

Places of care in Italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system

I luoghi della cura in psichiatria forense in Italia: aspetti terapeutici e criticità in un sistema in evoluzione

Luca Castelletti | Jacopo Santambrogio | Franco Scarpa | Antonino Giancontieri
Alessandro Santarone | Gian Maria Galeazzi | Laura De Fazio

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: L. Castelletti et alii (2023). Places of care in Italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 2, 141-152. <https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p141>

Corresponding Author: Luca Castelletti
email luca.castelletti@yahoo.com

Copyright: © 2023 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 18.03.2023

Accepted: 31.05.2023

Published: 30.06.2023

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-022023-p141](https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p141)

Abstract

The treatment of individuals with mental disorders subject to security measures or restricted within the prison circuit has benefited over the past few decades from a season of reforms that have significantly changed the landscape of treatment settings in Italy. This change has most clearly and radically affected the area of security measures, and to a lesser extent, till now, mental health care within prison settings. In both cases, it is community psychiatry, organized around the Departments of Mental Health, that is picking up the difficult baton of ensuring adequate and effective treatments for individuals with specific clinical and social characteristics. In this paper, we try to investigate how places of care at different degree of restriction, from correctional settings to therapeutic residencies, have refined their caring practice and what critical issues crowd out the daily lives of those engaged in this strenuous exercise of care.

Keywords: offenders, mental health in prison, security measures, forensic psychiatry.

Riassunto

Il trattamento dei soggetti con sofferenza psichica sottoposti a misure di sicurezza o ristretti all'interno del circuito penitenziario ha beneficiato nel corso delle ultime decadi di una stagione di riforme che ha modificato sensibilmente il panorama dei contesti di cura. Il cambiamento ha riguardato in maniera più evidente e radicale il settore delle misure di sicurezza, ed in modo per ora meno incisivo la salute mentale all'interno dei contesti carcerari. In entrambi i casi, è la psichiatria di comunità, organizzata attorno ai Dipartimenti di Salute Mentale, a raccogliere il difficile testimone di garantire trattamenti adeguati ed efficaci per individui dalle caratteristiche cliniche e sociali precipue. In questo lavoro cerchiamo di indagare come i luoghi della cura nei contesti di restrizione a grado decrescente, fino alle comunità terapeutiche, abbiano affinato gli strumenti del trattamento e quali criticità affollino la quotidianità di coloro impegnati in questo faticoso esercizio di cure.

Parole chiave: autori di reato, sanità penitenziaria, misure di sicurezza, psichiatria forense.

Luca Castelletti, M.D., psychiatrist, REMS of Veneto, Nogara (VR) | Jacopo Santambrogio, Adele Bonolis Foundation, AS.FRA, Vedano al Lambro (MB); Corberi Presidium, ASST Brianza, Limbiate (MB); Department of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca | Franco Scarpa, Director UOC Rems Empoli (FI), DSM Toscana Center | Antonino Giancontieri, Adele Bonolis Foundation, AS.FRA, Vedano al Lambro (MB); Supervisory Court of Milano, Department of Psychology, University of Milano-Bicocca | Alessandro Santarone, Medical chief Adele Bonolis Foundation, AS.FRA, Vedano al Lambro (MB) | Gian Maria Galeazzi, Department of Science Biomedical, Metabolic and Neurosciences, University of Modena and Reggio Emilia | Laura De Fazio, Department of Law, University of Modena and Reggio Emilia

Places of care in italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system

Le tappe legislative che dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008 portano alla Legge del 30 maggio 2014, n. 81 fino alle Sentenze Corte Cost. del 19 aprile 2019, n.99 e Corte Cost. del 27 gennaio 2022, n. 22 hanno reso possibile per gli autori di reato portatori di disturbi psichiatrici, usciti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), l'accesso a percorsi di cura più omologhi a quelli della psichiatria di comunità. Il principio ispiratore della Legge n.81/2014 prevede che la rete dei servizi territoriali, cui si aggiungono le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), debba farsi carico di tali persone sulla scorta delle prescrizioni o limitazioni connesse all'applicazione delle misure di sicurezza o di una misura detentiva. Per quanto riguarda la salute mentale nelle carceri, lo spostamento di competenze dal Ministero della Giustizia a quello della Sanità, la successiva istituzione di speciali articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere (ATSM), e le nuove norme contenute nella Sentenza Corte cost. n. 19/2019 descrivono l'apertura di spazi potenziali di cura per il disagio psichico all'interno degli istituti di pena. In un siffatto contesto, i servizi di salute mentale di comunità, pur tra le oggettive difficoltà di ordine organizzativo e di risorse, si trovano a giocare un ruolo di primo piano nei percorsi di cura di questa utenza.

La scelta di intercettare i bisogni di cura di questo gruppo di pazienti con gli strumenti generalisti della psichiatria di comunità pone però il rischio di una rinuncia sostanziale alla crescita di una cultura *forensic psychiatry* per come si è strutturata nelle realtà extranazionali che ne riconoscono la specificità. Di converso, gli strumenti della psichiatria di comunità possono fornire una prassi clinica improntata alla *recovery e strenght based*, nelle REMS e nelle comunità che lavorano con i soggetti sottoposti a misura di sicurezza, aprendo a scenari di cura inediti ed innovativi.

In questo lavoro, verranno condotti degli aggiornamenti organizzativi e clinici sui tre principali contesti della psichiatria forense italiana, le ATSM, le REMS e le comunità terapeutiche, diverse tra loro per finalità, organizzazione, risorse, titolo giuridico applicato ai pazienti, ma accomunate dal compito di prendersi cura di persone a vario grado di restrizione cercando vie di integrazione con gli altri snodi della rete della salute mentale e dei servizi territoriali. L'indagine tiene conto dell'impatto delle novità legislative e dei fenomeni da queste scaturite nel lavoro quotidiano, illustrato anche da alcune vignette cliniche che esemplificano difficoltà ed opportunità dello scenario in evoluzione.

La salute mentale in carcere

L'affidamento al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) della cura delle persone detenute, conseguente al DPCM del 2008, la chiusura degli OPG, con l'attuazione della Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3 ter, e la Legge n. 81/2014, hanno reso necessarie profonde modifiche.

Si è posta una specifica attenzione al tema della salute mentale e del diritto alla salute in carcere, allo scopo di attuare azioni di cura e di prevenzione del disagio e della patologia psichica dei ristretti ed è sorta la necessità di provvedere ad introdurre nei penitenziari i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Tale iniziativa si è resa necessaria per passare, da un'organizzazione di tipo ambulatoriale-consulenziale, precedentemente seguita dal servizio sanitario dell'Amministrazione Penitenziaria, ad un'organizzazione aziendale USL in grado di elaborare interventi di cura efficaci e, ove possibile, di attuare percorsi terapeutico-riabilitativi utili non solo a garantire un migliore stato di salute mentale ma anche a consentire l'attivazione di una misura alternativa alla detenzione.

Allo stato attuale, la presenza di persone detenute negli Istituti penitenziari italiani si aggira sulle 56.196 unità (dati dicembre 2022), in eccesso rispetto alla capienza ideale di 51.328. Il tasso di presenza è pari a 91 detenuti ogni 100.000 abitanti, inferiore al tasso grezzo di 140 ogni 100.000 detenuti che si registra nella media mondiale. Da sottolineare inoltre la spiccata presenza di persone di altra nazionalità, una quota elevata che raggiunge il 35 %, in media nazionale, con punte, in alcuni Istituti, di oltre il 60% dei presenti. Molto spesso tali persone sono prive di permesso di soggiorno, di risorse o contatti socio-familiari sul territorio, elementi che rendono difficile intervenire per mantenere la salute mentale, e non solo, e soprattutto rendere possibile, a fine pena, una presa in carico efficace e continuativa da parte dei Servizi territoriali. L'importanza della questione della tutela della salute mentale in carcere deriva dai molteplici rilievi sullo stato di salute nelle persone detenute, una popolazione in cui si rileva una consistente presenza di disturbi psichici. Ricerche ripetutamente condotte dall'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana (ARS), con il sistema classificatorio ICDIX-cm, fanno emergere negli anni una prevalenza sempre crescente, a partire dal 38,4% del 2014 fino a raggiungere, nell'ultima rilevazione del 2021, una percentuale del 49,2%. Da specificare che in tale rilievo sono inclusi i soggetti con dipendenza da sostanze che incidono per il 21,8%. Nell'ultimo rilievo, la valutazione disaggregata dei dati per gruppi diagnostici fa emergere una percentuale del 10,8% per disturbi dell'area nevrotica, e a seguire 3,9% disturbi di personalità, 3,1% per disturbi alcool-cor-

