseförbudet). Il concetto di "disturbo mentale grave" comprende tutti i disturbi psicotici (anche psicosi indotta dall'alcol e da droghe), il disturbo depressivo grave con elevato rischio suicidario e – in alcuni casi – anche i disturbi gravi della personalità e i comportamenti compulsivi gravi, come cleptomania, piromania e alcuni tipi di parafilie. Il Tribunale non può decidere di costringere un imputato alle cure psichiatriche sotto la supervisione della Corte a meno che non sia stata condotta prima una valutazione forense. Il Forensic Psychiatric Care Act (1991) regola il trattamento psichiatrico obbligatorio per le persone che hanno commesso un crimine in fase di acuzie psichiatrica. Il Tribunale decide in ogni caso se la persona manifesti un rischio di recidiva di criminalità grave e, quindi, il suo grado di pericolosità sociale. Quando la persona è soggetta a una speciale valutazione da parte del Tribunale, la Corte ha la responsabilità di consentire qualsiasi congedo temporaneo dalle cure psichiatriche (per esempio, visite ai parenti, visite alle comunità riabilitative, etc.), nonché la dimissione dall'Ospedale.

#### **4.6 Servizi di Psichiatria Forense nell'Europa dell'Est**

Dagli anni Cinquanta agli anni Settanta del XX secolo, la maggior parte dei Paesi del blocco occidentale ha subito riforme psichiatriche volte a istituire Servizi di Salute Mentale basati sulla comunità e alloggi residenziali per le persone con disturbi mentali persistenti. Una delle forze trainanti delle riforme di "deistituzionalizzazione" è stata la crescente convinzione che il ricovero a lungo termine in psichiatria fosse incompatibile con i diritti umani e i valori sociali di inclusione di tutti gli individui nella vita della comunità di appartenenza. Inoltre, era prevalente l'idea – condivisa nel mondo occidentale – che i manicomi fornissero un ambiente non terapeutico che portava all'inattività e a un ulteriore "ritiro" dei pazienti e che i servizi basati sulla comunità potessero invece fornire trattamenti più efficaci. Il movimento di deistituzionalizzazione non venne però "esportato" nei Paesi dell'Europa orientale dove persisteva una gestione

della psichiatria “generale” e forense ancora improntata sul modello sovietico di allontanamento sociale e di detenzione dei malati di mente, percepiti come pericolosi per la società. Inoltre, prima dei cambiamenti politici del 1989, nell’Unione Sovietica e in Romania, i Servizi Forensi di salute mentale erano utilizzati impropriamente – e in larga misura – per il trattamento (o meglio la reclusione) dei dissidenti politici. Questo “abuso politico” della psichiatria forense è stato osservato anche in altre regioni del globo e in differenti ordinamenti politici. Attualmente la psichiatria post-sovietica sta affrontando la sfida di ridefinire l’identità professionale dello psichiatra forense e di costruire un sistema di servizi che soddisfi le necessità dei rapidi cambiamenti sociali, economici e politici contemporanei in atto. Dopo le riforme derivanti dal “terremoto” del 1989, tutti i Paesi dell’Est Europa sono stati sottoposti a importanti riforme nella fornitura di cure per la salute mentale: tra queste la riduzione del numero di posti letto negli Ospedali Psichiatrici generali e giudiziari e le riforme della legislazione sulla salute mentale. Diversi teorici ritengono però che la riduzione dei posti letto, avvenuta per esempio in Russia, sia stata determinata non tanto dall’accettazione del movimento mondiale di deistituzionalizzazione psichiatrica, quanto a difficoltà economiche nella gestione del precedente modello in vigore nell’URSS. Da una recente analisi internazionale condotta da Mundt et al., è emerso come il trend di riduzione sia stato effettivo solo fino ai primi anni del 2000: il numero di letti psichiatrico forensi e i casi di trattamento psichiatrico nella popolazione generale dei detenuti sono aumentati dal 1989 al 2009 nell’ex Germania orientale, in Russia e – negli ultimi dieci anni – in Bielorussia e Polonia, nonché nel decennio successivo al cambiamento politico in Azerbaijan. Sono diminuiti in entrambi i decenni nella Repubblica Ceca, nell’ultimo decennio in Azerbaijan e Lettonia e sono rimasti invariati in Romania e Ungheria. I numeri vanno da 0,7 posti letto forensi per 100.000 abitanti in Lettonia a 13,2 nella parte “orientale” della Germania. Negli ultimi due decenni dal 1989 al 2009, cinque Paesi hanno avuto un aumento del numero di posti letto psichiatrico-forensi: il più pronunciato è stato nell’ex-Germania orientale (389%). Solo nella Repubblica Ceca vi è stato un continuo calo di posti letto negli OPG: in totale, -77%. Vi è anche da sottolineare il fatto che, più in generale, si può constatare – nella maggior parte dei Paesi dell’ex-blocco sovietico nel corso del ventennio 1989-2009 – un aumento della popolazione carceraria, soprattutto in Bielorussia, Ungheria, Kazakistan, Polonia e Slovenia.

Per quanto riguarda la Russia, anche dopo le riforme intese a ridurre i tassi di popolazione carceraria, il Paese continua con uno dei tassi più alti al mondo. Un calo dei tassi di popolazione carceraria nel corso dei due citati decenni è stato osservato solo per quei Paesi europei di area “orientale” che sono entrati nell’Unione Europea e che hanno quindi dovuto adeguarsi a un modello di gestione penitenziaria occidentale, come è avvenuto per la Repubblica Ceca, la Germania ex-orientale, la Lettonia e la Romania. Globalmente, dunque, nella maggior parte dei Paesi dell’ex-blocco dell’Europa orientale, le capacità di risposta psichiatrico-forensi sembrano aumentate, ma non necessariamente risulta migliorata la qualità del trattamento fornito ai detenuti con disturbo mentale: questo, infatti, si basa ancora su un modello di istituzionalizzazione negli OPG, privo di obiettivi riabilitativi e senza opportunità di reintegrazione sociale. In molti di questi Paesi, quindi, la psichiatria forense sta ancora lottando per sviluppare un’identità professionale, con cambiamenti importanti attesi nella legislazione sulla salute mentale e attuale carenza di specialisti impiegati nell’insegnamento di questa sotto-specialità. Inoltre, sempre in alcuni di questi Paesi, la psichiatria forense si occupa solo della valutazione giuridica piuttosto che del trattamento dei detenuti con malattia mentale e la terapia è delegata ai Servizi sanitari carcerari di medicina generale, ancora sotto il controllo dei Ministeri della Giustizia o degli Interni. Solo in Russia, negli ultimi anni, è stato implementato un Servizio di Psichiatria Forense che ha caratteristiche simili – almeno a livello legislativo – a quelle dei Paesi occidentali: infatti, esaminando più attentamente l’organizzazione dei sistemi psichiatrico-forensi di questo Paese, si osserva come siano disponibili 7 “ospedali speciali” ad alta sicurezza che offrono 5440 posti letto, gestiti direttamente dal Ministero della Salute dal 1997 (prima rientravano sotto il controllo del Ministero degli Interni). Tali Servizi forniscono un trattamento per i detenuti con malattia mentale che richiedono un’intensa supervisione e forme organizzate di contenimento a causa del loro elevato rischio sociale. Il Tribunale civile ha la massima giurisdizione sul tempo di permanenza dell’autore di reato affetto da patologia psichiatrica e sul suo trasferimento in strutture a livello di sicurezza inferiore. Gli “Ospedali Speciali” di media sicurezza accolgono i pazienti che sono troppo difficili da gestire o pericolosi per gli “Ospedali Ordinari”, ma non così gravi e pericolosi da richiedere strutture ad alta sicurezza. Esistono 112 Dipartimenti di questo tipo in Russia, con 6.582 letti di media sicurezza a focus riabilitativo. Quando i pazienti vengono dimessi da queste strutture, vengono indirizzati a un Ospedale Psichiatrico generale per continuare il loro trattamento e predisporre un reinserimento sociale, come avviene nei sistemi dell’Europa occidentale.

*“Per poter veramente affrontare la "malattia",  
dovremmo poterla incontrare fuori dalle istituzioni,  
intendendo con ciò non soltanto fuori dall'istituzione psichiatrica,  
ma fuori da ogni altra istituzione la cui funzione è quella di etichettare,  
codificare e fissare in ruoli congelati coloro che vi appartengono.”*

Franco Basaglia

## **5. Il sistema REMS, analisi dei limiti e potenzialità**

Per poter effettuare un'analisi attenta della legge 81/2014 è opportuno riprenderne le caratteristiche per poter osservare, a quasi dieci anni dall'emanazione i progressi, ma anche i limiti che si sono resi manifesti durante questo periodo.

La Legge sopra citata ha posto fine al lungo processo di chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari, percorso intrapreso nel 2008<sup>8</sup>, definendo:

1. La proroga della chiusura degli OPG al 31 marzo 2015, pena il commissariamento delle Regioni;
2. La possibilità per le Regioni entro il 15 giugno 2014 di rivedere i programmi presentati per la realizzazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) al fine di provvedere alla riqualificazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), di contenere il numero complessivo dei posti letto da realizzare nelle REMS e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle strutture pubbliche;
3. La predisposizione e l'invio al Ministero della Salute e alla componente autorità giudiziaria entro 45 giorni dall'entrata in vigore della legge, dei percorsi terapeutico riabilitativi individuali di dimissione di ciascuna delle persone

---

<sup>8</sup> D.P.C.M. 1 aprile 2008 “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”. GU 30 maggio, n.126.



- ricoverate in OPG alla data di entrata in vigore della legge, chiarendo le ragioni che sostenevano l'eccezionalità della prosecuzione del ricovero in OPG;
4. L'accertamento della pericolosità sociale in base alle qualità soggettive della persona e non in base alle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo (art. 133 2c n.4 c.p.) e all'assenza di un piano terapeutico-riabilitativo;
  5. La durata delle misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero in REMS, non superiore alla pena detentiva per il reato commesso;
  6. La presentazione di un report sullo stato di avanzamento della dismissione degli OPG entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge, ossia entro il 30 settembre 2014;
  7. L'istituzione entro 30 giorni dall'approvazione della Legge di un Tavolo per il superamento degli OPG, che relazioni in Parlamento.

