

L'esperienza della REMS di Casale di Mezzani: funzionamento della struttura e caratteristiche dei pazienti ricoverati

The experience of Casale di Mezzani REMS: facility operation and inpatients' characteristics

Chiara Sgarbi • Giuseppina Paulillo • Giovanni Francesco Frivoli • Pietro Domiano • Vincenza Ivana Molinaro
• Pietro Pellegrini • Federico Bignardi Baracchi • Chiara Valente • Laura De Fazio

Abstract

This paper introduces the experience of REMS of Casale di Mezzani (PR) at a distance of almost two years since its opening, in order to highlight the real impact on the territory of the current OPG reform. In addition to the structural and functional qualities of the Residency, the data about 11 present and 12 resumed patients in early February 2017 are illustrated, reconstructing its clinical and legal profile and examining the qualifying aspects of the therapy and rehabilitation pathways offered. Through the analysis of the model of Casale di Mezzani, taking into account emerged potentialities and limits, the authors consider the importance of the solution introduced by the legislator with the provision of the new residences, currently appearing an adequate answer to the desired overcoming of the existing custodial system.

Key words: REMS • Security measures • OPG • Therapeutic treatment • Rehabilitation • Reform

Riassunto

Il presente contributo introduce l'esperienza della REMS di Casale di Mezzani (PR) a quasi due anni dalla sua apertura, al fine di evidenziare il reale impatto sul territorio dell'attuale riforma degli OPG. Oltre alle qualità strutturali e funzionali della Residenza, vengono illustrati i dati riguardanti gli 11 pazienti presenti e i 12 dimessi all'inizio del febbraio 2017, ricostruendo il profilo clinico e giuridico ed esaminando gli aspetti qualificanti il percorso terapeutico e riabilitativo offerto. Attraverso l'analisi del modello di Casale di Mezzani, tenuto conto delle potenzialità e criticità emerse, gli autori ritengono di poter affermare l'importanza della soluzione introdotta dal legislatore con la previsione delle nuove residenze, le quali appaiono al momento in grado di appresentare una risposta adeguata all'auspicato superamento della logica custodialistica pre-
vigente.

Parole chiave: REMS • Misure di sicurezza • OPG • Trattamento terapeutico • Riabilitazione • Riforma

Per corrispondenza: Chiara Sgarbi, Dipartimento di Giurisprudenza, via San Geminiano 3, 41124 Modena. tel. 0592058218 • email: chiara.sgarbi@unimore.it

Chiara SGARBI, Dottore di Ricerca Europeo in Scienze Giuridiche, Assegnista di ricerca, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

Giuseppina PAULILLO, Direttore f.f. UOC Residenze Psichiatriche e Psicopatologia Forense, Responsabile REMS Parma, Ausl Parma.

Giovanni Francesco FRIVOLI, Psichiatra REMS Parma

Pietro DOMIANO, Psicologo REMS Parma

Vincenza Ivana MOLINARO, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, REMS Parma

Pietro PELLEGRINI, Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale - AUSL Parma

Chiara VALENTE, Laureata in Giurisprudenza

Federico BIGNARDI BARACCHI, Laureato in Giurisprudenza, Master di II livello in Psicopatologia forense e Criminologia clinica

Laura DE FAZIO, Professore Associato di Criminologia, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

L'esperienza della REMS di Casale di Mezzani: funzionamento della struttura e caratteristiche dei pazienti ricoverati

1. Le REMS in Italia e in Emilia-Romagna

Dopo diversi tentativi, iniziati con la L. n. 9/2012 e successive modificazioni, nel 2014 la L. n. 81 ha definitivamente fissato al 31 marzo 2015 il termine ultimo per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e conseguentemente della logica custodiale alla base del loro funzionamento, attraverso la realizzazione delle nuove Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e il riconoscimento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), ossia l'ordinaria rete di servizi territoriali, quale primo sistema di riferimento per gli autori di reato affetti da patologie psichiatriche (De Fazio & Sgarbi, 2017; Moretti, Sinisi, Mattei, & Galeazzi, 2017).

Pertanto, a due anni di distanza dalla succitata scadenza, fatta eccezione per Castiglione delle Stiviere che ha 'solamente' cambiato denominazione, gli altri OPG presenti sul territorio italiano hanno cessato progressivamente la loro attività (Ceconi, D'Anza, Del Giudice, Amerini & Gonnella, 2016; Ceconi, D'Anza, Del Giudice, Calderone, Amerini, & Gonnella, 2016; Corleone, 2017; Ministero della Giustizia, 2017). Attualmente quasi tutte le regioni contano almeno una REMS, che risponde ai criteri fondamentali individuati dalla legge n. 9/2012, vale a dire la presenza di un'attività di sicurezza e vigilanza perimetrale, una gestione esclusivamente sanitaria e la territorialità, ossia la destinazione delle strutture ai soggetti provenienti dalla zona di ubicazione delle medesime o dalle regioni limitrofe (Fiorentin, 2012; Nese, 2012; De Fazio & Sgarbi, 2017).

Considerando la situazione dell'Emilia Romagna, essa è apparsa subito fortemente motivata a dare attuazione alla riforma, con la pronta chiusura dell'OPG di Reggio Emilia, provvedendo a dimettere e trasferire nei luoghi di provenienza o in strutture diverse gli internati¹ e ad accogliere i pazienti, nel rispetto dei termini fissati e secondo la competenza territoriale, nelle REMS provvisorie di Bologna (14 posti letto) e di Casale di Mezzani (Pr) (10 posti letto) (DAP, 2015). La scelta specifica di queste sedi è stata motivata dalla preesistenza in tali zone di edifici adatti a essere trasformati in strutture accoglienti, confortevoli e sicure per la cura di soggetti psichiatrici, anche se in via solamente transitoria, così da evitare ulteriori proroghe. A conclusione di tale percorso di trasformazione, nonostante l'incertezza del progetto definitivo, per quanto riguarda tempi di realizzazione, costi e reali necessità, è prevista l'apertura nel 2017 di una Residenza unica a Reggio Emilia, di ampiezza

sufficiente per operare su tutto il territorio regionale (Cassaba, 2015; Lorenzin & Orlando, 2016).

Al fine di comprendere meglio come l'evoluzione culturale, psichiatrica e legislativa della riforma in atto sia stata in grado di produrre un reale impatto sul territorio, con il presente contributo gli Autori intendono illustrare la situazione esistente all'interno della REMS di Casale di Mezzani, mettendone in evidenza le caratteristiche strutturali e funzionali e le attività psichiatrico-riabilitative realizzate dal personale sanitario, prestando particolare attenzione al profilo dei pazienti sia ricoverati che già dimessi fino all'inizio di febbraio 2017.

2. La REMS di Casale di Mezzani

La REMS di Casale di Mezzani ha un ambito di operatività regionale riguardante l'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), che comprende al suo interno le province di Parma, Piacenza, Modena e Reggio Emilia (Cilento, Costi & Ugolini, 2015). La struttura², aperta nell'aprile 2015, è una residenza socio-sanitaria inserita nell'ambito della rete del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) e si caratterizza per avere uno specifico mandato di cura che ne differenzia l'operatività rispetto all'OPG e alla sanità negli istituti di pena, dotati di un mandato di controllo e governati dalle regole proprie dell'Amministrazione Penitenziaria.