relati, 4,7% per disturbi affettivi psicotici, 3,1% per patologie depressive non psicotiche. Inoltre, emerge sempre più frequentemente il problema dell'elevato numero di suicidi in carcere che, nell'anno 2022, ha raggiunto una quota complessiva di 84 casi, dato mai registrato in precedenza che incide, su una presenza media di 56.000 persone, per un tasso di 14,3/10.000, decisamente superiore a quello della popolazione libera. Molti degli episodi di suicidio derivano infine da fragilità personali e sociali, piuttosto che da vere e proprie patologie psichiche, ma il ricorso al farmaco ed al controllo psichiatrico è sempre più richiesto da parte degli organi direttivi del carcere, anche a scopo di difesa rispetto alle eventuali responsabilità di controllo. Il sistema della salute mentale in carcere cerca di riprodurre il modello di lavoro attuato dai DSM, proiettato all'interno della realtà penitenziaria. È necessario, pertanto, che il DSM intervenga in carcere con una propria organizzazione autonoma, integrata con il presidio o la forma organizzativa che l'AUSL attua per la salute in carcere e che possieda risorse adeguate per occuparsi della cura dei ristretti con problemi psichici, pregressi alla detenzione o emersi nel corso della permanenza in istituto. Un esempio di organizzazione del servizio di salute mentale, soprattutto per istituti medio grandi, può essere l'organizzazione di una Struttura Organizzativa, semplice o complessa in base alle dimensioni dell'Istituto, con la "mission" di seguito elencata.

- Effettuare visite specialistiche di secondo livello o consulenze, su specifica richiesta dei Medici di medicina generale o delle cure primarie interne al carcere;
- Prendere in cura le persone detenute che presentano patologia psichiatrica e/o problemi da disagio psicologico;
- Attivare, nel rispetto delle norme previste nella Legge del 23 dicembre 1978, n.833 interventi sui casi di acuzie non curabili all'interno del carcere con Trattamenti Sanitari su base volontaria od Obbligatoria nei Servizi Psichiatrici Diagnostici e Cura (SPDC);
- Elaborare ed attuare per ogni paziente preso in cura, un Piano Terapeutico ed un programma di monitoraggio clinico all'interno della struttura penitenziaria;
- Partecipare, con le proprie competenze e per le tematiche di carattere psicopatologico e psicologico, alla realizzazione degli interventi di prevenzione del rischio di suicidio ed autolesionismo;
- Relazionare al Magistrato competente, direttamente o tramite la Direzione penitenziaria, per informare sulle condizioni della persona ed attivare eventuali processi di applicazione di misure alternative alla detenzione;
- Promuovere e cooperare con il Servizio territoriale di competenza per il paziente alla definizione ed attuazione di percorsi Terapeutico Riabilitativo finalizzati alla dimissione, laddove ne sussistano le condizioni giuridico penitenziarie;
- Dare adeguata informazione ai Servizi territoriali di competenza dei pazienti presi in cura per assicurare la continuità alla loro dimissione;
- Assicurare la documentazione e la registrazione degli

interventi con le modalità previste dal DSM, garantendo la valutazione dei processi e degli esiti;

- Promuovere l'integrazione tra le diverse professioni che concorrono alla presa in carico, alla cura ed alla riabilitazione nell'ambito della Struttura Semplice;
- Assicurare l'appropriatezza, la qualità, l'efficacia e l'efficienza tecnico-operativa nelle attività di competenza, garantendo i necessari livelli di integrazione con gli altri Dipartimenti aziendali per l'attuazione dei Progetti Terapeutico Riabilitativi Individualizzati (PTRI)/Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- Impegnarsi a mettere in atto modalità innovative di intervento per migliorare la sostenibilità e l'efficacia dei servizi.

In carcere appare inoltre importante stabilire una piena integrazione tra salute mentale e Servizi per le dipendenze patologiche (SERDP) poiché i temi del disagio e della patologia psichica sono sempre più frequentemente connessi all'uso/abuso di sostanze, fino ai gradi di conclamata dipendenza. Nello specifico appare molto problematica l'area costituita da soggetti che non sono presi in carico da parte dei SERDP, in quanto non presentano i criteri per una diagnosi di dipendenza attiva, né tantomeno dal Servizio di salute mentale in mancanza di una specifica patologia psichiatrica. Ciò comporta la difficoltà di poter organizzare un percorso terapeutico per tali soggetti in considerazione della loro frequente difficoltà di adattamento al regime carcerario e del ricorso occulto a sostanze o farmaci usati a scopo sostitutivo voluttuario. È esperienza di chi scrive il riscontro che gli episodi di violenza in carcere, anche quando alla base vi sono concreti problemi logistici quali insufficienza delle condizioni di vita e di decoro, vengono sempre più frequentemente ascritti, dall'amministrazione penitenziaria, alla presenza di un disturbo mentale. Di conseguenza viene chiesto sempre più spesso un intervento di "presa in carico" da parte del servizio di salute mentale, sottovalutando le effettive cause alla base del comportamento reattivo. Si porta ad esempio di tali cause organizzative e strutturali l'insufficienza dei contatti con i familiari, la mancanza di risorse economiche e sociali, l'incertezza del futuro post detentivo, le condizioni di agibilità e di decoro degli ambienti di vita delle persone detenute. Dopo la Legge 81/2014 si è inoltre posto il problema di dare una risposta a quelle categorie giuridico-penitenziarie che in precedenza erano ospitate negli OPG. Si fa riferimento alle persone internate con infermità sopravvenuta ex art. 148 CP, a quanti etichettati come "minorati psichici" ex articolo 111, comma 5, del Decreto del Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n.230 ed infine a quelli precedentemente inviati negli OPG per "accertamento delle condizioni psichiche", anche detta "osservazione psichiatrica", ex art. 112, comma 2, del DPR 230/00. Nel 2011 la Conferenza Unificata emana un accordo che prevede la creazione "almeno in un Istituto per ogni Regione" di una "articolazione per la tutela della Salute Mentale" (ATSM) cui è affidato il compito di accogliere le persone detenute con le posizioni di cui alla lettera

a, precedentemente inviate negli OPG. Tali ATSM contrariamente all'indicazione della Conferenza Unificata non sono state ancora costituite in tutte le regioni e se ne contano 34 al 2021, delle quali 5 destinate alle donne, con la presenza di 262 uomini e 21 donne. Da evidenziare che la categoria delle persone detenute con infermità sopravvenuta (ex art. 148 CP) è stata ormai soppressa per intervento della Corte Costituzionale che, accogliendo un ricorso presentato dalla Corte di Cassazione, emanava la sentenza n. 99 del 6 febbraio 2019, osservando che la persona con infermità sopravvenuta alla condanna alla pena detentiva, se non poteva essere inviata nelle REMS, destinate alle misure di sicurezza, nemmeno poteva permanere in carcere. La Corte Costituzionale suggeriva infine che il condannato con una condizione di infermità mentale incompatibile con lo stato detentivo ordinario, anche in deroga ai limiti previsti dalla legge, poteva richiedere e ottenere la misura della detenzione domiciliare. In mancanza di un modello standard e di un regolamento specifico, le ATSM appaiono sostanzialmente come sezioni penitenziarie, gestite in ogni caso dall'Amministrazione Penitenziaria con personale di Polizia penitenziaria. Il servizio di salute mentale del DSM interviene con proprie risorse di personale specialistico, psicologi e psichiatri, in qualche caso con educatori o tecnici della riabilitazione psichiatrica. Quanto tali reparti possano davvero ed efficacemente garantire interventi di prevenzione e cura della salute mentale delle persone ivi accolte appare una questione derivata non solo, e non tanto, dalle risorse impegnate ma soprattutto dalla effettiva condivisione con la direzione del carcere, di quali spazi e autonomia di azione il personale sanitario concretamente possa fruire. La Legge delega del 23 giugno 2017, n. 103 aveva previsto l'emanazione di un Decreto Legislativo con il quale le ATSM dovevano diventare reparti a piena gestione sanitaria con la presenza di Polizia penitenziaria solo all'esterno ed a richiesta per interventi di emergenza, una sorta di REMS inserite in carcere, ma tale decreto non è mai stato emanato. Molte questioni devono ancora essere definite perché tali strutture non si limitino a dare un maggior apporto di figure sanitarie specialistiche ma siano davvero messe in condizioni di offrire e realizzare percorsi terapeutici alle persone detenute. Manca infatti allo stato attuale un aggiornamento dell'Accordo del 2011 che definisca i criteri per applicare il suddetto art. 111 (la minorazione psichica appare sempre più un obsoleto modo di definire una condizione di sofferenza psichica o altro) evitando di inviare in tali strutture detenuti ritenuti "difficili" e non per ragioni esclusivamente sanitarie di cura. È inoltre indispensabile definire i criteri di dimissione dal reparto ATSM per evitare che esse siano un luogo di stabile permanenza e che sia incoraggiato il rientro nel circuito ordinario dove fruire dei percorsi trattamentali interni al carcere e, dove possibile, di misure alternative. Allo stato attuale le ATSM sono a volte utilizzate come luogo a minore tasso di restrizione per detenuti in attesa REMS. In carcere inoltre è spesso del tutto impossibile la gestione di persone in stato di acuzie psicopatologica per cui è inevi-

tabilmente necessaria l'attuazione di TSO ospedalieri all'esterno, con frequenti problemi di accompagnamento e di sorveglianza nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Due vignette cliniche esemplificano le difficoltà di costruire reti sanitarie, amministrative, sociali efficaci per rispondere alla complessità dei profili dei detenuti con comorbilità psichiatrica.