La legge ha decretato la chiusura degli OPG italiani e la loro sostituzione con strutture nuove che potessero avere un altro significato rispetto le precedenti. Una sola struttura, l'OPG di Castiglione delle Stiviere, fra le 6 presenti sul nostro territorio (Aversa, Castiglione delle Stiviere, Barcellona Pozzo di Gotto, Montelupo Fiorentino, Napoli, Reggio Emilia) si discostava positivamente nella valutazione della Commissione ministeriale guidata dal senatore Ignazio Marino del 2010, con una presenza esclusivamente sanitaria, senza agenti di polizia penitenziaria, con interscambi con tutti i DSM regionali ed extraregionali, struttura considerata un osservatorio nazionale di genere per le pazienti psichiatriche autrici di reato.

Tuttavia sebbene questa legge manifestasse una rivoluzione non solo nazionale, ma anche europea, la velocità richiesta di attuazione che prevedeva per il 31 marzo 2015, dopo successive proroghe, la chiusura degli OPG, alimentava una forte incertezza sulla gestione e dei pazienti autori di reato e sull'amministrazione delle strutture atte ad ospitare tali pazienti.

A fine settembre 2014 negli OPG erano ospitati 826 pazienti, 476 considerati dimissibili e 36 non valutabili (vedi Tabella seguente).

Tabella 1. Distribuzione dei soggetti internati secondo la condizione di dimissibilità e per tipologia di programma riabilitativo al 30 settembre 2014.

Regione	Totale dimissibili	Dimissibili (N=476)				Non dimissibili (N=314)	Non valutati o non indicato (N=36)	Totale internati (N=826)
		Ambulatoriali	Semi-residenziali	Residenziali	Altro			
Piemonte	31	3	0	28	0	25	3	59
Lombardia	74	5	4	62	3	78	25	177
Prov. Autonoma Bolzano	1	0	0	1	0	1	0	2
Veneto	21	1	1	16	3	23	0	44
Friuli-Venezia Giulia	8	0	0	8	0	0	3	11
Liguria	14	0	0	14	0	5	0	19
Emilia-Romagna	23	1	0	20	2	11	1	35
Toscana	18	1	0	16	1	15	0	33
Umbria	2	0	0	2	0	6	0	8
Marche	3	0	0	3	0	9	0	11
Lazio	46	5	0	39	2	58	1	105
Abruzzo	12	0	0	11	1	3	0	15
Campania	81	6	4	57	14	34	3	118
Puglia	23	0	1	22	0	9	0	32
Basilicata	2	1	0	1	0	3	0	5
Calabria	26	1	1	24	0	5	0	31
Sicilia	75	4	4	66	1	25	0	100
Sardegna	16	0	1	14	1	4	0	20
		28 (5,9%)	16 (3,4%)	404 (84,8%)	28 (5,9%)			

*Dati tratti da Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (aggiornata al 30 settembre 2014) - Doc. CCXVII n. 1.*

Tra le motivazioni che determinavano i non dimissibili vi erano cause cliniche (40,2%), pericolosità sociale (16,9%), non valutato/da rivalutare (14,9%) in attesa di provvedimento definitivo (5,6%), altro (22,4%)<sup>9</sup>.

Analizzando questi dati colpisce quello della popolazione “non dimissibile” stando a descrivere e intendere la gravità clinica e sociale, e definendo come tali pazienti siano caratterizzati da una forte instabilità psicopatologica e di pericolosità sociale. Un altro dato oggetto di attenzione è costituito da quello delle persone “dimissibili”, ma che di fatto erano ancora accolte all’interno degli OPG. Ciò mette in luce la difficoltà di predisporre piani di dimissione e attivazione di rete territoriale congrua alle esigenze del paziente da dimettere dall’OPG.

Nei sei OPG presenti gli internati avevano commesso per la maggior parte reati contro la persona e in minima parte contro il patrimonio. Inoltre il 20% delle persone, sebbene fosse stato dimissibile, era in attesa di trovare una collocazione terapeutica confacente alle proprie necessità. A dicembre del 2014 è stato registrato un ulteriore decremento degli internati (761 in totale di cui 678 uomini e 83 donne).

<sup>9</sup> Camera dei Deputati, Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (aggiornata al 30 settembre 2014) - Doc. CCXVII n. 1, 2015, Stabilimenti Tipografici Carlo Colombo: Roma.

La chiusura degli OPG è stata lungamente attesa ed è frutto di un pensiero complesso sulla condizione degli internati negli OPG, ma anche della salute mentale in ambito carcerario, proseguendo, quindi, l'importante lavoro già iniziato con la Legge 180.

In contrapposizione, mentre in Italia si va a delineare un complesso processo di chiusura degli OPG a favore dell'apertura di strutture a impronta riabilitativa (REMS) e di una maggiore responsabilizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, si assiste in tutta Europa ad un percorso di re-istituzionalizzazione. Questo è caratterizzato da un aumento dei posti di psichiatria forense e con un aumento della durata dei trattamenti previsti, come abbiamo potuto sottolineare nel precedente capitolo.

Questa introduzione permette di far comprendere il terreno complesso in cui si è mossa la legge 81/2014 e avviare una riflessione puntuale sull'attuale stato dell'arte.

### **5.1 Potenzialità della legge 81/2014**

Come sottolineato più volte l'apertura delle REMS costituisce un importante progresso umano e legislativo circa la presa in carico di pazienti psichiatrici autori di reato. Queste strutture, dotate di massimo 20 posti letto, di gestione sanitaria, devono rispettare i principi del governo clinico secondo cui le aziende sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di standard elevati, garantendo contemporaneamente la massima sicurezza. Di seguito sono elencati i principali aspetti positivi della legge:

1. Il ricorso agli OPG e, dopo il 1° aprile 2015, alle REMS deve essere considerato come misura transitoria, adeguatamente motivata, finalizzata alla riabilitazione della persona e al superamento della pericolosità sociale, condizione necessaria per il reinserimento territoriale;
2. La permanenza della persona autrice di reato in OPG in fase residuale, e successivamente nelle REMS, non può essere superiore alla durata del massimo della pena prevista per il reato commesso, ponendo fine agli “ergastoli bianchi”;
3. L'istituzione di uno strumento di coordinamento che ha il compito di monitorare periodicamente l'impegno delle regioni e mettere in atto strategie terapeutiche per:
  - Individuare percorsi alternativi per i nuovi pazienti autori di reato con pericolosità sociale;

- Dimettere le persone non più socialmente pericolose presso strutture riabilitative o presso il loro domicilio con la presa in carico diretta da parte dei DSM.

Chiave per la misurazione dei progressi effettuati deve essere la costruzione di un sistema di monitoraggio che permetta di valutare i progressi che si stanno verificando. Infatti con la chiusura degli OPG, le richieste di accesso nelle REMS sono aumentate creando il fenomeno delle liste d'attesa, fattore che costituisce un limite rispetto la collocazione di determinati individui in sospenso tra il Servizio Sanitario Nazionale e il sistema Carcerario.

Tuttavia in uno studio condotto nel 2018<sup>10</sup> presso l'ASL di Salerno si è evinto come grazie ad un lavoro condiviso tra le agenzie territoriali con il coordinamento del Servizio Superamento OPG, attraverso l'elaborazione di un PTRI, nessuna delle persone con Misura detentiva provvisoria per le quali la Magistratura aveva fatto richiesta all'ASL di allocazione in REMS, ha commesso nuovamente reato (vedi Tabella seguente).

Tabella 8. Richieste di allocazione in REMS attive al 31/1/2017 e reati commessi successivamente all'inserimento in un PTRI.

	MDS provvisoria	MDS definitiva	Totale
Richieste di allocazione in REMS attive al 31/1/2017	21	0	21
Reati commessi successivamente all'inserimento in un PTRI	0	0	0

MDS= misura di sicurezza; PTRI= progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato.

Questo permette di dimostrare come un lavoro condiviso tra la Magistratura e il SSN attraverso una progettualità (PTRI) da monitorare e condividere con il paziente permetta di avere dei buoni risultati.

Tuttavia sempre il presente studio mette in risalto la grande difficoltà di dimissione dei pazienti psichiatrici autori di reato dalle REMS, per i quali vi è la necessità di attivazione di percorsi territoriali che possano tener conto delle esigenze della persona, degli obblighi di questa previsti dalla Magistratura e del contesto ambientale affinché diventi una risorsa e non un nuovo elemento di criticità. Infatti, dati gli alti numeri delle liste d'attesa, i pazienti psichiatrici autori di reato si trovano ad essere accolti in strutture sanitarie o al

<sup>10</sup> Dagli OPG alle REMS: il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli autori di reato con problemi psichici; Gianmarco Latte et al., Rivista di psichiatria 2018; 53(1): 31-39.

proprio domicilio spesso in situazione di Libertà Vigilata, aumentando quindi il carico di lavoro dei DSM.

## **5.2 Limiti della legge 81/2014**

La legge 81/2014 è ricca di possibili potenzialità tra le quali la prima risiede nella restituzione della dignità a chi soffre di una patologia psichica autore di reato, riconoscendone non solo la criminalità dell'atto, ma, contemporaneamente, anche la fragilità dell'uomo. Pertanto la legge include molteplici aspetti nell'ambito non solo sanitario, ma anche legale. Questa difficoltà fa sì che si possano individuare differenti limiti nell'attuazione dell'81/2014, tanto da necessitare delle azioni di revisione per poterne garantire la corretta attuazione.

Infatti accanto ad una legge così importante non si è assistito ad una riforma del Codice Penale e delle misure di sicurezza, dell'imputabilità con la cancellazione della pericolosità sociale psichiatrica, delle perizie e dei periti<sup>11</sup>. Infatti senza opportune modifiche, che garantiscono adeguate cure in strutture terapeutico-riabilitative a chi soffre di patologia psichica senza che entrino nei circuiti sanitari persone con pericolosità sociale non derivante da malattia, la situazione potrebbe creare importanti criticità nel sistema giuridico e sanitario. Su questo binario infatti deve essere garantita e rafforzata la tutela della salute psichica all'interno delle carceri.

La seconda criticità riguarda il legame controverso tra l'incapacità di intendere e di volere, la pericolosità sociale e la malattia mentale. La legge collega l'incapacità di intendere e di volere e la pericolosità sociale ai malati con disturbi mentali autori di reato, come evidenziato da Balbi e Biondi<sup>12</sup>, facendo intendere che rientrino tutti nella responsabilità del DSM. La legge infatti definisce come i DSM si facciano carico delle persone di competenza territoriale senza prevedere protocolli d'intesa o strumenti vincolanti che regolino la presa in carico congiunta di casi che non possono rientrare nei servizi psichiatrici. Infatti nel passaggio dagli OPG alle REMS va tenuto in considerazione come molte persone ospitate in OPG hanno condizioni patologiche che necessitano di attivazione di servizi ASL diversi da quelli del CSM come il SerT o servizi

---

<sup>11</sup> Lensi M, Pannella M. Ma la vera rivoluzione è un cambio di mentalità. Finché rimarrà inalterato il concetto fascista di pericolosità sociale, difficile affrontare la cosa. Corriere Fiorentino 31 marzo 2015

<sup>12</sup> Balbi A, Biondi M. Ombre ed errori di una legge: il parere dei clinici. Riv Psichiatr 2015; 50: 48-9.

per la disabilità intellettiva adulti così da individuare i percorsi di dimissione più opportuni.