La residenza si trova in un piccolo edificio a due piani, fisicamente distaccato dal carcere e, in accordo con la portata innovatrice della riforma, costituito da ambienti completamente diversi, circondati esternamente da un'area verde attrezzata con un campo sportivo e un orto, curato dagli ospiti della REMS con il supporto di una cooperativa esterna. Gli uffici, la stanza per la terapia individuale e quella dedicata alle attività ricreative sono al piano terra, mentre le camere da letto sono collocate al piano superiore e possono accogliere fino a 10 ospiti. Le stanze non hanno inferriate alle finestre, sono dotate di bagno interno e l'ambiente nell'insieme risulta piacevole e adatto all'approccio terapeutico ricercato. La vigilanza è limitata alla presenza di un'unica guardia giurata alla quale si aggiunge un avanzato sistema di videosorveglianza sia per i locali interni che per il perimetro esterno dell'edificio, circondato da una recinzione riparata da una siepe in modo da rendere il contesto più accogliente per i pazienti. In caso di necessità o di situazioni a rischio, è previsto l'intervento immediato dei

1 Tant'è che da 84 internati (e 46 detenuti) presenti all'inizio di aprile 2015 si è passati, nel dicembre dello stesso anno, a 19, per arrivare a 3 nell'aprile 2016 (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio VI-Misure di sicurezza, 2015; Ministero della Giustizia, 2016).

2 La documentazione relativa alla REMS di Casale di Mezzani è disponibile sul sito del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna - Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma (http://www.ausl.pr.it/azienda/psichiatria_adulti_1/residenza_esecuzione_delle_misure_sicurezza_rems.aspx).

Carabinieri collegati direttamente alla struttura tramite un sistema di sicurezza³.

La gestione interna, al fine di garantire durante tutto l'arco della giornata la cura e l'assistenza richieste, è esclusivamente di tipo sanitario e lo staff multi-professionale è composto da una direttrice e da ventitré operatori sanitari specificamente formati, con competenze di carattere giuridico e psicopatologico (Cilento, Costi & Ugolini, 2015)⁴. Nella quotidianità i pazienti non subiscono alcun tipo d'isolamento o di segregazione, salvo i vincoli legati a orari e funzionamento della struttura, e con l'ausilio di operatori di cooperative sociali partecipano quotidianamente a differenti attività, sia dentro che fuori la residenza. Lo scopo, attraverso la condivisione delle conoscenze e la riscoperta delle abilità individuali, è quello di rendere ciascun soggetto autonomo nella cura di sé stesso, in una prospettiva di reinserimento sociale, familiare e lavorativo, a fronte di una futura dimissione o dell'adozione di una soluzione non detentiva, di per sé solo temporanea, come nel caso della libertà vigilata.

In sintonia con lo spirito della riforma, infatti, le operatività sviluppate nella Residenza sono dirette alla costruzione di percorsi di cura e riabilitazione, nell'ambito di Progetti Riabilitativi Residenziali Individualizzati (PRRI), a favorire i comportamenti socialmente utili, a instaurare e mantenere le relazioni interne ed esterne e a consentire i contatti con la famiglia e gli amici. In tale prospettiva, è, quindi, necessario garantire i diritti dei pazienti sui quali grava viceversa un dovere di rispetto per gli operatori e per la loro professionalità, oltre che per gli altri ospiti.

Gli obiettivi che la REMS deve perseguire, le linee guida per la pianificazione della giornata tipo, i diritti e i doveri dei soggetti ospitati e le regole comportamentali alle quali essi devono attenersi durante la loro permanenza nella struttura, sono dettagliati in un Regolamento interno, visionato dalla Magistratura di sorveglianza e dai Dirigenti sanitari della Regione Emilia-Romagna⁵. Tale documento fissa gli orari, gli impegni quotidiani e le modalità di condotta interne, al fine di favorire la riacquisizione della gestione autonoma dei propri beni, degli spazi personali e della giornata, nonché la condivisione degli ambienti comuni con altri soggetti, in un'ottica di reinserimento sociale e lavorativo ai fini della

successiva dimissione. Per ogni paziente viene compilata quotidianamente dagli operatori una scheda di osservazione clinica comprendente, oltre ai dati sopraindicati, anche quelli relativi alla gestione dell'aggressività, alla partecipazione alle attività programmate e all'assunzione della terapia farmacologica (Cilento, Costi & Ugolini, 2015).

Nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità del servizio offerto dalla REMS, i pazienti sono chiamati a esprimere le loro opinioni e la loro soddisfazione in merito al funzionamento della struttura, attraverso riunioni settimanali, colloqui diretti con il responsabile e la compilazione di questionari di gradimento.

3. I pazienti ricoverati presso la REMS di Casale di Mezzani: una ricerca empirica

Come in precedenza anticipato, oltre alle caratteristiche strutturali e organizzative, il presente contributo intende illustrare in particolare le caratteristiche dei pazienti della REMS di Casale di Mezzani, ricoverati oppure già dimessi, sulla base dei dati disponibili aggiornati al 9 febbraio 2017. Considerando tale data, a quasi due anni di distanza dall'apertura della struttura (27 aprile 2015) sono stati rilevati complessivamente 23 ingressi, 12 dimissioni e 4 persone in attesa di essere accolte nella residenza, con un tempo medio di permanenza di 266 giorni (max 493 - min 63).

Nel periodo preso in esame, si sono verificati solo un paio di eventi critici consistenti in due allontanamenti, uno risolto in pochi minuti e l'altro relativo a un soggetto re-soi irrintracciabile a distanza di un giorno dall'ingresso in struttura.

Al momento dell'indagine, i 10 pazienti effettivamente ricoverati nella REMS risultavano in prevalenza in carico ai servizi territoriali di salute mentale e sottoposti a misura di sicurezza definitiva o provvisoria, nella maggior parte dei casi appartenenti alla c.d. AVEN.

Iniziando dall'esame delle caratteristiche socio-anagrafiche, l'analisi si è concentrata poi sugli aspetti clinici, a partire dalla diagnosi psichiatrica, e sui dati concernenti l'istituto di provenienza, il percorso terapeutico e gli aspetti legali, con riferimento al reato commesso, alla posizione giuridica, all'inizio, alla scadenza, all'eventuale disposizione di una nuova misura di sicurezza, alla data d'ingresso in REMS e, per i dimessi, alla destinazione.

3.1 Il profilo clinico dei pazienti ricoverati e dimessi

Alla data dell'indagine (9 febbraio 2017) i pazienti in carico erano 11 di cui 10 effettivamente presenti, di età variabile tra i 20 e i 58 anni, sei residenti nelle province ricomprese nell'AVEN di competenza della REMS, tre in quelle di Bologna e Rimini, mentre in due casi si trattava di stranieri senza fissa dimora (Tab. 1).

