

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ANNO XIII NUMERO SPECIALE 2019

DIREZIONE

Tullio Bandini - Roberto Catanesi

COMITATO DI CONSULENZA SCIENTIFICA

Consiglio Direttivo
Commissione Scientifica
della Società Italiana di Criminologia

COMITATO DI DIREZIONE

Uberto Gatti
Giovanni Battista Traverso
Giancarlo Nivoli
Luigi Ferrannini
Ernesto Ugo Savona
Ugo Fornari

Francesco Maisto

Adolfo Ceretti
Alessandra Luzzago
Pietrantonio Ricci
Oronzo Greco
Luigi Lanza
Adolfo Francia
Marco Marchetti

COORDINATORE DI REDAZIONE

Oronzo Greco

REDAZIONE

Antonia Valerio

SEGRETERIA

Sez. di Criminologia
e Psichiatria forense - D.I.M.
Università degli Studi di Bari
Tel. 080 5478282 - Fax 080 5478248

AMMINISTRAZIONE

Pensa MultiMedia Editore s.r.l.
Via A.M. Caprioli, 8
73100 Lecce
Tel. 0832-230435
info@pensamultimedia.it
www.pensamultimedia.it

ELENCO REFEREEES

Marcelo Aebi (Losanna)
Salvatore Aleo (Catania)
Cristiano Barbieri (Pavia)
Giulia Berlusconi (Milano)
Elisabetta Bertol (Firenze)
Alessandro Bertolino (Bari)
Oriana Binik (Milano)
Jutta Birkhoff (Varese)
Cristina Cabras (Cagliari)
Fabrizio Caccavale (Napoli)
Francesco Calderoni (Milano)
Giovanni Battista Camerini (Genova)
Stefano Caneppele (Losanna)
Felice Carabellese (Bari)
Vincenzo Caretti (Palermo)
Rosalinga Cassibba (Bari)
Paolo Cattorini (Varese)
Adolfo Ceretti (Milano)
Silvio Ciappi (Siena)
Roberto Cicioni (Perugia)
Rosagemma Ciliberti (Genova)
Carlo Cipolli (Bologna)
Massimo Clerici (Milano)
Anna Coluccia (Siena)
Roberto Cornelli (Milano)
Antonello Crisci (Salerno)
Antonietta Curci (Bari)
Luisella De Cataldo Neuberger (Milano)
Laura De Fazio (Modena)
Paolo De Pasquali (Cosenza)
Corrado De Rosa (Napoli)
Francesco De Stefano (Genova)
Andrea Di Nicola (Trento)
Giancarlo Di Vella (Torino)

Stefano Ferracuti (Roma)
Luigi Ferrannini (Genova)
Fabio Ferretti (Siena)
Giovanni Fiandaca (Palermo)
Ugo Fornari (Torino)
Giovanni Fossa (Genova)
Adolfo Francia (Varese)
Natale Fusaro (Roma)
Roberto Gagliano Candela (Bari)
Ivan Galliani (Modena)
Giorgio Gallino (Torino)
Uberto Gatti (Genova)
Annamaria Giannini (Roma)
Maria Chiara Giorda (Torino)
Paolo Guglielmo Giulini (Milano)
Fiorella Giusberti (Bologna)
Marco Grandi (Milano)
Ignazio Grattagliano (Bari)
Oronzo Greco (Lecce)
Barbara Gualco (Firenze)
Marco Lagazzi (Genova)
Valeria La Via (Milano)
Liliana Loretto (Sassari)
Gabriele Mandarelli (Roma)
Adelmo Manna (Foggia)
Maurizio Marasco (Roma)
Marco Marchetti (Campobasso)
Pierpaolo Martucci (Trieste)
Mauro Mauri (Pisa)
Isabella Merzagora (Milano)
Massimo Montisci (Padova)
Vito Mormando (Bari)
Lorenzo Natali (Milano)
GianCarlo Nivoli (Sassari)

Rolando Paterniti (Firenze)
Paolo Peloso (Genova)
Susanna Pietralunga (Modena)
Pietro Pietrini (Lucca)
Luisa Ravagnani (Brescia)
Michele Riccardi (Trento)
Pietrantonio Ricci (Catanzaro)
Gianfranco Rivellini (Mantova)
Gabriele Rocca (Genova)
Paolo Roma (Roma)
Carlo Alberto Romano (Brescia)
Ilaria Rossetto (Castiglione delle Stiviere)
Ugo Sabatello (Roma)
Amedeo Santosuosso (Pavia)
Giuseppe Sartori (Padova)
Tiziana Sartori (Parma)
Ernesto Ugo Savona (Milano)
Gilda Scardaccione (Chieti)
Fabrizio Schifano (Hatfield - UK)
Adriano Schimmenti (Enna)
Ignazio Senatore (Napoli)
Roberto Sgalla (Roma)
Luigi Solivetti (Roma)
Barbara Spinelli (Bologna)
Orlando Todarello (Bari)
Giovanni Battista Camerini (Genova)
Guido Travaini (Milano)
Simona Traverso (Siena)
Alfonso Troisi (Roma)
Alfredo Verde (Genova)
Barbara Vettori (Milano)
Vittorio Volterra (Bologna)
Georgia Zara (Torino)
Salvatore Zizolfi (Como)

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE

Isabella Merzagora (Milano)

SEGRETARIO

Alfredo Verde (Genova)

VICE-PRESIDENTI

Adolfo Ceretti (Milano)

Anna Coluccia (Siena)

CONSIGLIERI

Jutta Birkhoff (Varese)

Felice Carabellese (Bari)

Roberto Cornelli (Milano)

Laura De Fazio (Modena)

Stefano Ferracuti (Roma)

Ignazio Grattagliano (Bari)

Liliana Loretto (Sassari)

Pietrantonio Ricci (Catanzaro)

Carlo Alberto Romano (Brescia)

Georgia Zara (Torino)

TESORIERE

Barbara Gualco (Firenze)

REVISORI

Stefano Caneppele (Losanna)

PAST-PRESIDENT

Roberto Catanesi (Bari)

PRESIDENTI ONORARI

Tullio Bandini (Genova)

Francesco Carrieri (Bari)

Uberto Gatti (Genova)

Ernesto Ugo Savona (Milano)

COMMISSIONE SCIENTIFICA

Anna Antonietti (Brescia)

Cristiano Barbieri (Pavia)

Francesco Bruno (Cosenza)

Vincenzo Caretti (Roma)

Cristina Colombo (Milano)

Antonello Crisci (Salerno)

Andrea Di Nicola (Trento)

Fabio Ferretti (Siena)

Adolfo Francia (Varese)

Natale Fusaro (Roma)

Ivan Galliani (Modena)

Anna Maria Giannini (Roma)

Oronzo Greco (Lecce)

Valeria La Via (Milano)

Maurizio Marasco (Roma)

Pierpaolo Martucci (Trieste)

Lorenzo Natali (Milano)

Giancarlo Nivoli (Sassari)

Susanna Pietralunga (Modena)

Luisa Ravagnani (Brescia)

Gabriele Rocca (Genova)

Ermenegilda Scardaccione (Chieti)

Franco Scarpa (Firenze)

Guido Travaini (Milano)

Giovanni Battista Traverso (Siena)

SOMMARIO

- 6 Presentazione del fascicolo
- Report**
- 7 Indagine sulle REMS italiane. Un anno di osservazione
Roberto Catanesi, Gabriele Mandarelli, Stefano Ferracuti, Antonia Valerio, Felice Carabellese
- Articoli**
- 24 L'esperienza delle REMS: stato dell'arte e le prospettive
Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo
- 36 Riflessioni sull'esecuzione della misura di sicurezza in REMS.
Pieritalo M. Pompili, Vivina Censi, Filippo M. Moscati, Roberto Seggiorato, Noemi Alagia, Ursula Gennaioli, Federica Franchi, Silvia Ciaralli, Stefano Ferracuti, Giuseppe Quintavalle, Giuseppe Nicolò
- 42 L'esperienza della REMS minerva di Palombara Sabina
Corrado Vilella, Giuliano Alocci, Fabio Ciabattini, Paola Falcone, Tiziana Melfi, Emanuela Popoli, Michela Argenziano, Luca Autiero, Antonia Iannacci, Ana Paola Fulcheri, Giorgio Mozzetta, Ambra Pierantoni, Giuseppe Quintavalle, Giuseppe Nicolò
- 46 L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa": l'esperienza della REMS del Veneto
Luca Castelletti, Sarah Bissoli, Carlo Piazza
- 56 La REMS di San Nicola Baronia: un luogo di inclusione
Amerigo Russo, Claudia Cucciniello, Marisa Pisapia
- 61 Un primo bilancio delle REMS dell'ASL di Caserta
Raffaello Liardo, Francesco Magurno, Agostina Belli
- 69 Funzioni cognitive frontali e livelli di impulsività: risultati preliminari di un campione di pazienti psichiatrici autori di reato
Antonello Veltri, Valentina Lombardi, Angelica Maria Donatelli, Claudia Montanelli, Francesca Mundo, Giuseppe Restuccia, Andrea Bui, Alice Cerboneschi, Fabrizio Lazzerini, Alfredo Sbrana
- 77 L'impulsività e il comportamento violento: l'impiego della Terapia Dialettica Comportamentale in ambito forense
Brunella Lagrotteria, Giuseppe Alessandro Nicolò, Giovanna Paoletti, Valeria Bianchini, Elena Bilotta, Camillo Fedele, Laura Silveri, Barbara Foroni, Michela Marconi
- 85 Dal trauma al reato. Riflessioni sull'impatto delle esperienze traumatiche sui percorsi di cura dei pazienti REMS
Federico Boaron, Mariagrazia Fontanesi, Federica Marchesini, Velia Zulli, Benvenuto Chiari, Claudio Bartoletti
- 93 *Lettera da una REMS.* Un giorno di ordinaria REMS. Appunti scomposti di una comune giornata
Grazia Ala

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ABBONAMENTI

Enti: Italia € 80,00 - Estero € 120,00

Privati: Italia € 70,00 - Estero € 110,00

Soci SIC: Italia € 55,00 - Estero € 85,00

Singolo fascicolo € 25,00

Per i fascicoli arretrati sono validi i prezzi dell'anno corrente
Le richieste d'abbonamento vanno indirizzate a:
abbonamenti@edipresssrl.it

La rivista può essere acquistata nella sezione
e-commerce del sito www.pensamultimedia.it
ed è consultabile in rete all'indirizzo web
www.rassegnaitalianadicriminologia.it

Le richieste per inserzioni pubblicitarie vanno indirizzate a
Pensa MultiMedia Editore s.r.l.
Via A.M. Caprioli, n. 8 - 73100 Lecce - Tel. 0832 230435
e-mail: info@pensamultimedia.it - www.pensamultimedia.it

Stampa e grafica di copertina
Gioffreda per Pensa MultiMedia
Impaginazione ed editing Pensa MultiMedia

© Copyright Pensa MultiMedia Editore s.r.l.
È vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata
compresa la fotocopia, anche a uso interno o didattico, non autorizzata

Pensa MultiMedia s.r.l.
C.C.I.A. 241468
Iscritta al Registro degli Operatori di Comunicazione al n. 11735
Registrazione presso il Tribunale di Milano n. 522

Finito di stampare
nel mese di dicembre 2019

SUMMARY

- 6 Introduction to special issue
- Report**
- 7 The new Italian residential forensic psychiatric system (REMS). A one-year population study
Roberto Catanesi, Gabriele Mandarelli, Stefano Ferracuti, Antonia Valerio, Felice Carabellese
- Articles**
- 24 The experience of the residences for detention security measures for psychiatric offenders (REMS): state of the art and perspectives
Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo
- 36 Reflections on detention security measures for psychiatric offenders in REMS
Pieritalo M. Pompili, Vivina Censi, Filippo M. Moscati, Roberto Seggiorato, Noemi Alagia, Ursula Gennaioli, Federica Franchi, Silvia Ciaralli, Stefano Ferracuti, Giuseppe Quintavalle, Giuseppe Nicolò
- 42 The experience of REMS "minerva" in Palombara Sabina
Corrado Villella, Giuliano Alocci, Fabio Ciabattini, Paola Falcone, Tiziana Melfi, Emanuela Popoli, Michela Argenziano, Luca Autiero, Antonia Iannacci, Ana Paola Fulcheri, Giorgio Mozzetta, Ambra Pierantoni, Giuseppe Quintavalle, Giuseppe Nicolò
- 46 The functional integration of forensic psychiatry in the resolution of "waiting lists": the experience of the Veneto REMS
Luca Castelletti, Sarah Bissoli, Carlo Piazza
- 56 The REMS of San Nicola Baronia: a place of inclusion
Amerigo Russo, Claudia Cucciniello, Marisa Pisapia
- 61 Residences for patients in detention measure security (REMS) of the ASL of Caserta: a first statement
Raffaello Liardo, Francesco Magurno, Agostina Belli
- 69 Frontal cognitive functions and levels of impulsivity: preliminary results on a sample of Italian psychiatric offenders
Antonello Veltri, Valentina Lombardi, Angelica Maria Donatelli, Claudia Montanelli, Francesca Mundo, Giuseppe Restuccia, Andrea Bui, Alice Cerboneschi, Fabrizio Lazzerini, Alfredo Sbrana
- 77 Impulsivity and violent behavior: the employment of dialectical behavior therapy in a forensic setting
Brunella Lagrotteria, Giuseppe Alessandro Nicolò, Giovanna Paoletti, Valeria Bianchini, Elena Bilotta, Camillo Fedele, Laura Silveri, Barbara Foroni, Michela Marconi
- 85 From trauma to offending. Some considerations about the impact of traumatic experiences on the clinical pathways of forensic psychiatric patients in secure residential settings
Federico Boaron, Mariagrazia Fontanesi, Federica Marchesini, Velia Zulli, Benvenuto Chiari, Claudio Bartoletti
- 93 *Letter from a REMS. An ordinary day in REMS. Fragmented notes of a common day*
Grazia Ala

Una piccola premessa e un grande ringraziamento

È stato un lungo percorso, quello che ha condotto alla creazione di questo fascicolo, durato oltre un anno. Tante telefonate, lunghi e proficui scambi di opinioni, molte mail, alcuni incontri. Molto lavoro ma anche grande soddisfazione, che nasce proprio dal contatto con tanti Colleghi, psichiatri e psicologi, impegnati in una attività trattamentale – nelle neocostituite Rems – che rappresenta per tutti una sfida innovativa e difficile.

Ne è originato questo numero speciale della RIC, con una duplice motivazione.

Da un lato la consapevolezza della necessità collettiva, in questa straordinaria fase iniziale di vita di queste “nuove” strutture terapeutiche, di avere a disposizione il maggior numero possibile di dati, coerenti per modalità di raccolta, per confrontare modelli ed esperienze, fare analisi e ragionamenti, in definitiva per comprenderne l’effettivo funzionamento. I numeri tuttavia, in una esperienza così nuova, non ritenevamo fossero sufficienti. Bisognava anche dar voce a quei colleghi che si erano caricati, sulle spalle, la gestione di strutture così complesse, con aspettative alte e rischi elevati. Perciò abbiamo chiesto loro la disponibilità di scrivere un contributo scientifico, volevamo poter offrire a tutti i lettori le riflessioni di chi opera giornalmente nelle Rems, la voce di chi si occupa di questi pazienti, di chi fronteggia ogni giorno gli inevitabili problemi, le carenze strutturali, le contraddizioni concettuali insite in una struttura a totale gestione sanitaria ma inserita in un percorso giudiziario.

Così nasce questo volume, che contiene un primo report scientifico sulle Rems, illustrativo degli aspetti clinici, criminologici e trattamentali dei pazienti che vi sono stati inseriti nell’arco di tempo giugno 2017–giugno 2018. Un volume che accoglie tuttavia anche riflessioni, proposte, illustrazioni e contributi scientifici provenienti dalle equipe trattamentali oggi impegnate sul territorio.

Senza il loro contributo, il loro impegno, anche la pazienza di ricercare e trovare – fra le pieghe di una attività quotidiana così coinvolgente ed impegnativa – lo spazio per raccogliere i dati, per scrivere i lavori che leggerete, semplicemente non avremmo potuto farcela. Perciò vogliamo ringraziarli tutti, nominandoli uno per uno, e tramite loro ringraziare anche tutti i collaboratori delle Rems che vi hanno partecipato e che non abbiamo conosciuto personalmente.