Un terzo punto che ha sollevato molteplici dubbi risiede nella valutazione della pericolosità sociale; infatti la nuova legge ne prevede la considerazione solo in base alle “qualità soggettive della persona” escludendo la componente ambientale, sociale o familiare che spesso hanno un ruolo importante nell’influenzare le azioni della persona. È infatti noto come molti comportamenti siano condizionati dal contesto socio economico. Pertanto per un’opportuna valutazione della pericolosità sociale andrebbero prese in considerazione anche variabili di tipo sociale e culturale.

Altro aspetto che costituisce un limite è l’identificazione di strutture che vanno a costituire le REMS. Una prima considerazione è di natura economica in quanto la loro costruzione ha sottratto disponibilità preziose che potevano essere utilizzate per potenziare i DSM caratterizzati da una forte riduzione delle risorse disponibili. In più i DSM hanno l’importante ruolo di prendere in carico i pazienti autori di reato una volta dimessi dalle REMS o che, a causa delle liste d’attesa, devono essere accolte in altre strutture territoriali.

Un’ulteriore considerazione circa la fragilità del sistema REMS è relativo alla loro utilizzazione per specifiche categorie di persone per cui sarebbe difficile un percorso comune, per es. persone con disturbi mentali resistenti alle terapie, in cui si può supporre che i sintomi psicotici siano alla base del comportamento criminale, persone con disturbi mentali che assumono sostanze o con momenti di impulsività incontrollata, persone con disturbi mentali che abbiano commesso reati di importante crudeltà, persone che presentino note di personalità antisociale e di psicopatia con elevato rischio di recidiva.

Un’ulteriore criticità è strettamente collegata alla povertà del sistema territoriale e ad una mancanza di monitoraggio e coordinamento con la rete esterna alla REMS. Infatti se non si garantiscono specifici e rigidi protocolli d’intesa tra la Magistratura e il DSM tali per cui venga garantita una comunicazione e confronto, il rischio è quello di trasformare le REMS in “piccoli OPG”, in difficoltà nell’offerta di interventi terapeutico riabilitativi, riflettendo il conflitto tra trattamento e punizione, già evidenziato dalla psichiatria forense. Infatti il problema della residenzialità è stato più volte sottolineato come debolezza nel sistema italiano, caratterizzato da molte strutture psichiatriche con un basso

turn-over dei pazienti e una notevole difficoltà nella dimissione e reinserimento nella società.

Aspetto che deve essere considerato nell'attuazione di questa legge, ma che ancora risulta essere vacillante per la legge 180 è quello relativo allo stigma sociale. Infatti accanto ad un sistema legislativo che si sta evolvendo, si assiste anche ad una staticità della società nell'accettazione e comprensione della malattia mentale e, se non per le persone più sensibili, chi soffre di una patologia psichica viene spesso vissuto come lo "strano", l'incapace verso la società, il pericoloso o la persona da emarginare. Ci si dimentica, infatti, che, rientrano tra le malattie psichiatriche anche l'ansia e la depressione, delle quali soffrono molte persone. Si tende così a cancellare e a nascondere il dolore psichico in una società che concede solamente a persone di spettacolo di poter raccontare il proprio disagio psichico, come se conoscere e affrontare il disagio psicologico fosse un privilegio. Lo stigma sociale è sicuramente un aspetto estremamente complesso da fronteggiare che è sicuramente rafforzato nel proprio passato dalle condizioni che subivano le persone nei manicomi aspetto che sembra non superabile anche nella contemporaneità, (La lente distorta della società. Malattia, violazione dell'ordine sociale e stigma tra XIX e XXI secolo, Davide Orsini)

Inoltre in questi anni si è assistito ad un notevole ritardo nell'apertura delle REMS con conseguente affaticamento dei DSM, delle strutture territoriali non sempre consone ad accogliere pazienti così particolari e delle carceri che vivono in condizioni di sovraffollamento e che non sempre garantiscono un'adeguata attenzione alla salute psichica. Vanno prese in considerazione come alcune regioni si attivarono già prima della legge del 2014, per poter non utilizzare più gli OPG. Un esempio è costituito dal DSM di Trieste che portò all'attenzione la necessità di reparti psichiatrici altamente specializzati all'interno delle carceri, che, tra l'altro, accolgono circa il 20% di reclusi affetti da patologia mentale ritenuti imputabili.

Un'ulteriore criticità da dover prendere in considerazione è costituita dai confini incerti della responsabilità professionale. L'operatore ha delle responsabilità dirette nell'assistenza di queste persone. L'attuale normativa, però, «non esclude la sussistenza di un generale potere/dovere di sorveglianza, a carico del sanitario e, più in generale, del personale che ha in cura il paziente, atto a prevenire azioni autolesive o eterolesive del paziente, in presenza di specifiche condizioni, oggettivamente e soggettivamente

apprezzabili, idonee a fondare in tal senso un rischio prevedibile» (Cass. Sez. IV Sent. 6 novembre - 4 marzo 2004 n. 10430). Inoltre reintroducendo il concetto di custodia del sanitario si ripropone un ruolo manicomiale che è stato messo in discussione e ampiamente criticato da quel movimento rivoluzionario che poi portò all'emanazione della Legge 180. Si rischia una confusione dei ruoli, in quanto agli operatori sanitari vengono richieste competenze giuridico amministrative che non gli appartengono, andando quindi a ledere la mission professionale di ogni operatore sanitario. D'altra parte per poter far fronte alla molteplice complessità del sistema REMS sono richieste ad ogni collaboratore delle competenze giuridico amministrative trasversali al di là delle specifiche competenze all'interno dell'equipe multidisciplinare: medici, psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, infermieri e OSS. Andrebbero pertanto potenziate le attività di formazione per chi lavora in REMS con il fine di far fronte alla cornice giuridica che coinvolge ogni paziente e poterne comprendere al meglio la componente psicopatologica, lavoro chiave per la formulazione di progetti riabilitativi individualizzati.

Infine un ulteriore aspetto di criticità è relativo ai posti letto. Con l'istituzione delle REMS questi si riducono drasticamente (682 attuali, contro i 1200 o 1300 medi negli OPG), provocando uno squilibrio tra il numero di ordinanze da parte dei Tribunali per soggetti destinati alla misura di sicurezza detentiva o l'offerta dei posti letto, creando così delle importanti liste d'attesa<sup>13</sup>. Inoltre non potendo incrementare i posti letto, come vengono gestiti quei pazienti che all'interno degli OPG subivano gli "ergastoli bianchi"? Come viene garantita la loro cura? Come viene tutelato il loro bisogno alla salute?

Per poter rispondere a questi quesiti c'è la necessità di creare una rete tra i servizi di salute mentale e quelli giuridici che operi in modo efficace nel rispetto dei diritti di cura e personali degli autori di reato affetti da patologia mentale. Ciò può essere fronteggiato attraverso due strade principali:

1. CREAZIONE DI UNITA' FUNZIONALI DI PSICHIATRIA FORENSE (UFPF) ALL'INTERNO DELLE ASL che permettano una stretta collaborazione tra gli organismi sanitari e quelli giuridici (Procura, Tribunale), che possa essere attivata dall'inizio delle indagini fino alla sentenza e all'esecuzione delle misure di

---

<sup>13</sup> Piazza C, Castelletti L, Bissoli S (a cura di). Contributo per la Sessione n. 6 della Conferenza salute mentale del 27 aprile 2019: "L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa": l'esperienza della REMS del Veneto".



sicurezza, così da poter garantire il rispetto della persona interessata e la difesa della collettività. Un precursore esempio di questa collaborazione è costituito dalle unità funzionali di psichiatria forense già avviate in Liguria (per es. Savona). Queste strutture sono composte da medici psichiatri che hanno competenze aggiuntive in materia giuridico penale, che lavorano a stretto contatto con i periti nominati dai Magistrati e ai Magistrati stessi per l'individuazione di percorsi di cura e prevenzione<sup>14</sup>. Per la Regione Liguria la funzione di supporto alle UFPF comporterebbe la collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, per:

- Supporto ai servizi psichiatrici territoriali competenti nella definizione e formulazione del PTRI alternativi alle misure cautelari o alle Misure di sicurezza detentiva al Magistrato, o alla direzione dell'Istituto penitenziario nel caso dei detenuti;
- Supporto ai Servizi Psichiatrici competenti per la tutela della salute mentale negli Istituti Penitenziari;
- Collegamento alla rete regionale di supporto alle REMS, attraverso diverse fasi:
  - a. Interazione in fase di valutazione dell'autore di reato al momento del primo contatto con l'Autorità Giudiziaria, nel caso in cui si prospetti l'ingresso in REMS;
  - b. Valutazione in fase di percorso di trattamento per eventuali aggiustamenti al Piano di Trattamento Individuale (PTI) o Piano Terapeutico-Riabilitativo Personalizzato (PTRP), in collaborazione con l'UFPF e i responsabili del caso in ambito territoriale;
  - c. Valutazione nel caso in cui si passi da una fase di trattamento ad alta intensità a una a più bassa intensità o a un trattamento ambulatoriale territoriale, in collaborazione con l'UFPF e i responsabili del caso in ambito territoriale;
  - d. Valutazione congiunta (UFPF, Direzione REMS, responsabili in ambito territoriale) nel caso in cui la Magistratura di Sorveglianza richieda un parere sulla persistenza o meno della pericolosità

---

<sup>14</sup> Regione Liguria, Programma Regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale (2014-2016): Indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la redazione dei programmi annuali aziendali, 2014.

sociale e/o della misura di sicurezza per i pazienti presenti in REMS). Nell'ambito delle attività dell'UFPP si prevedono prestazioni di tipo consulenziale nei confronti della Magistratura. Tale attività rientra nella ratio complessiva dell'accordo di collaborazione che consiste nel favorire percorsi nell'ambito del servizio pubblico e consente un'interlocuzione con la Magistratura nella fase di avvio dei percorsi penali di persone con problemi psichiatrici che già sono conosciute o che potranno in seguito essere in carico al DSMD<sup>15</sup>.