- 3 Il documento contenente l'accordo con la Prefettura di Parma (Ufficio Territoriale del Governo) relativo alla collaborazione tra il personale sanitario della REMS e le Forze dell'ordine è pubblicato sul sito del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna - Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma (http://www.ausl.pr.it/azienda/psichiatria_adulti_1/residenza_esecuzione_delle_misure_sicurezza_rems.aspx).
- 4 Nello specifico, il personale sanitario operante nella struttura in oggetto è composto da due psichiatri (di cui uno a tempo pieno), uno psicologo, un assistente sociale e un collaboratore amministrativo (attivi 19 ore a settimana), una coordinatrice infermieristica, otto infermieri, cinque operatori socio-sanitari e quattro tecnici di riabilitazione psichiatrica.
- 5 Il Regolamento interno della REMS è disponibile sul sito del Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna - Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, (http://www.ausl.pr.it/azienda/psichiatria_adulti_1/residenza_esecuzione_delle_misure_sicurezza_rems.aspx).

Per quanto riguarda la precedente collocazione, due soggetti provenivano dall'OPG e Casa di Cura e Custodia (CCC) di Reggio Emilia, tre dalle Case Circondariali (CC) di Bologna e Piacenza, uno risultava sotto la gestione della REMS di Nogara (Verona) e i rimanenti dalla libertà e più precisamente da Comunità Terapeutica (CT) o Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) del Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (SPOI), oppure erano in libertà vigilata.

Rispetto alla diagnosi clinica, a otto pazienti era stata riconosciuta una patologia rientrante nella sfera della psicosi (schizofrenia, disturbo delirante), mentre negli altri tre casi era stato riscontrato un disturbo di personalità di tipo esplosivo, antisociale e non altrimenti specificato (NAS) (APA, 2013; WHO, 2016; De Fazio, Bignardi Baracchi, & Sgarbi, 2016). In accordo con tali condizioni cliniche tutti i soggetti ricoverati hanno seguito una terapia comprensiva di colloqui psichiatrici e psicologici a valenza supportivo-espressiva, oltre a un trattamento farmacologico, con antipsicotici, ansiolitici e stabilizzatori dell'umore.

I pazienti dimessi dalla Residenza di Casale di Mezzani al 9 febbraio 2017 sono stati in totale dodici, di età compresa tra i 28 e i 67 anni, otto provenienti dall'area di competenza della REMS, i rimanenti invece risiedevano a Rimini, Ferrara, nella provincia di Massa-Carrara e di Firenze (Tab. 1). Nella maggior parte dei casi erano stati internati nell'OPG o nella CCC di Reggio Emilia, mentre un solo soggetto era stato ricoverato presso un SPDC e tre si trovavano in libertà.

Circa le diagnosi, venivano riportati un caso di disturbo da dipendenza da stupefacenti, uno di ritardo mentale lieve complicato dall'abuso di sostanze, uno di disturbo psicotico con abuso di sostanze, uno di disturbi psichici persistenti non classificati, due di schizofrenia paranoide e sei di disturbi di personalità, di tipo narcisistico, antisociale, schizotipico, paranoide e non altrimenti specificato (NAS). Anche i pazienti dimessi dalla REMS al momento dell'indagine seguivano un percorso clinico-terapeutico-riabilitativo associato alla terapia farmacologica, nell'ambito di un quadro psichico di buon compenso.

3.2 Il profilo giuridico dei pazienti ricoverati e dimessi

Osservando il profilo giuridico degli undici pazienti ricoverati nella REMS, caratteristica comune era l'aver commesso o tentato di commettere uno o più reati. Fatta eccezione per tre casi di delitti contro il patrimonio, in tutti gli altri si trattava di autori di gravi crimini contro la persona, vale a dire omicidio e tentato omicidio, mentre solo in un caso la tipologia di illecito commesso non era nota,

Pazienti	Età	Provincia di residenza	Diagnosi clinica	Reato commesso e posizione giuridica	Posizione REMS
A.W.	30	SFD	PD esplosivo	Tentato omicidio 206 c.p.	Ricoverato
B.D.	28	Firenze	Schizofrenia paranoide	Minaccia e danneggiamento 222 c.p.	Dimesso
B.F.	31	Parma	Schizofrenia disorganizzata	Rapina 219 c.p.	Ricoverato
B.G.	57	Modena	Schizofrenia paranoide	Omicidio e duplice tentato omicidio 222 c.p.	Ricoverato
B.G.	33	Modena	Schizofrenia paranoide	Furto aggravato 219 c.p.	Dimesso
B.G.	43	Parma	PD schizotipico	Maltrattamenti 206 c.p.	Dimesso
B.S.	37	Modena	PD antisociale	Violenza sessuale 219 c.p.	Dimesso
C.M.	52	Parma	Dipendenza stupefacenti	Maltrattamenti 206 c.p.	Dimesso
C.S.	31	Piacenza	Ritardo mentale lieve con abuso stupefacenti	Furto 206 c.p.	Dimesso
D.B.L.	33	Reggio Emilia	PD antisociale	Rapina 219 c.p.	Ricoverato
F.G.I.	50	Piacenza	PD NAS	Lesioni personali e rapina 219 c.p.	Dimesso
L.I.R.	59	Modena	PD narcisistico	Rapine 219 c.p.	Dimesso
L.S.	58	Reggio Emilia	PD NAS	Omicidio plurimo 219 c.p.	Ricoverato
L.T.	45	Bologna	Disturbo delirante con abuso di sostanze	Tentato omicidio 206/222 c.p.	Ricoverato
M.G.	37	Parma	Schizofrenia paranoide	Omicidio 222 c.p.	Ricoverato
M.G.	20	Reggio Emilia	Schizofrenia con esacerbazione acuta	Tentato omicidio 206 c.p.	Ricoverato
M.M.	44	Bologna	Disturbo delirante	Tentato omicidio 222 c.p.	Ricoverato
O.K.	24	SFD	Disturbo delirante	Rapina e resistenza a P.U. 206 c.p.	Ricoverato
R.T.	41	Rimini	PD paranoide	Resistenza a P.U. 222 c.p.	Dimesso
S.G.	67	Piacenza	PD paranoide	Estorsione e lesioni personali 222 c.p.	Dimesso
S.M.	30	Ferrara	Disturbi psichici persistenti n.c.	Tentato omicidio 222 c.p.	Dimesso
T.L.	31	Massa-Carrara	Disturbo psicotico con abuso di sostanze	Resistenza a P.U. e lesioni personali 2016 c.p.	Dimesso
V.F.	41	Rimini	Disturbo delirante	n.d. 206 c.p.	Ricoverato

Tab. 1 – Profilo clinico e giuridico dei pazienti ricoverati e dimessi nella REMS di Casale di Mezzani (9 febbraio 2017)

trattandosi di ricovero avvenuto a seguito di aggravamento della libertà vigilata precedentemente concessa, per violazione delle prescrizioni (Tab. 1).