Ci piacerebbe non considerarla esperienza unica. Siamo intenzionati difatti a far uscire ogni anno sulla RIC un numero speciale dedicato al trattamento del paziente psichiatrico autore di reato, archivio concreto di esperienze e modelli di lavoro, terreno di confronto scientifico sulle tante problematiche che psichiatri e psicologi sono chiamati, giorno per giorno, ad affrontare. Potremo farlo, naturalmente, solo con il contributo di tutti voi.

Per il momento un sentito, sincero grazie a:

Alessandro Jaretti Sodano (San Maurizio Cavanese); Grazia Ala (Bra); Sergio Calabrò, Monica Carnovale e Paola Bartolini (Genova Prà); Maria Gloria Gandellini e Ilaria Rossetto (Castiglione delle Stiviere); Lorenzo Gasperi e Paola Guarise (Pergine Valsugana); Roberto Mezzina e Alessandro Norvedo (Aurisina); Giovanni Gaiato (Maniago); Carlo Piazza e Luca Castelletti (Nogara); Claudio Bartoletti e Federico Boaron (Bologna); Pietro Pellegrini e Giuseppina Paulillo (Parma); Alfredo Sbrana (Volterra); Carla Romano (Pontecorvo e Ceccano); Pieritalo Pompili (Palombara Sabina Merope); Giuseppe Nicolò e Corrado Vilella (Palombara Sabina Minerva); Giovanna Paoletti (Subiaco); Arianna Piermarini (Montegrimano); Emanuela Di Giovanbattista (Barete); Antonio Frascaro (Carovigno); Raffaello Liardo (Modragone, Calvi Risorta e Vairano Patenora); Amerigo Russo (San Nicola Baronia); Domenico Guarino e Vincenzo Santospirito (Pisticci); Angelina Giudiceandrea e Francesca Cucurullo (Santa Sofia); Riccardo Curreli (Capoterra); Salvatore Aprile e Salvatore Caminita (Caltagirone).

Roberto Catanesi

THE NEW ITALIAN RESIDENTIAL FORENSIC PSYCHIATRIC SYSTEM (REMS). A ONE-YEAR POPULATION STUDY

INDAGINE SULLE REMS ITALIANE. UN ANNO DI OSSERVAZIONE

Roberto Catanesi • Gabriele Mandarelli • Stefano Ferracuti • Antonia Valerio • Felice Carabellese

Abstract

The process of deinstitutionalization of the Italian forensic psychiatric system consisted mainly of the replacement of forensic psychiatric hospitals with the Residences for the Execution of Security Measures (REMS), and with community treatment of forensic psychiatric patients. The 30 existing REMS are regional-based community residential facilities with no more than 20 patients each, designed to accomplish a preeminent therapeutic/rehabilitative purpose, with limited duration of treatment and the absence of police officers. The present study aims to describe the clinical, criminological, and treatment characteristics of the REMS patient population between June 2017 and June 2018. The health managers of the 28 participating REMS provided data through an *ad-hoc* form relating to N = 730 patients (80 females), with average age of 41.7 (SD 11.8) years with a mean long history of disease. The patients were mostly already in psychiatric care at crime time (82.2%), and 48.4% had previous criminal convictions. Most patients suffered from schizophrenia (33.0%), personality disorder (32.0%) and substance-related and addictive disorders (21.4%). Significant psychiatric comorbidity emerged. The crimes underlying the measure were homicide/attempted homicide (26%), personal injury/threats/harassment (24%), domestic violence (29%), property crime (12%), violence against a public official (7%), stalking (7%), sexual crimes (4%), and misdemeanors (1%). Most of the victims were family members (45%), followed by previously unknown persons (31%). The most frequently used therapeutic approach was pharmacotherapy (98%), followed by psychiatric rehabilitation (81%) and psychotherapy (57%). We found a significant degree of variability of aggressive behavior in the REMS as measured by the Modified Overt Aggression Scale, with a predominance of verbal and physical aggression, but no gender differences emerged. Among recorded critical events we found absconding (5.3%), involuntary admission to civil hospital (5.9%) and physical restraint (4.1%). The REMS-based Italian forensic psychiatric system has some criticalities that should be deepened and addressed in order to preserve aspects of the protection of patients and the community.

Key words: severe mental illness • forensic psychiatric treatment • REMS • deinstitutionalization • violence • crime

Riassunto

Il processo di deistituzionalizzazione del sistema psichiatrico forense italiano ha previsto, da un lato l'affido ai DSM del trattamento di pazienti psichiatrici autori di reato socialmente pericolosi, dall'altro la sostituzione degli ex ospedali psichiatrici giudiziari con le neocostituite residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS). Le 30 REMS esistenti sono strutture residenziali su base regionale, con non più di 20 pazienti ciascuna, progettate per realizzare un percorso terapeutico/riabilitativo con durata del trattamento limitata nel tempo e nessuna presenza di agenti di polizia. Il presente studio mira a descrivere le caratteristiche cliniche, criminologiche e trattamentali della popolazione di pazienti presenti nelle REMS, nel periodo di tempo compreso tra giugno 2017 e giugno 2018. I responsabili sanitari delle 28 REMS partecipanti hanno fornito dati attraverso un modulo *ad hoc*. Abbiamo così raccolto dati relativi a N = 730 pazienti (80 femmine), di età media di 41,7 anni (DS 11,8) con una storia mediamente lunga di malattia (11,5 anni), che erano per lo più già in carico ai DSM (82,2%) e che nel 48,4% dei casi avevano precedenti condanne penali. Le diagnosi più ricorrenti sono risultate: schizofrenia (33,0%); disturbo di personalità (32,0%) e disturbi correlati a sostanze (21,4%); è emersa significativa comorbilità psichiatrica. I delitti più rappresentati sono stati: omicidio/tentato omicidio (26%); lesioni personali minacce/ molestie (24%); maltrattamenti in famiglia (19%); reati contro il patrimonio (12%); oltraggio/violenza a pubblico ufficiale (7%); stalking (7%); reati sessuali (4%). La maggior parte delle vittime sono risultate membri della famiglia (45%) seguiti da sconosciuti (31%). L'approccio terapeutico più frequentemente utilizzato prevede il contestuale ricorso a farmacoterapia (98%), riabilitazione psichiatrica (81%) e psicoterapia (57%). È emerso significativo grado di variabilità nel comportamento aggressivo dei pazienti presenti in REMS, valore misurato tramite MOAS (Modified Overt Aggression Scale), con predominanza di aggressività verbale e fisica; non sono emerse differenze di genere. Tra gli eventi critici sono emersi: 5,3% di fughe; 5,9% di trattamenti sanitari obbligatori in SPDC; 4,1% di contenzioni fisiche.

Parole chiave: disturbi mentali gravi • trattamento psichiatrico forense • REMS • deistituzionalizzazione • violenza • crimine.

Corresponding Author: Gabriele MANDARELLI, Interdisciplinary Department of Medicine, Section of Criminology and Forensic Psychiatry University of Bari, "Aldo Moro", email: gabriele.mandarelli@uniba.it

Roberto CATANESI, Interdisciplinary Department of Medicine, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari "Aldo Moro", Bari, Italy
 Gabriele MANDARELLI, Interdisciplinary Department of Medicine, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari "Aldo Moro", Bari, Italy
 Stefano FERRACUTI, Department of Human Neurosciences, "Sapienza University of Rome, Rome, Italy
 Antonia VALERIO, Interdisciplinary Department of Medicine, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari "Aldo Moro", Bari, Italy
 Felice CARABELLESE, Interdisciplinary Department of Medicine, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari "Aldo Moro", Bari, Italy

The new Italian residential forensic psychiatric system (REMS). A one-year population study

Introduction

The process that led to the closure of the former Italian Forensic Psychiatric Hospitals (*Ospedali Psichiatrici Giudiziari*, OPGs), now replaced by Residences for the Execution of Security Measures (REMS), represented a significant advance toward a more respectful and efficient model of care of dangerous offenders affected by mental disorders (Barbui & Saraceno, 2015; Carabellese & Feltous, 2016). Despite the closure of Italian civil psychiatric hospitals having been determined by Law 833/1978, no

effective deinstitutionalization process for forensic psychiatric patients started until 2015 (Casacchia et al., 2015).

The legislative process leading to the Italian REMS system began in 2008, when the Italian Government issued a decree that established the progressive closure of the 6 existing OPGs. In 2012, Law 9/2012 established that REMS, new small-scale residential facilities, should be developed. Finally, Law 81/2014 set deadlines as well as operational procedures and requested individualized discharge programs. It established a maximum length of stay in REMS as well.

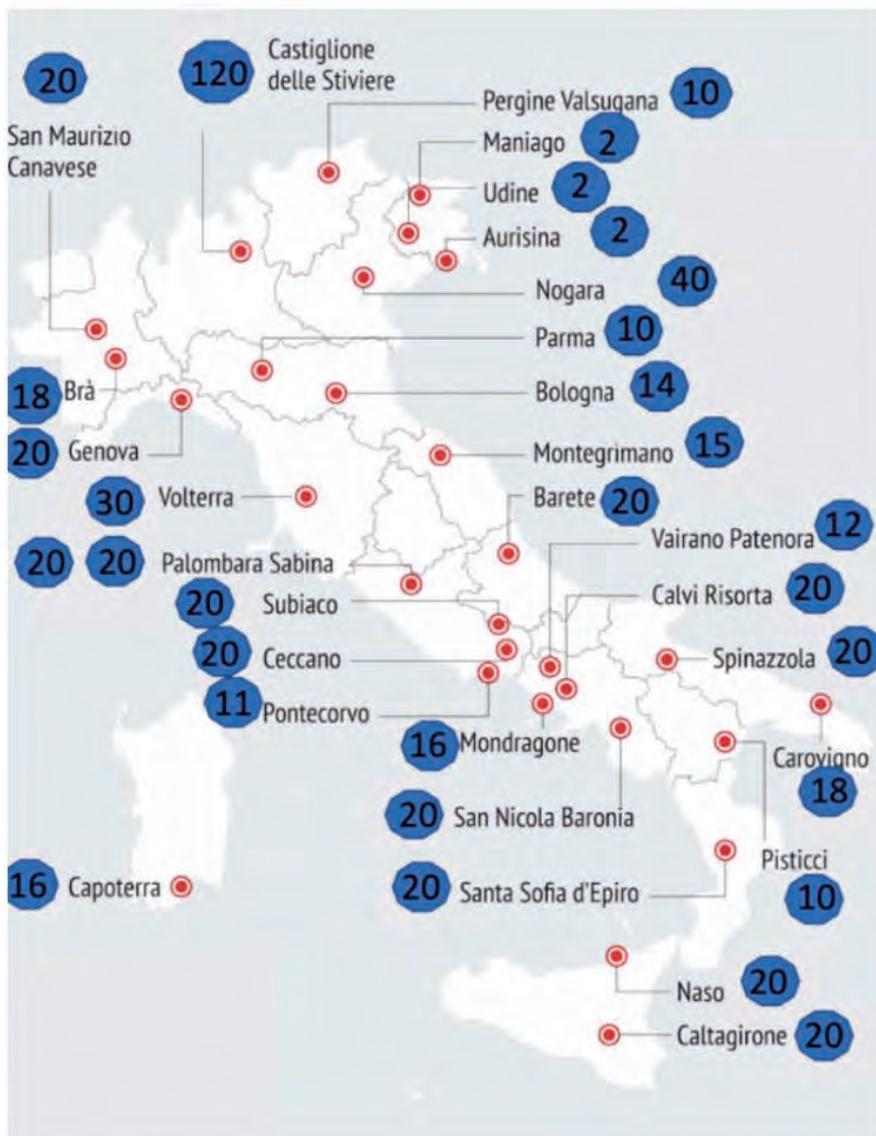
The main critical issues of the previous Italian forensic psychiatric hospitals included excessive crowding, problematic hygienic conditions, inadequacy of provided treatments to fit changing levels of dangerousness, their non-therapeutic or non-rehabilitative nature, the presence of police officers, and the possibility of indefinite hospitalization. However, all 6 OPGs were high-security, penitentiary-like psychiatric hospitals, which guaranteed high standards in terms of security.

The OPGs' replacement structures have been conceived as community residential facilities with no more than 20 patients each, designed to accomplish a preeminent therapeutic/rehabilitative purpose, with limited duration of treatment and the absence of police officers. The REMS were conceived as regional-based, according to the Italian territorial psychiatric management policy, and none were set to become high-security (Kennedy, 2002).

Thirty REMS are currently active, with a total of 604 forensic psychiatric beds (Corleone, 2017), which is far less than the number of patients who were sectioned in Italian OPGs in late 2008 (n=1639) (Ministero della Giustizia, 2019), when the process of deinstitutionalization of forensic psychiatric patients began.

The limited availability of REMS psychiatric beds deter-

Figure 1 - Regional distribution of REMS in Italy (from <http://avvenire.it>, modified)



mined the existence of an admissions waiting list. The waiting list is managed by the Ministry of Justice and does not include priority admission criteria based on clinical risk assessment. Those patients awaiting admission to REMS can be in freedom, in prison, or already in treatment in a non-forensic psychiatric facility (sometimes under a supervised freedom provision issued by a judge). Due to regional autonomy, each REMS presents heterogeneous security and organizational characteristics, with some classifiable as medium security, while others provide lower security standards (Sgarbi et al., 2017; Traverso & Traverso, 2017).

According to Italian legislation, REMS provide care and security to those subjects deemed irresponsible or with substantially diminished criminal responsibility, who also present high levels of social dangerousness. The normative framework implies that REMS psychiatrists have little, or no power to decide a patient's admission and discharge. Such decisions are made by the Judicial Authority, usually based upon forensic psychiatric expert opinion, which serves as evidence in the trial. These features imply that the population of REMS patients, their characteristics, as well as the methods of treatment, the results and the adequacy of safety standards, all deserve to be verified empirically.

The aims of the present study were *a)* to analyze the main socio-demographic, clinical and criminological characteristics of the population of patients admitted to the Italian REMS system, *b)* to identify diagnostic profiles and any association with specific crimes, *c)* to assess the type of treatments performed and the effectiveness perceived by patients and operators, and *d)* to assess incidences of violent behavior by patients in the REMS, the use of coercive treatments and patients' escapes from REMS.

Having such information would be useful to identify clinical and criminological factors associated with REMS admission, in order to further improve forensic psychiatry health service management efficacy. Finally, while identifying any critical issues and indicating possible strategies to reduce them, the study sheds light on the peculiar characteristics of the Italian community-based, low/medium security deinstitutionalization process in forensic psychiatric care.

Methods

In order to obtain data on the clinical, criminological, legal and treatment characteristics of patients being treated in Italian REMS, we created an *ad-hoc* Microsoft Access form, and a correspondent with Microsoft Excel. One of the authors directly contacted the medical manager of each of

the 30 Italian REMS, proposing participation in the study, of which they accepted in $n = 28$, which corresponds to 96.4% of the Italian REMS population of patients in the study period. Data were collected for all patients present in the participating REMS, in the period between June 2017 and June 2018.

The psychiatric diagnoses were made by the treating staff, based on the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2013).

The presence and degree of patients' aggressive behavior was measured with the Italian version of the Modified Overt Aggression Scale (MOAS) (Margari et al., 2005). The scale comprises 4 categories (verbal aggression, aggression against property, autoaggression, physical aggression); each one is scored from 0 to 4, with higher values indicating severer aggressive behavior. The MOAS total score, ranging from 0 to 40, is calculated by summing the weighted score of each category. We used MOAS total score cut off of > 1 to identify the presence of any aggressive behavior during the last month (Margari et al., 2012). We analyzed the MOAS mean total and subscale scores as well.

Binary logistic regression analysis was used to individuate those variables associated with absconding (dependent variable). Possible predictors included gender, age (as a continuous variable), having a diagnosis of schizophrenia spectrum disorder, substance-related disorder, personality disorder and mood disorder.

We used the Statistical Package for Social Sciences version 20.0 for all statistical analyses. All tests were 2-tailed, with α value set at 0.05. We used the independent sample *t*-test to compare parametric quantitative between-group data. Chi-square test with Yates correction for 2 x 2 tables, or Fisher's exact test, as appropriate, was used to compare categorical variables. We reported the frequency of missing data for each variable and calculated the valid relative frequency (730 - missing data).

The study is based on the analysis of aggregated data, which does not allow the identification of identity and thus protects sensitive data. The study was subject to approval by local research ethics committee.