2. **CREAZIONE DI STRUTTURE INTERMEDIE RIABILITATIVE AD ALTA SPECIALIZZAZIONE PER PAZIENTI PSICHIATRICI.** Come riportato nei precedenti capitoli, collegato alla REMS di Nogara, già nel 2011 la Regione Veneto ha attivato questo servizio presso la residenza "Don Giuseppe Girelli" di Ronco all'Adige (VR) dove sono stati attivati percorsi di riabilitazione e reinserimento sociale delle persone precedentemente ospitate nell'OPG di Reggio Emilia, che oggi funge da struttura ausiliaria per la REMS di Nogara. Questa residenza si qualifica come una struttura ad alta specializzazione in grado di accogliere fino a 18 ospiti con pericolosità sociale attenuata, di norma in regime di "Licenza di esperimento" o "Libertà Vigilata". Queste strutture intermedie potrebbero fungere da residenze atte ad accogliere e le persone in lista d'attesa per le REMS e permetterebbero di ridurre i costi a capo al Servizio Sanitario Nazionale, grazie anche all'uso del privato convenzionato.

### **5.3 I protocolli d'intesa**

Molteplici positive esperienze italiane avviate nei DSM italiani, finalizzate alla reale inclusione sociale delle persone, hanno visto l'attuazione di protocolli di intesa, come, per esempio, quelli già attivi a Como, in Liguria<sup>16</sup>, nel Veneto, strumenti di grande utilità per attuare e coordinare gli interventi giudiziari, sanitari e di ordine pubblico e superare le criticità di comunicazione sopra riportate. Nell'ambito delle politiche di integrazione

---

<sup>15</sup> Ferranini L. Contributo per il Convegno "Caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari: i risultati del progetto OPG-ISS" del 18 febbraio 2015: Nuovi scenari dell'assistenza psichiatrica ai pazienti autori di reato".

<sup>16</sup> Regione Liguria. Servizio Sanitario Regionale - Programma Regionale per la Salute in Carcere e delle persone nel circuito penale 2014-2016. Indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la redazione dei programmi annuali aziendali.

fra istituzioni, la Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 ha sollecitato accordi con le Prefetture in merito alla «sicurezza ed alla vigilanza perimetrale» e accordi fra le Regioni, il dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e la magistratura, in merito all'applicazione delle misure di sicurezza detentive, la loro trasformazione e l'eventuale applicazione di misure di sicurezza, anche in via provvisoria, non detentive. È previsto il costante coinvolgimento degli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE) territorialmente competenti per "la definizione delle modalità e procedure di collaborazione interistituzionale per la contemporanea gestione sia del percorso terapeutico-riabilitativo individuale interno alla struttura, che di quello di reinserimento esterno". È previsto "invio all'Autorità Giudiziaria competente dei progetti terapeutico riabilitativi individuali finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (per tutte le persone ed entro 45 giorni dal loro ingresso) da parte del Servizio delle predette strutture, con il concorso dell'Azienda Sanitaria competente per la presa in carico territoriale esterna e dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, come già previsto per tutti i presenti in OPG alla data di entrata in vigore della legge 30 maggio 2014, n. 81"<sup>17</sup>. Un nodo rilevante è legato all'accuratezza delle previsioni di pericolosità, che suggerisce una revisione del ruolo del consulente tecnico d'ufficio (CTU) e del medico del servizio sanitario nella valutazione della pericolosità sociale. L'opinione del clinico e/o del gruppo curante diviene, in tale approccio, discrezionale rispetto a quale tipo di informazioni o fattori di rischio prendere in considerazione o tralasciare per la formulazione di un giudizio di predizione del comportamento violento. Indubbiamente la formulazione di un parere, in funzione ausiliaria del magistrato, sulla pericolosità sociale (di cui all'art. 203 del C.P.) per il soggetto riconosciuto infermo di mente al momento del fatto-reato e successivamente in sede di riesame della pericolosità sociale dello stesso, pone al perito una serie di insidie legate alla complessità del singolo caso, all'incertezza prognostica del quadro clinico, alle inevitabili criticità proprie della previsione del comportamento futuro di un qualsiasi soggetto. Peraltro, molto chiara è la distinzione tra un colloquio clinico e un colloquio peritale, caratterizzato quest'ultimo dalla relatività del segreto circa le informazioni acquisite, dal carattere valutativo, dal diritto di riferire quanto ritiene utile ai fini della

---

<sup>17</sup> Conferenza Unificata Presidenza del Consiglio dei Ministri, Accordo concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'articolo 3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81. (GIUSTIZIA - ECONOMIA E FINANZE - SALUTE) Accordo ai sensi del D.M. 1 ottobre 2012, Allegato A.26 febbraio 2015

tutela dei propri interessi, dal diritto di rifiutare (senza essere punito) i colloqui e l'esecuzione di test, laddove il colloquio clinico è caratterizzato dal segreto professionale e da obiettivi valutativi/terapeutici. Il ruolo del CTU va ben distinto pertanto dal ruolo dello psichiatra del DSM, che non potrà essere chiamato a definire la pericolosità sociale o meno del proprio assistito. Non va infatti sottovalutata l'importanza di procedure e definizione di percorsi chiari per non provocare confusioni di ruolo.

Con la legge 81/2014 si è data maggiore responsabilità ai DSM nella gestione di pazienti psichiatrici autori di reato, andando pertanto a dare maggiore importanza all'inclusione sociale e alla scelta di misure non detentive. In quest'ottica le strutture territoriali riabilitative si trovano ad interfacciarsi con gli organi della Magistratura per poter effettuare un corretto lavoro nella presa in carico del paziente. Prendendo atto delle difficoltà intrinseche alla legge, che sono state sopra esplicate, il Consiglio Superiore della Magistratura (CSM) ha ritenuto di dover delineare un quadro di buone pratiche e schemi procedurali sulla base delle ultime acquisizioni scientifiche per garantire uno sviluppo della pratica clinica e poter applicare al meglio la suddetta legge, con Delibera consiliare del 19 aprile 2017, le "Direttive interpretative e applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) di cui alla Legge n. 81 del 2014". Tra queste indicazioni è stata marcata l'importanza di una costante integrazione tra gli Uffici di Sorveglianza, i DSM e le loro Unità operative complesse, le direzioni delle REMS e il UEPE.

È importante quindi la collaborazione dell'autorità giudiziaria fin dall'inizio con i DSM e gli altri enti coinvolti. Infatti già nelle prime fasi di indagini sarebbe opportuno, dove sia ipotizzabile una prognosi di non imputabilità o imputabilità ridotta per il soggetto, non solo acquisire una documentazione clinica rilevante, ma anche affidare ad un consulente l'incarico di accertare le condizioni di salute mentale dell'indagato e sulla sua eventuale pericolosità sociale secondo i criteri della normativa vigente. Di conseguenza è estremamente importante il coordinamento tra il consulente e il servizio territoriale che ha in cura il soggetto e di individuare i percorsi terapeutico riabilitativi più opportuni. Il CSM già nel 2017 aveva indicato la stretta importanza del collegamento tra i due enti. Con la risoluzione del 24/09/2018<sup>18</sup> il Consiglio Superiore della Magistratura è di nuovo

---

<sup>18</sup> Consiglio Superiore della Magistratura. Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche, delibera del 24 settembre 2018

intervenuto con il fine di approfondire la formalizzazione di intese attraverso la definizione di protocolli tra gli organi coinvolti nella gestione delle misure di sicurezza per il soggetto non imputabile. Infatti è chiave una piena integrazione e collaborazione tra i servizi di salute mentale territoriale e gli organi giudiziari con il fine di supportare la Magistratura nella scelta più opportuna per la strategia terapeutica da dover adottare per la singola persona tenendo in considerazione la pericolosità sociale della stessa.

#### **5.4 Il paziente psichiatrico autore di reato**

I pazienti psichiatrici autori di reato rappresentano una grande varietà di categorie giuridiche: soggetti non imputabili (art.88 c.p.), semi imputabili (art. 89 c.p.), imputati in attesa di giudizio o in osservazione, minorati psichici e soggetti imputabili a cui deve essere applicata una Misura di Sicurezza (MdS) in modo esclusivo. La presenza di un disturbo psichiatrico può influenzare l'imputabilità del soggetto a seconda che questo rientri in due categorie differenti: una comprendente i soggetti caratterizzati dalla presenza di malattia psichiatrica, interessati successivamente da procedimenti giudiziari, l'altra composta da detenuti o persone con restrizioni di varia natura che hanno uno scompenso psicopatologico durante la detenzione o il cui stato morboso non è strettamente correlato con il reato di cui sono responsabili. Il trattamento che caratterizza questo percorso è peculiare in quanto condizionato dalle restrizioni previste dalla posizione giuridiche e dalla misura di sicurezza assegnata, in aggiunta o alternativa alla pena, sulla base di un giudizio prognostico, circa il rischio di recidiva, ovvero di pericolosità sociale.

Quando si fa riferimento al concetto di Imputabilità ci si riferisce ad una nozione accolta nell'art. 85 del Codice Penale che racchiude in sé la capacità di intendere, cioè l'attitudine dell'individuo a comprendere il significato delle proprie azioni nel contesto in cui questo agisce e la capacità di volere, intesa come potere del controllo dei propri stimoli ed impulsi ad agire. L'imputabilità difetta se manca anche solo una delle due componenti, distinguendo quindi due condizioni:

- Il vizio totale di mente, art. 88 del c.p. “Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere”;
- Il vizio parziale di mente, art. 89 del c.p. “Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza

escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita”.

Secondo l'articolo 203 del c.p. è socialmente pericolosa la persona che, anche se non imputabile, è probabile che commetta nuovi reati. La qualità della persona socialmente pericolosa si desume dalle indicazioni dell'art. 133 c.p. che possono essere usati come base della prognosi, quindi come rischio di recidiva. Il giudice, prima di applicare la misura di sicurezza, è sempre tenuto a procedere all'accertamento della pericolosità sociale e può predisporre una MdS a soggetti imputabili, semi imputabili e non imputabili secondo i rispettivi articoli, art.89 c.p. e art.88 c.p.

Imputabilità e pericolosità sociale sono i fondamenti per l'applicazione della MdS la cui attribuzione viene confermata nel momento in cui il fatto viene considerato dalla legge come reato e che la persona sia riconosciuta come socialmente pericolosa. L'introduzione delle MdS è stata considerata nella riforma del Codice Penale del 1930 che rispondeva alle esigenze politiche di potenziamento della difesa sociale, mediante l'assegnazione di nuove misure con il fine di neutralizzare la pericolosità sociale di alcuni soggetti AdR. L'applicazione della MdS va a costituire il sistema del doppio binario. Pena e MdS hanno differenti finalità: la prima risponde alla funzione retributiva e di prevenzione generale, la seconda ha uno scopo preventivo con mandato di rieducazione e di cura dell'individuo. In particolare Misure di Sicurezza detentive possono indirizzare la persona a colonia agricola o casa lavoro, REMS o riformatorio Giudiziario; Misure di Sicurezza non detentive possono sottoporre la persona a libertà vigilata, divieto di soggiorno in uno o più comuni, in una o più province, divieto di frequentazione di alcuni luoghi e espulsione dello straniero dallo Stato.