In merito all'esito del procedimento, tre pazienti erano stati prosciolti per infermità totale di mente e giudicati socialmente pericolosi (art. 222 c.p.), quattro erano imputati sottoposti provvisoriamente a misura di sicurezza per pericolosità sociale (art. 206 c.p.), ad altri tre era stato riconosciuto un vizio parziale di mente insieme alla pericolosità sociale (art. 219 c.p.) e uno era passato dalla misura provvisoria all'applicazione della stessa ex art. 222 c.p. Tutti i soggetti esaminati erano stati giudicati socialmente pericolosi e sottoposti a misura di sicurezza detentiva, il cui inizio aveva coinciso in quattro casi con la data d'ingresso nella REMS, mentre negli altri cinque l'inserimento in struttura

era avvenuto anche a distanza di oltre un anno dalla decorrenza del provvedimento. La scadenza della misura di sicurezza, fatta eccezione per quattro pazienti cui era stata applicata provvisoriamente (art. 206 c.p.), era stata stabilita dal giudice prevalentemente entro la fine del 2017.

Considerando i dimessi alla data del 9 febbraio 2017, tre avevano commesso un reato contro il patrimonio, uno contro la Pubblica Amministrazione, quattro contro la famiglia e la persona, tre avevano commesso crimini sia contro il patrimonio che contro la persona e uno era colpevole di resistenza a Pubblico Ufficiale e lesioni personali (Tab. 1).

Quattro di essi erano stati prosciolti per infermità totale (art. 222 c.p.), quattro ricoverati provvisoriamente in attesa di giudizio (art. 206 c.p.) e i restanti affetti da vizio parziale di mente rientravano nella disciplina ex art. 219 c.p. L'ingresso in REMS di questi soggetti era avvenuto tra aprile e novembre 2015, corrispondendo per quattro di loro con l'inizio della misura di sicurezza, per altri quattro invece era avvenuto entro 6 mesi e per due oltre 6 mesi dalla decorrenza del provvedimento. La scadenza della misura stabilita dal giudice era prevista tra gennaio 2015 e aprile 2018, mentre la dimissione effettiva è avvenuta tra luglio 2015 e gennaio 2017 e, eccetto un caso in cui era relativamente vicina a quanto previsto *ab origine*, negli altri tre è intervenuta nei 12 mesi precedenti il termine fissato.

Per quanto concerne, infine, il percorso successivo alla dimissione, rispondendo allo spirito della riforma che incentiva il ricorso a misure differenti dal ricovero in struttura, con garanzia di cura e assistenza, due persone sono state inserite in residenza psichiatrica, tre sono state sottoposte alla libertà vigilata a domicilio, sei alla libertà vigilata in strutture sanitarie quali CT, Residenza a Trattamento Riabilitativo Estensivo (RTR-E)⁶ e residenza psichiatrica, mentre un unico soggetto è tornato in libertà.

4. Il percorso terapeutico per i pazienti della REMS di Casale di Mezzani

A fronte del campione di soggetti ricoverati presso la REMS di Casale di Mezzani, le cui caratteristiche psichiatriche e posizioni giuridiche sono state poc'anzi descritte, di particolare interesse appare il percorso terapeutico predisposto, tenuto conto di molteplici aspetti che in maniera differente possono incidere sullo stesso, quali la fase antecedente l'ingresso, l'accoglienza, le attività psichiatrico-riabilitative espletate oltre ai rapporti con la Magistratura e con le famiglie.

Prima di entrare nel merito, appare, tuttavia, opportuno ricordare come la permanenza in REMS non derivi dalla sottoposizione a una pena detentiva ma dall'applicazione di una misura di sicurezza di durata variabile, e di conseguenza i soggetti ricoverati devono essere motivati ad aderire a un percorso di cura strutturato in base alla personalità, alla patologia psichiatrica e ai rispettivi bisogni.

6 La Residenza a Trattamento Riabilitativo Estensivo è una struttura che ospita pazienti con disfunzionalità grave o moderata, volta a garantire loro, per 6 ore al giorno, un'assistenza sanitaria e un trattamento riabilitativo di tipo psicosociale.

In tale prospettiva, il personale sanitario della struttura cerca di offrire tutti i provvedimenti terapeutico-riabilitativi considerati utili e orientati prospetticamente nel tempo, in modo da permettere agli ospiti di superare o attenuare quella condizione d'infermità alla quale è stata associata la pericolosità sociale. Il trattamento viene impostato a partire dallo stato di malattia, privilegiando una risposta clinica il più efficace possibile, mentre il reato viene considerato un epifenomeno della condizione di salute mentale⁷. Invece di basarsi sull'accertamento oggettivo dei fatti, il percorso viene mirato a una paziente ricostruzione ed elaborazione dei vissuti che hanno preceduto, accompagnato e seguito il fatto-reato. In altre parole, il lavoro svolto nella REMS è orientato nella direzione di considerare il superamento dell'infermità, non solo come "guarigione clinica" ma anche come acquisizione di un livello di qualità compatibile con la propria condizione psicofisica e capacità funzionale.

Nella realizzazione del processo di cura vengono prese in considerazione tutte le componenti biologiche, psicologiche e sociali della malattia, in un'ottica tesa a creare il consenso e la collaborazione del soggetto ospitato nella residenza, formalizzando il tutto nel Contratto di cura, che viene realizzato "con la persona" e non su di essa. Perché se da una parte la misura di sicurezza è imposta, dall'altra in medicina e in psichiatria non può esservi riabilitazione senza consenso e senza un'attiva collaborazione del paziente (Pellegrini, 2015). È altresì importante sottolineare come il criterio geografico-territoriale dell'assistenza e del trattamento sia basato sulla continuità terapeutica: solo un approccio di psichiatria comunitaria, fondato sui principi della territorialità, della continuità terapeutico-assistenziale e della responsabilità, può misurarsi con le complesse tematiche della salute mentale e dell'assistenza psichiatrica nelle istituzioni di cura e custodia, completando il processo di deistituzionalizzazione avviato con la chiusura dei manicomi (Pellegrini, 2015).

Si tratta, pertanto, di trovare le condizioni affinché tutte le parti interessate, dai magistrati ai sanitari, fino ai pazienti stessi, possano convergere nella definizione degli obiettivi individuati nel PTRI, condiviso con il destinatario che lo firma. Progetto che si auspica possa ricevere un consenso più ampio, anche attraverso il coinvolgimento di figure esterne oltre che di tutti i soggetti significativi, quali familiari, servizi sociali e volontariato.