Results

We obtained data on $N = 730$, mostly Italian (83%) patients from 17 Italian regions (Table 1), who were treated in Italian REMS in the 1-year study period. The main sociodemographic and clinical characteristics of the study population are reported in Table 2.

Table 1 - Number of patients included by Italian region

Italian Region	District REMS	Beds	Patients/(Female)
Piemonte	San Maurizio Canavese (TO)	20	35 (2)
	Bra (CN)	18	24
Liguria	Genova Prà	20	31 (1)
Lombardia	Castiglione delle Stiviere (MN)*	120	131 (17)
Trentino-Alto Adige	Pergine Valsugana (TN)	10	15
Friuli-Venezia Giulia	Aurisina (TS)	2	3
	Maniago (PN)	2	2
	Udine	2	-
Veneto	Nogara (VR)*	40	52 (7)
Emilia-Romagna	Bologna	14	19 (6)
	Casale di Mezzani (PR)	10	12
Toscana-Umbria	Volterra (PI)	30	45 (2)
Lazio	Ceccano (FR)	20	18
	Pontecorvo (FR)	11	11 (11)
	Palombara Sabina, "Merope" (RM)	20	30
	Palombara Sabina, "Minerva" (RM)	20	18
	Subiaco (RM)	20	15
Marche	Montegrimano (PU)	15	20 (3)
Abruzzo	Barete (AQ)	20	29 (5)
Puglia	Carovigno (BR)	18	14 (1)
	Spinazzola (BT)	20	11
Campania	Mondragone (CE)	16	15
	Calvi Risorta (CE)	20	37 (5)
	Vairano Patenora (CE)	12	17
	San Nicola Baronia (AV)	20	30
Basilicata	Pisticci (MT)	10	15 (3)
Calabria	Santa Sofia (CS)	20	15
Sardegna	Capoterra (CA)	16	29
Sicilia	Caltagirone (CT)	20	37 (17)
	Naso (ME)	20	--
	Totale	606	730 (80)

Note. * Some Italian regions, such as Lombardy, have established a higher number of beds (120) subdivided into 6 modules with 20 beds each

The study sample mean age was 41.7 years (SD 11.8); independent sample *t*-test disclosed no significant differences between male and female patients (M_{age} , males = 41.6 SD 11.8, females 42.5 SD 11.1; $p = 0.54$). Most of the patients were male (89.0%), and 80 female patients were included in the study. Patients presented a mean long history of disease (11.5 years), no significant differences in mean disease duration between genders emerged (mean disease duration, males = 11.8 SD 9.6, females 9.9 SD 9.1; $p = 0.06$).

Thirty-nine percent of the patients were under a provisional security measure (Article 206 of the Italian Penal Code), 14.8% were subjects with substantially diminished criminal responsibility under a permanent security measure (Article 219 of the Italian Penal Code), while the majority (46.2%) were irresponsible offenders under a permanent

security measure (Article 222 of the Italian Penal Code).

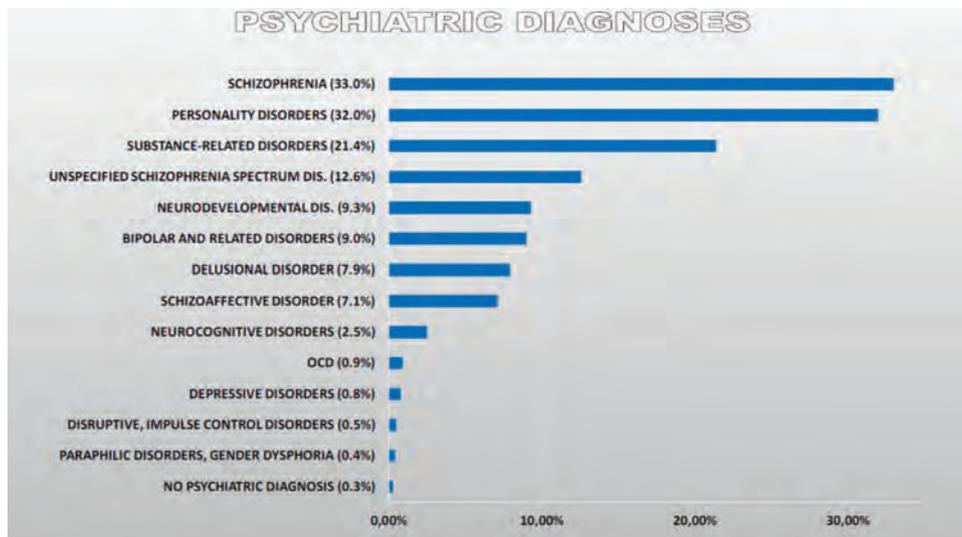
The information we collected about the patients' placement before REMS admission showed the following distribution: 31.0% were in prison, 27.7% in other non-forensic treatment facilities, 21.5% in freedom, 12.0% in another REMS, 7.0% were under supervised freedom. Interestingly among those patients previously in freedom ($n = 142$), 23.9% were dangerous irresponsible offenders, waiting for the application of a permanent security measure (Article 222 of the Italian Penal Code). From those previously in prison ($n = 205$), 43% were dangerous irresponsible offenders waiting for application of a permanent security measure, 15% were subjects with substantially diminished criminal responsibility, and 42% were waiting for the application of a provisional security measure.

Table 2 - Socio-demographic and clinical characteristics of N = 730 patients treated in 28 Italian REMS between June 2017 and June 2018

Age	Mean, years	(SD)	Range			
	41.7	(11.8)	19–86			
Sex	Males	Females				
	650 (89%)	80 (11%)				
Nationality	IT	EU	non EU			
	575 (83.1%)	19 (2.7%)	98 (14.2%)			
Disease duration	Mean, years	(SD)	Range			
	11.5	(9.5)	0–42			
Length of stay in REMS	Mean, years	(SD)				
	1.2	(0.8)				
Already in care at public mental health services	Yes	No				
	82.2%	7.8%				
Previous psychiatric hospitalization (%)	0	1	2	3	≥4	Yes, unspecified
	28.9	6.7	3.4	2.8	13.3	44.9
Previous involuntary psychiatric hospitalization	0	1	2	3	≥4	Yes, unspecified
	45.2	6.6	5.4	1.6	7.9	33.3

Note. Missing data: age n = 3, nationality n = 38, disease duration n = 165; length of stay in REMS n = 57; Previous psychiatric hospitalization n = 43; previous involuntary psychiatric hospitalization n = 57.

Figure 2 - DSM-5 diagnoses of the N = 730 patients admitted to the Italian REMS between June 2017 - June 2018



Most of the patients (82%) were already in care with the public department of mental health at crime time. Seventy-one percent of the study sample had previous psychiatric admissions in civil hospitals, of which 50% were involuntary psychiatric hospitalizations. The DSM-5 psychiatric diagnoses of the study sample are reported in figure 2.

We found a total of 1,010 DSM-5 psychiatric diagnoses for the 730 patients, indicating a significant amount of psychiatric comorbidity (1.4 diagnoses per patient). Schizophrenia was the most frequent psychiatric diagnosis (33.0%), followed by personality disorder (32.0%), and substance-related disorder (21.4%). Sixty percent of the patients suffered at least from a schizophrenia spectrum disorder. Among this DSM-5 chapter we found the following diagnoses in the REMS sample: schizophrenia, delusional disorder, schizoaffective disorder, unspecified schizophrenia spectrum disorder.

Italian patients were more likely to be diagnosed with

a personality disorder than non-Italians (32.9% vs. 19.7%, $\chi^2 = 8.05$, $p = 0.005$), while chi-squared disclosed no significant differences concerning diagnosis of schizophrenia spectrum disorders (59.1% vs. 67.5%, $\chi^2 = 2.91$, $p = 0.08$), substance-related disorders (21.8% vs. 16.2%, $\chi^2 = 1.80$, $p = 0.18$), and mood disorders (9.8% vs. 11.1%, $\chi^2 = 0.20$, $p = 0.65$) between Italian and non-Italian patients.

To evaluate the impact of specific psychiatric diagnoses, and possible psychiatric comorbidity, we did a sub-analysis. To do so, we analyzed more deeply the impact of specific psychiatric disorders, including the presence of a specific disorder as a single diagnosis, as well as main comorbidities for schizophrenia spectrum disorders (Table 3), bipolar and related disorders (Table 4), depressive disorders (Table 4), and personality disorders (Table 5).

Schizophrenia was also the most frequent single diagnosis among the REMS patients; moreover in 77.2% of those patients suffering from schizophrenia we found no psychiatric comorbidity.

Table 3 - Schizophrenia spectrum disorders and their principal psychiatric comorbidities in the sample of N = 730 patients admitted to Italian REMS between June 2017 and June 2018

Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders (n=443 - 60.7%)	Single diagnosis		Comorbidity with personality disorders		Comorbidity with substance-related and addictive disorders		Comorbidity with other mental disorders	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Schizophrenia (n=241 - 33.0%)	186	77.2	12	5.0	33	3.7	17	7.1
Delusional disorder (n=58 - 8.0%)	44	75.8	9	15.5	5	8.6	1	1.7
Schizoaffective disorder (n=52 - 7.1%)	44	82.7	5	9.6	3	5.8	1	1.9
Unspecified schizophrenia spectrum disorder (n=92 - 12.6%)	54	58.7	10	10.9	18	19.6	14	15.2

Note. Different comorbidities in the same patient were considered independently. The percentages are calculated on the number of patients affected by each of the 4 spectrum disorders of schizophrenia that emerged in the sample

Table 4 - Mood disorders and their principal psychiatric comorbidities in the sample of N = 730 patients admitted to Italian REMS between June 2017 and June 2018

Mood disorders (n=72 - 9.9%)	Single diagnosis		Comorbidity with personality disorders		Comorbidity with substance-related and addictive disorders		Comorbidity with other mental disorders	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Bipolar & related disorders (n=66 - 9.0%)	39	59.1	23	34.8	14	21.2	5	12.8
Depressive disorders (n=6 - 0.8%)	2	33.3	2	33.3	1	16.7	1	16.6

Note. Different comorbidities in the same patient were considered independently. The percentages are calculated on the number of patients affected by each of the 4 spectrum disorders of schizophrenia that emerged in the sample

Table 5 - Personality disorders and their principal psychiatric comorbidities in the sample of N = 730 patients admitted to Italian REMS between June 2017 and June 2018

Personality disorders (n=236 - 32.3%)	Single diagnosis		Comorbidity with substance-related and addictive disorders		Comorbidity with schizophrenia spectrum and other psychotic disorders		Comorbidity with other mental disorders	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Cluster B								
Antisocial personality disorder (n=46 - 6.3%)	22	47.8	7	15.2	8	17.4	12	26.1
Borderline personality disorder (n=61 - 8.4%)	15	24.6	29	47.5	8	13.1	2	3.3
Narcissistic personality disorder (n=12 - 1.6%)	2	16.6	2	16.6	7	58.3	1	8.3
Histrionic personality disorder (n= 2 - 0.3%)	0	0	0	0	0	0	2	100
Cluster A								
Paranoid personality disorder (n=18 - 2.5%)	8	44.4	2	11.1	2	11.1	5	27.7
Schizoid personality disorder (n= 8 - 1.1%)	5	62.5	0	0	2	25.0	7	87.5
Schizotypal personality disorder (n= 4 - 0.5%)	2	50.0	1	25.0	1	25.0	0	0
Cluster C								
Dependent personality disorder (n= 3 - 0.4%)	3	100	0	0	0	0	0	0
Obsessive-compulsive personality disorder (n= 2 - 0.3%)	2	100	0	0	0	0	0	0
Personality disorder not otherwise specified (n=80 - 11%)	26	32.9	24	30.0	12	15.0	20	25.3

Note. The percentages are calculated with reference to the sample of N = 730 patients. No patient was diagnosed with an avoidant personality disorder.

Among personality disorders the most frequent was borderline personality disorder (8.4%), followed by antisocial personality disorder (6.3%). However, there was a greater amount of unspecified personality disorder (11%), often due to the presence of mixed personality traits.

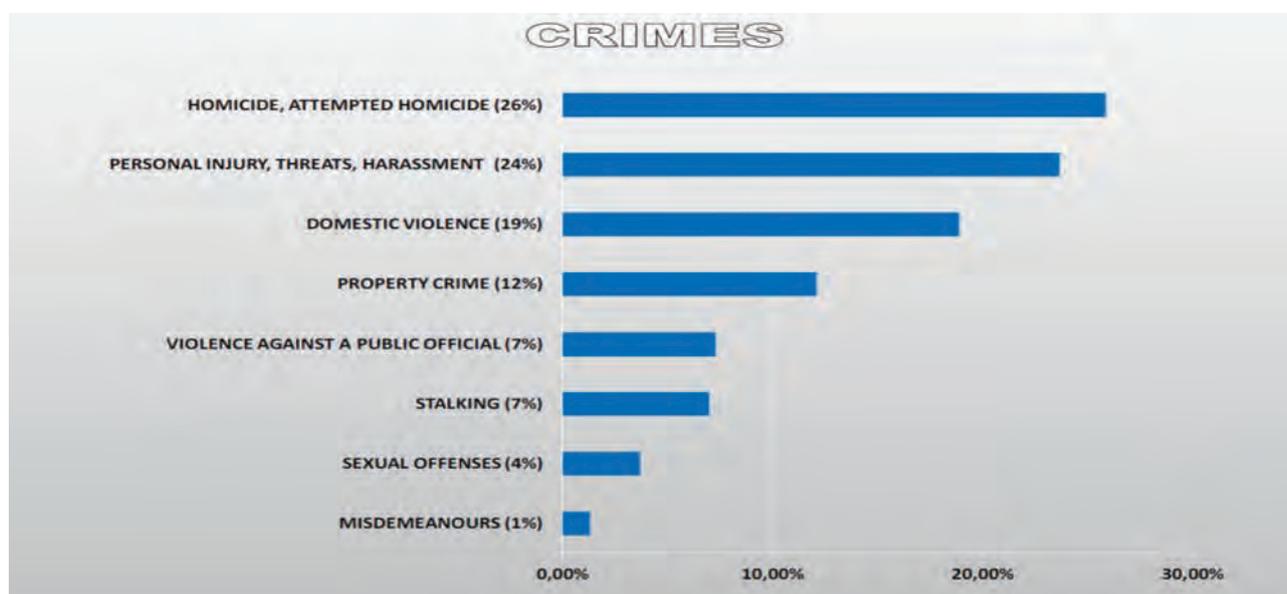
If only cases with a diagnosis of personality disorder are taken into consideration, 1 in 3 is unspecified. Despite being infrequently diagnosed in the overall study sample, dependent (n = 3) and obsessive-compulsive (n = 2) personality disorders, when present, were the only psychopathological condition found in affected patients (Table 5).

The analysis of crimes committed by the patients treated in REMS, showed that homicide and attempted homicide were most frequent, followed by a group of

crimes that included personal injury, threats, and harassment (Figure 3). Overall, around 80% of the committed crimes were against the person with the use of violence.

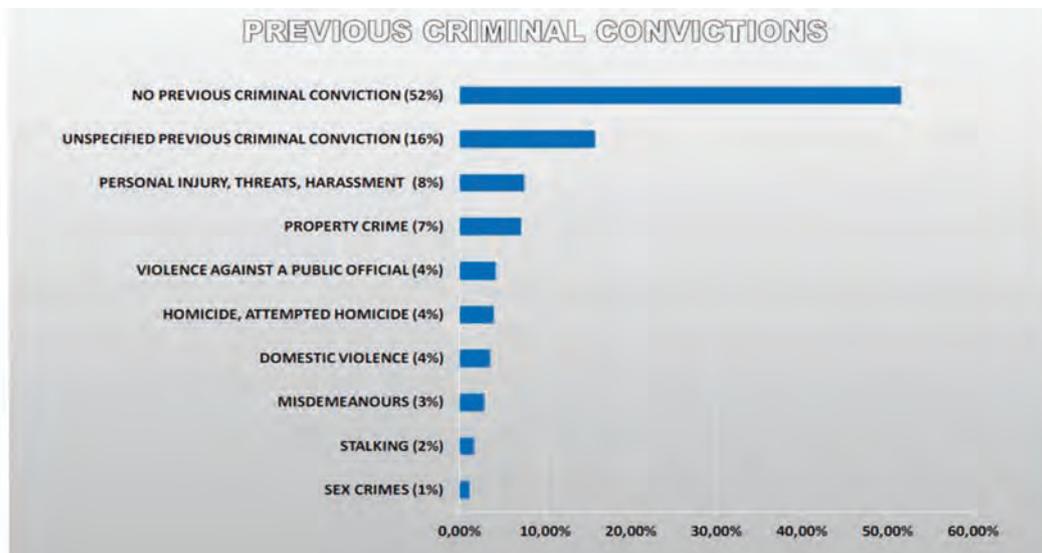
Forty-eight percent of the patients presented previous criminal convictions including 4.0% for homicide/attempted homicide, 1.7% stalking, 1.2% sex crimes, 7.6% harassment/personal injury/threat, 3.6% domestic violence, 4.3% violence against a public official, 7.3% property crime, 2.9% misdemeanors, and 15.4% unspecified. Interestingly n = 4 patients who had already been convicted for homicide/attempted homicide (3 cases had committed homicide), were in the REMS for having repeated the same serious crime (Figures 4).