Con il codice Rocco del 1930 una volta riconosciuta la patologia psichiatrica del reo, la pericolosità sociale era sempre presunta, mentre la Legge Gozzini (L. 663/1986) ha abolito ogni forma di presunzione, stabilendo che tutte le MdS sono ordinate previo accertamento facendo cadere il binomio malattia mentale-pericolosità sociale. In seguito alla chiusura degli OPG è previsto che le MdS detentive si eseguano all'interno di strutture gestite da DSM e ASL. Di conseguenza c'è la stretta necessità di definizione di percorsi e luoghi di cura differenti a seconda della categoria giuridica assegnata agli AdR che vengono distinti in internati (art. c.p. 222, 212, 206, 219 e art. 312 c.p.p.) e detenuti (artt 111 e 112 del DPR 230/2000 e art. 148 c.p.).

In particolare viene previsto il ricovero in REMS (Lg 81/2014) per le seguenti situazioni:

- Soggetti prosciolti per infermità mentale (artt. 89 e segg. c.p.) in quanto socialmente pericolosi sottoposti a misura di sicurezza detentiva (art. 222 c.p.);
- Soggetti provvisoriamente imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti a misura di sicurezza provvisoria (art. 206 c.p.) in considerazione della presunta pericolosità sociale e in attesa di giudizio definitivo (312 c.p.p.);
- Soggetti con infermità mentale sopravvenuta (art.212 c.p.) per i quali sia stato ordinato l'internamento;
- Soggetti con vizio parziale di mente (art.88 c.p.) dichiarati socialmente pericolosi (previo accertamento) e assegnati alle Case di Cura e di Custodia (art. 219 c.p.) eventualmente in aggiunta alla pena detentiva.

Mentre viene prevista un'assegnazione variabile in base al PTRI, spesso in strutture residenziali, iper i soggetti con infermità mentale con misura di sicurezza in libertà vigilata (art. 228 c.p.).

In ultimo interverrà l'articolazione per la Tutela della Salute Mentale nelle Carceri (ATSMC) per:

- Detenuti minorati psichici (art. 111 DPR 230/2000);
- Detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art. 148 c.p.);
- Detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica per un periodo non superiore ai 30 giorni (art.112 DPR 230/2000).

La presa in carico di questa tipologia di pazienti richiede un enorme lavoro dal punto di vista sociale, sanitario e giudiziario, è quindi necessaria una comunicazione chiara e una partecipazione attiva di tutte le parti coinvolte.

## **5.5 Analisi delle difficoltà attuative della Legge**

Come più volte sottolineato nei precedenti capitoli, la Legge 81/2014 include numerosi aspetti, tanto da muoversi in un complesso sistema che include la parte sociale, sanitaria e giudiziaria, per poter offrire al malato psichico autore di reato la migliore presa in carico

per un adeguato progetto terapeutico riabilitativo, ma contemporaneamente agire in ottica preventiva per la società tenendo in considerazione le Misure di Sicurezza.

Nel comunicato stampa della Corte Costituzionale del 27 gennaio 2022, sentenza n.22, viene espresso come nell'applicazione concreta delle norme vigenti per le REMS nei confronti degli autori di reato affetti da patologie psichiche, presentano numerosi aspetti di contrasto con i principi costituzionali, aspetti che devono essere eliminati al più presto, dichiarando inammissibili le questioni sollevate dal Gip del Tribunale di Tivoli. In particolare questo ha individuato come rimedio per far fronte alle criticità delle REMS quello di accentrare le competenze presso il Ministro della Giustizia, ma ciò minaccerebbe di rivelarsi inconferente all'obiettivo, perché, come esprime la Corte Costituzionale, in risposta al Tribunale di Tivoli "determinerebbe ... l'integrale caducazione del sistema delle REMS, che costituisce il risultato di un faticoso ma ineludibile processo di superamento dei vecchi OPG; e produrrebbe non solo un intollerabile vuoto di tutela di interessi costituzionalmente rilevanti, ma anche un risultato diametralmente opposto a quello auspicato dal rimettente, che mira invece a rendere più efficiente il sistema esistente, mediante il superamento delle difficoltà che impediscono la tempestiva collocazione degli interessati in una struttura idonea".

La questione, sollevata dal Tribunale di Tivoli, prende in considerazione un caso in cui viene definito come "il signor P.G. era stato indirizzato, in stato di libertà vigilata, presso una struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo (SRTR) della quale, ripetutamente, si "faceva beffe", il giudice per le indagini preliminari presso il Tribunale sollevava quaestio de legitimitate ad oggetto il combinato disposto ex artt. 206 e 222 c.p. e 3-ter d.l. 211/2011.

Emerge dall'istruttoria disposta dalla Corte (comunicato del 24 giugno 2021), come siano tra le 670 e 750 le persone in lista d'attesa per l'assegnazione alle REMS; che i tempi di attesa sono circa dieci mesi, ma anche più lunghi per alcune Regioni e che molte di queste persone hanno commesso gravi reati, anche violenti.

In particolare sul punto in contrasto tra i due ministeri, quello di Giustizia riconosce come *extrema ratio* il principio della misura di sicurezza detentiva, pur considerando una cultura giurisdizionale e della società come custodialistica che ancora non accoglie un sistema di pena non detentivo. Il Ministero di Giustizia descrive come il problema delle liste d'attesa sia da ricondurre alla bassa e inadeguata disponibilità di posti letto nelle



REMS rispetto al fabbisogno reale, e “all’assenza di alternativa ed adeguata offerta di tutela psichiatrica, idonea a salvaguardare le concomitanti esigenze primarie di salute del singolo e di sicurezza pubblica”. Il Ministero della giustizia si sofferma altresì sulla “frequente assenza di canali di comunicazione adeguati e strutturati tra Autorità giudiziarie, aziende sanitarie locali e dipartimenti di salute mentale” evidenziando che “laddove, anche tramite protocolli d’intesa, i servizi psichiatrici si sono dimostrati efficienti nell’indicare da subito adeguate soluzioni terapeutiche alternative alle REMS, al fine di procedere alla cura e al contenimento del paziente autore di reato, inevitabilmente il principio della misura detentiva come extrema ratio ha trovato concretizzazioni più che virtuose”. Ancora, il Ministero della giustizia individua un ulteriore ostacolo nella “sottovalutazione delle problematiche relative alla sicurezza interna ed esterna alle REMS”, ove gli operatori incontrano difficoltà “estreme [...] nella gestione dei pazienti psichiatrici connotati da personalità particolarmente violente ed aggressive”. Infine, pone in luce “l’assenza di strutture organizzative di coordinamento, sia a livello locale che nazionale, oltre che la mancata attivazione di poteri sostitutivi, o comunque di intervento, presso le Regioni dimostratesi inadempienti nella completa attuazione della riforma”.

Il Ministero della salute e la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, dal canto loro, individuano quali principali fattori di criticità le difficoltà di ordine culturale, segnalando lo sforzo degli attori coinvolti (operatori sanitari, magistratura, amministrazione penitenziaria) per aderire al nuovo approccio culturale sotteso alla riforma, secondo cui la malattia mentale non è più un male incurabile ma un “disturbo, di natura anche sociale, curabile o almeno gestibile nell’ambito di un percorso di vita che tenda all’autonomia”. Tuttavia, contro questo aspetto va sottolineato come la valutazione della pericolosità sociale, come espresso dalla legge, si basa su una considerazione soggettiva delle capacità del soggetto, senza tenere in considerazione la componente ambientale e sociale.

Quindi “cercare nella dotazione dei posti in REMS la soluzione al problema delle misure di sicurezza è espressione della cultura precedente la riforma, che, come prima risposta alla malattia mentale, immaginava un luogo in cui collocare la persona (rinunciando a ogni forma di inclusione sociale del malato)”. Proprio l’insufficiente applicazione del principio di extrema ratio della misura di sicurezza detentiva – verosimilmente a causa della scarsa fiducia nelle misure di sicurezza non detentive e della debolezza dei servizi

di salute mentale – sarebbe alla base dell’aumento delle richieste di ricovero che non hanno trovato esecuzione. Di qui la considerazione della necessità di accelerare e qualificare i percorsi già intrapresi, procedendo alla sostituzione delle REMS provvisorie con quelle definitive, e di valutare le carenze o eccedenze “sulla base di attente analisi delle cause del fenomeno (nei diversi territori) e di rigorose valutazioni dei fabbisogni di assistenza ([...] in coerenza con le innovazioni introdotte con la Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza verso una salute di comunità e in continuità con gli strumenti della programmazione ampiamente utilizzati nel settore sanitario)”(così il punto 5.12 del Ritenuto in fatto)<sup>19</sup>. Con ciò si auspica anche un’attenzione volta al rafforzamento dei servizi territoriali così da poter far fronte alle sempre crescenti richieste e difficoltà che si trovano a dover gestire.

L’assegnazione alle REMS è nell’ordinamento italiano una MdS, disposta dal giudice per unire il bisogno terapeutico all’esigenza di contenimento della pericolosità sociale del soggetto che ha commesso reato. Questo necessita dell’importanza di rispettare i principi costituzionali sulle MdS e sui trattamenti sanitari, in particolare vi dovrebbe essere la necessità che sia una Legge dello Stato a disciplinare la misura. Tuttavia, ad oggi, la regolamentazione delle REMS è solo minimamente affidata alla legge, venendo rimessa ad atti normativi secondari e ad accordi Stato-Regioni, creando così una grande disomogeneità nella gestione del servizio. A questo si aggiunge anche una cultura sanitaria che solamente in questi anni si sta sviluppando ed evolvendo per far fronte a queste crescenti richieste e importanti cambiamenti.

La Corte ha poi sottolineato che a causa di gravi problemi di funzionamento il sistema non tutela in modo efficace né i diritti fondamentali delle possibili vittime di aggressioni, che il soggetto affetto da patologia psichica potrebbe riproporre, né il diritto alla salute del malato, che non riceve cure adeguate alla condizione psicopatologica e al reintegro nella società. Inoltre la totale estromissione del ministro di Giustizia da ogni competenza delle REMS non è compatibile con l’articolo 110 della Costituzione, che assegna al Guardiasigilli la responsabilità dell’organizzazione e del funzionamento dei servizi relativi alla giustizia.