Uomo di anni 61 della stessa città dove si trova il carcere, viene arrestato per aver causato la morte della madre, è un alcolista cronico con una deriva sociale determinata dalla progressiva perdita di relazioni, mancanza di contatti socio-familiari validi e di mezzi di sostentamento. Non conosciuto da servizi psichiatrici ma solo dai servizi universitari di psicologia. L'accertamento svolto dal Consulente Tecnico gli riconosce una parziale imputabilità ma egli patteggia la pena ed è condannato a 5 anni di carcere. Al momento della data di scarcerazione, non avendo i criteri per l'inserimento in una comunità per alcolodipendenti né tantomeno una patologia da ricovero in ambiente di comunità terapeutica, non si riesce ad individuare un luogo di accoglienza che possa anche garantirgli il mantenimento di una terapia psichiatrica. Il soggetto rinuncia a chiedere la liberazione anticipata, che avrebbe consentito la scarcerazione 45 giorni prima, per avere il tempo necessario a trovare una soluzione di accoglienza. Il caso è tipico di una condizione di deriva sociale da patologia non conclamata e della perdita di ogni utile contatto con il proprio contesto sociale. La medesima situazione si crea spesso anche per stranieri senza dimora, senza permesso di soggiorno, senza legami validi, ad altissimo rischio pertanto di ripercorre le strade della recidiva di comportamenti antigiuridici.

Uomo di anni 38, già condannato in via definitiva, cui è riscontrato un Disturbo di personalità con caratteristiche borderline ma anche spiccate tendenze antisociali. Frequenti gli episodi di aggressività in gran parte rivolta agli oggetti (incendio suppellettili, rottura oggetti o mobilio) e eterodiretta sul piano verbale (minacce ad operatori sanitari e della polizia penitenziaria). Non riesce a stare in reparto ordinario per cui viene proposto invio nell'ATSM, apparentemente con una richiesta di trattamento più terapeutico e riabilitativo, rinviando al servizio sanitario quello che dovrebbe offrire già il carcere (scuola, lavoro, attività varie).

Casi analoghi sono frequenti da quando l'Amministrazione Penitenziaria considera soggetti con caratteristiche simili come persone da allontanare dai reparti ordinari e da destinare a sezioni per "soggetti violenti" o con disturbi psichiatrici.

Le Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)

Le REMS, uniche strutture in cui viene applicata la Misura di Sicurezza detentiva in Italia, tagliano il traguardo dell'ottavo anno dalla loro istituzione. Molto si è scritto ed evidenziato della loro natura legislativa radicalmente

rinnovata rispetto al modello precedente degli OPG (Carrabellese & Felthus, 2016; De Fazio & Sgarbi, 2017; Di Lorito et al., 2017; Mandarelli et al., 2019; Rivellini et al., 2019). Tra gli elementi di maggior discontinuità, contenuti nella Legge n. 81/2014 vi è il loro utilizzo cosiddetto “residuale”, ossia di ultima risorsa di fronte all'impossibilità di sviluppare programmi terapeutici a livello territoriale. Con il progressivo incremento su base regionale dei posti letto si è andata gradualmente configurando la geografia quantitativa delle REMS su base nazionale e la loro articolazione con il sistema penitenziario e le comunità dedicate o comunque coinvolgibili. Ad oggi, i letti REMS sono 620, meno della metà di quelli disponibili prima della riforma. Pur con notevoli difformità tra le varie regioni, il dato medio su scala nazionale è di circa 1 posto letto ogni 100,000 abitanti. Il dato nasce in maniera piuttosto spontanea, non essendo sostenuto da evidenze epidemiologiche rispetto alle altre realtà nazionali (Salize et al. et al., 2023), né da caratteristiche socio-demografiche e cliniche della popolazione forense italiana rispetto a quella straniera (Castelletti et al., 2023). Esso è l'esito di un processo principalmente di natura legislativa, originariamente volto alla tutela dei diritti dei soggetti con sofferenza psichica, ovvero dallo sforzo, costituzionalmente garantito di provvedere a tutti i cittadini analogo accesso alle cure. Per gli esponenti di quel *think tank* il processo dovrebbe portare alla progressiva abolizione delle strutture forensi, in ottemperanza al principio di parità di diritti e cure tra tutti i cittadini, sancito dall'Art. 32 della Costituzione (Pellegrini, 2020; Zuffa et al., 2021). Pur ammettendo le profonde disomogeneità condizionanti uno sviluppo più uniforme dei vari sistemi psichiatrico-forensi a livello internazionale, una vasta rete di interlocuzione, in primo luogo i DSM dentro cui sorgono le REMS, i sistemi sanitari regionali, le società scientifiche, gli stakeholders e la magistratura da anni si interrogano su quali provvedimenti possono migliorare lo scenario che si è venuto a creare con la riforma dei servizi per le misure di sicurezza. Per limiti di spazio non ci occuperemo del centrale dibattito che riguarda il mancato adeguamento legislativo relativamente alle misure di sicurezza. In questo paragrafo il focus rimarrà sulle questioni organizzative e clinico-gestionali che si sono imposte a fronte del radicale cambiamento di paradigma che ha subito il settore.

L'aspetto più dibattuto in questi primi otto anni di funzionamento delle REMS ha riguardato la disponibilità su base regionale di posti letto. La riduzione di più della metà dei posti letto rispetto al periodo degli OPG ha inevitabilmente prodotto un eccesso di domanda rispetto alla disponibilità effettiva di residenzialità, provocando rapidamente l'instaurarsi del fenomeno delle cosiddette “liste d'attesa”. Magistratura, stakeholders, amministratori, clinici e accademici, i media nazionali sono intervenuti in più tempi sul tema delle liste d'attesa, e la recente Sentenza Corte Cost. n. 22/2022 richiama la necessità per tutti gli interlocutori coinvolti di reperire soluzioni più adeguate a rendere realmente eseguibili le ordinanze di attuazione delle misure di sicurezza detentive, senza snaturare lo spi-

rito della Legge 81/2014. Su questo passaggio il dibattito si è rapidamente polarizzato tra chi vede nell'aumento dei posti letto disponibili la soluzione alle liste d'attesa e chi sostiene la necessità di contenere il numero dei posti letto per non snaturare lo spirito della riforma (Ferracuti & Nicolò, 2022) e andare verso un superamento delle REMS (Pellegrini et al., 2023). In questo panorama, è venuto in aiuto il recente documento licenziato dalla Conferenza Stato Regioni che sulla questione stabilisce la necessità di istituire Punti Unici Regionali (P.U.R.) fungenti da regia per il sistema forense regionale nel rendere più fluidi ed appropriati i percorsi di cura forensi (Repertorio atto n. 188/CU).

Un sistema forense per funzionare adeguatamente necessita di una chiara, esplicita definizione dei livelli organizzativi interagenti che ne stabiliscono le aree funzionali (Kennedy et al., 2019). Dall'assistenza di base fino alle valutazioni che vengono adottate a livello regionale, ciascun livello dovrebbe concorrere alla definizione di un modello regionale integrato.