4.1 Il modello operativo

Considerando che la fase che precede l'ingresso in una struttura residenziale risulta di cruciale importanza per la riuscita del progetto terapeutico e che invii incerti, confusi e senza un preciso obiettivo sono gravati da un maggiore grado di insuccesso (Pellegrini, 2015), è auspicabile nonché fondamentale che, prima di entrare nella REMS, il reo af-

7 Si sostiene, quindi, l'ipotesi che la persona sia stata in qualche modo 'costretta' a compiere un agito, orientato alla cessazione di uno stato di angoscia e/o conseguenza, spesso, di un'altrata percezione della realtà, pertanto non funzionale a un vantaggio personale.

fetto da patologia mentale sia garantito nei suoi diritti, venga preso in carico dal DSM-DP di competenza territoriale e sia formulata una diagnosi psichiatrica categoriale e funzionale. È altresì necessario che lo stesso venga valutato rispetto ai fattori protettivi individuali, ambientali, sociali e familiari, che siano riconosciuti i segnali precoci specifici e aspecifici di rischio di scompenso, che venga garantito rispetto ai bisogni primari, mediante l'erogazione da parte dei servizi competenti di un contributo mensile idoneo a soddisfare tali necessità, qualora non sussistano redditi personali di autosufficienza, nonché riceva, a cura del servizio di competenza territoriale, una scheda di PTRI passibile di revisione *in itinere* secondo le risposte individuali. Fattori protettivi e fattori di rischio sono valutati con strumenti psico-diagnostici, secondo le linee guida relative ai disturbi psicopatologici.

Una volta gestiti questi aspetti, l'accoglienza rappresenta un ulteriore momento delicato dell'assistenza, che si estende dal primo incontro a tutto il periodo iniziale dell'inserimento, ponendo le basi per il successivo progetto. Si tratta della fase in cui l'intera équipe, che si occupa di ricevere la persona, opera secondo la convinzione che "ogni individuo è unico", e cerca di guadagnarsi la fiducia dell'ospite, al fine d'instaurare un rapporto basato sul dialogo e di conseguenza l'affidamento/condivisione della sua sofferenza. 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, fornendo le informazioni relative alla struttura e al suo regolamento, cercando di comprendere gli stati d'animo del soggetto nonché i bisogni che accompagnano il suo ingresso. Successivamente, lo psichiatra di turno, insieme allo psicologo, svolge un colloquio clinico per raccogliere l'anamnesi dall'ospite stesso e/o dagli eventuali accompagnatori, procedendo alla compilazione della cartella clinica e alla firma del consenso informato. Laddove non controindicato da specifiche misure della Magistratura, gli operatori insieme allo psichiatra/psicologo accolgono la famiglia e/o le persone significative, valutando e identificando le figure che potrebbero rappresentare ipotetiche risorse da coinvolgere nel processo di cura, fornendo loro le informazioni necessarie per stare vicino al proprio caro.

Per ogni ospite inserito nella REMS viene definito un PTRI, di cui è responsabile il CSM con competenza territoriale, e un Piano Terapeutico e Riabilitativo Residenziale (PTRR), di cui è responsabile la Residenza. Quest'ultimo, condiviso con l'ospite, definisce gli specifici interventi diagnostici terapeutici e riabilitativi erogati dall'équipe e i tempi necessari per farlo, le responsabilità e modalità di monitoraggio e verifica.

La REMS opera in totale sinergia con i CSM/Ser.T del territorio di riferimento, garanti della continuità assistenziale e delle relazioni con i Medici di Medicina Generale e i Servizi Sociali, le cooperative e l'associazionismo. Occorre ricordare, infatti, che la Residenza non è un luogo di punizione, bensì un punto dal quale ripartire, un insieme di opportunità di cambiamento per sperimentare nuovi ruoli: è questo l'orientamento di fondo comune a tutte le attività proposte. Gli interventi realizzati vanno dai colloqui/visite individuali e con i familiari agli approfondimenti e ai com-

pletamenti diagnostici multiprofessionali, dalle valutazioni e dai trattamenti psichiatrico/psicologico-clinico ai trattamenti farmacologici, fino a quelli psico-educativi rivolti sia al singolo ospite che all'insieme dei pazienti.

Il gruppo di lavoro si riunisce una volta alla settimana per programmare, monitorare e valutare le attività interne ed esterne alla struttura, e quotidianamente si tiene un *briefing* relativo all'andamento clinico dei pazienti e alla programmazione quotidiana. 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. Le principali interfacce della REMS, come anticipato, sono costituite dal CSM/Ser.T DSM, SPDC, CSM e PS di Parma (riguardo al sistema di E-U), dall'Autorità Giudiziaria e Magistrato di Sorveglianza, dalla Prefettura e Forze dell'ordine di Parma, dall'UEPE e dal Dipartimento Cure Primarie per garantire l'assistenza di base ai pazienti ricoverati.

L'attività di valutazione diagnostica, ripetuta con strumenti appositi in tempi definiti, è una fase importante per impostare i progetti di trattamento personalizzati, sia a carattere intensivo che prolungato, e svolge una funzione di verifica rispetto allo sviluppo del progetto di cura. Viene utilizzato principalmente il colloquio clinico individualizzato, accompagnato da una batteria di questionari – quali, ad esempio, WAIS-IV, SCID-I e SCID-II, PPI-R, CBA 2.0, HONOS e VGF⁸ – mirati in base alla tipologia di paziente, indagando nello specifico le seguenti aree cliniche: cognitiva, psicopatologica, disturbi di personalità, qualità della vita/area mondo esterno/adattamento/relazioni.

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, nella convinzione che "l'uguaglianza è un diritto, la diversità un valore".

Gli interventi riabilitativi sono strutturati in modo tale da prevedere una valutazione iniziale delle aree di forza e di miglioramento, della condizione socio-familiare e occupazionale dell'ospite, delle risorse ambientali presenti e di quelle necessarie, diretti, quindi, a migliorare le aree del soggetto che risultano particolarmente problematiche.

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. Come si anticipava all'inizio, l'équipe operativa della struttura ha individuato una serie di attività collettive che coprono l'intera settimana: il gruppo terapeutico "Oltre la Rems", la riunione residenziale e i gruppi di

8 Wechsler Adult Intelligence Scale-Fourth Edition (WAIS-IV), Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders and Axis II Disorders (SCID-I e SCID-II), Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R), Cognitive Behavioural Assessment 2.0 (CBA 2.0), Health of the Nation Outcome Scale (HONOS) e Valutazione Globale del Funzionamento (VGF).

Social Skill Training sono quelle ritenute essenziali, che rivestono carattere di obbligatorietà. Viceversa, quelle non obbligatorie sono costituite dalle attività motorie e ricreative, come pittura, cineforum e yoga, nonché da varie iniziative, in cui collaborano anche cooperative secondo un programma settimanale, quali il teatro, le escursioni, la cura e la coltivazione del giardino e dell'orto, ma anche lavori socialmente utili con anziani e disabili e, grazie a una convenzione stipulata con l'Amministrazione comunale di Casale di Mezzani, la manutenzione delle strade e del verde.

4.2 I rapporti con la Magistratura, con le Forze dell'ordine e con le famiglie

Oltre a svolgere gli interventi diagnostici, terapeutici e le attività riabilitative, 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 dei soggetti ricoverati.

È proprio per questo motivo, il medesimo personale è tenuto a dare preventiva notizia all'Autorità Giudiziaria in caso di ricovero di un ospite presso strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) esterne alla REMS, e lo stesso deve fare in caso di estrema urgenza e di pericolo di vita, ipotesi in cui il Responsabile sanitario della Residenza dispone direttamente il trasferimento del paziente. Inoltre, da parte di quest'ultimo e su parere sanitario, se ritenuto necessario viene attivato il piantonamento ad opera del personale di Polizia Penitenziaria.