Figure 3 - Crimes committed by N = 730 patients admitted to the Italian REMS between June 2017 and June 2018



Note. In the case of multiple crimes, only the one with the highest sentence was considered

Figure 4 - Previous criminal convictions in N = 730 patients admitted to Italian REMS between June 2017 and June 2018



Note. Missing data N = 150

Analysis of crime type distribution in the different psychiatric diagnoses is reported in Table 6. Chi-square disclosed a significant difference in the distribution of crimes among all the psychiatric diagnoses we found in the study patients ($p < 0.01$). To further verify possible differences in crime types among specific psychiatric disorders, we

grouped patients into 4 diagnostic clusters, including schizophrenia spectrum disorders, personality disorders, substance-related disorders, and mood disorders. The analysis of crime by diagnostic clusters is shown in Table 7. We found significant differences in crime type distribution in all but the mood disorders cluster.

Table 6 - Crimes and main psychiatric diagnosis in the sample of N = 730 patients admitted to Italian REMS between June 2017 and June 2018

	Homicide, attempted homicide		Personal injury, threats, harassment		Domestic violence		Property crime		Violence against public official		Stalking		Sexual offenses		Misdemeanours	
	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%	n.	%
No psychiatric diagnosis	0	0	0	0	1	0.8	1	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0
Schizophrenia	80	46.0	48	30.0	41	32.3	19	23.2	17	34.0	10	21.3	8	32.0	0	0
Delusional disorder	17	9.8	9	5.6	11	8.7	5	6.1	3	6.0	7	14.9	1	4.0	1	11.1
Unspecified schizophrenia spectrum disorder	20	11.5	19	11.9	14	11.0	12	14.6	16	32.0	3	6.4	3	12.0	1	11.1
Personality disorders	25	14.4	43	26.9	35	27.6	21	25.6	7	14.0	17	36.2	5	20.0	5	55.6
Bipolar	13	7.5	12	7.5	12	9.4	16	19.5	2	4.0	3	6.4	2	8.0	1	11.1
Neurodevelopmental disorders	2	1.1	5	3.1	4	3.1	4	4.9	1	2.0	1	2.1	1	4.0	0	0
Schizoaffective disorder	12	6.9	16	10.0	7	5.5	3	3.7	3	6.0	5	10.6	2	8.0	1	11.1
Substance-related and addictive disorders	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.0	0	0	0	0	0	0
Neurocognitive disorders	1	0.6	2	1.2	0	0	0	0	0	0	1	2.1	2	8.0	0	0
Trauma- and stressor-related disorders	1	0.6	1	0.6	0	0	1	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0
Depressive disorders	3	1.7	2	1.2	1	0.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Disruptive, impulsive-control and conduct disorders	0	0	2	1.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Obsessive-compulsive	0	0	1	0.6	1	0.8	0	0	0	0	0	0	1	4.0	0	0
Total	174	100	160	100	127	100	82	100	50	100	47	100	25	100	9	100

Table 7 - Crimes by diagnostic cluster, in the sample of N = 730 patients admitted to Italian REMS between June 2017 and June 2018

Crime	Schizophrenia spectrum and other psychotic disorders	Personality disorders	Substance-related and addictive disorders	Mood disorders ¹
	%	%	%	%
Homicide, attempted homicide (n = 174)	74.1	20.1	7.5	9.2
Personal injury, threats, harassment (n = 160)	57.9	35.2	27.0	8.8
Domestic violence (n = 127)	57.5	33.9	28.3	10.2
Property crime (n = 82)	47.6	29.3	26.8	19.5
Violence against Public official (n= 50)	78.0	22.0	22.0	4.0
Stalking (n = 47)	53.2	40.4	12.8	6.4
Sexual offenses (n = 25)	56.0	28.0	12.0	8.0
Misdemeanours (n = 9)	33.3	66.7	66.7	11.1
	$p < 0.001$	$p < 0.01$	$p < 0.001$	Ns

Note. P values by chi-square refer to the presence/absence of cluster diagnosis; Ns = not significant. ¹Patients with bipolar disorder or depressive disorders were aggregated in the mood disorders cluster

Analysis of type of victim is shown in Table 8.

Table 8 - Victims of the N = 730 patients admitted to Italian REMS between June 2017 and June 2018

Victim	
	%
Family member	45.1
Previously unknown	30.6
Acquaintance	13.3
No human victim	10.9

Note. Missing data n = 227.

Table 9 - Use of Long-acting injectable (LAI) antipsychotics, in the sample of N = 730 patients admitted Italian REMS between June 2017 and June 2018, associations with other drugs

Patients treated with LAI antipsychotic (n = 301 - 47.0%)		
	n	%
Monotherapy	52	17.2
More than 1 LAI antipsychotic	4	1.3
Association with oral antipsychotics	173	57.4
<i>only 1 antipsychotic</i>	122	
<i>> 1 antipsychotic</i>	51	
Association with mood stabilizers	143	47.5
<i>+oral antipsychotics</i>	90	
Association with other drugs	145	48.1

Note. Missing data n = 90

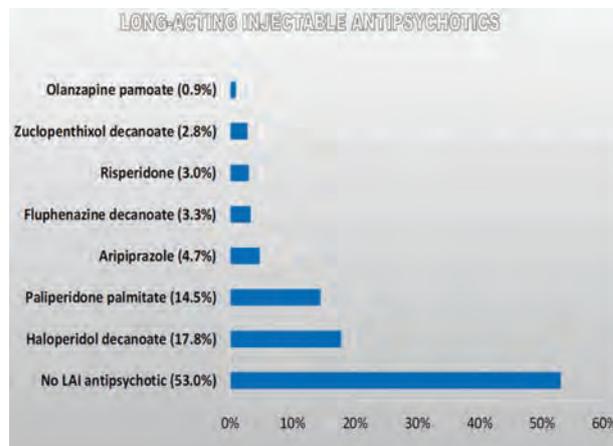
The analysis on treatments focused on pharmacological, rehabilitative, and psychotherapeutic types. Forty-seven percent of the patients (n = 301) received a prescription of a long-acting injectable (LAI) antipsychotic, among which, the first-generation antipsychotic haloperidol decanoate was the most frequently used, followed by paliperidone palmitate (Figure 5).

In 17.2% of the patients a LAI antipsychotic was prescribed as monotherapy; in 57.4% an oral antipsychotic was associated, while in 47.5% a mood stabilizer was associated: carbamazepine, lithium carbonate, or sodium valproate (table 9). Four patients were prescribed an association of two LAI antipsychotics.

Oral antipsychotics were also frequently prescribed, 79% of the patients receiving at least one oral antipsychotic: among these 71 patients (12.9%) received an oral antipsychotic in monotherapy, while 187 patients (34.0%) received a combination of two oral antipsychotics, and 51 (9.3%) received a combination of two oral, and a LAI antipsychotic (Table 10). One patient received a prescription of 3 oral antipsychotics.

The absolute frequency of the 10 most used oral antipsychotics is shown in Figure 6. A second-generation oral

Figure 5 - Use of long-acting injectable antipsychotics (LAI) in the sample of N = 730 patients admitted to the Italian REMS in the period June 2017 - June 2018



Note. Missing data n = 90

antipsychotic was the preferred choice, especially olanzapine, clozapine, quetiapine, even though there are still a significant number of patients being treated with haloperidol.

Mood stabilizers were prescribed to 45.9% of the patients (Table 11). Antiepileptic drugs used as mood stabilizers, or lithium, were prescribed to 80.5% of patients also treated with oral antipsychotics, and in 45.2% of patients treated with a LAI antipsychotic. In 10.2% of cases, more than one mood stabilizer was used for the same patient.

The psychiatrists' opinion about the efficacy of pharmacotherapy on clinical symptoms was insufficient in 4.8%, partial in 29.9% and good in 65.3% of the cases. Reported efficacy on violent behavior was poor in 3.8%, moderate in 18.2%, and good in 78.1%. We found no significant differences in reported pharmacological efficacy on violence based on primary diagnosis. Psychiatrists reported that the patients' adherence to pharmacological treatment was low in 8.5%, partial in 22.1%, and full in 69.4% of the patients.

In 43.0% of the cases, the treating staff reported that patients were receiving no psychotherapy, 23.3% received more than one type of psychotherapy, 19.3% received psychoeducation, and 14.4% received individual unspecified psychotherapy.

The patients' adherence to psychotherapy as reported by physicians, was insufficient in 10.6%, partial in 26.0% and good in 63.4% of the cases. Estimated efficacy was poor in 15.1%, moderate in 39.2%, and good in 46.7% of the patients who received psychotherapy in REMS. Psychotherapy patient satisfaction was low in 12.5%, partial in 29.0%, and full in 58.5% of the cases.

Rehabilitation programs were reported for 81.2% of the patients, most of them receiving more than one type of rehabilitative approach (63.3%), including simple activities of daily life, cultural activities, or motor activities. Among those patients receiving only one type of rehabilitation, 11.1% focused on simple activities of daily life, 4.6% on cultural activities, and 2.3% on motor activities. More than half of the

patients (50.7%) were rehabilitated exclusively inside the REMS, 44.4% had rehabilitation inside and outside the REMS, while 4.9% were rehabilitated exclusively outside the facilities.

Patients' adherence to rehabilitation reported by physicians was insufficient in 14.5%, partial in 28.2%, and good in 57.3% of the cases. Estimated efficacy was poor in 15.5%, moderate in 36.2%, and good in 48.3% of the patients who received one or more rehabilitation programs in the

REMS. Rehabilitation patient satisfaction was low in 14.1%, partial in 32.9%, and full in 53.0% of the cases (Figure 7).

The analysis of aggressive behavior in REMS as measured by the MOAS total score indicated a significant degree of variability ranging from 0 to 40. Mean MOAS total score resulted 3.1 (SD 6.4), and we found no gender differences as disclosed by independent sample *t*-test (MOAS total score, males 3.0 SD 6.4; females 3.6 SD 6.7; *p* = 0.44).

Table 10 - Use of oral antipsychotics in the sample of N = 730 patients admitted to Italian REMS between June 2017 and June 2018, associations with other drugs

Patients treated with oral antipsychotics (n = 551 - 79%)		
	n	%
Monotherapy	71	12.9
Association with LAI antipsychotic	173	31.4
Association of two or more oral antipsychotic	187	34.0
Association with an antiepileptic or Lithium	252	45.8
Association with benzodiazepines or antidepressants	331	60.2

Note. Missing data n = 33

Figure 6 - Absolute frequency of the 10 most prescribed oral antipsychotics in the sample of N = 730 patients admitted to the Italian REMS in the period June 2017 - June 2018

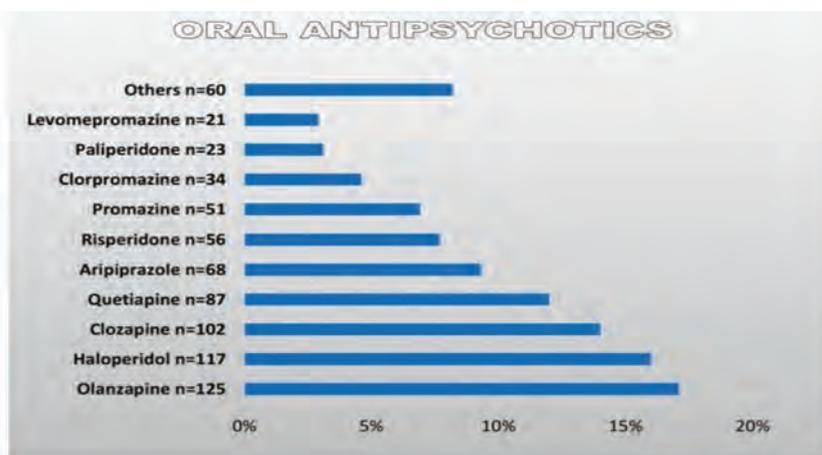
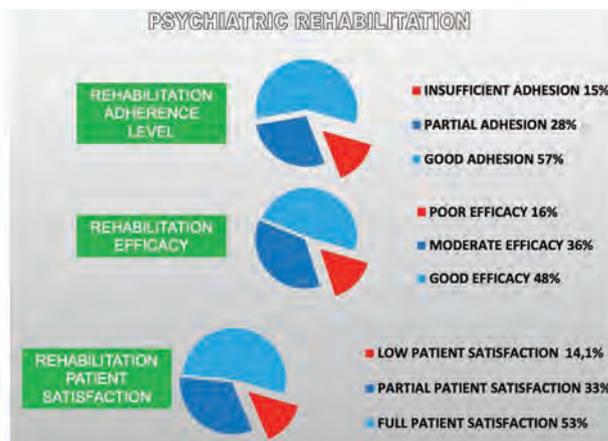


Table 11 - Mood stabilizers, associations with other drugs in the sample of N = 730 patients admitted to Italian REMS between June 2017 and June 2018

Patients treated with mood stabilizers (n=313 - 45.9%)		
	n	%
Monotherapy	2	0.6
More than 1 mood stabilizer	32	10.2
Association with oral antipsychotics	252	80.5
Association with LAI antipsychotic	143	45.7
+oral antipsychotics	90	
Association with other drugs	183	58.5

Note. Mood stabilizer included sodium valproate, carbamazepine, lithium carbonate. Missing data n = 48

Figure 7 - Psychiatric rehabilitation adherence, efficacy and patient satisfaction in those patients who received at least rehabilitation program (81% of N = 730)



The estimated incidence of violence as defined by a MOAS total score > 1 resulted in 36% of patients who committed any type of violence in the month before assessment (females 40%, males 35%, $\chi^2 = 0.58$, $p = 0.44$). The same analysis on MOAS subscales showed 33.7% of verbal aggression, 14.1% of aggression against property, 6.3% of autoaggression and 19.3% of recorded episodes of physical aggression. There were no significant differences between genders in the distribution of aggression type, as measured by the MOAS subscales by chi-squared analysis (Table 12).

We found a total of 39 absconders from REMS, in the 1-year study period (5.4%, $n = 5$ data missing) and we found no significant gender differences (escapes, females 2.5%, males 5.7%, $\chi^2 = 1.46$, $p = 0.22$). Chi-squared disclosed that the presence of a diagnosis of personality disorder was associated with more frequent absconding, than in cases of the absence of such disorder (8.1% vs. 4.2%, $\chi^2 = 4.65$, $p < 0.05$), while no significant differences concerning presence/absence of a diagnosis of schizophrenia spectrum disorder (4.8% vs. 6.3%, $\chi^2 = 0.83$, $p = 0.36$), substance-related disorders (3.3% vs. 6.0%, $\chi^2 = 1.71$, $p = 0.19$), and mood disorders (5.6% vs. 5.4%, $\chi^2 = 0.01$, $p = 0.92$) emerged in those patients who escaped from REMS. This result was confirmed by a binary logistic regression analysis controlling for possible confounders, which disclosed that having a diagnosis of personality disorder is a significant risk factor for absconding (OR: 3.8, CI 95% 1.5–10.0), while older age is a protective factor (OR: 0.93, CI 95% 0.89–0.96).

Thirty cases of patient physical restraint in REMS were reported overall in the study period, and there were 43 cases on involuntary commitment in civil hospitals. Fourteen REMS declared the use of de-escalation rooms (Table 13).

Discussion

Our one-year longitudinal study that included 730 patients treated in Italian REMS provides a significant amount of data, useful to clarify several features and criticalities of this new and peculiar system. In Italy there is an ongoing scientific and political debate focusing on the new legislation concerning the treatment of dangerous offenders affected by severe mental disorders and the empirical data we report here might help in determining possible solutions.