Riversata precipitosamente sulle risorse e le organizzazioni dei DSM, la cura ed assistenza dell'utenza sottoposta a misura di sicurezza ha da subito fatto sorgere domande e preoccupazioni su come approntare sistemi di cura efficaci (Casacchia et al., 2015). Il radicale cambio di paradigma imposto dalla Legge 81/2014 ha reso più controversa l'importazione di modelli consolidati sviluppati in altri Paesi, dove la rilevanza accordata alla predizione del rischio di recidiva di reato, strutturalmente valutato, conforma la cultura clinica dei servizi forensi di quelle realtà nazionali. In Italia, la forte impronta legislativa che ha accompagnato la nascita dei percorsi di cura per l'utenza in misura di sicurezza, ha segnato la cultura clinica che negli anni si è sviluppata all'interno delle équipes che operano nelle REMS. In modo quasi spontaneo, i contributi clinici provenienti dalle REMS (Catanesi et al., 2019) hanno attinto dalle esperienze residenziali nazionali, a loro volta intrise dalla cultura clinica più adottata, influenzata dall'approccio *recovery oriented*, dalla psico-educazione, e degli altri strumenti della riabilitazione psico-sociale. I recenti contributi epidemiologici (de Girolamo et al., 2021) hanno fatto luce circa i profili dei soggetti in misura di sicurezza. Essi, confrontati coi pari utenti della psichiatria generale, non differiscono nelle caratteristiche psicopatologiche, nei pattern di addiction life-time, ma nel fatto che molti di loro erano in carico presso i servizi senza seguirne le raccomandazioni terapeutiche, che agivano più frequentemente i reati in famiglia, e che avevano avuto più esperienze traumatizzanti nel corso della loro infanzia. Emerge quindi dalla letteratura un profilo dell'utenza in misura di sicurezza maggiormente vulnerabile agli *stressor* ambientali, e con minor capacità di gestione di crisi su base emotiva e cognitiva rispetto alla controparte della psichiatria generale. Per avvicinarsi ai temi significativi ed ai profili di bisogni di questa utenza, l'esplorazione dei contenuti soggettivi mediante studi di tipo qualitativo sulla ricerca del significato dell'esperienza terapeutica in una residenza forense

appare un indispensabile punto di partenza. Nella revisione sistematica condotta da Shepherd et al., 2016, tre sono i temi principali che emergono dai lavori inclusi nella review; essi sono legati al senso di protezione dell'esperienza residenziale, al senso di speranza e alla creazione di reti sociali, ed alla ricerca di una propria identità. Nella maggior parte dei casi, il fatto reato dei pazienti forensi, sia che venga determinato da alterazioni della forma pensiero, sia favorito da profonde disregolazioni dell'affettività, e dalle loro molteplici combinazioni, riconosce nel senso soggettivo di profonda insicurezza, instabilità e perdita di controllo fattori decisivi nello scatenamento dell'evento (Yakeley & Adshead 2015; Drennan & Alred, 2013). Esso frequentemente rappresenta il culmine di periodi più o meno protratti di progressiva mancanza di controllo, in cui vissuti di paura, sospettosità, odio, umiliazione prendono progressivamente il sopravvento. Il frequente riscontro in questi pazienti di storie pregresse connotate da abbandono delle prese in carico, di irregolarità nell'aderenza al trattamento, e di sfiducia nella relazione terapeutica con l'équipe curante segnala il ritiro solitario e doloroso che precede le vicende giuridiche. Una volta fatto ingresso in REMS, è opinione condivisa da parte degli operatori che vi lavorano riconoscere un graduale miglioramento delle condizioni generali del paziente. A questo contribuiscono diversi fattori ambientali, relazionali ed evidentemente farmacologici, quando necessitano, che si possono includere all'interno di quell'iniziale senso di protezione da insidie di pensiero e di affetti così affliggenti. Il paziente che commette il grave reato violento all'interno della propria cerchia familiare trova di primaria importanza un luogo che possa proteggerlo dalle insidie vendicative reali o immaginarie di chi si è sentito vittima delle proprie azioni fuori. Quel senso di protezione sarà verosimilmente alla base di un embrionale vissuto di riconoscimento della relazione d'aiuto nei confronti dell'équipe. Alternativamente, il paziente che entra in REMS con un quadro di disregolazione affettiva ed emotiva, frequentemente associata a condotte d'abuso croniche, può trovare nel nuovo ambiente, dopo periodi iniziali anche connotati da una certa inquietudine, punti di riferimento alloggiativi e relazionali che facilitano il ridimensionamento eccitante e diventano propedeutici per il lavoro integrato psico-riabilitativo. Nel corso del periodo di ambientamento, che può durare alcuni mesi, durante i quali i nuovi giunti possono apprezzare i fattori facilitanti e protettivi del nuovo ambiente terapeutico, possono avviarsi i processi che mirano ad una ri-alimentazione delle reti sociali interne alla residenza ed esterne investite da un senso soggettivo di rinnovata fiducia. Le chiamate e le visite coi familiari, non raramente vittime delle azioni criminose per le quali è scattato il provvedimento giuridico, possono lentamente connotarsi con elementi nuovi, concilianti e progressivamente chiarificatori. Gli strumenti e le prassi con cui si ripristinano i contatti con l'esterno, e gli obiettivi individualizzati con cui si attuano le attività interne, possono generare un senso di rinnovata fiducia e speranza rispetto alle possibilità del paziente di poter ri-

trovare una collocazione nel mondo. Temi che si ritrovano, ampliati, nella revisione sistematica della letteratura condotta da Clarke et al., 2016, svolta nel tentativo di indagare che cosa possa significare un percorso di recovery per un paziente inserito un percorso terapeutico in una struttura forense. Gli Autori individuano alcuni temi prevalenti: l'essere connessi all'interno di rinnovate reti di contatti, familiari ma anche sociali in senso più allargato. Riacquisire un senso di sé più in linea con quanto si era stati prima delle escalation che hanno portato alle vicende penali. A queste si somma la necessità di giungere a patti con quanto è accaduto, sia nei termini di una rielaborazione, se questa è consentita dalle caratteristiche del paziente e dalla tipologia del reato, sia nei termini di una protratta rimozione se risulta impossibile una rivisitazione critica. I pazienti in misura di sicurezza sentono un forte slancio verso la libertà, che va raccolto dal gruppo curante e riconsiderato rispetto a quali libertà e a quali confini il nuovo corso può portare loro. I temi sollevati dalle revisioni sistematiche prese in esame interrogano il sempre instabile equilibrio tra le istanze di cura e di sicurezza, fattore intrinseco e irriducibile delle residenze forensi. L'equilibrio, per definizione dinamico e soggetto a continue sollecitazioni provenienti dai vari sistemi concentrici, trova un suo iniziale focus nel concetto di *therapeutic security* sviluppato nel corso delle ultime decadi (Kennedy, 2002). Esso riguarda l'indagine sistematica del rapporto tra cura e sicurezza all'interno delle residenze forensi, indicandone le complesse interazioni che si verificano tra tutte le variabili in gioco, per ricavarne il significato terapeutico di quanto viene ragionato e stabilito all'interno del gruppo curante. La sicurezza relazionale fa leva sull'analisi degli aspetti tipici di un'esperienza residenziale forense che si connota per la continuità della cura, la qualità del rapporto con lo staff e l'esterno, le dinamiche tra i pazienti e gli operatori (STA, 2010). Nell'inquadramento classico che ne fa il *Royal College of Psychiatrists* essa si compone di 4 macro-aree di indagine: il rapporto tra pazienti, lo staff, il mondo interno del paziente ed il rapporto tra questi ed il mondo esterno. La sicurezza relazionale è uno dei capitoli principali delle "Raccomandazioni di buone pratiche di riabilitazione psico-sociale dei pazienti autori di reato basato sulle evidenze", recentemente licenziato dalla Società Italiana di Riabilitazione Psico-Sociale (SIRP, 2023). In particolare, nell'accezione relativa alla qualità delle relazioni terapeutiche, un buon uso della sicurezza relazionale permette l'analisi ed il monitoraggio di aspetti cruciali nel trattamento di questa utenza. Ci si riferisce all'analisi delle *boundaries* tra paziente ed operatore relativamente al riconoscimento reciproco dei rispettivi ruoli, in una dinamica da costruire e monitorare durante tutto il percorso di inserimento del paziente nelle residenze. Essa indaga il rapporto con il limite e la frustrazione, generata dall'esperienza della REMS, sulle dinamiche coi *peers*, con gli operatori e nei riflessi col proprio mondo interno, gli affetti ed i comportamenti. Viene analizzato il rapporto con l'esterno, rispetto ai contatti che il paziente può ricevere, e nella percezione che la fruizione di spazi crescenti

di libertà può generare nell'aspettativa dell'individuo. Questo approccio compone un atlante di una serie innumerevole di eventi quotidiani dentro i quali provare a dare senso alle vicende anche minuscole che costituiscono la vita di ogni giorno dentro la REMS, materiale prezioso per monitorare e fare manutenzione della qualità dei rapporti che lì si sviluppano.

Il caso "Ettore" e la riabilitazione comunitaria degli autori di reato

Ettore, 44 anni, affetto da "Disabilità intellettiva lieve con compromissione comportamentale" (QI: 59), giunge in Comunità con la misura di differimento dell'esecuzione della pena detentiva.