Per quanto concerne, invece, le uscite dalla REMS finalizzate all'attuazione del programma terapeutico riabilitativo personalizzato, come attività sportive, corsi di formazione, opportunità lavorative, iniziative culturali e ricreative, sono autorizzate sempre dal Responsabile su disposizione della Magistratura.

È noto come sotto il profilo psichiatrico rivesta centrale importanza la valorizzazione delle fasi evolutive e di cambiamento del singolo, pertanto attendere solo il periodo finale della misura per la concessione di alternative non sembrerebbe una strategia idonea a favorire la migliore partecipazione al percorso di cura. In un tale contesto, infatti, al fine di operare un valido contrasto all'istituzionalizzazione, si rivela quanto mai opportuno mantenere o ricostruire i ruoli famigliari e sociali, favorendo altresì nuove motivazioni ed esperienze, anche tramite strumenti innovativi (come il budget di salute). Anche il legame con la Magistratura assume un'importanza particolare e dovrebbe essere impostato in maniera fluida e il più possibile condivisa, per adattare il progetto complessivo (vale a dire quello di cura e delle misure di sicurezza), alle necessità evolutive della persona.

Infine, rispetto al rapporto con le famiglie, posto che nella realizzazione dei PTRI le relazioni parentali e amicali esistenti rappresentano un valore innegabile per gli ospiti, si prevedono diverse tipologie di attività e intervento, favorendo gli incontri con i famigliari e i *care giver*, realizzando con essi dei colloqui a fini di raccolta anamnestica, informativi e di verifica sulla programmazione, sull'adattamento e sulle modalità del PTRI e, se necessari, autorizzando incontri programmati di tipo psicoeducativo e di sostegno

psicologico per favorire il buon esito del progetto dell'utente.

In ogni caso, il mantenimento di tali legami viene garantito, caso per caso, all'interno del PTRI di ciascun paziente e condiviso con la Magistratura, la cui collaborazione è estremamente necessaria al fine di gestire, in maniera ottimale e orientata alla cura, la presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato.

Riflessioni conclusive

Con il presente contributo si è voluta fornire una prima disamina dell'esperienza della REMS di Casale di Mezzani a quasi due anni di distanza dall'inizio delle sue attività, al fine di comprendere anche l'impatto che l'evoluzione culturale contenuta nella riforma che ha portato alla scomparsa degli OPG sta producendo nel nostro paese.

Dall'indagine effettuata si può evincere il rispetto per i principi e per le norme introdotte con la L. n. 9/2012 e successive modificazioni, sia per la tipologia dei pazienti ricoverati nella struttura che per quanto concerne le attività e gli interventi psichiatrici e socio-riabilitativi espletati dal personale sanitario. I dati sulle caratteristiche cliniche e criminologiche dei pazienti, sia ricoverati che dimessi, risultano in linea con quelli raccolti nel tempo a livello nazionale sulla popolazione psichiatrico-forense, dal momento che gli 11 presenti e i 12 dimessi si trovavano sottoposti a misura di sicurezza detentiva, in via definitiva o provvisoria, per aver commesso nella maggior parte dei casi reati contro la persona, mentre le patologie prevalentemente riscontrate sono costituite dai disturbi psicotici e di personalità (Manacorda, 1988; Fioritti et al., 2001; Andreoli, 2002; Rivellini & Schiavon, 2006). Inoltre, è possibile notare come anche il principio della territorialità risulti tendenzialmente soddisfatto, dal momento che i soggetti indagati erano in prevalenza residenti nella regione Emilia-Romagna, e specificamente nell'area di pertinenza della REMS. Dalle informazioni raccolte è altresì emerso il rispetto non solo dei termini fissati dalla legge n. 81/2014 riguardo l'apertura e l'inizio dell'attività di accoglienza, ma anche i criteri strutturali e quelli relativi alla composizione del personale operativo, che si distaccano effettivamente, come auspicato, dall'ambiente carcerario proprio dell'OPG e dalla sua sottostante logica custodiale. Oltre a questi aspetti positivi, vanno segnalate anche le dodici dimissioni, in alcuni casi avvenute anche prima della scadenza stabilita dal giudice, con una permanenza media dei pazienti nella struttura non superiore ai 9 mesi. Questo dato conferma come alla base del lavoro di tutto il personale sanitario vi sia l'obiettivo di rendere il ricovero nella struttura un'*extrema ratio*, giustificando l'intento di ridurlo il più possibile (Tizian, 2016; Corleone, 2016, 2017)⁹.

Infatti, le misure di sicurezza definite dal Magistrato sono solo una cornice entro cui deve svilupparsi il percorso

9 È possibile confrontare il dato delle dimissioni avvenute a Casale di Mezzani con quello più in generale riguardante le REMS operative: infatti, se a maggio 2016, quando erano at-

di cura, caratterizzate da margini di flessibilità utili al percorso. Al fine di poter operare in un'ottica di sicurezza sociale, non è necessario solo che i pazienti vedano, per un determinato periodo di tempo, limitata la propria libertà, quanto piuttosto che aderiscano pienamente al programma terapeutico offerto dalla REMS, il quale, come per tutte le strutture sanitarie, si svolge sia all'interno che all'esterno dell'istituto, attraverso le varie attività riabilitative descritte in precedenza. Questo perché la REMS di Casale di Mezzani vuole essere vista non come un sistema chiuso e auto-referenziale, bensì come un luogo specializzato in cui erogare livelli d'intensità e prossimità di cura, con uno sguardo di speranza rivolto al recupero di un'identità personale e sociale. A sottolineare il carattere temporaneo della permanenza dei soggetti ricoverati interviene anzitutto la terminologia con cui il personale sanitario fa ad essi riferimento: non pazienti, e men che meno 'internati' o 'minorati psichici', ma 'ospiti', proprio perché si ritiene che le persone siano molto più complesse di semplici etichette diagnostiche e molto di più delle azioni, pur illecite, che hanno perpetrato. La REMS non può, quindi, assumere, pena la rinuncia al proprio mandato, un modello restrittivo custodialistico ma deve puntare sulla cura, sulla riabilitazione e sull'inclusione sociale delle persone. Il modello di lavoro, ampiamente illustrato nel presente contributo, essendo ispirato ai principi della *Recovery*, fa sì che si operi con lo sguardo rivolto al quadro psicopatologico, al livello di funzionamento, alla qualità delle relazioni e della vita, alle risorse, alle aspirazioni e ai desideri delle persone (Moretti, Sinisi, Mattei, & Galeazzi, 2017).

Se questi costituiscono tutti degli aspetti positivi, non poche sono e sono state le criticità emerse dall'apertura della REMS, le quali, tuttavia, aiutano a comprendere su quali profili occorre adoperarsi per migliorare il servizio offerto ai pazienti.