The first aim of the study was to delineate the main characteristics of the REMS population. This data is also important because the REMS staff has little to no power to decide patients' admission and discharge, those aspects being determined by the juridical system. We found an average middle-aged population of 42 years, which comprises mostly male patients, although there was a significant female presence ($n = 80$). Most of the patients are affected by schizophrenia spectrum disorders (60.6%), were already being treated at public mental health services (82.2%), have a long mean disease history (11.5 years), had already been

Table 12 - Type of aggression reported in the last month, Modified Overt Aggression Scale (MOAS)

MOAS	Total		Males		Females		P (chi-squared, t-test)
	% >1	Mean (SD)	% >1	Mean (SD)	% >1	Mean (SD)	
Verbal aggression	33.7%	0.7 (1.1)	32.6%	0.7 (1.1)	42.5%	0.9 (1.3)	Ns, Ns
Aggression against property	14.1%	0.3 (0.9)	14.5%	0.3 (0.9)	11.3%	0.2 (0.7)	Ns, Ns
Autoaggression	6.3%	0.1 (0.6)	6.2%	0.1 (0.6)	7.0%	0.1 (0.5)	Ns, Ns
Physical aggression	19.3%	0.3 (0.8)	18.4%	0.3 (0.8)	27.5%	0.5 (1.0)	Ns, Ns

Note. P values by chi-squared or independent sample t-test. Ns=not significant

Table 13 - Critical events reported in the sample of N = 730 patients admitted to the Italian REMS in the period June 2017 - June 2018

CRITICAL EVENTS		
	n	%
Involuntary hospital admission	43	5.9
Involuntary extra-hospital treatment	7	1.0
De-escalation room	95	13.0
Absconders	39	5.3
Physical restraint	30	4.1

previously admitted into civil psychiatric wards (71.1%, with 13.3% presenting more than 4 previous admissions), including involuntary psychiatric hospitalization (54.8% of those with previous psychiatric admission, with 7.9% presenting more than 4 previous involuntary psychiatric admissions).

About half of the patients who entered the REMS between June 2017 and June 2018, are criminally irresponsible offenders with a provision of a permanent security measure, while a smaller part (15%) were judged to have substantially diminished criminal responsibility. Even though the Legislator has hypothesized to dedicate REMS to the fulfillment of permanent security measures, we found that 39.0% of the treated patients were under a provisional security measure. This last figure is not surprising, considering that the level of social dangerousness is usually higher in the phases closest to the crime, where there is still no definitive measure due to the trial time. As discussed further below, this data suggests the need for additional intermediate forensic psychiatric facilities for the rapid treatment of those irresponsible offenders who present a high level of social dangerousness.

Interestingly, many patients waiting to be admitted to REMS were held in prison (31.0%), others were already being treated in non-forensic psychiatric facilities (27.7%), while 21.5% were in freedom. This data makes it possible to hypothesize two cases regarding patients who were already treated in other psychiatric facilities; 1) that such facilities were inadequate to manage the levels of patients' dangerousness, since REMS are the only facilities with a mandate to control patients' social dangerousness and 2) that the patients' dangerousness levels had decreased with treatment, consequently REMS admission could have been no longer necessary.

A similar argument can be applied to patients who were free before REMS admission. Even in this case we can hypothesize that dangerous patients were left in freedom, with potential serious risk for the community safety, or that REMS admission was no longer necessary. For the proportion of patients who were in prison, it can be assumed that the judicial authority preferred to focus and control the levels of dangerousness, to the possible detriment of the adequacy of the psychiatric treatment.

Schizophrenia was the most frequent diagnosis (33.0%). We also found a relevant presence of unspecified schizo-

phrenia spectrum and other psychotic disorders (12.6%), which is a result that might be interpreted considering the clinical complexity of the study population. The significant amount of psychiatric comorbidity that emerged is another result deserving attention, as it implies a greater complexity of patients' management and treatment needs. Eighteen percent of the patients who received a diagnosis of a schizophrenia spectrum disorder, also presented a diagnosis of personality disorder, or a substance-related and addiction disorder (Table 3). This is in line with data indicating a greater risk of aggressive or violent behavior in those patients affected by psychotic disorders (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes, & Grann, 2009; Fazel & La, 2009), and severe mental illness (Fazel & Grann, 2006).

The data on prevalence and characteristics of personality disorders, in our opinion, deserve more reflection. In the sample of 730 patients, almost one-third was diagnosed at least with a personality disorder (32.3%), which was also frequently associated with a substance-related disorder (27.5%). It is hardly surprising that, among the patients diagnosed with personality disorder, the most represented were the borderline (25.9%), antisocial (19.5%), paranoid (7.8%) and narcissistic (5.1%) personality disorder. Thus, the DSM-5 cluster B (51.3%) is the more represented cluster among personality disorders.

It should also be noted that in 33.9% of the cases of personality disorder, the diagnosis was of unspecified personality disorder. This is a result that raises doubts about the effectiveness of the diagnostic methodology; these were patients already in care, who had been subjected to one or more forensic psychiatric evaluations during the criminal trial (Mandarelli et al., 2019), thus greater diagnostic detail would be expected. The frequent lack of specification in personality disorder diagnoses is probably due to the complained shortage of longitudinal data and information on patients, often due to the insufficient cooperation with the juridical system as well as other public health services, or to the limited time of observation at the time of diagnosis.

The analysis we conducted to evaluate possible differences in diagnoses, which we aggregated into 4 clusters, between Italian and non-Italian patients (14.2% of the study sample), disclosed that the latter were less likely to be diagnosed with a personality disorder. No significant differences emerged in the frequency of schizophrenia spectrum disorders, substance-related disorders and mood disorders, be-

tween Italian and non-Italian patients. Such differences can be interpreted based on cultural differences and language barriers of a population that, in our experience, often presents difficulties in providing historical clinical data, and where it is difficult to find other informants which can be necessary to make a personality disorder diagnosis (Tarsitani & Biondi, 2016).

The analysis of crime type and distribution disclosed that most of the patients treated in REMS were convicted for a violent crime against a person (Figure 3). Interestingly one in four patients underwent the custodial security measure for having committed or attempted a homicide; one in two patients committed other crimes against a person including violence, threat, harassment or personal injury (24%), domestic violence (19%) or stalking (7%) (Figure 4).

The most serious crimes we found in the study population, i.e. homicide or attempted homicide ($n = 174$) were mostly committed by patients suffering from schizophrenia (46%). Other diagnoses included: personality disorder (14.4%), unspecified schizophrenia spectrum disorder (11.5%), delusional disorder (9.8%), bipolar disorder (7.5%) and schizoaffective disorder (6.9%) (Table 6). Overall, we found that schizophrenia spectrum disorders accounted for 70% of the most serious crimes (homicide/attempted homicide), 52% of other crimes against a person (threat, harassment, personal injury), 56% of cases of domestic violence, and 77.5% of cases of violence against a public official.

Personality disorder was the most represented diagnosis among those convicted for stalking (36.2%), followed by schizophrenia (21.3%), and delusional disorder (14.9%). Personality disorder was also the most common diagnosis in property crime (25.6%), followed by schizophrenia (23.2%) and bipolar disorder (19.5%).

Only a minor proportion of patients committed sexual crimes (3.4%), which in more than half of the cases were attributable to patients suffering from schizophrenia spectrum disorders (56.0%). The low presence of sexual crimes in REMS can be read in the light of the nature of these crimes, which is infrequently associated with psychopathological features, or the tendency of the courts to judge the perpetrators of sexual crimes as criminally responsible. This result, however, deserves further study considering that, except for the sexual crimes committed on a psychotic basis, the possible role of personality disorders and consequent degree of responsibility remains to be clarified.

Overall, these data seem to indicate that the judgment of social dangerousness in psychiatric patients who committed a crime, a prerequisite for REMS admission, came to concentrate on those cases where there is a prognostic risk of recurrence of offenses against third parties and of clinical complexity. We have detected a low number of misdemeanors, apart from violence against a public official (6.8%), which was almost entirely attributable to patients affected by schizophrenia spectrum disorders.

Data on the victims of crimes committed by patients treated in REMS indicate that most of the damage is practiced against known persons (45.1% against relatives and 13.3% against acquaintances), while one-third of crimes

were against a previously unknown victim.

Despite the REMS system being in discontinuity with the previous one, which was based on forensic psychiatric hospitals, these data are like those that emerged in a previous survey by the inter-Ministerial Commission (Commissione Interministeriale Giustizia Salute, 2008; Fioritti et al., 2006). Specifically, the OPGs survey showed that 70% of the internees suffered from schizophrenia or delusional disorder, 42% committed homicide, and 32% committed other serious crimes against a person. Moreover, they found that 46% of the OPGs population presented a history of substance abuse, 32% had voluntary civil psychiatric admissions, while 69% had a history of involuntary psychiatric admission in civil hospitals. The percentage of patients already in care at public mental health services was 61% for OPGs, while we found a greater frequency of 82% in the actual REMS system.

It is possible to argue that the REMS system is to manage and treat a patient population that is similar to the one once interned in OPGs, a result that resembles those reports indicating poor capacity to modify the nature of forensic psychiatric populations by deinstitutionalization programs (Mullen, Burgess, Wallace, Palmer, & Ruschena, 2000), or poor efficacy due to organizational problems (Fuller Torrey, 2015). Nevertheless, there is an element of greater diversity that is represented by the important proportion of patients with personality disorders that we have found in REMS.

The result of a great proportion of REMS patients affected by personality disorders can be traced back to the ruling of the Italian Supreme Court of Cassation of 2005 (9163/2005, "Raso"), which enshrined the possibility of considering subjects suffering from serious personality disorders as criminally irresponsible or with substantially diminished responsibility. This possibility, considering our data, has evidently determined a change in the socially dangerous forensic psychiatric patient population, who are subjected to a custodial security measure.

If we compare the prevalence rates of mental disorders treated in public psychiatric services, as recorded on a national scale by a ministerial source (Ministero della Salute, 2018), we can note that the prevalence of schizophrenia and other psychoses is 35.8 per 10,000 inhabitants, in Italy. Forty percent of the health services (nursing, psychiatric activity, territorial rehabilitation and re-socialization, family-oriented and support activities) provided in 2017 by the mental health departments were dedicated to patients diagnosed with schizophrenia and other psychoses (Ministero della Salute, 2018). However, if we look at the typology of the psychiatric population in Italian residential structures, it emerges that schizophrenia and other psychoses represent half of the use of community psychiatric residential structures (49.6%).

Another difference between the diagnostic characteristics of patients treated in community psychiatric facilities and in REMS can be detected in the case of mood disorders. In our sample, the percentage of patients suffering from bipolar disorder was 9%; the presence of patients suffering from depressive disorders was only 0.8%. The preva-

lence of depressive disorders treated in the outpatient mental health department services was instead 14.3 per 10,000 for bipolar disorder, and 39.2 per 10,000 for depressive disorders (Ministero della Salute, 2018). Ten percent of the community psychiatric health services provided by the mental health departments in 2017 were attributable to patients diagnosed with bipolar disorders, and 15.0% to patients suffering from depressive disorders.

In our sample we found a prevalence of 32.1% of patients suffering from a personality disorder, while the prevalence rate of this diagnosis in the Italian community psychiatric services was 12.0 per 10,000 inhabitants (Ministero della Salute, 2018). The percentage of services provided by the mental health departments in favor of patients affected by this diagnosis is 10.0%.

The comparison between these data certainly presents limitations, but we have proposed it because we believe it can still allow some considerations. The first consideration is that the clinical typology of REMS patients is not quantitatively overlapping with that which is usually faced by psychiatrists in public services, in the different articulations of the Department of Mental Health. The percentage of schizophrenia spectrum disorders is much higher, even higher than that of civil psychiatric rehabilitation facilities. It is easy to argue that the most complex patients are those admitted to REMS, either because they are not adherent to treatment, or are non-compliant, perhaps due to psychiatric comorbidity or a difficult existential or environmental condition.

The presence of personality disorders is clearly greater compared to the population treated in civil community psychiatric services. This data requires consideration on the need for specific staff training for those who work in REMS, as well as on the adequacy of therapeutic programs for these patients. Especially if we consider the mandate inherent in these structures: the care of patients and also the management of their behavior, in order to avoid violent recurrences.

One of the major issues in REMS, non-high security structures without police personnel, concerns possible violent behavior acted by patients, to themselves or towards operators or other patients. The analysis we carried out through the MOAS on aggressive behavior, indicates that one patient in three had presented aggressive behavior in the last month (74% did not have indications of violent behavior committed). The average MOAS score is suggestive of aggressive behaviors on average of moderate impact (3.1), in any case it was higher than that reported in an Italian study on patients in non-forensic residential facilities (de Girolamo et al., 2016).

Moreover, the analysis of the MOAS sub-scales, indicates that a third of the recorded episodes was of verbal aggressiveness (33.7%) and episodes of physical aggressiveness, the most serious for the scale, had been 19.3%. There was no significant gender difference regarding the distribution of aggressive behavior types, nor the total MOAS scores. The absence of gender differences in violent behavior suggests the possible relevance to women of common violence risk factors identified in men in this particular forensic psychiatric population (Logan & Blackburn, 2009).

Thirty cases of physical restraint were reported during the year of observation (4.1%). In addition, 43 cases of involuntary hospitalization in a civil psychiatric setting (5.9%) have been reported, which in Italy occurs in non-forensic facilities and necessarily involves the refusal of care.

Another critical aspect of REMS, which our original data allow us to verify, is the level of security deduced from REMS escape events. We found $n = 38$ absconders which corresponds to a percentage of 5.3% of the study population. This is a figure that, if read in the light of the non-high security nature of the REMS, can be considered low. Conversely, if the percentage of escapes is observed starting from the assumption that they are highly dangerous patients subjected to a custodial security measure, then compared to OPGs or to prisons, it appears to be high. Once again, the impact of the personality disorder emerged, which from our analysis turned out to be a significant risk factor for absconding, while older patients showed a lower proneness to escape from REMS.

As concerns treatment, the most common planning found is that typical of psychiatric rehabilitation structures, with an integrated approach, in which the predominant role is played by rehabilitation activities, together with pharmacological treatment (Figure 8).

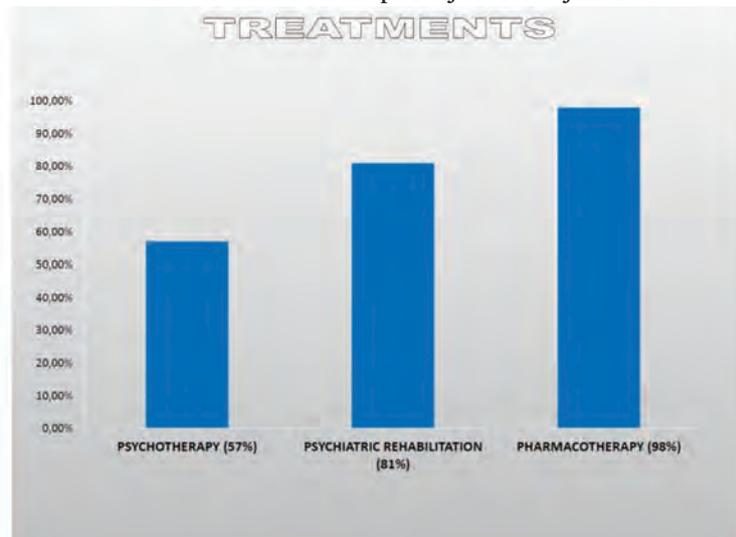
One of the parameters usually associated with social dangerousness and risk in forensic psychiatric patients is the limited awareness of illness, and poor adherence or response to treatment (Buchanan, Sint, Swanson, & Rosenheck, 2019).

It is not surprising that 45.2% of patients received treatment with LAI antipsychotics, including first- and second-generation antipsychotics (Table 8) because they have been considered useful for treatment and management of violent behavior in forensic psychiatric patients (Mohr, Knytl, Voráková, Bravermanová, & Melicher, 2017).

Another interesting result we found is the frequent use of mood stabilizers (45.9%). This percentage is significantly larger than the number of patients diagnosed with mood disorders (9.9%) and suggest a dimensional therapeutic approach possibly aimed at controlling impulsive behavior (Felthous & Carabellese, 2018). The significant percentage of off-label pharmacological prescriptions implies, on the one hand, the complex nature of the psychopathological characteristics of the population, on the other the need for attention both in terms of informed consent and professional liability.