Ha due sorelle maggiori in buona salute che svolgono la funzione di caregiver.

Ha conseguito la licenza media con il supporto dell'insegnante di sostegno.

Il padre è stato *caregiver principale*, proteggendolo dai rischi e fornendogli un lavoro presso un'azienda metalmeccanica. Alla morte del padre, Ettore è divenuto scostante sul lavoro e si è registrato un progressivo scadimento del funzionamento globale fino al licenziamento. È stato preso in carico dal Centro di Salute Mentale per "anomalie comportamentali".

A 30 anni, il "cattivo incontro": Ettore va a convivere con una donna "problematica, alcolista" con due figlie, di cui una "con disagio"; nei quattro anni di convivenza si verificano i reati di violenza sessuale verso le due minorenni.

È stato condannato in primo grado alla pena principale di anni 3, mesi 10 di reclusione, per violenza sessuale a danno di due minorenni (artt. 81 c. cpv-c.p., 609 Bis c.p., 609 Ter c. 1 – n. 1 c.p., 609 Septies c. 3 – n. 1 c.p., 609 Septies c. 3 – n. 2 c.p., 89 c.p.); è stata riconosciuta la diminuzione per vizio parziale di mente (ex art. 89 C P) prevalente rispetto alla contestata aggravante di cui all'art. 609 ter c.p. Ettore è stato pertanto dichiarato socialmente pericoloso e verrà applicata, successivamente alla pena, la libertà vigilata per un periodo di tre anni, con la prescrizione di sottoporsi ad adeguate cure psichiatriche presso il Centro di Salute Mentale "al fine di limitare gli effetti della patologia riscontrata dal perito".

A seguito della carcerazione è stata fatta istanza di differimento dell'esecuzione della pena detentiva nelle forme della detenzione domiciliare "a causa delle peculiari condizioni di salute". È stato ingaggiato il Centro di Salute Mentale per la ricerca di una Struttura idonea alla cura e riabilitazione del detenuto.

All'ingresso in Comunità presentava un umore deflesso reattivamente al disagio per l'esperienza custodialistica, non integrata a livello cognitivo. È stata prescritta un'associazione di stabilizzante del tono dell'umore e benzodiazepina per contenere l'impulsività e l'angoscia di fondo.

Nel corso del primo anno di permanenza ha preso parte al gruppo teatro, al laboratorio e all'attività di giar-

dinaggio (lavoro retribuito). Successivamente, durante il periodo della pandemia da COVID-19 ha proseguito solo con il giardinaggio, tuttora frequentato due mattine la settimana, con soddisfazione e riconoscimento da parte del conduttore. Ha senso pratico e buone competenze manuali, anche per la sua esperienza lavorativa pregressa. Tali riscontri hanno portato l'équipe a ritenere Ettore pronto per svolgere un'attività socialmente utile anche in contesto esterno la Struttura, che possa fungere da attività riparativa, prevista dal suo percorso di espiazione del reato.

Necessita di un "Io ausiliario" che supervisioni le sue attività quotidiane e che lo affianchi nei momenti di disagio. La Comunità sta offrendo ad Ettore, mediante la strutturazione della giornata, la partecipazione alle attività di gruppo, un contesto di vita e di cura "protetto" che gli consente di mantenere la fluidità del rapporto con la realtà.

In relazione alla revisione critica della propria condotta di reato, Ettore, in un primo periodo, ha mostrato un elevato grado di diniego dei fatti compiuti ed una modalità difensiva improntata alla stolidità e alla fatuità, rivelando le scarse risorse cognitive. I curanti hanno ipotizzato che la compromissione cognitiva andasse ad inficiare le funzioni mnestiche e di elaborazione dei fatti accaduti. Successivamente, Ettore ha cominciato ad aprirsi riconoscendo "di aver fatto tutto quello che c'è scritto, perché le bambine erano carine; mi attraevano fisicamente e mi piacevano. Gli volevo bene. Le notti in cui la loro madre non c'era, sono andato nel loro letto, le ho palpate e ho cercato di avere un rapporto". A fronte della domanda se avesse mai sentito un senso di colpa nei riguardi della sua compagna rispondeva sottovoce: "poco". Tuttavia, il ricordo era impreciso e paramnesico: «io ero buono con le bambine, davo loro i soldi, il cattivo era il loro padre che utilizzava questi soldi per bere e andare ai concerti».

Nel caso di Ettore e in altre persone con storie di carcerazione o percorsi in REMS, giunte in Comunità per un percorso riabilitativo con una misura giuridica (differimento pena, misura cautelare, misura di sicurezza della libertà vigilata provvisoria e definitiva) la Comunità si interroga fin da subito circa le reali motivazioni del soggetto alla cura, presupposto di ogni cura possibile. È evidente, infatti, come un soggetto il cui percorso sia stabilito *in primis* da un'Autorità Giudiziaria, possa non essere pienamente consapevole della sua condizione, della sua malattia, degli obiettivi del suo percorso. Ettore trascorre alcuni mesi in carcere in una situazione di disagio, privato della propria libertà, confuso rispetto a quanto ha compiuto, i suoi ricordi sono distorti, il deficit cognitivo non lo aiuta nei processi di elaborazione ed introspezione. Sviluppa dei vissuti depressivi e viene sottoposto a perizia, per poi essere inviato in Comunità. Si dice contento, ora, di questo luogo, si sente "libero", anche se attualmente non svolge ancora delle uscite in autonomia dalla Struttura, eppure l'aver una stanza e non "una cella", il poter parlare liberamente con i compagni, il partecipare all'attività di giardinaggio dove è riconosciuto e apprezzato per le sue doti manuali, sono solo alcuni elementi che gli permettono di espriare una pena in modo dignitoso.

Ettore è accolto in una Comunità riabilitativa “generalista” che offre trattamenti terapeutico-riabilitativi a pazienti con disturbi mentali gravi, alcuni di loro con misure giuridiche. La Comunità, quindi, aderisce agli invii dell’Autorità Giudiziaria, anche per una sua *mission* storica di cure a queste tipologie di pazienti. Questo caso – per riportare il quale è stato ottenuto il consenso scritto del paziente - permette di fare una riflessione ad ampio raggio su cosa sia la Comunità Terapeutica e su quale possa essere la sua funzione nel momento in cui viene individuata come luogo possibile di riabilitazione e di cura per una persona con disturbo psichico che abbia compiuto un reato.

Residenze psichiatriche e riabilitazione

La promulgazione della Legge del 13 maggio 1978, n.180 ha stabilito per i pazienti psichiatrici l’istituzione di posti letto per acuzie in ospedali generali (reparti da massimo 15 posti letto) e di posti letto in residenzialità (Strutture Riabilitative psichiatriche) per percorsi a lungo termine.

In Italia, stando ai dati riportati da Barbuì et al. (2018), ci sono 10,95 letti per 100.000 abitanti destinati a pazienti psichiatrici negli ospedali generali, mentre sarebbero 46,41 per 100.000 abitanti i posti nelle Residenze Psichiatriche. In Inghilterra, i posti letto destinati a persone affette da malattia mentale, rispettivamente nei reparti e nelle Comunità, sono 50,63 e 2,28 per 100.000 abitanti, 7,99 per 100.000 abitanti negli ospedali psichiatrici; negli Stati Uniti i posti letto destinati rispettivamente nei reparti e nelle Comunità sono 14,36 e 22,29 per 100.000 abitanti, 19,44 per 100.000 abitanti negli ospedali psichiatrici. È evidente da questi dati, dunque, come in Italia in paragone a Inghilterra e Stati Uniti vi sia un minor numero di posti letto per pazienti psichiatrici negli ospedali generali e, alla luce dell’assenza di ospedali psichiatrici, un maggior numero di posti letto nelle strutture riabilitative. Si tratta di Strutture non ospedaliere, basate sul modello di Comunità Terapeutica.

La Comunità Terapeutica nasce come cultura, movimento e sistema di cura negli anni Quaranta in Inghilterra. Il primo esperimento fu quello di Northfield, all’Hollymoor Hospital con il colonnello Rickman e il maggiore Wilfred Bion, con un notevole successo clinico nella cura delle nevrosi traumatiche derivanti dalla guerra, ma con un discredito da parte dei colleghi psichiatri e dei superiori militari. Il secondo esperimento, sempre a Northfield nello stesso ospedale, fu condotto da un altro psicoanalista, Tom F. Main, che cercò di riprendere e di riprodurre i risultati del primo esperimento gestionale, contenendo gli effetti controproducenti e introducendo una innovativa visione sistemica nella considerazione dell’ospedale nel suo complesso. Scrive Main: “l’esperimento di Northfield (la Comunità Terapeutica) è un tentativo di utilizzare l’ospedale non come un’organizzazione gestita dai medici con l’interesse rivolto a una maggiore efficienza tecnica, bensì come una Comunità con l’obiettivo immediato di una piena partecipazione di tutti i suoi

membri nella vita quotidiana, il cui scopo ultimo è la ri-socializzazione dell’individuo nevrotico per permettergli di vivere nella società normale” (Main, 1983).