---

<sup>19</sup> Simone Ferrari, 21 febbraio 2022, LAIC, laboratorio avvocati, investigatori, criminologi.

Nonostante tutti questi aspetti la Corte non può dichiarare illegittime le motivazioni riportate dal Tribunale di Tivoli dichiarando la motivazione inizialmente descritta.

Di qui il monito al legislatore affinché proceda, senza indugio, a una complessiva riforma di sistema, che assicuri assieme:

- un'adeguata base legislativa alla nuova misura di sicurezza;
- la realizzazione e il buon funzionamento, sull'intero territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività;
- forme di idoneo coinvolgimento del ministro della Giustizia nell'attività di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti e degli altri strumenti di tutela della salute mentale degli autori di reato, nonché nella programmazione del relativo fabbisogno finanziario.<sup>20</sup>

È sicuramente indicativo come a otto anni dalla promulgazione della legge 81/2014 vi siano numerosi aspetti su cui il Ministero della Giustizia e differenti Tribunali si stiano interrogando, e ciò promuove una cultura incerta su una gestione adeguata delle REMS. Ciò deve essere calato in una società sempre più violenta ed incerta che il sociologo Bauman nel 2000 la definì come *società liquida* caratterizzata da: la crisi dello Stato, dei partiti e delle ideologie, l'individualismo sfrenato, l'incertezza del diritto, la precarizzazione diffusa. Bauman cede ad una visione piuttosto cupa della società, una comunità contemporanea che appare appiattita, quasi amorfa, privata dei riti di passaggio che costituivano le tappe significative della crescita individuale e scanditi da delusioni, sacrifici, rinunce e conquiste<sup>21</sup>. Tutto ciò influenza il benessere dell'individuo andando anche a causare significative fragilità che poi coinvolgono la sfera psicofisica e possono innescare agiti impulsivi con possibili conseguenze autodirette o eterodirette.

La difficoltà di gestione del nostro sistema è stata anche oggetto di attenzione della Corte di Strasburgo per la tutela dei diritti umani. In particolare la Corte omonima condanna lo Stato italiano a) per violazione dell'art. 3 (Divieto della tortura) della Convenzione per la

---

<sup>20</sup> Ufficio comunicazione e stampa della Corte Costituzionale, Comunicato del 27 gennaio 2022.

<sup>21</sup> Rita Bimbatti, Generazioni a confronto e trasformazione della società attuale, 17 ottobre 2020, sociologicamente.it.

salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (acronimo CEDU), stante la mancanza di alcuna strategia terapeutica globale di presa in carico della patologia in cui versava l'interessato; b) per violazione dell'art. 5 (Diritto alla libertà ed alla sicurezza), § 1, giusta l'illegalità della detenzione inframuraria patita medio tempore, e § 5, CEDU, alla luce dell'assenza di un rimedio effettivo onde garantire adeguata riparazione del pregiudizio sofferto a cagione dell'evidenziata detenzione "abusiva"; c) dell'art. 6 (Diritto ad un processo equo), § 1, CEDU, a fronte della mancata esecuzione della sentenza del 20 maggio 2019 con cui la corte di appello di Roma aveva ordinato che il signor Sy fosse rimesso in libertà; d) dell'art. 34 (Ricorsi individuali) CEDU, una volta ritenuto eccessivo il termine (35 giorni) entro cui si era fornita esecuzione al provvedimento cautelare ex art. 39 Regolamento Corte EDU.

La Corte di Strasburgo si trattiene dal ricorrere all'eventualità più invasiva ovvero dall'ordinare al Governo italiano, ex art. 46 (Forza vincolante ed esecuzione delle sentenze), di adottare tutte le misure di carattere generale necessarie per tutelare ogni detenuto attinto da turbe mentali, destinatario della misura di sicurezza dell'ospedalizzazione in REMS, in primis per il filtro dell'immediato trasferimento presso di esse (e ciò nonostante l'istanza in tal senso del signor Sy) oltre che dall'azionare la procedura di sentenza-pilota, ex art. 61 Regolamento Corte EDU, laddove i fatti all'origine di un ricorso avanzato innanzi a quest'ultima "rivelano l'esistenza, nella Parte contraente interessata, di un problema strutturale o sistemico o di un'altra disfunzione simile che ha dato luogo o potrebbe dare luogo alla presentazione di altri ricorsi analoghi"<sup>22</sup>.

A questo monito la Corte Costituzionale ha risposto sottolineando la necessità di una riforma del sistema, promuovendo una maggiore adeguatezza del sistema legislativo alle nuove misure di sicurezza, garantire la realizzazione e il buon funzionamento del sistema REMS che possa corrispondere al reale fabbisogno nazionale, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati rispetto alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività, forme di adeguato coinvolgimento del Ministro della giustizia nell'attività di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti e degli altri strumenti di tutela della salute mentale attivabili nel quadro

---

<sup>22</sup> Simone Ferrari, 21 febbraio 2022, LAIC, laboratorio avvocati, investigatori, criminologi.

della diversa misura di sicurezza della libertà vigilata, nonché nella programmazione del relativo fabbisogno finanziario, anche in vista dell'eventuale potenziamento quantitativo delle strutture esistenti o degli strumenti alternativi.

Alla luce di queste riflessioni sorge anche il quesito se sia da ripensare il sistema del doppio binario e superare il concetto di non imputabilità per vizio di mente. Occorre una revisione di una legge così importante in quanto da un lato deve essere garantita la restituzione della dignità a questa categoria speciale di pazienti, d'altro canto si deve, però, tenere conto dell'aspetto giuridico, della resistenza al cambiamento e alla terapia, dei crimini effettuati e che non tutti siano giustificabili da una condizione di psicopatia.

Aspetto sicuramente difficile nella valutazione della psichiatria forense è la valutazione dell'atto criminale, soprattutto quando questo è connotato da violenza eterodiretta. Inoltre la psichiatria si trova a dover prendere in carico diagnosi in bilico tra la moralità e la clinica come il Disturbo Antisociale di Personalità caratterizzato da una propensione verso azioni che volgono all'indifferenza e al male dell'altro<sup>23</sup>. In aggiunta a questa condizione possiamo individuare anche le monomanie come la tendenza irragionevole istintiva al furto, all'incendio, la tendenza irrefrenabile al gioco, gravida di conseguenze anche drammatiche (Peloso, 2005) o le deviazioni dell'istinto sessuale nelle modalità delle sue manifestazioni, la violenza, la perversione sadica, o nell'oggetto, con il problema, oggi di grande allarme sociale, delle pedofilie (Schinaia, 2002). Sono tutte realtà, certo al loro interno eterogenee, nelle quali la mente mette in scena le infinite possibilità del suo funzionamento, al di là della riduttiva dicotomia salute/malattia, o dell'ipotesi per la quale chi non è affetto da un disturbo mentale di asse primo, una nevrosi o una psicosi, passibile di diagnosi, classificazione, terapia, entra per ciò nella tranquillizzante definizione della "normalità" di mente, nella quale ogni atto dovrebbe avere una trama, un senso e quindi una responsabilità penale.<sup>24</sup> Di fronte a tutto ciò, spesso la psichiatria si trova senza strumenti efficaci e si rischia di cadere in una banalizzazione della responsabilità, trovando in una non causa individuabile nel raptus agito, il motore dell'azione. Guardando anche al contesto Europeo, Senon, nel 1998 descrive una psichiatria forense francese in difficoltà nella presa in carico di malati

---

<sup>23</sup> Ferranini, Peloso, 2000

<sup>24</sup> Questioni attuali nel rapporto tra dipartimento di salute mentale e circuito penitenziario: complessità dei problemi e ipotesi d'intervento, Ferranini, Peloso, *Rassegna italiana di Criminologia*, anno 1, numero 1, 2007.

mentali responsabili di reati sessuali, spesso accolti in stabilimenti di pena con un regime abbastanza liberale per la bassa pericolosità penitenziaria.

Vale quindi la pena riportare le parole di Senon, che citando Horassius, si chiede: “Dobbiamo lasciar credere che sappiamo curare bene sotto la costrizione dei delinquenti che non chiedono niente, e lasciar sperare che possiamo guarirli e prevenire le recidive?”. E poi osserva che lo psichiatra dispone di possibilità terapeutiche limitate ai casi dove la delinquenza sessuale può essere riportata a disturbi mentali sottostanti, perché non tutti i delinquenti sessuali sono malati<sup>25</sup>. Questo quesito dovrebbe essere chiave nella trattazione degli autori di reato con patologia psichica in quanto nella valutazione della persona andrebbero presi in considerazione molteplici fattori e non solamente la psicopatologia o la spiegazione di un'azione delirante all'apice dell'atto criminale. Una corretta valutazione del caso clinico da parte del DSM, congiuntamente al Ministero della Giustizia, permetterebbe l'adeguatezza della presa in carico e la scelta più opportuna tra il sistema di presa in carico Sanitario o quello del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria.

Come riportato precedentemente c'è bisogno di una revisione del sistema che ruota attorno alle REMS e alla presa in carico territoriale dei pazienti psichiatrici autori di reato, cambiamento che può essere fatto solo congiuntamente con una revisione del sistema carcerario nazionale. Infatti la situazione carceraria può essere definita come una condizione non fisiologica e dunque in sé ansiogena di vita, che promuove o aggrava la malattia mentale e la tendenza all'uso di sostanze sedative o eccitanti a potenziale rischio di abuso e dipendenza, e ciò per la forzata promiscuità, la limitazione dei movimenti, la deprivazione affettiva e sessuale, l'eterodirezione in tutti gli aspetti anche più banali della vita quotidiana (dalla collocazione spaziale del proprio corpo, alla possibilità di comunicare, alla scelta di quanto e come alimentarsi ecc.). Tali fattori contribuiscono ampiamente a stati d'ansia e profonda insoddisfazione che si concretizzano in alterazioni del ritmo sonno-veglia, preferenza del “sonno” chimicamente indotto rispetto a una condizione di vita dolorosa e stressante, oltre che, è bene ricordarlo, a un incremento del tasso suicidario attribuibile al solo fattore della carcerazione, ampiamente documentato in letteratura (Peloso, Puppo, 1994).

---

<sup>25</sup> Questioni attuali nel rapporto tra dipartimento di salute mentale e circuito penitenziario: complessità dei problemi e ipotesi d'intervento, Ferranini, Peloso, *Rassegna italiana di Criminologia*, anno 1, numero 1, 2007.