Psychotherapy in REMS was reported in 57% of the patients, while a rehabilitation program was reported in 81%. In the case of rehabilitation, we mostly recorded the use of different approaches on the same patient (63%), which include cultural, motor activities, daily life activities, and psycho-educational programs. The clinical judgment on the effectiveness of these programs was estimated by observers as good (48%) or moderate (36%) and coincides with the gradient of appreciation and satisfaction of patients (full 53%, partial 33%).

Figure 8 - Treatment in the sample of N = 730 patients admitted to the Italian REMS in the period June 2017 - June 2018



Note. Missing data: psychotherapy n = 134, psychiatric rehabilitation n = 27, pharmacotherapy n = 28

Conclusion

Our data raise questions about the treatment strategies used today in REMS, and the need to be able to predict treatment models that consider the specific diagnostic and prognostic features. We believe that a more articulated therapeutic planning than the current one, will become necessary, including staff training programs aimed at improving the capacity to deal therapeutically with a heterogeneous clinical population, represented not only by patients affected by psychosis. We believe it is legitimate to ask whether different types of forensic psychiatric facilities, including different REMS, with specific treatment and security characteristics, would be necessary to satisfy the various needs of different psychiatric disorders as well as different levels of dangerousness (Catanesi, 2017; Kennedy, 2002).

As a result of local autonomy, some Italian regions have already taken a path in this direction, for example, the development of “Communities for serious personality disorders”, in Lazio. An active partnership between the addiction treatment services and the public mental health departments will have to assume a greater importance, given the number of patients with substance use disorder, especially in those regions where they are distinguished from each other.

The data we analyzed in this report indicate that most of the forensic psychiatric patients treated in REMS were already long in the care of public psychiatric services (82.2%), which mirrors what emerged in the 2008 OPGs survey. Half of the cases already had criminal convictions, a figure that could be interpreted as a risk factor for criminal recurrence. It is reasonable to assume that the treatment opportunities of the departments of mental health have already been used and proved ineffective with this type of patient.

Thus, it is essential to think about different and differentiated treatment and management pathways (Carabellese, 2017), and probably also to rethink the contractual nature of the patient's position, with particular reference to consent to treatment and the possibility of refusing it despite being under a custodial security measure in the REMS (Carabellese, Urbano, Coluccia, & Mandarelli, 2018).

During conversations that we had with REMS health managers, we found difficulties sometimes encountered with patients who refuse treatment, for example with patients suffering from delusional disorder. In these cases, a paradoxical situation is realized, with patients compelled by the judicial authorities to reside in a psychiatric service for the execution of a psychiatric treatment safety measure, which however, having entered REMS, can partially or completely refuse the proposed treatments.

Some authors have proposed to provide for mandatory treatment during the execution of the psychiatric safety measure (Hachtel, Vogel, & Huber, 2019), and in most countries forensic psychiatric care is involuntary (Howner et al., 2018). We believe that the treatment safety measure, like other psychiatric residential forms, should instead provide a consensus at the source, the acceptance of a project that becomes binding for the patient too. A form of contract, like those used in some Northern European forensic psychiatric systems, could also be envisaged in the Italian system. However, this solution must inevitably include alternative residential solutions if the patient refuses to continue treatment.

The last observation is strictly criminological, since even in an indirect way the analysis of the population interned in REMS is indicative of those psychiatric patients who committed a crime due to a mental disorder, and our data clearly indicates the diagnostic types most correlated to the commission of violent crimes. The first three in terms of frequency are schizophrenia, personality disorders and sub-

stance-related disorders. These results confirm the existing data (Fazel & Grann, 2006) and generate the need to reflect on the disparities in treatment between different countries and systems, forensic psychiatric patients who have similar clinical and criminological characteristics.

These first data on the clinical functioning and on the criminological characteristics of REMS population, on the one hand confirm the evident need to maintain a thorough scientific monitoring and verification work on the whole system; on the other they suggest the need to no longer delay changes to the Italian Penal Code. We deem it is unrealistic to believe that it will be possible to obtain results only by closing the OPGs, and leaving the main legal assumptions underlying the psychiatric security measures unchanged. The complexity of the issues highlighted by this report requires a global modification of the system that can only start from the review of criminal responsibility and social dangerousness criteria.

References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™, 5th ed.* Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Barbui, C., & Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 445–446. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153817>
- Buchanan, A., Sint, K., Swanson, J., & Rosenheck, R. (2019). Correlates of Future Violence in People Being Treated for Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 694–701. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.18080909>
- Carabellese, F. (2017). Il malato di mente autore di reato socialmente pericoloso dopo la chiusura degli OPG: gli strumenti diagnostici dalla valutazione psichiatrico-forense alle pratiche trattamentali. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 173–181.
- Carabellese, F., & Felthous, A. R. (2016). Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community. *Behavioral Sciences & the Law*, 34(2–3), 444–459. <https://doi.org/10.1002/bsl.2234>
- Carabellese, F., Urbano, M. T., Coluccia, A., & Mandarelli, G. (2018). Informed consent in forensic treatment. Lights, shadows, assumptions, perspectives. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 12(3), 207–214.
- Casacchia, M., Malavolta, M., Bianchini, V., Giusti, L., Di Michele, V., Giosuè, P., ... Xocco, W. (2015). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: A new deal per la salute mentale? *Rivista Di Psichiatria*, 50(5), 199–209. <https://doi.org/10.1708-/2040.22158>
- Catanesi, R. (2017). La responsabilità professionale dello psichiatra ai tempi delle REMS. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 182–192.
- Commissione Interministeriale Giustizia Salute. (2008). *Gruppo di lavoro per i problemi degli Ospedali psichiatrici giudiziari*. Retrieved from <http://www.news-forumsalutementale.it/public/COMMISSIONE-INTERMINISTERIALE.pdf>
- Corleone, F. (2017). Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Retrieved September 28, 2019, from <https://www.camera.it/temiap/2017/02/28/OCD177-2763.pdf>
- de Girolamo, G., Buizza, C., Sisti, D., Ferrari, C., Bulgari, V., Iozzino, L., ... Candini, V. (2016). Monitoring and predicting the risk of violence in residential facilities. No difference between patients with history or with no history of violence. *Journal of Psychiatric Research*, 80, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsy-chires.2016.05.010>
- Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397–1403.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Fazel, S., & La, N. (2009). Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *JAMA Psychiatry*, 301(19), 2016–2023. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.675>
- Felthous, A. R., & Carabellese, F. (2018). The pharmacotherapy of clinical aggression in criminal offenders. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 12(3), 196–206.
- Fioritti, A., Melega, V., Ferraianni, E., Rucci, P., Venco, C., Scaramelli, A. R., & Santarini, F. (2006). I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario. *Noos*, 12(1), 91–95. <https://doi.org/10.1722/-2516.26318>
- Fuller Torrey, E. (2015). Deinstitutionalization and the rise of violence. *CNS Spectrums*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000753>
- Hachtel, H., Vogel, T., & Huber, C. G. (2019). Mandated Treatment and Its Impact on Therapeutic Process and Outcome Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 219. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00219>
- Howner, K., Andinè, P., Bertilsson, G., Hultcrantz, M., Lindström, E., Mowafi, F., ... Hofvander, B. (2018). Mapping Systematic Reviews on Forensic Psychiatric Care: A Systematic Review Identifying Knowledge Gaps. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 452. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00452>
- Kennedy, H. G. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 433–443. <https://doi.org/10.11-92/apt.8.6.433>
- Logan, C., & Blackburn, R. (2009). Mental disorder in violent women in secure settings: Potential relevance to risk for future violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 31–38. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2008.11.010>
- Mandarelli, G., Carabellese, F., Felthous, A. R., Parmigiani, G., Del Casale, A., Catanesi, R., ... Ferracuti, S. (2019). The factors associated with forensic psychiatrists' decisions in criminal responsibility and social dangerousness evaluations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101503. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2019.101503>
- Margari, F., Matarazzo, R., Casacchia, M., Roncone, R., Dieci, M., Safran, S., ... Simoni, L. (2005). Italian validation of MOAS and NOSIE: a useful package for psychiatric assessment and monitoring of aggressive behaviours. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(2), 109–118. <https://doi.org/10.1002/mpr.22>
- Margari, F., Siculo, M., Spinelli, L., Mastroianni, F., Pastore, A., Craig, F., & Petruzzelli, M. G. (2012). Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 347–353. <https://doi.org/10.2147/NDT.S33745>
- Ministero della Giustizia. (2019). Detenuti per posizione giuridica

- 31 dicembre 2008. Retrieved September 28, 2019, from https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=1_5_4&contentId=SST32974&previousPage=mg_1_14
- Ministero della Salute. (2018). *Rapporto salute mentale Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM)*. Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2841_allegato.pdf
- Mohr, P., Knytl, P., Voráková, V., Bravermanová, A., & Melicher, T. (2017). Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *International Journal of Clinical Practice*, 71(9), e12997. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12997>
- Mullen, P. E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., & Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*, 355(9204), 614–617. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)05082-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)05082-5)
- Sgarbi, C., Paulillo, G., Frivoli, G. F., Domiano, P., Molinaro, V. I., Pellegrini, P., ... De Fazio, L. (2017). L'esperienza della REMS di Casale di Mezzani: funzionamento della struttura e caratteristiche dei pazienti ricoverati. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 203–212.
- Tarsitani, L., & Biondi, M. (2016). Migration and mental health: new challenges. *Rivista di Psichiatria*, 51(2), 45–46. <https://doi.org/10.1708/2246.24192>
- Traverso, S., & Traverso, G. B. (2017). La nascita delle REMS in Toscana ai sensi della Legge n.81/2014. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 220–223.

L'ESPERIENZA DELLE REMS: STATO DELL'ARTE E LE PROSPETTIVE

THE EXPERIENCE OF THE RESIDENCES FOR DETENTION SECURITY MEASURES FOR PSYCHIATRIC OFFENDERS (REMS): STATE OF THE ART AND PERSPECTIVES

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo

Abstract

The application of Law 81/2014 has led to the closure of six Judicial Psychiatric Hospitals (OPG) and placed psychiatric patients who committed crimes in the mental health departments care system. The function of the Residences for the Execution of Security Measures (REMS) is residual and temporary. The new system requires a review of the operational practices and the roles of all those called to enforce the law: magistrates, psychiatrists, experts, lawyers, UEPE (Unit for External Criminal Execution), of the Law Enforcement, of social services and local communities. The formulation of a "double pact", one for the treatment and another for the prevention of new crimes and social security, is essential. The possible overshoot of REMS is outlined in favor of personalized treatment paths with Health Budget in order to promote recovery and social inclusion.

Keywords: Judicial Psychiatric Hospitals • Psychiatric Patients • Offenders • Residencies for the Execution of Security Measures • Care Warrant

Riassunto

L'applicazione della legge 81/2014 ha portato alla chiusura dei sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e collocato in pazienti psichiatrici autori di reato nell'ambito del sistema di cura dei Dipartimenti di Salute Mentale. La funzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) è residuale e temporanea. Il nuovo sistema richiede una revisione delle prassi operative e dei ruoli di tutti i soggetti chiamati a dare applicazione alla legge: magistrati, psichiatri, periti, avvocati, dell'UEPE (Unità per l'Esecuzione Penale Esterna), delle Forze dell'Ordine, dei servizi sociali e delle comunità locali. Risulta essenziale la formulazione di un "doppio patto", uno per la cura e un altro per la prevenzione di nuovi reati e la sicurezza sociale. Viene delineato il possibile superamento delle REMS in favore di percorsi di cura personalizzati con Budget di Salute al fine di favorire la recovery e l'inclusione sociale.

Parole chiave: Ospedali Psichiatrici Giudiziari • Pazienti psichiatrici autori di reato • Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza • Mandato di cura

Corresponding Author: Pietro PELLEGRINI, email: ppellegriniausl.pr.it

Pietro PELLEGRINI, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma Largo Natale Palli 1/B, 43126 Parma, tel. 0521-396624/8, fax 0521-396633, E-Mail ppellegriniausl.pr.it
Giuseppina PAULILLO, Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma Largo Natale Palli 1/B, 43126 Parma, tel. 0521-396624/8, fax 0521-396633, E-Mail gpaulillo@ausl.pr.it

L'esperienza delle REMS: stato dell'arte e le prospettive

Introduzione

La Rassegna Italiana di Criminologia nel dedicare un numero speciale al processo di chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) mostra una grande sensibilità e attenzione ad un passaggio storico sia per i servizi di salute mentale di comunità, per la psichiatria forense, la criminologia e la medicina legale sia per magistratura, avvocatura, sistema penitenziario, enti locali, nonché comunità locali ed opinione pubblica.

In meno di tre anni si è realizzata quello che il Commissario Franco Corleone ha definito una “rivoluzione gentile” che ha atteso e attende una riforma organica del codice penale e dell’ordinamento penitenziario.

Una riforma che richiede la revisione di concetti, di prassi in atto da anni e questo sia ai fini della cura che della definizione dei profili di responsabilità. Per accompagnare e sostenerci in questo difficile compito, nel maggio 2017 insieme ad altri colleghi direttori di DSM e di REMS abbiamo cercato di dare vita ad un primo Coordinamento Nazionale. Risulta essenziale l’apporto delle Società scientifiche rappresentanti il mondo professionale, una componente decisiva per dare attuazione alla riforma che prevedeva la chiusura degli OPG e al contempo, processo al quale è stata data minore attenzione, la creazione di un nuovo sistema.

In questo delicato passaggio è stato fondamentale l’operato del Commissario Franco Corleone e la collaborazione delle tante associazioni che fanno riferimento a Stopopg e ora stanno realizzando un Osservatorio Nazionale. Come per l’attuazione della 180, la partecipazione della c.d. società civile è importante per dare energia al cambiamento, sostenere la motivazione del personale, monitorare i processi e infine per riflettere e ridefinire il “patto sociale” mediante la sensibilizzazione delle comunità locali e dei loro rappresentanti.

Purtroppo non si è avuta a livello nazionale, Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Conferenza Stato-Regioni, Agenas, la costituzione di un Coordinamento e un Osservatorio che potessero orientare e monitorare con dati epidemiologici puntuali un passaggio così epocale.

Sul piano operativo, la complessa gestione della sanità italiana tra competenze nazionali e regionali, nonché la necessità di un’intesa con ministero della giustizia, magistratura e amministrazione penitenziaria ha reso difficile la stipula e la realizzazione di accordi nazionali e ad oggi, l’unico protocollo della Conferenza Stato Regioni-Amministrazione Penitenziaria è quello del 26 febbraio 2105.

I riferimenti normativi per la realizzazione delle REMS, la legge 9/2012 e il Decreto del Ministero della Sanità 1 ottobre 2012 che ne fissa i requisiti, sono piuttosto generali.

Viene previsto che la gestione interna sia di competenza

esclusivamente sanitaria e solo per quanto riguarda l’attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna, le Regioni e le Province Autonome, possono attivare specifici accordi con le Prefetture al fine di predisporre strumenti di sorveglianza che tengono conto dell’aspetto logistico delle strutture.

Due punti rilevanti e tuttavia come devono essere le REMS, come operano all’interno, con quali misure di sicurezza, strumenti e metodologie valutative e terapeutiche è stato tutto “inventato” facendo riferimento da un lato alla lunga esperienza di psichiatria di comunità e dall’altro ereditando aspetti e prassi presenti in OPG. Le competenze della polizia penitenziaria sono limitate a notifiche, traduzioni e piantonamenti nonché alle immatricolazioni competenza quest’ultima che sarebbe dovuta passare, a nostro avviso impropriamente, alla sanità. D’altra parte la scelta di non avere la polizia penitenziaria nelle REMS, ha visto in diverse realtà un rilevante impiego di Istituti di vigilanza privati (in analogia con quanto avviene ormai diffusamente in sanità, PS, reparti, servizi).

Il processo di creazione delle REMS si è realizzato secondo le culture psichiatriche delle diverse regioni. Questo spiega i differenti modelli di REMS, a gestione diretta delle Ausl ed altre affidate al privato sociale, espressione dell’impostazione del DSM ma anche della comunità sociale ove si trova. Così abbiamo le REMS diffuse (1-2 posti in normali strutture) della Regione Friuli Venezia Giulia, fino al sistema modulare di REMS (6 REMS da 20 posti ciascuna) dell’ex OPG di Castiglione delle Stiviere per passare per la maggior parte delle strutture da 10-20 posti e qualcuna fino a 40 come ad esempio in Veneto. Un processo che è stato in larga parte frutto di una rinnovata motivazione degli operatori alle prese con una sfida ritenuta ardua e pericolosa al tempo stesso. Il desiderio molto pragmatico di fare fronte alle diverse e contrastanti esigenze ha portato a REMS tendenzialmente piccole, di discreta qualità ma come è stato verificato dalle visite effettuate da Stopopg, in troppi aspetti, in particolare la custodia e la tutela dei diritti, ancora in continuità con l’OPG.