In primo luogo, dall'inizio delle attività a oggi, si sono evidenziate differenze sostanziali nella fase d'ingresso delle persone provenienti direttamente dall'OPG rispetto a quelle che giungevano dalla libertà o dagli istituti di pena: mentre si è provveduto a conoscere preliminarmente i primi, al fine di una migliore accoglienza da parte dell'équipe della Residenza, ciò non è avvenuto nei confronti dei secondi. Tale situazione ha probabilmente generato tra gli operatori preoccupazione e timore generalizzato, che si sono poi stemperati col passare del tempo, attraverso la conoscenza dei nuovi giunti. Parimenti, tali sentimenti erano presenti anche nelle persone che entravano per la prima volta in questa nuova istituzione, ancora sconosciuta e poco riconoscibile.

Per quanto concerne l'équipe, caratterizzata da una profonda multiprofessionalità, le diverse esperienze da cui provenivano gli operatori hanno reso difficoltosa, soprattutto nella fase iniziale di formazione e di avvio della struttura, l'integrazione tra le differenti specializzazioni, in termini di competenze e dunque di operatività professionale. Si tratta,

tive 23 strutture, si potevano contare 133 dimissioni su un totale di 464 pazienti, successivamente, con l'aumento a 26 REMS, come esposto nella Relazione semestrale del Commissario unico, si è passati a 506 dimissioni su un totale di 798 ingressi, poi a 415 dimissioni su 950 ingressi con 30 REMS.

comunque, di una criticità che può considerarsi superata, in quanto i vari esperti sono ora in grado di determinare un clima affettivo e culturale positivo e utile al percorso evolutivo degli ospiti.

Relativamente al PTRI, una prima problematica è legata ai tempi della giustizia, non sempre coincidenti con quelli della cura-riabilitazione e tali da causare spesso negli ospiti reazioni di rabbia e angoscia, dovute all'attesa, e di regressione in termini di motivazione al cambiamento e di aderenza al progetto stesso. Un secondo aspetto negativo risiede nella 'resistenza' di qualche paziente nell'accettare e nel condividere un progetto di cura, legata all'assenza o alla minima consapevolezza di malattia, alla negazione/omissione del reato o a sentimenti di frustrazione dovuti a un passato di fallimenti. Nell'ambito delle attività terapeutico-riabilitative, poi, si è riscontrata la tendenza di alcuni soggetti a non voler partecipare, considerando il contesto grupale sede di valutazione/giudizio da parte degli operatori e, quindi, tale da poter influenzare negativamente la loro posizione giudiziaria. Gli esperti hanno lavorato molto su questo aspetto, cercando di far capire loro che le varie iniziative rappresentano un'occasione di crescita a vari livelli, quali il miglioramento delle abilità intrapersonali, interpersonali e funzionali. Le uscite dalla struttura, invece, essendo vincolate ai permessi erogati dalla Magistratura, limitano le attività esterne e la conseguente adesione a progetti formativi che potrebbero rappresentare preziose opportunità di crescita nelle abilità comunicative e assertive, nonché nel senso di appartenenza al contesto sociale. La partecipazione ai progetti da parte degli ospiti richiede generalmente una continua sollecitazione ad opera del personale sanitario, al fine di sfruttare la quotidianità per non generare tempi eccessivamente vuoti che potrebbero indurre pensieri ruminativi e modalità comportamentali regressive. Sarebbe, pertanto, auspicabile avere una maggiore autonomia degli esperti rispetto alla programmazione e organizzazione delle iniziative rivolte all'esterno.

Per quanto attiene alla valutazione, non esiste un consenso unanime in letteratura rispetto all'utilizzo di strumenti psicodiagnostici utili a giudizi standardizzati per i soggetti psichiatrici autori di reato attualmente collocati in questa nuova dimensione residenziale-riabilitativa. Più specificamente, rispetto all'accertamento della pericolosità sociale psichiatrica, di cui è competente il magistrato che si avvale del perito e dello psichiatra, si tratta di uno dei punti più delicati, che non può prescindere da una prima constatazione di tipo scientifico costituita dall'estrema complessità e difficoltà nella prevedibilità dei comportamenti umani. Anche qui, non esiste teoria e strumento tecnico che consenta con certezza o elevata probabilità di predire i comportamenti e di prevenire quelli aggressivi auto o eterodiretti. Quest'ammissione costituisce una premessa necessaria onde evitare i rischi, da un lato, di considerare tutti i soggetti sempre potenzialmente pericolosi e, dall'altro, di operare una sorta di diniego della pericolosità stessa. In ogni caso, la valutazione di quella psichiatrica non può essere apprezzata in modo asettico come se discendesse solo da un dato biologico organico. Nella pratica clinica si possono, invero e più utilmente, individuare dei fattori di rischio e di protezione, riconoscendo nella pericolosità più dimensioni e elementi di variazione, riduzione o accentuazione, in rapporto ai fattori relazionali e contestuali, alle capacità di adat-

tamento e di *coping*, secondo una visione dinamica, capace di variare non solo per la patologia psichica e la cura farmacologica, ma per un insieme complesso di elementi economici, relazionali e sociali, sui quali operare. Risulta, pertanto, necessario un metodo che, da un lato tenga presente i molteplici indici evidenziati e, dall'altro, lavori sul soggetto e al contempo sul contesto (c.d. intervento bifocale) (Pellegrini, 2015).

Da migliorare è altresì l'aspetto delle risorse e del coordinamento dei Servizi Territoriali, in merito alla condivisione e all'attuazione del PTRI, laddove una delle difficoltà più rilevanti è stata quella di arginare la tendenza, da parte di alcuni ospiti, a riproporre all'interno della REMS dinamiche relazionali di tipo carcerario, oppure sentimenti di sfiducia verso l'équipe curante.

Ulteriori problematiche riscontrate in questo periodo di attività riguardano, poi, l'improvvisa interruzione del percorso terapeutico-riabilitativo già avviato e intrapreso prima del trasferimento in REMS, la difficoltà nel coordinamento con i servizi territoriali competenti per i pazienti residenti fuori dall'AVEN e/o dalla Regione, nonché il ricovero in Residenza di soggetti sottoposti in via provvisoria alla misura di sicurezza, risultati essere circa la metà del campione analizzato. In particolare, coloro che provengono dal carcere appaiono non preparati al percorso in Residenza e non sufficientemente conosciuti ai servizi territoriali di competenza, per questo poco o per niente motivati a sottoporsi a una cura terapeutico-riabilitativa, con una conseguente maggiore propensione alla violazione delle norme (si fa ad esempio riferimento all'irrisolto episodio di indebito allontanamento da parte di un detenuto che, appunto, proveniva dalla Casa Circondariale di Piacenza).

Infine, si lamenta il fatto che in alcuni casi sono state inserite persone le quali, nonostante la valutazione peritale, più che una problematica di carattere psichiatrico, ne presentavano una di tipo comportamentale: ciò risulta alquanto preoccupante dato che, in queste ipotesi, l'accesso si è verificato prevalentemente sulla base di una logica tendenzialmente custodialistica, in cui la REMS viene per lo più vista come un luogo contenitivo. E al di là di queste eventualità, vale a dire anche qualora la stessa sia stata utilizzata quale sede elettiva di cura in ragione della sua strutturazione altamente specialistica, il ricorso alla stessa ha rischiato di non avvenire come *extrema ratio*.