Negli stessi anni e in modo del tutto indipendente prende corpo l’esperienza comunitaria promossa da Maxwell Jones, psichiatra di formazione medica tradizionale, con interessi alla psicosomatica, che alla Merton Hill School annessa al Maudsley Hospital di Londra aveva osservato che i pazienti, soldati con disturbi emozionali, apprendono molto della propria situazione e migliorano se sono coinvolti in un’interazione reciproca e in discussioni con lo staff. Nella sua direzione dell’Henderson Hospital dal 1946 al 1959 sviluppò il suo modello teorico e metodologico di stampo psicosociale. Secondo Jones (1953; 1976), la caratteristica saliente della Comunità sta nel suo essere un sistema aperto, con un assetto egualitario e democratico, in cui “la responsabilità del trattamento non è limitata allo staff medico, ma riguarda anche gli altri membri della Comunità, cioè i pazienti”, in cui il processo trasformativo avviene in ambiente gruppale con un focus sulle tensioni che nascono “qui e ora”, in cui, infine, l’unico obiettivo terapeutico è “l’inserimento dell’individuo all’esterno dell’ospedale, senza nessun altro ambizioso programma psicoterapeutico”. La metodologia di lavoro si fondava, dunque, su una comunicazione aperta, una minor rigidità nei rapporti gerarchici tra medici, infermieri e pazienti, riunioni strutturate quotidianamente di tutta l’unità ospedaliera e numerosi sottogruppi di attività. Non era previsto un vero e proprio trattamento psicoterapico, anche se Jones si mostrava interessato allo psicodramma, invitando spesso Moreno all’Henderson, e utilizzava tecniche di role-play. Ciò che soprattutto veniva valorizzato era il *significato globalmente terapeutico dell’impianto comunitario*, analogamente agli esperimenti di Northfield (Ferruta et al., 2012).

In Italia le Strutture Residenziali forniscono alle persone affette da disturbi mentali un’ospitalità sia diurna sia notturna, con livelli crescenti di assistenza e di intensità riabilitativa garantiti da personale qualificato (Sgarbi et al., 2017). La gran parte degli ospiti di queste Comunità soffrono di disturbi mentali persistenti, ovvero condizioni cliniche che hanno già superato le fasi acute o subacute e, per la loro gravità a più livelli (biologico, psicologico, relazionale, sociale), non hanno configurato una “restitutio ad integrum” ma una lenta progressione verso uno stabile equilibrio, cionondimeno sempre delicato e passibile di riacutizzazioni. Esiste anche una popolazione di pazienti giovani, affetti da gravi disturbi di personalità, che provengono da storie familiari complesse, in cui si trovano traumi, deprivazioni precoci e abusi infantili; soggetti dotati di buone competenze linguistiche e di una capacità di lettura lucida della propria realtà storica, sociale e familiare. Sembra non abbiano alcun riferimento a un concetto di norma a cui appoggiarsi. Hanno perso la loro libertà e continuano a perderla ogni giorno a seguito dei loro atti. In questi casi il disagio interiore si esprime e si coniuga con l’azione quotidiana che può divenire esercizio di potere, di sopraffazione e di violenza, a carattere continua-

tivo, in primo luogo nell'ambito delle relazioni primarie e poi nel gruppo dei pari.

L'intervento terapeutico per queste persone può essere in certe fasi farmacologico per la presenza di sintomi disturbanti, ma dovrebbe mirare soprattutto alla riabilitazione.

Nella sua accezione classica, *ri-abilitare* è "rendere di nuovo abile, capace di svolgere determinate funzioni e attività", "dar facoltà o porgere i mezzi di fare una cosa" a un soggetto che, a causa di un disturbo, non ha acquisito oppure ha perduto o messo tra parentesi tali abilità. Se il disturbo ha creato delle disabilità, allora riabilitare significa anche aiutare ad adattarsi, con nuove strategie, ai limiti imposti dalla nuova condizione di vita (Santambrogio, 2020). Il paradigma della *recovery* prevede l'individuazione congiunta tra utenti e operatori di obiettivi condivisi su cui lavorare, a partire dai desideri e dalle capacità dell'utente, trasformando l'esperienza del disturbo da deficit ad esperienza evolutiva e di crescita personale.

Riabilitare l'autore di reato

Rispetto ad utenti senza storia forense, ancora più arduo è il compito di chi lavora per la riabilitazione e la *recovery* con pazienti autori di reato, lavoro che può essere svolto anche in Strutture Residenziali psichiatriche.

In alcune situazioni l'obiettivo consistente nella riabilitazione della motivazione o addirittura nella sua evocazione si pone in maniera cruciale: si pensi, ad esempio, ai casi in cui la domanda di trattamento non è avanzata dal soggetto, ma è sostituita dal mandato sociale, emblematicamente dall'ordinanza di un magistrato. Come è possibile rapportarsi con questi pazienti? Cosa significa "prenderli in carico", quando spesso la privazione della libertà esteriore monopolizza il loro interesse e li induce a tacitare la condizione di mancanza di libertà interiore? In presenza di questa situazione, prendere in carico coincide con "curare"? Vi sono differenze tra cura e trattamento? Quali sono? [...] La cura può avvenire solo se vi è una domanda sufficientemente stabile. Quando ancora non vi è domanda, pur non potendo attuare una cura occorre, però, prendersi cura: la riabilitazione è questa iniziativa che può raggiungere il soggetto anche attraverso la coazione della legge. Per compierla è necessario attrezzarsi in modo tale da potersi accostare a un soggetto che si trova doppiamente prigioniero di uno stato di costrizione: la propria assenza di norma e, talvolta, la costrizione della legge, che impone una sanzione. La sanzione, a sua volta, può stringere il soggetto come in una morsa e catalizzare tutte le sue energie, indirizzandole non al cambiamento, ma alla messa in atto delle consuete strategie patologiche volte a puntellare la falsa immagine di un *Idealich* grandioso, unico sostegno che consente di reggere al fallimento della vita reale (Cavalleri, 2017).

All'interno di questo scenario, la cura può realizzarsi mediante lo sviluppo di una relazione concepita come processo non lineare, costituito da un insieme di movimenti che portano ad una condizione di fiducia e sicurezza come costruzione condivisa in grado di produrre una ri-

duzione della sofferenza e un cambiamento di direzione e di prospettive. Tale cambiamento cui si mira nella relazione di cura deve tener conto della condizione soggettiva dell'autore di reato. La libertà esteriore è limitata dal provvedimento giudiziario, mentre la libertà interiore è limitata dalla propria "assenza di norma". O, guardando lo stesso fenomeno da un altro punto di vista, si potrebbe dire che il soggetto "antisociale" vive in una condizione di "intossicazione di libertà", di assenza di freni e di norme – che lo fa sentire solo apparentemente libero – a cui si associano discontrollo degli impulsi, rabbia e incapacità nel leggere ed esprimere le proprie emozioni (Santambrogio et al., 2021).

Nella dimensione clinica l'oggetto della cura è interiore e immateriale ed ha un impatto sull'Altro, sull'ambiente sociale (ad esempio nella commissione di un reato contro la persona). Nella dimensione giuridica si valutano, invece, i comportamenti, i fatti che condizionano ed incidono sulla realtà, che possono determinare fratture nel legame sociale. Il reato, per certi versi, implica spesso - o quasi sempre - un danno relazionale.

I terapeuti e i riabilitatori sono più vicini al mondo interno del paziente mentre i giudici sono più prossimi agli effetti che i comportamenti dell'individuo determinano nel mondo sociale.

Un obiettivo comune ad entrambe le dimensioni è la risocializzazione e riabilitazione dell'autore di reato, lavorando al fine di ridurre le recidive di comportamenti violenti del soggetto. Questa operazione complessa implica interventi terapeutici specifici finalizzati ad incrementare le competenze relazionali e sociali del soggetto.

La personalizzazione degli interventi deve cominciare accogliendo, analizzando e comprendendo il punto di vista del paziente, portatore di una cultura e di una lettura del disturbo e del reato: egli, infatti, ha idee proprie sui concetti di cura, pena, giustizia, vita.