Gli OPG sono stati chiusi non tanto grazie alla legge 9/2012 che vedeva le REMS come punto di riferimento quanto mediante la legge 81/2014 che invece considera le REMS residuali ed individua come riferimento il sistema di salute mentale di comunità, parte del welfare pubblico inclusivo e universalistico.

Una riforma incompleta la quale ha lasciato invariato il codice penale relativamente a imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza. Come noto la legge 180 ha eliminato il concetto di “pericolosità a sé e agli altri” dai requisiti per l’effettuazione del Trattamento sanitario obbligatorio (TSO) mentre nel codice penale la pericolosità sociale ex art.133 è rimasta invariato dal 1930. E tuttavia secondo la legge 81 “non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola man-

canza di programmi terapeutici individuali” il che rappresenta seppure indirettamente una sollecitazione ai DSM affinché non abbiano a ripetersi i c.d. “ergastoli bianchi”. Una previsione che richiede quindi un nuovo e più avanzato punto di incontro tra psichiatria e giustizia. Un incontro non semplice anche perché nei codici penale e di procedura penale vi sono norme che sembrano fare riferimento alla legge 36/1904 e quindi ad un sistema psichiatrico custodiale, piuttosto che ai Dipartimento di Salute Mentale come delineati dalla 180 e dalle norme applicative successive.

Tutto il processo riformatore si confronta con questi evidenti limiti. Nella recente approvazione dei decreti legislativi applicativi della legge 103/2017 di riforma dell’ordinamento penitenziario¹, non hanno trovato spazio diverse proposte di riforma degli Stati generali per l’Esecuzione della Pena, relative alla salute mentale (articolarzioni per la salute mentale negli Istituti di pena, abolizione art. 148 c.p.) che avrebbero potuto dare una risposta in un ambito molto problematico e contribuito a creare un nuovo sistema unitario.

Attualmente si ha l’impressione che la riforma, come è già avvenuto dopo l’approvazione della 180, sia finita nel silenzio e nel disinteresse della politica il che determina un sostanziale abbandono dei professionisti della salute mentale e della giustizia lasciati soli davanti ai problemi quotidiani. In questa situazione è essenziale la stesura di protocolli e intese fra psichiatria e magistratura, auspicati dal Consiglio Superiore della Magistratura e in corso di stesura, approvazione e attuazione in diverse regioni (Lazio, Emilia, Liguria ed al.). E’ necessario giungere ad un’innovazione delle prassi di tutti gli attori magistrati e operatori della giustizia, psichiatri, periti, avvocati, ma anche delle posizioni di utenti e famiglie.

Pur con tutti questi limiti, resta un risultato storico, la chiusura dopo quasi 140 anni di tutti gli OPG. Oggi la larga parte dei pazienti psichiatrici autori di reato ha misure quali la libertà vigilata, segno che quella detentiva è diventata residuale ed è stata sostituita da interventi di cura e misure giudiziarie di comunità. Infatti i DSM come vedremo si trovano a curare nel territorio e nelle Residenze un numero crescente di pazienti con misure giudiziarie ed operano regolarmente anche negli istituti di pena.

In questo contributo, dopo alcuni cenni su come il tema è diventato uno dei punti chiave della psichiatria di comunità italiana, vedremo lo stato di applicazione della legge e quale potrà essere il futuro delle REMS. In altre parole verso quale organizzazione si stia andando.

Un lungo percorso

La nascita della moderna psichiatria si fa risalire al 1793 quando Pinel separò i malati di mente dai delinquenti. Libera i primi dalle catene e nell’ottocento via via si struttura

un luogo di cura loro dedicato, il manicomio poi ospedale psichiatrico (OP). La separazione operata non poteva essere netta e definitiva e quindi nel tempo si è posto per usare un linguaggio desueto, il tema dei folli rei e dei rei che divenivano folli. Nascono così in Europa, in Italia nel 1876 ad Aversa, i manicomi criminali, poi ridenominati Ospedali psichiatrici giudiziari.

Questi ultimi non sono stati modificati dalla 180 e lo stesso Basaglia (1979), interrogato in proposito diceva: “Ora, dopo avere conquistato la riforma degli ospedali psichiatrici civili, il movimento che in Italia chiamiamo “Psichiatria democratica” comincia a chiedere l’abolizione del manicomio giudiziario. Sarà una lotta dura e difficile da portare a termine perché il manicomio giudiziario è una garanzia di un luogo dove si possono collocare un certo tipo di persone ritenute pericolose. Il manicomio giudiziario riguarda molto da vicino il carcere speciale, è una sorta di carcere speciale, e le carceri speciali rappresentano una sicurezza per lo stato”.

Nonostante le difficoltà, un lungo percorso che ha intrecciato anche le modifiche intervenute nell’ordinamento penitenziario (leggi 354/1975, 663/1986, DI 230/1999; DPCM 1 aprile 2008, sentenze della Corte costituzionale 139/1982, 253/2003, 367/2004) fino alle leggi 9/2012 e 81/2014 ha portato ad una psichiatria che cerca di fare a meno dell’OPG (Pellegrini 2015, 2017).

Secondo quanto previsto dalla Costituzione, la normativa mira ad assicurare il diritto alla salute a prescindere dallo stato giuridico della persona e quindi si inserisce in una logica di welfare pubblico universalistico fondato su una società che mira al recupero, all’inclusione e non all’esclusione-abbandono. Un patto sociale nel quale al medico viene conferito il mandato di cura della persona per realizzare il diritto alla tutela della salute che ha la priorità rispetto alla protezione della comunità.

La chiusura degli OPG, avvenuta sulla spinta di una mobilitazione etico-politica (Commissione Marino) e l’interessamento del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano che li definì “un autentico orrore indegno di un paese appena civile” (Discorso del 31 dicembre 2012), ha comportato un forte coinvolgimento dei DSM fino ad allora, salvo particolari sensibilità al problema, rimasti abbastanza indifferenti se non addirittura evitanti o deleganti. Con il DPCM 1 aprile 2008, l’assistenza sanitaria negli istituti di pena e negli OPG è diventata una competenza delle Ausl, l’impegno dei DSM è stato crescente ed inevitabile. Va riconosciuto che la chiusura degli OPG ha visto collaborare diverse istituzioni, magistratura, prefetture, forze dell’ordine, enti locali, ma certamente la spinta decisiva è stata quella del sistema di welfare in particolare dei DSM sui quali è ricaduto il maggiore carico organizzativo, economico e in molti casi il peso psicologico e la responsabilità per l’attuazione della legge. L’affidamento delle persone con disturbi mentali autrici di reato alla sanità è avvenuto dopo avere constatato in modo inequivocabile il fallimento terapeutico dell’OPG e i gravissimi limiti presenti negli Istituti di Pena.

A fronte della chiusura degli OPG, molti professionisti dei DSM hanno avanzato riserve e critiche rispetto al percorso intrapreso. Il timore di dover fronteggiare la perico-

1 Decreti legislativi n. 121, 123 e 124 del 2 ottobre 2018.

losità, di riprendere una funzione custodiale della psichiatria, di essere invasi e sottomessi alla magistratura, di ricreare nel territorio dei miniOPG (in particolare per quanto attiene la creazione delle REMS). Timori fondati e che tuttavia sono stati affrontati nella convinzione che gli OPG andassero chiusi con decisione senza avere, come era accaduto per gli OP, una loro sopravvivenza anche come "residuo". Per attuare questo processo la creazione delle REMS è stata a mio avviso decisiva. Molti timori si sono rivelati infondati, le REMS hanno pazienti (nell'80% dei casi conosciuti in precedenza) in larga misura sovrapponibili agli altri, mentre quelli più difficili da gestire sono quelli con uso di sostanze, alto livello di psicopatologia, antisocialità.

Le contraddizioni e i mandati

La dinamica tra REMS e Centri di salute mentale ha evidenziato numerose difficoltà segno della permanenza di vecchie logiche intrecciate con limiti reali, di risorse (si pensi al budget per finanziare alternative residenziali alle REMS), formativi e strumentali. Nel sistema persiste un atteggiamento che sostiene la recovery ma pratica ancora in molti SPDC il restraint. Vi è quindi una contraddizione interna alla psichiatria che da un lato sostiene una cura basata sulla libertà, il consenso, la responsabilità e la sicurezza (anche per lavoro, abitare e reddito, come chiesto dai rappresentanti degli utenti) quindi sul pieno riconoscimento della persona con disturbi mentali come cittadino, portatore di diritti e doveri, e dall'altro una psichiatria che mette in pratica azioni in un qualche modo coercitive, limitative della libertà e incentrate su luoghi chiusi applicate a persone considerate di fatto cittadini con diritti e doveri sostanzialmente diminuiti.

In questo quadro le REMS finiscono con il rappresentare il luogo immaginario dove cura e custodia divengono un processo unico, dimenticando la natura conflittuale e incompatibile dei due termini che hanno riferimenti costituzionali e normativi ma anche operativi del tutto diversi. Non solo la custodia può soffocare ogni prospettiva di cura efficace ed adeguata in linea con le odierne conoscenze scientifiche ma può creare danni ulteriori, rendere ancora più aggressivi o addirittura combattivi certi soggetti.

La cura deve avvenire sulla base di norme assolutamente chiare e trasparenti, leggibili e comprensibili da parte della persona. Questa invece nelle REMS si viene a trovare in un confusivo limbo fra le due situazioni. La cura può avvenire solo nella volontarietà e con la partecipazione della persona, in tutti i quadri ed a maggior ragione in quelli, come l'uso di sostanze, che richiedono anche la costruzione di un'adeguata e protratta motivazione. Senza questa nessun percorso è fattibile. Se mancano chiarezza e trasparenza nelle relazioni nessuna cura è possibile. Se il lavoro deve essere custodiale, se è questo ciò che serve alla magistratura e alla politica, o all'opinione pubblica la gestione dei luoghi e delle persone non deve essere sanitaria.

L'eventuale privazione della libertà o la sua limitazione, l'applicazione di misure e prescrizioni alla persona sono di competenza dell'autorità giudiziaria che opera per preven-

nire nuovi reati e favorire un recupero sociale chiedendo alla persona precisi comportamenti e impegni come il rispetto di determinate norme e prescrizioni la cui violazione è nell'esclusiva responsabilità della persona stessa e non di chi l'ha in cura. Questo anche se applicata a persone con disturbi mentali. La cura di questi ultimi, compito della psichiatria, ha precisi requisiti, condizioni, luoghi dove si deve realizzarsi e questi saranno indicati dallo psichiatra. Se il sistema è affidato ai sanitari, il mandato di cura deve essere valorizzato e tutelato al massimo grado. La misura giudiziaria, nella sua autonoma definizione, deve facilitare il percorso di cura, abilitazione e inclusione sociale e non ostacolarlo. Una limitazione della libertà dovuta alla misura giudiziaria come pena o come esigenza di prevenire nuovi reati si giustifica in nome di tali obiettivi e non come necessità di cura. Non solo ma anche la limitazione della libertà deve essere definita nella durata massima, come previsto dalla legge 81/2014, rispetto alla pena edittale massima prevista per il reato commesso. Una previsione normativa che non pare avere ancora trovato applicazione sistematica prevalendo ancora la prassi (alimentata anche dagli psichiatri) di una proroga talora sine die delle misure di sicurezza come la libertà vigilata. Una prassi che talora confonde ciò che è violazione del programma di cura con quanto costituisce reato reale o potenziale, rispolverando il concetto anticostituzionale di pericolosità sociale presunta derivante dal disturbo mentale.

I luoghi sanitari e sociali devono essere utilizzati secondo le esigenze della cura in relazione all'intensità e alla durata degli interventi psichiatrici.

Il persistere di logiche vecchie vede richieste della magistratura di far permanere in luoghi di cura soggetti che non ne hanno bisogno e che dal prolungamento della degenza possono anche ricavare danni iatrogeni e perdere abilità. Questo, al contempo, determina anche un danno sociale in quanto non permette l'utilizzo dei posti di ricovero da parte di altri cittadini che ne hanno bisogno. Quindi un doppio danno individuale e sociale. Il fatto che l'iter giudiziario sia in corso è del tutto secondario anche se talora a prolungare le degenze è la mancanza di alternative anche da parte dei DSM.

Occorre chiarezza nei mandati: la pericolosità sociale, la prevenzione di nuovi reati può essere migliorata dai percorsi di cura ma non può essere la finalità del lavoro degli psichiatri in relazione al fatto che i comportamenti sono sempre multideterminati, risentono di variabili biologiche, psicologiche e sociali, relazionali e situazionali e devono fare riferimento ad evidenze scientifiche e non alle mitologie o ad un'ipotetica psichiatria ideale tanto perfetta quanto inesistente. I disturbi mentali non sono curabili con un singolo intervento, l'efficacia della terapia farmacologica è parziale (si pensi che il 25% delle schizofrenie è resistente ai trattamenti), l'efficacia a lungo termine è oggetto di discussione e di valutazioni controverse (Breggin, 2018), per certi disturbi non esistono terapie farmacologiche (si pensi a forme di abuso/dipendenza) se non sintomatiche ed anche le psicoterapie ed interventi comunitari presuppongono motivazioni ed alcune dipendenze sono gravate da significativi tassi di ricaduta.

Nella psichiatria vi sono movimenti per riconoscere l'imputabilità cambiando l'art. 88 del c.p. e di tenere conto del disturbo in fase di esecuzione della pena, questo nella convinzione che il diritto al processo sia utile alla persona, alla comprensione della sua situazione e come invece sia dannosa un incomprensibile proscioglimento che apre scenari incerti e kafkiani, fondati sul rinvio e sull'attesa sine die. E tuttavia mentre una parte della psichiatria spinge per la responsabilizzazione un'altra parte, specie nella attività peritale e forense ha la tendenza ad allargare il concetto di infermità mentale, giungendo ad includere seppure a certe condizioni anche i disturbi della personalità, come per altro previsto dalla sentenza n.9163/2005 della Corte di Cassazione.

Quindi mentre il mandato di cura è solo questo spetta ai sanitari che operano sia sul quadro clinico ma anche come vedremo sul vissuto del reato, le violazioni, il mandato della sicurezza sociale, della prevenzione di nuovi reati spetta alla giustizia e alle forze dell'ordine.

Lo stato di applicazione della legge

Come auspicato dal Consiglio Superiore della Magistratura², tra giustizia e psichiatria si sono sviluppate buone pratiche e sono stati realizzati anche protocolli regionali come ad esempio nella Regione Emilia Romagna.³

Come previsto, la legge 81 si sta realizzando nella comunità. A giugno 2017, nella Regione Emilia Romagna a fronte di 24 ospiti nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) vi erano 203 persone con misure giudiziarie nel territorio delle quali circa il 70%, in strutture residenziali.

Residualità della misura di sicurezza detentiva, regionalizzazione, numero chiuso nelle REMS, assenza di contenzione e un orientamento alla recovery sono i punti chiave della riforma.

Il numero chiuso delle REMS non sta scritto in nessuna norma ed è paragonabile al "mi no firmo" di Basaglia di fronte al registro delle contenzioni, un atto di rigore professionale dei Direttori delle REMS e dei DSM ove operano.

A questi occorre aggiungere le pratiche "no restraint"⁴ (Pellegrini, 2018). Infatti, la legge non può realizzarsi in un quadro di custodialistico o né di disinvestimento o abbandonico o in un contesto sociale di emarginazione.

In assenza di un sistema informativo nazionale, i dati forniti da Corleone (2018), a settembre 2017 indicano che le persone in REMS erano 604 di cui 335 con misure di sicurezza definitive mentre quelle con misure provvisorie erano 265 (44% del totale). Nel 2017 "i prosciolti per vizio totale di mente, ma socialmente pericolosi (ex art. 222 c.p.) che dovrebbero costituire la categoria giuridica paradigmatica del ricoverato in REMS sono 215 pari al 37% del totale, una netta minoranza"⁵. Un dato che fa molto riflettere e lo riprenderemo per delineare le prospettive future.

Risultano degenti 54 donne che rappresentano circa il 9% del totale degli ospiti delle REMS, percentualmente quasi il doppio delle donne detenute in carcere. Circa il 10% sono i senza fissa dimora.