In definitiva, le questioni permangono, ma la riforma, come si è detto, procede e le considerazioni che scaturiscono dai risultati ottenuti dalla presente ricerca sono molto confortanti: guardando al periodo di attività della struttura di Casale di Mezzani, è evidente come l'entrata in vigore della legge n. 81/2014 e la nascita delle REMS abbiano rappresentato quella risposta al superamento della logica manicomiale che si auspicava da molti anni, promuovendo un cambiamento culturale e ideologico in termini di cura e reinserimento sociale, affinché gli autori di reato affetti da patologie mentali non siano individuati più e soltanto in funzione del crimine commesso ma anche in considerazione delle dinamiche intrapsichiche e relazionali sottese agli agiti. Questa trasformazione, che appare come un secondo passaggio storico dopo la L. n. 180/1978, deve condurre a un mutamento dell'opinione pubblica così come degli organi giudiziari, al fine di favorire una riduzione delle dinamiche stigmatizzanti e marginalizzanti che tanto hanno gravato e

condizionato i percorsi di cura in passato, a favore, invece, di una logica di reintegrazione sociale. Infatti, per creare percorsi alternativi all'OPG è sicuramente necessaria una stabile e sinergica collaborazione fra psichiatria e magistratura, possibilmente mediante una metodologia di lavoro condivisa e rispettosa dei reciproci ambiti, che consenta di gestire, in maniera ottimale e orientata al trattamento, la presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato.

Ringraziamenti

Gli Autori desiderano ringraziare il Dott. Marco Faggi del Dipartimento Assistenziale integrato – Salute mentale Dipendenze patologiche dell'Azienda USL di Parma, per il prezioso aiuto fornito nel reperimento dei dati relativi ai pazienti della REMS di Casale di Mezzani.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5*. Washington: American Psychiatric Association (trad. it. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM 5, Raffaello Cortina, Milano, 2013).
- Andreoli, V. (2002). *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*. Roma: PRC.
- Cabassa, C. (2015, January 21). *Dopo l'Opg, camere singole e niente sbarre. Ecco come sarà la nuova struttura dell'Ausl (Rems): trenta posti letto per una superficie di 2.900 metri quadrati*. Gazzetta di Reggio. Retrieved February 2017, from <http://gazzettadireggio.gelocal.it/reggio/cronaca/2015/01/21/news/dopo-l-opg-camere-singole-e-niente-sbarre-1.10711557>.
- Cecconi, S., D'Anza, V., Del Giudice, G., Amerini, D., & Gonnella, P. (2016). *Chiude anche l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia, stop OPG: ora chiuderli tutti e costruire una vera alternativa alla logica manicomiale*. Retrieved February, 2017, from http://www.stopopg.it/system/files/2016_05_Chiude%20anche%20opg%20Reggio%20E_0.pdf.
- Cecconi, S., D'Anza, V., Del Giudice, G., Calderone, V., Amerini, D., & Gonnella, P. (2016). *Anche l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa finalmente è chiuso. Ora concentrare gli sforzi per chiudere Montelupo Fiorentino e Barcellona Pozzo di Gotto. Ma la vera sfida è costruire un'alternativa alla logica manicomiale*. Retrieved February 2017, from http://www.stopopg.it/system/files/2016_06_CHIUDE-OPG-AVERSA.pdf.
- Cilento, A., Costi, D., & Ugolini, P. (2015). *Intervista ai professionisti delle REMS di Bologna e Parma*. *Sestante*, 1, 17-21.
- Corleone, F. (2016). *Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (19 febbraio – 19 agosto)*. Retrieved February 2017, from http://www.stopopg.it/system/files/2016_09_Commissario-OPG-Corleone_Relaz-Sem.pdf.
- Corleone, F. (2017). *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (19 agosto 2016 – 19 febbraio 2017)*. Retrieved July 2017, from <http://www.camera.it/temiap/2017/02/28/OCD177-2763.pdf>.
- De Fazio, L., Bignardi Baracchi, F., & Sgarbi, C. (2016). *Psicopatia e violenza: rassegna criminologica*. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 32-41.
- De Fazio, L., & Sgarbi, C. (2017). *Il percorso di chiusura degli OPG e le nuove REMS: stato dell'arte e prospettive future*. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 158-166.

- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio VI-Misure di sicurezza. (2015). *Allegato 2. Prospetto internati presenti nei singoli ospedali psichiatrici giudiziari suddivisi per regione di residenza alla data del 15 dicembre 2015; Prospetto REMS con indicazione data attivazione e/o eventuale differimento data di attivazione dopo il 1° aprile 2015*. Retrieved February 2017, from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2469_allegato.pdf.
- Fiorentin, F. (2012). Per gli Opg un futuro su base territoriale. *Guida al diritto*, 10, 53-54.
- Fioritti, A., Melega, V., Ferriani, E., Rucci, P., Scaramelli, A. R., Venco, C., & Santarini, F. (2001). Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 36-51.
- Lorenzin, B. (Ministro della Salute), & Orlando, A. (Ministro della Giustizia) (2016). *Relazione al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, di cui all'art. 1, comma 2 bis, della Legge 81/2014 di conversione del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, recante "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"*. Giugno 2016. Unpublished manuscript. Retrieved February 2017, from <http://www.stopopg.it/system/files/Testo%20relazione.pdf>.
- Manacorda, A. (1988). *Folli e reclusi: Una ricerca sugli internati negli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*. Perugia: USHER.
- Ministero della Giustizia (2016). *Detenuti presenti per posizione giuridica. Situazione al 30 aprile 2016*. Retrieved February 2017, from https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.wp?facetNode_1=1_5_33&previousPage=mg_1_14&contentId=SST1232346.
- Ministero della Giustizia (2017). *Detenuti presenti per posizione giuridica. Situazione al 31 gennaio 2017*. Retrieved February 2017, from https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?contentId=SST1309651&previousPage=mg_1_14.
- Moretti, V., Sinisi, A., Mattei, G., & Galeazzi, G.M. (2017). Situazione, qualità della vita e trattamento di persone dimesse dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia: Follow-up a due anni. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3.
- Nese, G. (2012). L'involuzione del DPCM 1.4.2008: dalle linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle case di cura e custodia al programma di realizzazione di strutture regionali per l'esecuzione delle misure di sicurezza (art. 3-ter d.l. n. 211/2011 conv. in l. n. 9/2012). *Critica del diritto*, 3-4, 253-269.
- Pellegrini, P. (2015). *Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari*. Milano: FrancoAngeli.
- Rivellini, G., & Schiavon, M. (2006). Codice penale e misure di sicurezza. In V. Volterra (Ed.), *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica* (pp. 421-435). Milano: Masson.
- Tizian, G. (2016, May 30). *Opg addio, ma nelle nuove strutture è già emergenza posti*. L'Espresso. Retrieved February 2017, from <http://espresso.repubblica.it/attualita/2016/05/30/news/opg-addio-ma-nelle-nuove-strutture-e-gia-emergenza-posti-1.268366>.
- World Health Organization (2016). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Retrieved February 2017, from <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>.