L'incontro inizia con l'avvicinamento, da una certa distanza, per evitare che il paziente si senta invaso e minacciato; da qui seguono accoglienza non giudicante, ascolto, osservazione, comprensione della difformità di vedute, delle scelte alternative e ciò implica gestire rischi, conflitti e violazioni alle prescrizioni. Questo permette narrazioni congiunte, nuove rappresentazioni della sofferenza, dei traumi subiti, una ricerca condivisa per dare senso al caos (interno ed esterno) e per appartenere ad una storia e ad un destino comune, in cui l'elemento chiave è la speranza.

Occorre optare per una cura intesa in senso ampio, che consideri fattori biologici, psicologici, sociali, crimino-genetici. *Curare*, in questi casi, implica attuare un lavoro per favorire l'elaborazione dell'accaduto e le possibili azioni riparative, per confrontarsi anche con la trasgressione, le violazioni delle norme, i fallimenti e gli scacchi esistenziali (Pellegrini & Paulillo, 2019).

La riabilitazione è una tecnica, una strategia complessa e articolata finalizzata ad accompagnare un soggetto in un percorso verso autenticità, adattamento e autonomia. *Autenticità* indica il percorso verso l'autenticità di sé, la possibilità di entrare in contatto profondo con il proprio

nucleo intimo, con le parti fragili e sofferenti. *Adattamento* implica poter fare un corretto esame di realtà per aderirvi. Questo richiede la riattivazione di un'attitudine alla plasticità e al cambiamento. *Autonomia* significa autonomia nella relazione, la capacità di sviluppare una relazione di alleanza e di partnership con l'altro. Per praticare questa tecnica appare fondamentale individuare nel singolo paziente un *quid* degno di vera stima.

La riabilitazione psichiatrica non dovrebbe emendare l'aspetto coercitivo esterno derivante dall'applicazione della Legge ma, al contrario, dovrebbe allearsi con la Legge. Il lavoro terapeutico e riabilitativo dovrebbe aiutare il paziente autore di reato a fare un'esperienza della Legge in un'accezione singolare: Legge come esperienza di richiamo ad un codice normativo – paterno, se ci si vuole riferire a categorie note, al tempo stesso, di liberazione del desiderio, legge come possibilità di un compimento nuovo per la propria vita, Legge come uno spazio e un tempo per poter fare una revisione generale della propria vita, come ricerca di una nuova identità, ricerca di una profondità di vita, più felice.

Nel caso di Ettore, la costrizione legale ha promosso un percorso di cura e ha favorito l'apertura del soggetto ad una revisione critica, anche se parziale, delle proprie condotte di reato.

In altre situazioni, la costrizione legale raddoppia le resistenze dell'individuo, perché la privazione della libertà esteriore monopolizza l'interesse. Un fattore positivo che può mettere in moto la libertà del soggetto è favorire e realizzare una presa in carico multidisciplinare che coinvolga diversi Servizi: Comunità, Centri di Salute Mentale, Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE). In questo tentativo, occorre però guardare alla realtà esistente. I DSM versano in condizioni difficili sia in termini di risorse umane professionali sia in termini di risorse economiche. Esistono per esempio difficoltà a realizzare regolari incontri di rete con Centri di Salute Mentale che talvolta lasciano il paziente in Comunità in una sorta di limbo indefinito e protetto. *“Occorre ricucire la rete pubblica dei DSM, sempre più sfilacciata”* recita la Lettera di appello dei Direttori Dipartimenti Salute Mentale Roma dell'11 gennaio 2023 *“Occorre consentire alle Regioni fin dal 2023 un piano straordinario di assunzioni, secondo gli standard per l'assistenza territoriale dei Servizi di Salute Mentale definiti dall'Age.na.”*¹.

Nel sistema attuale sono presenti varie criticità: corporativismo, autoreferenzialità, insufficiente preparazione, resistenza al cambiamento dei modelli culturali, rigidità del sistema sanitario centrato su un approccio residenziale nella gestione dei percorsi di cura. Esiste una separazione tra sociale e sanitario con rimbalzo di competenze e conflitti per questioni economiche che riguardano le situazioni di confine.

La sollecitazione ministeriale di inizio 2022 a “costruire percorsi alternativi innovativi alle REMS, da presentare entro il mese di maggio 2023” è indicativa di un processo in atto già da tempo dopo la chiusura degli OPG del 2015: la saturazione dei posti letto in REMS per le misure detentive favorisce un “fenomeno a vasi comunicanti” di passaggio di pazienti in libertà vigilata nelle Strutture Riabilitative che, come nel caso descritto, sono per lo più “generaliste” e si devono dunque attrezzare in senso formativo e gestionale per la cura dei pazienti autori di reato, che meritano investimenti di risorse e programmi di cura specifici².

Conclusioni

A distanza di 8 anni dalla chiusura degli OPG e dal contestuale avvio della riforma contenuta nella Legge n. 81/2014, molte sono le questioni aperte relative agli aspetti giuridici, organizzativi, gestionali, clinici e relativi alle risorse da destinare ai DSM. REMS e servizi territoriali, tra le molte difficoltà che attraversa il settore, hanno saputo offrire una valida alternativa al sistema degli OPG, coniugando quantità di prestazioni, in termini di soggetti in carico, con qualità degli *outcome*, visti i numeri estremamente esigui di seri eventi avversi. Il ritardo di accostamento ed assimilazione in Italia dei temi tipici della *forensic psychiatry*, come il *placement need*, il *risk assessment and management*, la *secure recovery* e la *therapeutic security* rappresenta una delle ragioni della faticosa e talora frustrante interlocuzione tra i vari contesti illustrati in questo lavoro (Kennedy et al., 2021; Mitchell et al., 2021). I piani terapeutici individuali, nella maggior parte dei casi ben sviluppati dalle varie équipe territoriali e delle REMS, risentono della possibilità di indagare ambiti tipicamente forensi. Quali dimensioni psicopatologiche sostengono il giudizio di pericolosità? A quale riduzione di dette dimensioni si può prendere in considerazione il passaggio a un livello di contenimento ambientale inferiore? Per raggiungere quali auspicabili obiettivi? Sono alcuni dei quesiti dai quali dipendono i tempi del trattamento e che mettono in moto l'articolazione di interventi con cui intercettare le determinanti della difficoltà a restituire il paziente alla comunità (Pessina et al., 2019). Andrebbe poi qui anche affrontato tutto il tema della fragilità delle base di evidenze disponibili per prendere queste decisioni. Manca allo stato la possibilità di poter valutare la condizione attuale di un individuo, rispetto al contesto che abita, in relazione alle capacità contenitive e potenzialmente trasformanti dell'ambiente terapeutico assegnato. In questo difficile compito valutativo, è determinante il riconoscimento degli aspetti del paziente che possono trasformarsi o adattarsi ai contesti, e quelli più difficilmente attingibili o propria-

1 Lettera appello dei Direttori Dipartimenti Salute Mentale 11 gennaio 2023, <https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato-1673439399.pdf>

2 Sentenza Corte cost. del 27/01/2022 n.22, https://www.salute-mentale.net/wp-content/uploads/normative/CON_FONTE_pronuncia_22_2022.pdf

mente di non competenza psichiatrica. La Legge 81/2014 tutela i pazienti in REMS stabilendo che la loro permanenza non superi il massimo della pena edittale per quello specifico reato. Questa tutela non è applicata per le misure non detentive, dove non è raro trovare soggetti a cui è stata più volte prorogata la misura di sicurezza della libertà vigilata senza una chiara definizione delle dimensioni psicopatologiche che sostengono ancora il proseguo di tale misura. Analogamente, per i soggetti cosiddetti “in lista d’attesa” è spesso vacante una valutazione che stabilisca l’attualità di stati clinici tesi a giustificare la decisione di attribuire un *placement need* alto, la REMS, per un soggetto che col tempo ha modificato alcune delle proprie caratteristiche cliniche. I passaggi all’interno del sistema penitenziario, e tra questi e le realtà esterne dipartimentali, potrebbero beneficiare di valutazioni che integrino la valutazione clinica e dei bisogni di cura con assi più propriamente forensi come la priorità ad intervenire in senso residenziale, la copresenza di aspetti antisociali e psicopatici, la simulazione, l’*addiction* per le sostanze, la disponibilità ad assumersi la responsabilità della cura. Come già segnalava la citata Sentenza n. /2022 della Corte Costituzionale, per ottimizzare i percorsi di cura dei soggetti autori di reato all’interno delle articolazioni di cura previste, è necessario intensificare le iniziative che mirano ad integrare confronti verticali tra i livelli di gestione sanitaria nazionale e regionale della cosa con i referenti dei DSM e dei contesti forensi, con tavoli di intervento orizzontale, più propriamente a livello intra e interdipartimentale, avendo cura di mettere sotto la lente della valutazione chi in misura si trova, o è in attesa di poterla effettuare. Laddove possibile, andrebbero attivati interventi proattivi nelle situazioni familiari più instabili, in cui il *caregiver* si vede costretto a sporgere denuncia contro il familiare, spesso il figlio/a, per l’impossibilità di gestire senza interventi più assertivi momenti di acuta crisi domestica.