*“Non c'è luce senza ombre  
e non c'è pienezza psichica senza imperfezioni.  
La vita richiede per la sua realizzazione non la perfezione,  
ma la pienezza.  
Senza l'imperfezione non c'è né progresso né crescita.”*

Carl Gustav Jung

## **6. Conclusioni**

Nella conclusione dell'analisi del sistema REMS è doveroso citare il caso della Dottoressa Barbara Capovani, deceduta in seguito all'aggressione di una persona con disagio psichico, seguita dallo stesso medico. Questa notizia di cronaca è stata oggetto di molteplici riflessioni e, in un primo momento, il segretario della Lega pisano ha invocato alla riapertura dei manicomi cancellando quindi l'importanza della Legge 180 e trovando la soluzione principale della violenza agita nella reclusione e nella chiusura, quasi nell'eliminazione dal visibile del problema. Fortunatamente accanto a questa voce, sono stati molteplici i politici e i sindacati che si sono dimostrati contrariati rispetto continui tagli alla sanità e in particolare delle risorse destinate alla salute mentale con la conseguenza che i servizi sono stracolmi e che gli operatori lavorano in condizioni di estrema difficoltà. D'altro canto va riconosciuto come l'attuale società giochi un ruolo decisivo nella genesi del disturbo psichico o per le anomalie comportamentali. Gli esperti dibattono sin dall'inizio del secolo scorso sul rapporto tra criminalità e malattia mentale. “Nella maggior parte dei casi – si legge in un articolo di Carmela Marucci pubblicato il 13 agosto 2018 su [Profilicriminali.it](http://Profilicriminali.it), Esiste un reale rapporto tra malattie mentali e criminalità?, che prende a riferimento gli studi effettuati da Desjarlais, Eisenberg, Good, Kleinmann nel 1995 e riportati nel volume *World mental health. Problems and priorities in low-income countries*, Oxford University Press – si può sottolineare che sono fenomeni del tutto indipendenti l'uno dall'altro. Ed è bene dunque ricordare che la possibilità di

esprimere violenza, commettendo reati e abusi di ogni genere, riguarda tanto le persone mentalmente sane quanto quelle affette da disturbi di natura psichiatrica”<sup>26</sup>.

Altro caso di cronaca che desta riflessione è quello avvenuto ad Ardea il 13 giugno 2021, quando un uomo affetto da disturbi psichiatrici aveva ucciso con un’arma da fuoco una persona anziana e due bambini, in un’intervista pubblicata il giorno seguente da Panorama (Linda di Benedetto, L’assassino di Ardea non è stato seguito a dovere), il presidente della Società di Epidemiologia Psichiatrica Fabrizio Starace, dopo avere stigmatizzato il possesso di un’arma da parte di una persona che era già stata sottoposta a Trattamento Sanitario Obbligatorio (Tso), così affermava: “La prassi del Tso è corretta ma dopo il ritorno a casa, in questo caso avvenuto dopo 7 giorni, c’era necessità di proseguire il trattamento. Questa persona andava seguita. Poteva tornare a casa ma non doveva interrompersi la continuazione della cura. È come nel caso dell’infarto: si agisce nell’immediato ma poi la persona deve continuare con visite e cure”. Bisogna considerare che in Italia sono circa 850 mila le persone seguite dai Dipartimenti di Salute Mentale (Dsm) – la Asl Roma2 ne ha ben 140 a carico di ogni singolo psichiatra –, e di queste circa un quinto soffrono di psicosi. Le condizioni dei servizi per la salute mentale sono diverse da Regione a Regione e, come denunciato nell’articolo citato di Gente e Territorio, sono soggetti a continui tagli e riduzioni di personale proprio quando la domanda di cura e di attenzione al disagio mentale è in continua, in irrefrenabile crescita. Di fronte a tutto ciò la soluzione non è certamente la riapertura dei manicomi. Quando erano aperti i tassi di omicidio e violenza erano superiori a quelli odierni, come conferma lo psichiatra Luigi Cancrini in un’intervista al Corriere della Sera del 26 aprile 2023 (“Per uno stalker come l’assassino i soli ammonimenti non bastavano”)<sup>27</sup>.

Infine la soluzione alla gestione del sistema REMS non può essere trovata nella chiusura, nella sola corsa all’apertura di nuove strutture, nell’applicazione di pene sempre più di reclusione. Se la strada fosse solamente questa si farebbe un terribile passo indietro ai primi anni del novecento. La soluzione potrebbe individuarsi nel rinforzo della rete territoriale della psichiatria, nell’attenzione al benessere mentale della nostra società, alla costruzione di modelli generazionali che non isolano, ma rassicurano, alla cura della salute mentale nelle carceri, ad una collaborazione stretta tra i Dipartimenti di salute

---

<sup>26</sup> Carlo Gnetti, Un tavolo sulla psichiatria dopo l’omicidio Capovani, 26 aprile 2023, rivista online Gente e Territorio.

<sup>27</sup> Carlo Gnetti, Un tavolo sulla psichiatria dopo l’omicidio Capovani, 26 aprile 2023, rivista online Gente e Territorio.



Mentale e il Dipartimento di Giustizia, in un'attenzione alla dimensione psichica in tutti i contesti umani.

## Bibliografia

Allegato alla Delibera n. 105 del 23 gennaio 2015 “Definizione del Programma regionale di Spesa Corrente per gli anni 2012 e 2013 per gli interventi finalizzati al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) - Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3 ter”. Disponibile su: <http://mtom.regione.fvg.it/>

Allegato alla DGR n. 26/5 del 24/05/2018 “Programma regionale per la riqualificazione e ristrutturazione delle strutture della rete dei servizi per la salute mentale per la Sardegna”.

Ba Gabriella, 2014, Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale, FrancoAngeli editore;

Balbi A, Biondi M., 2015, Ombre ed errori di una legge: il parere dei clinici. Rivista di Psichiatria.

Bimbatti Rita, 17 ottobre 2020, Generazioni a confronto e trasformazione della società attuale, sociologicamente.it.

Calogero A, Rivellini G, Straticò E., 2012, L’Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere: modello sanitario. Quaderni Italiani di Psichiatria 31, pagine 137-54.

Camera dei Deputati, 2015, Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (aggiornata al 30 settembre 2014) - Doc. CCXVII n. 1, Stabilimenti Tipografici Carlo Colombo, Roma.

Camera dei Deputati, Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (aggiornata al 31 dicembre 2014) - Doc. CCXVII n. 2. In: Atti Parlamentari XVII Legislatura 12 febbraio 2015. Tipografia del Senato, Roma.

Caretti V, Carpentieri R, Capri C, Schimmenti A., 2019, Attendibilità, validità e proprietà psicometriche della versione italiana dell’HCR-20v3. Firenze, Hogrefe Editore.

Caretti V, Manzi GS, Schimmenti A, Seragusa L., 2011, PCL-R. Hare psychopathy checklist-revised, Italian edition, ITEMS.

Carrino Candida, 2018, Luride, agitate, criminali. Un secolo di internamento femminile (1850-1950), Carocci editore, Roma.

Carta dei servizi e Regolamento REMS di Bologna “Casa degli Svizzeri”. Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna. Disponibile su: <http://www.assemblea.emr.it/>.

Casacchia Massimo, Malavolta Maurizio, Bianchini Valeria, et al., 2015, Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale?, Direttivo sezione italiana World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR), Rivista di psichiatria, pagine 199-209.

Conferenza Unificata Presidenza del Consiglio dei Ministri, Accordo concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell’articolo 3ter, comma 2,

del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81. (GIUSTIZIA - ECONOMIA E FINANZE -SALUTE) Accordo ai sensi del D.M. 1 ottobre 2012, Allegato A. . 26 febbraio 2015.

Corleone F., 2017, Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Roma: Ministero di Giustizia.

D.P.C.M. 1 aprile 2008 “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”. GU 30 maggio, n.126.

DA n. 127/2014 “Programma per la realizzazione di interventi per il superamento degli OPG ai sensi della legge n. 9 del 17/2/12 art. 3 ter.”. Regione Sicilia. Disponibile su: <http://pti.regione.sicilia.it/>

DCA n. 108/15 “Programma di utilizzo dei fondi di parte corrente ex legge n. 9/12, che include il potenziamento della rete intra penitenziaria per la tutela della salute mentale”. Regione Calabria.

Decreto 1 ottobre 2012. Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia. GU Serie Generale n. 270 del 19-11-2012.

Decreto n. 104 del 30 settembre 2014 “Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania”. Pubblicato sul BURC n. 69 del 6/10/2014.

Decreto n. 9958 del 10/07/2018: “Protocollo d’intesa per l’applicazione di un modello operativo di superamento degli OPG (L.81/2014) nel territorio del distretto di Corte d’Appello di Brescia”. 138. Protocollo di Intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio del 8/11/2017 “Per l’esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente”. Disponibile su: <https://www.aslroma5.info/strutture/dsm/>.

Delibera del 24 settembre 2018, Consiglio Superiore della Magistratura. Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche.

Delibera n. 444 del 13 marzo 2015 “Programma per la realizzazione di strutture sanitarie per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari – Rimodulazione. Disponibile su: <http://mtom.regione.fvg.it/>

Delibera n. 767 del 21/05/2018 della Giunta Regionale EmiliaRomagna: “Approvazione schema protocollo operativo tra Magistratura, Regione Emilia-Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l’applicazione della Legge n. 81/2014 (Chiusura Ospedali Psichiatrici Giudiziari e Esecuzione delle misure di sicurezza)”. Disponibile su: <https://www.ausl.pr.it/>.

Deliberazione della Giunta Provinciale n. 696 del 09/06/2015, “Realizzazione di una residenza per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) per la Provincia Autonoma di Bolzano”, 2015.

Deliberazione n. 866 del 22 dicembre 2017 a cura del Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche dell’Azienda Sanitaria Locale Roma 5.

Determina n. 1686 del 05/03/2018: “Aggiornamento organizzativo del servizio servizio di salute mentale penitenziaria e superamento OPG e delle procedure inerenti i PTRI in tema di misure di sicurezza detentive OPG/CCC di cui alla Legge n. 81/2014”. Disponibile su: <http://www.smopcampania.it/>.

DGR 19 novembre 2013 n. 1447 (Approvazione del “Programma per la realizzazione degli interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari” ai sensi della legge 17 febbraio 2012 n. 9 art. 3-ter e ss.mm.ii).

DGR 193/2014 “Programma Regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale 2014-2016 Servizio Sanitario Regionale Liguria”. Disponibile su: <http://www.liguriainformasalute.it>

DGR 28 marzo 2013 n. 364 (Legge 17.02.2012 n. 9 art. 3 ter - Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari).