Riferimenti bibliografici

- Barbui, C., Papola, D., & Saraceno, B. (2018). Forty Years Without Mental Hospitals in Italy. *International Journal of Mental Health Systems*, 12: 43.
- Biondi, M., & Roncone, R. (2015). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale? *Rivista di Psichiatria*, 50(5): 199-209 doi 10.1708/2040.22158
- Carabellese, F. & Felthus, A. (2016). Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community. *Behavioral Sciences and the Law*, 34, 444-459.
- Casacchia, M., Malavolta, M., Bianchini, V., Giusti, L., Di Michele, V., Giosuè, P., Ruggeri, M., Biondi, M., Roncone, R. (2015). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale? *Rivista di Psichiatria*, 50(5):199-209. doi 10.1708/2040.22158
- Castelletti, L., Iozzino, L., Zamparini, M., Heitzman, J., Markiewicz, I., Nicolò, G., Picchioni, M., Restuccia, G., Rivellini, G., Teti, F., Wancata, J., & de Girolamo, G. (2023). Difference between forensic patients with schizophrenia spectrum disorders in Italy and other European countries: Results of the EU-VIORMED project. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 33(4), 243–260. <https://doi.org/10.1002/cbm.2302>
- Catanesi R., Mandarelli G., Ferracuti S., Valerio A., & Carabellese F. (2019). Indagine sulle REMS. Un anno di osservazione. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, N. speciale, 7-23.
- Cavalleri, P.R. (2017). La riabilitazione: prendersi cura del paziente. *Journal of Medicine and the Person*, 1, 95-97.
- Clarke, C., Lumbard, D., Sambrook, S., & Kerr K. (2016). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27: 1, 38-54, DOI: 10.1080/14789949.2015.1102311
- 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.
- De Girolamo, G., Iozzino, L., Ferrari, C., Gosek, P., Heitzman, J., Salize, H.J., Wancata, J., Picchioni, M., & Macis, A. (2021). A multinational case-control study comparing forensic and non-forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: the EU-VIORMED project. *Psychological Medicine*, 1–11. <https://doi.org/10.1017/>
- Di Lorito, C., Castelletti, L., & Lega, I. (2017). The closing of forensic hospitals in Italy: determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 54-63.
- Drennan, G., & Alfred, D. (Eds.). (2012). *Secure Recovery: Approaches to Recovery in Forensic Mental Health Settings* (1st ed.). Willan. <https://doi.org/10.4324/9780203129173>
- Ferracuti, S., Nicolò, G. (2022). *Dopo la sentenza della Consulta sulle Rems restano troppi vuoti ancora da riempire*. https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=101931
- Ferruta, A., Foresti, G., & Vigorelli, M. (Ed.) (2012). *Le comunità terapeutiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Jones, M.D. (1953). *The Therapeutic Community: A New Treatment Method in Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Jones, M.D. (1976). *Maturation of the Therapeutic Community*. New York: Human Sciences Press.
- Kennedy, H.G., Simpson, A., & Haque, Q. (2019). Perspective On Excellence in Forensic Mental Health Services: What We Can Learn from Oncology and Other Medical Services. *Frontiers in Psychiatry*, 18, 10, 733 doi: 10.3389/fpsy.2019.00733.
- Kennedy, H.G., Carabellese, F., & Carabellese, F. (2021). Evaluation and management of violence risk for forensic patients: is it a necessary practice in Italy? *Journal of Psychopathology*, 27, 11-18. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-415>.
- Kennedy, H.G. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 433-443.
- Main, T.F. (1983). L’ospedale come istituzione terapeutica. In Main, T. (1992), *La comunità terapeutica e altri saggi psicoanalitici*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Mandarelli, G., Coluccia, A., Urbano, M.T., Carabellese, Fu., & Carabellese, Fe. (2019). Questioni attuali, problematiche e prospettive del trattamento penitenziario dopo la Legge 81/2014. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 316-326.
- Mitchell, E.W., Cornish, R., & Fazel, S. (2021). Commentary on “the new Italian Residential Forensic Psychiatric System (REMS). A one-year population study”. *Journal of Psycho-*

- pathology*, 27, 8-10. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-414>
- NHS, Yor Guide to relational Security, See Think Act, © Crown copyright 2010 298100/B 1p Jan 10 Produced by COI for the Department of Health www.dh.gov.uk/publications, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/320249/See_Think_Act_2010.pdf
- Pellegrini, P. (2020). <https://www.psichiatriademocratica.org/wp-content/uploads/2020/05/Pietro-Pellegrini-1-REMS-26-settembre-2019-1.pdf>
- Pellegrini P., Paulillo G., Leuci E., Paraggio C., De Amicis I., Maestri D., Dellapina S., Pellegrini C., & Pelizza, L. (2023). Verso un sistema di cura e giudiziario di comunità, *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXLVII (1), 49-68.
- Pellegrini, P. & Paulillo, G. (2019). L'esperienza delle REMS: stato dell'arte e le prospettive. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, N. speciale, 24-35.
- Pessina, R., Santoriello, C., Rossetto, I., Di Giacomo, E., Placenti, V., Pescatore, F., Colmegna, F., Babudieri, S., Celozzi, C., Lorettu, L., Lucania, L., Manzone, M.L., Nivoli, G., Quintavalle, G., Zanalda, E., Pagano, A.M., Clerici, M. (2019). Possibilità e limiti dei Servizi di Psichiatria Forense: legislazione e organizzazione in un'ottica internazionale e nazionale. *Rivista di Psichiatria*, 54(6 Suppl. 2), 1-61.
- Rivellini, G., Pessina, R., Pagano, A.M., Giordano, S., Santoriello, C., Rossetto, I., Babudieri, S., Celozzi, C., Lucania, L., Manzone, M.L., Nivoli, G., Quintavalle, G., Zanalda, E., Lorettu, L., & Clerici, M. (2019). Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA. *Rivista di Psichiatria*, 55(Suppl. 3), 83S-134S. doi 10.1708/3591.35740
- Repertorio atto n. 188/CU. <https://www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2022/seduta-del-30112022/atti-repertorio-atto-n-188cu/>
- Salize, H.J., Dressing, H., Fangerau, H., Gosek, P., Heitzman, J., Markiewicz, I., Meyer-Lindenberg, A., Stompe, T., Wancata, J., Piccioni, M., & de Girolamo, G. (2023). Highly varying concepts and capacities of forensic mental health services across the European Union. *Frontiers in Public Health* 11, 1095743 doi: 10.3389/fpubh.2023.1095743.
- Santambrogio, J. (2020) Dario. La riabilitazione. In: *Gli intravisti. Storie dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari* (pp. 233-249). Sesto San Giovanni: Mimesis.
- Santambrogio, J. et al. (2021). Anger, alexithymia, impulsivity in patients affected by schizophrenia and offenders: a cross-sectional study. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XV, 4.
- Scarpa, F., Castelletti, L., Sadun, D. *RPS degli Autori di reato, in Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti*, a cura di Semisa D., et al., Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (SIRP), Giovanni Fioriti ed., Roma, 2023, pp. 80-105
- Semisa, D., Bellomo, A., Nigro, P., Merlin, S., & Mucci, A., (2023). Riabilitazione Psico-Sociale degli Autori di reato. In: *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti* a cura di Giovanni Fioriti, Roma.
- Sgarbi C., Paulillo G., Frivoli G.F., Domiano P., Molinaro V.I., Pellegrini P., Bignardi Baracchi F., Valente C., & De Fazio L. (2017). L'esperienza della REMS di Casale di Mezzani: funzionamento della struttura e caratteristiche dei pazienti ricoverati. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XI, 3, 203-212.
- Shepherd, A., Doyle, M., Sanders, C., & Shaw, J. (2016). Personal recovery within forensic settings – Systematic review and meta-synthesis of qualitative methods studies. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 26(1), 59-75. doi: 10.1002/cbm.1966.
- Yakeley, J., & Adshead, G. (2013). Locks, keys, and security of mind: psychodynamic approaches to forensic psychiatry. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 41(1), 38-45. PMID: 23503174.
- Zuffa, G., Franchi, S., Melani, G., & Poneti, K. (eds.) (2021). *Dopo l'OPG: un approfondimento circa la cultura e il funzionamento delle REMS*. Rapporto finale, Società della Ragione.