DGR 657/2016 “Immobile in locazione da destinare a REMS temporanea (Residenza per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza) - DM 1 ottobre 2012 - Decreti Commissario ad Acta Regione Abruzzo n. 70 del 6/7/2015 - n. 100 del 30/10/2015. Disponibile su: <https://trasparenza.asl1abruzzo.it/>

DGR n. 1331 del 17 luglio 2012 “Approvazione del progetto di Struttura intermedia per pazienti psichiatrici autori di reato presentata dall’Azienda ULSS n. 21 di Legnago (VR) e determinazione del finanziamento regionale e relativo impegno di spesa.” Pubblicata sul Bur n. 62 del 7 agosto 2012. Disponibile su: <https://bur.regione.veneto.it>

DGR n. 1976 del 6 dicembre 2017 “Approvazione dello schema di Protocollo di Intesa tra la Regione del Veneto e la Magistratura a favore di soggetti sottoposti a giudizio che presentano segni di sofferenza psichica o non imputabili, nell’ambito dell’applicazione della Legge 81/2014.” Pubblicata sul Bur n. 3 del 9 gennaio 2018. Disponibile su: <https://bur.regione.veneto.it/>

DGR n. 423 del 27 maggio 2019 “Processo di presa in carico dei soggetti autori di reato destinatari di misure di sicurezza individuazione dei criteri e relativi indicatori in merito all’assegnazione/dimissione REMS”. Regione Piemonte, Direzione Sanità.

DGR n. 493 del 21/07/2017 “Presa d’atto Protocollo Operativo tra ASM ed ASP: ‘Implementazione e sviluppo della rete psichiatrica per la gestione delle strutture residenziali e semiresidenziali per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari’.

DGR n. 49-8660 del 29 marzo 2019 “Programma regionale di riparto ed utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)

di cui alla DGR n. 49-3357 del 23.05.2016. Modifiche ed integrazioni”. Disponibile su: <http://www.regione.piemonte.it/>

DGR n. 537 del 8 luglio 2019 “Definizione del Percorso Assistenziale (PA) dei pazienti autori di reato destinatari di misure di sicurezza”. Regione Piemonte, Direzione Sanità.

DGR n. 71 del 01/02/2019 “Nuovo Programma regionale ex DCA 67/2013 – Integrazione della deliberazione n. 22 del 18.01.2019”. Regione Abruzzo. Disponibile su: <https://www.regione.abruzzo.it/>

DGR n. 793 del 2 maggio 2019 “Provvedimento stralcio al fine della semplificazione delle procedure per autorizzazione alla realizzazione ed autorizzazione all’esercizio per le strutture sociosanitarie ammesse a finanziamento pubblico, con permesso a costruire/istanza di ristrutturazione e per RSAA ex art. 67 R.R. n. 4/2007 con istanza di qualificazione in RSA di mantenimento”. Disponibile su: <http://www.regione.puglia.it>

Famulari Roberta, Ussorio Donatella, et al., 2019, Il core competence del tecnico della riabilitazione psichiatrica, Alpes editore;

Ferranini L., 18 febbraio 2015, Contributo per il Convegno “Caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari: i risultati del progetto OPG-ISS” Nuovi scenari dell’assistenza psichiatrica ai pazienti autori di reato.

Ferranini, Peloso, 2007, Questioni attuali nel rapporto tra dipartimento di salute mentale e circuito penitenziario: complessità dei problemi e ipotesi d’intervento, Rassegna italiana di Criminologia, anno 1, numero 1.

Ferrari Simone, 21 febbraio 2022, Mario Deganello, “Tempi duri” per le REMS “strette” fra interditta della Corte EDU ed ultimatum della nostra Corte costituzionale, LAIC, laboratorio avvocati, investigatori, criminologi.

Galimberti U., La parola ai giovani. Dialogo con la generazione del nichilismo attivo, Milano, Feltrinelli, 2018.

Gingerich Susan e Mueser T. Kim, Boggian Ileana et al. 2019, Training per le abilità di coping, Giovanni Fioriti Editore;

Gnetti Carlo, 26 aprile 2023, Un tavolo sulla psichiatria dopo l’omicidio Capovani, rivista online Gente e Territorio.

Krzysztof Szadejko, ottobre 2020, Il modello "biopsicosociale": verso un approccio integrale, Teoria e Prassi, rivista di Scienze dell’educazione, pagine 21-29;

Latte Gianmarco, Avvisati Livia, Calandro Sara, et al., 2018, Dagli OPG alle REMS: il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell’esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli autori di reato con problemi psichici; Rivista di psichiatria 2018; pagine 31-39.

Legge 30 maggio 2014, n. 81. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. GU n. 125 del 31-5-2014.

Lensi M, Pannella M., 31 marzo 2015, Ma la vera rivoluzione è un cambio di mentalità. Finchè rimarrà inalterato il concetto fascista di pericolosità sociale, difficile affrontare la cosa. Corriere Fiorentino.

Lombardi V, Veltri A, Montanelli C, et al., 2019, Sociodemographic, clinical and criminological characteristics of a sample of Italian Volterra REMS patients. Int J Law Psychiatry.

Maiorca Gianluca, Mascia Irene, Currelli Riccardo et al., 2020, Caratteristiche cliniche, diagnostiche e forensi di un campione di pazienti di una REMS, Suppl 1 Riv. Psichiatria, pagine 15-19.

Melani G., 2014, La funzione dell'OPG. Aspetti Normativi e sociologici, Rivista ADIR- l'Altro Diritto.

Mezzina R., 2015, La pena e la cura. Le risposte attuali dei servizi di salute mentale. Relazione al Corso ECM: "Articoli 88 e 89 del codice penale. È possibile abrogare il vizio di mente?", Trieste.

Nicolò Giuseppe, Pompili Enrico, Silvestrini Cristiana, 2012, Manuale di psichiatria territoriale, Pacini Editore Medicina.

Orsini Davide, 16 gennaio 2023, La lente distorta della società. Malattia, violazione dell'ordine sociale e stigma tra XIX e XXI secolo, Licosia editore.

Pessina Rodolfo, Santoriello Carmen, Rossetto Ilaria, et al., 2019, Possibilità e limiti dei Servizi di Psichiatria Forense: legislazione e organizzazione in un'ottica internazionale e nazionale Rivista di Psichiatria, pagine 21-81.

Piano d'azione per la salute mentale, WHO, 2013-2020;

Piano Regionale salute mentale infanzia, adolescenza ed età adulta (anni 2018-2020), Friuli-Venezia Giulia. Allegato alla Delibera n. 122 del 25 gennaio 2018. Disponibile su: <http://mtom.regione.fvg.it/>

Piazza C (a cura di). Carta dei servizi e Regolamento REMS di Nogara. Disponibile su: <https://www.aulss9.veneto.it/>

Piazza C, Castelletti L, Bissoli S (a cura di), 27 aprile 2019, Contributo per la Sessione n. 6 della Conferenza salute mentale : "L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa": l'esperienza della REMS del Veneto".

Piazza C, Castelletti L, Bissoli S. (a cura di), 27 aprile 2019, Contributo per la Sessione n. 6 della Conferenza salute mentale: "L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa": l'esperienza della REMS del Veneto". Disponibile su: <http://www.conferenzasalutementale.it/>

Progetti attività sociali destinati ai pazienti della REMS di Nogara. Disponibile su: <http://www.sossanita.it/doc>

Programma-calendario delle attività svolte nella REMS di Nogara. Disponibile su: <http://www.sossanita.it/doc>

Questioni interpretative e problemi applicativi del 19 aprile 2017. Risoluzione Fasc. 37/PP/2016 “Disposizioni urgenti 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”.

Regione Liguria. Servizio Sanitario Regionale - Programma Regionale per la Salute in Carcere e delle persone nel circuito penale 2014-2016. Indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la redazione dei programmi annuali aziendali.

Regolamento sanitario della REMS di Pergine Valsugana del 21/09/2015. Disponibile su: <http://www.stopopg.it/>

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto anno 2018 (dati 2016-2017), a cura di UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri (SER), prevista dalla nota prot. 318950 del 10 luglio 2012 del Direttore Generale Area Sanità e Sociale “Attribuzione obiettivi per l’attuazione del Piano Socio Sanitario”. Disponibile su: <https://www.serveneto.it/>.

Report della visita all’ex OPG di Castiglione delle Stiviere dell’Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS, 2019. Disponibile su: <http://www.stopopg.it>.

Report della visita alla REMS Casale di Mezzani e Bologna dell’Osservatorio per il superamento degli OPG e sulle REMS in data 14 gennaio 2016. Disponibile su: <http://www.stopopg.it/> .

Report della visita alla REMS San Michele in Bra (CN) e alla REMS San Maurizio Canavese (TO) dell’Osservatorio per il superamento degli OPG e sulle REMS in data 24/07/2018. Disponibile su: <http://www.stopopg.it/>.

Report della visita alla REMS Spinazzola dell’Osservatorio per il superamento degli OPG e sulle REMS in data 07/05/2019. Disponibile su: <http://www.stopopg.it/>

Report della visita alla REMS Volterra dell’Osservatorio per il superamento degli OPG e sulle REMS in data 05/07/2018. Disponibile su: <http://www.stopopg.it/> (ultimo accesso 10 dicembre 2019).

Rivellini Gianfranco, Pessina Rodolfo, Pagano Antonio Maria, et al. 2019, Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA, Rivista di Psichiatria 2019; 54(6 Suppl 3), pagine 83-134.

Senato della Repubblica Commissione Parlamentare di Inchiesta sull’efficacia e l’efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, 20 luglio 2011, Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli ospedali psichiatrici giudiziari Doc. XXII-bis n. 4. Tipografia de Senato, Roma.

SENON J.-L. (1998): La salute mentale in carcere. Psichiatria di collegamento in ambito penitenziario, ed. it. a cura di L. Ferrannini, P.F. Peloso. Centro Scientifico Editore, Torino, 2006.

Sgarbi C, Paulillo G, Frivoli GF, et al., 2017, L’esperienza della REMS di Casale di Mezzani: funzionamento della struttura e caratteristiche dei pazienti ricoverati. Rassegna Italiana di Criminologia; 3.

Sociologicamente.it

Ufficio comunicazione e stampa della Corte Costituzionale, Comunicato del 27 gennaio 2022.

Vita Antonio, Dell'Osso Liliana, Mucci Armida, 2019, Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica, dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale; volume 1 psichiatria clinica, Giovanni Fioriti Editore;

Vita Antonio, Dell'Osso Liliana, Mucci Armida, 2019, Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica, dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale; volume 2 riabilitazione psichiatrica, Giovanni Fioriti Editore;

[www. Giustizia.it](http://www.Giustizia.it)