Vi è poi il tema della crescita delle persone in lista di attesa. Secondo il 13° Rapporto di Antigone erano "313 le misure di sicurezza richieste (..) di cui 218 provvisorie" (Bellardetti, 2017). Queste ultime sono pari a circa il 72% del totale. Nel 2017, in lista di attesa "rispetto all'anno precedente i pazienti con una misura di sicurezza provvisoria sono saliti a 274, aumentando del 22% e arrivando ad essere il 45,7 % del totale."⁶

Un tema che, analogamente a quanto accade in tutta la sanità per l'appropriata gestione dei ricoveri, richiederebbe un lavoro concertato fra psichiatria e giustizia, al fine di monitorare l'intero processo, dall'ammissione alle dimissioni.

La misura di sicurezza provvisoria, applicabile "in qualunque stato e grado del procedimento" sulla base di un giudizio di pericolosità sociale e talora senza valutazione psichiatrica, viene ad assumere il significato di una misura di custodia cautelare⁷ che ha un forte impatto sia sulle persone che sulla REMS. Infatti, si tratta di persone che ancora non sono state ben diagnosticate, quindi possono essere imputabili, e per le quali vale la presunzione di innocenza. Una condizione che rende molto difficile il mandato di cura e per altro appare del tutto evidente come il mandato custodiale sia non solo improprio ma del tutto inattuabile nell'attuale assetto organizzativo dei DSM.

Se in OPG vi era il tema dell'"ergastolo bianco", in REMS la persona rischia di subire una detenzione preventiva kafkiana senza garanzie di tempi e di procedure, tanto maggiore se vi sono carenze della difesa spesso correlate con le condizioni di povertà ed emarginazione.

2 "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi" 19 aprile 2017. "Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche" del 21 settembre 2018.

3 DGR Regione Emilia n. 767/2018, Protocollo Operativo tra Magistratura, Regione Emilia Romagna e Ufficio Esecuzione Penale Esterna per l'applicazione della legge 81/2014 sottoscritto il 30 maggio 2018.

4 Secondo la Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario Unico per il Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone 19 febbraio -19 agosto 2016: 17 REMS su 26 (allora aperte) non hanno effettuato contenzioni fisiche.

5 Un anno in carcere 14° rapporto sulle condizioni della detenzione Antigone <<http://www.antigone.it/quattordicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>>.

6 "La misura di sicurezza provvisoria ex art. 206 c.p. corrisponde alla custodia cautelare in attesa di sentenza definitiva e dovrebbe dunque costituire un'eccezione, l'extrema ratio a disposizione del giudice. In carcere i detenuti non definitivi sono il 34% del totale, dieci punti percentuali in meno dei ricoverati provvisori." Un anno in carcere 14° rapporto sulle condizioni della detenzione Antigone <<http://www.antigone.it/quattordicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>>

7 Per avere un raffronto le persone con misure di sicurezza detentiva provvisoria sono il 44% degli ospiti delle REMS mentre i soggetti con misura di custodia cautelare in carcere sono il 34,6% del totale dei detenuti contro una media europea del 22% (13° Rapporto di Antigone <<http://www.antigone.it/tredicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>>).

Inoltre nelle REMS si sta determinando un “effetto accumulo” di pazienti con misure giudiziarie di lunga durata o con problemi sociali rilevanti (senza fissa dimora, clandestini, irregolari, persone sole, povertà estreme) che per il quadro normativo e le difficoltà del sistema sociosanitario si trovano senza prospettive.

Il determinarsi di una condizione custodiale rischia di stravolgere il ruolo dei sanitari e di creare una situazione che contrasta gravemente con il percorso di cura poiché non determina chiarezza, fiducia, certezza dei tempi, responsabilizzazione reciproca.

Quanto ai flussi, secondo i dati dello SMOP Regione Campania, nel 2017 vi sono stati 374 ingressi in REMS mentre le dimissioni dimissioni sono state 328. Un dato che testimonia un buon turnover. Tra gli ingressi, 97 (il 26%) provengono dal carcere, a conferma di una connessione tra la questione penitenziaria e le REMS, in continuità con quanto avveniva in OPG. Questo testimonia come sia aperto il tema della qualità della cura della salute mentale negli Istituti di Pena essenziale per la definizione di un sistema unitario.

“Sul fronte delle dimissioni, si nota che più della metà (180, pari al 54%) siano in realtà trasformazioni dalla misura di sicurezza detentiva a misura di sicurezza non detentiva nelle forme della libertà vigilata. Questo significa che buona parte di chi esce dalla REMS continua ad essere sottoposto ad un controllo istituzionale e penale ma in altre strutture (comunità, gruppi appartamento, cliniche, case di cura) e rischia di protrarsi “per sempre”.⁸

Il riferimento alla legge 180

Dai dati si desume che larga parte dei pazienti che entrano in REMS sono già conosciuti dai DSM. Per quanto attiene le misure di sicurezza definitive, esse sono meno del 40% mentre in grande aumento sono le misure di sicurezza provvisorie che fanno assumere alle REMS un ruolo custodiale preventivo, del tutto improprio il quale, lentamente, viene introiettato da tutti operatori e contesti compresi.

Tuttavia l'aspetto più significativo è quello del crescente impegno delle diverse articolazioni dei DSM e seppure in assenza di dati nazionali, dalle rilevazioni regionali (ad esempio dell'Emilia Romagna) fanno stimare che i pazienti psichiatrici con misure giudiziarie seguiti sul territorio siano da 6000 a 9000.

Un numero significativo che richiede una metodologia, strumenti, risorse e formazione nonché un forte coinvolgimento della comunità sociale. Quindi seppure con un impegno dei DSM sempre più gravoso, la legge 81 sembra poter funzionare. I posti nelle REMS se dedicate sono a misure definitive potrebbero già ora essere più che dimezzati.

Resta il problema delle misure provvisorie che se caute-

lari, vedono la possibilità di essere eseguite in diversi contesti, dall'abitazione, ai luoghi di cura, agli istituti di pena. In ogni luogo il DSM è in grado di erogare interventi specialistici e nel caso, per la cura, servano interventi con diversi livelli di intensità questi saranno indicati dallo psichiatra. In questo modo si eviterebbe di avere una sola struttura di riferimento, la REMS, che per altro in quanto “Residenza” non è nelle migliori condizioni per le attività diagnostiche e per le fasi più acute e d'altra parte potrebbe non essere la struttura più adatta per il magistrato al fine della sicurezza sociale. Non solo ma la REMS dopo la prima fase, di alternativa all'OPG, sta assumendo connotati altamente stigmatizzanti.

Questa linea può essere condivisa dai diversi interlocutori? Si può realizzare per la persona con disturbi mentali e autrice di reato, un sistema unitario e coerente con la legge 180?

La chiusura degli OPG richiede nuove prassi e una revisione del ruolo di tutti: magistrati, psichiatri, periti, avvocati, UEPE (Unità per l'Esecuzione Penale Esterna), delle Forze dell'Ordine, dei servizi sociali e delle comunità locali.

Alla luce dei cambiamenti come innovare la psichiatria forense italiana e l'attività peritale e di consulenza riconnettendola alla psichiatria clinica e di comunità?

Nella pratica talora si ha l'impressione che una parte della giustizia non abbia come riferimento la 180. O meglio, fatta salva la sempre riconosciuta volontarietà degli accertamenti e dei trattamenti sanitari e una visione assai variabile dei TSO (in certi casi di reato o suicidio del paziente invocati ex post come “atti dovuti”), la giustizia, spesso orientata da periti psichiatri (!), pare non conoscere e non tenere conto del modello organizzativo e delle pratiche reali della psichiatria riformata e sembra fare riferimento ad un modello asilare quando non chiaramente custodiale più in linea con la legge 36/1904 e regolamento del 1909 che con la 180.

Una posizione dove le pratiche reali vengono sostituite da una sorta di psichiatria ideale, da una “pseudopsichiatria” (Pellegrini, 2018) neopositivista, lineare, depurata delle incertezze, delle contraddizioni e del ruolo del paziente e del suo contesto. Ne deriva una condizione contraddittoria tra reale e ideale che finisce con il porre al centro quale elemento cruciale l'operato professionale, in particolare dello psichiatra ritenuto capace e in dovere di esercitare compiti prescrittivi, impositivi, di previsione, prevenzione e controllo, scientificamente, professionalmente e umanamente impossibili, per altro in assenza di un'organizzazione e di strutture con compiti custodiali.

Il legislatore può fare le riforme ispirate ad altri paesi (Inghilterra⁹, Germania, Francia, Svezia, Finlandia) ma va

8 Un anno in carcere 14° rapporto sulle condizioni della detenzione Antigone <http://www.antigone.it/quattordicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>

9 In Gran Bretagna sono aperti gli ospedali psichiatrici e sono attive le “units sicure” ad alta, media e bassa sicurezza. Vi sono una serie di strumenti come i “Community orders” o i “Community treatment orders” i primi di natura giudiziaria i secondi di natura sanitaria, che impongono coattivamente scelte chiaramente di controllo al fine di evitare la restrizione della libertà e permettere alternative alla custodia. Inoltre per fare fronte alla pericolosità, anche solo presunta e in assenza di reati, sono possibili provvedimenti quali “l'imprigionamento per protezione pubblica” di durata potenzialmente indeterminata.

tenuto presente che il contesto normativo e organizzativo di quei paesi, ove sono presenti gli OP e strutture per autori di reato e vi sono dotazioni di posti letto ospedalieri e residenziali ben maggiori rispetto all'Italia. Questo vale per il legislatore ma anche per la parte tecnico scientifica in quanto pare necessario molta cautela nell'importare Linee Guida ed Evidenze da quei paesi e chiederne l'applicazione nel nostro. In Italia si è scelto di chiudere OP e OPG e di attuare una legge la 180 che si fonda sulla volontarietà e sul consenso informato (e le disposizioni anticipate di trattamento, di cui alla legge 219/2017) e quindi su un sistema di cura, occorre restare coerenti e chiedersi come dare piena applicazione, mediante formazione, strumenti, organizzazione, ad un modello che sia incentrato su misure giudiziarie e interventi di cura nella comunità e sia ispirato alle pratiche "no restraint".

Sarebbe molto utile se le società scientifiche potessero affiancare i servizi affinché dal nostro peculiare contesto, dalle pratiche reali possano emergere le evidenze, per linee guida e buone pratiche fondate sulla complessità.

Un altro tentativo di cambiamento della 180?

Mentre si cerca di rendere coerente l'attuazione della legge 81 con la 180 in particolare per quanto attiene alla volontarietà e al no restraint, in questa fase politica riemergono proposte come quella presentata dalla Sen. Marin ed al.¹⁰ nella quale si va in una direzione opposta. Infatti, si estende anche all'ambito ordinario e non solo agli autori di reato un obbligo di cura protratto. Dopo avere modificato i requisiti per il TSO prevedendo che un ricovero obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera si possa attuare "solo in presenza di un disturbo mentale con manifestazioni di aggressività auto o eterodiretta" e che "nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il settimo giorno, ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio psichiatrico dell'azienda sanitaria locale è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al giudice tutelare, nei termini di cui ai commi 1 e 2, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso. Il trattamento è disposto all'interno delle strutture residenziali psichiatriche per i trattamenti protratti" "che devono essere dotate di posti letto superiori a trenta, anch'esse all'interno delle strutture dipartimentali per la salute mentale, a garanzia della continuità terapeutica. In tali strutture pubbliche sono disposti dal giudice tutelare i trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera che si protraggano oltre il settimo giorno" ma almeno per ora non viene precisato quali debbano essere le condizioni strutturali, organizzative e la vigilanza. Il fatto che si preveda che il numero dei posti letto debba essere

"superiore a trenta" può aprire la via ad una nuova istituzionalizzazione che contrasta con la gran parte delle esperienze dei DSM i quali hanno favorito la riduzione dei posti al di sotto di 20 arrivando ad una residenzialità leggera incentrata sulla dimensione "casa".

Il disegno di legge prevede obblighi per il medico: "è tenuto a comunicare al sindaco, per i trattamenti sanitari obbligatori entro il settimo giorno, e al giudice tutelare, per i trattamenti sanitari obbligatori prolungati oltre il settimo giorno, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso". Cosa significhi che il sanitario "comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso" non è del tutto chiaro e fa ipotizzare che si alluda alle possibili violazioni e allontanamenti e in questa ipotesi non si precisa come dovrebbero essere gestiti. Certamente riportare in primo piano il "disturbo mentale con manifestazioni di aggressività auto o eterodiretta" fa sì che la pericolosità a sé e agli altri ritorni il focus dell'intervento.

Non sappiamo se il sopracitato disegno di legge andrà avanti o come i molti tentativi di cambiare la 180 finirà in nulla. Certamente è un segno dei tempi e degli orientamenti politici attualmente rappresentati al governo.

La concezione della cura

In attesa degli sviluppi legislativi è necessario avere presente che un sistema può essere riformato in diversi modi, cioè si possono avere diversi modelli, ma ciascuno deve trovare una sua coerenza interna per cercare di affrontare le contraddizioni e le aporie. Non solo ma occorre essere in grado di cogliere gli aspetti tecnici e i limiti organizzativi di un sistema che da 40 anni è di comunità, senza OP ed OPG.

La psichiatria può esercitare solo il mandato di cura e ogni altra impostazione pone in crisi il sistema, specie se lo spinge verso forme di custodia/coercizione che aprono interrogativi sulla loro liceità, fattibilità, sicurezza ed efficacia. La prolungata limitazione della libertà non è una condizione della cura ma contrasta con essa e pertanto ogni sforzo deve essere fatto per prevenire i TSO e ridurre al minimo la loro durata.

Mentre una parte della psichiatria e della giustizia stanno operando per il "no restraint", l'abolizione delle contenzioni, le "porte aperte", un'altra parte, al di fuori delle affermazioni di principio, nelle prassi fatica ad abbandonare un'idea di psichiatria manicomiale secondo la legge 36/1904. In altre parole pensa ancora in termini di contenitori, magari più belli, confortevoli degli OPG o delle carceri ma pur sempre dei luoghi separati, dove la privazione della libertà tende ad essere il fine. Una concezione del tutto inidonea alla cura del malato psichiatrico.

Infatti, se in forza di un provvedimento giudiziario una persona si trova non solo con una limitazione della libertà ma inserita in un percorso sanitario da lei non richiesto, è necessario un processo di chiarificazione e di definizione

¹⁰ Disegno di legge 656/2018 Sen. Marin ed al. "Modifica degli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in materia di accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori".

delle condizioni per l'intervento diagnostico terapeutico. Una situazione clinica assai difficile in quanto si tratta di prendersi cura in modo proattivo di chi non esprime domande e per farlo occorre accogliere in modo non giudicante, ascoltare, capire, motivare, iniziare a definire una base comune, le norme di rispetto reciproco, assicurare il "minimo vitale" con il sostegno ai bisogni di base. Questo per attivare la responsabilità e la cooperazione anche attraverso l'investimento sulle potenzialità della persona dando vita fin da subito ad un processo di "capacitazione". Un lavoro che si fa abitualmente nel territorio dove la cura può avvenire solo attraverso lo sviluppo della relazione intesa come un processo non lineare ma costituito da un insieme di movimenti che con pazienza, lentamente portano ad una condizione di fiducia e sicurezza come costruzione condivisa in grado di produrre una possibile riduzione della sofferenza e un cambiamento di prospettive. In questo la relazione diviene unica, irripetibile e creativa, capace cioè di ridefinire e costruire in termini nuovi, differenti modalità di funzionamento mentale, affettivo e relazionale. Le menti funzionano attraverso connessioni e questo processo in parte empatico e profondo non è codificabile solo in termini cognitivi, né è ben prevedibile.

L'alta personalizzazione degli interventi di cura deve partire dal punto di vista dell'utente il quale è portatore di una sua lettura del disturbo, del reato ed ha idee sulla cura, sulla pena e sulla vita. L'incontro inizia con l'avvicinamento, l'accoglienza non giudicante, l'ascolto e la comprensione della difformità di vedute, delle scelte alternative e ciò significa gestire i rischi, i conflitti e le violazioni fissando i riferimenti minimi per l'incontro mantenendo aperta la relazione di cura e cercando di attenuare i danni, favorire la maturazione e la resilienza nell'ambito della umana pietas. Questo consente le narrazioni congiunte, le nuove rappresentazioni del dolore, della sofferenza e avvicinano a quei dilemmi esistenziali e filosofici, vita/morte, essere/non essere, forme di vita che spesso i pazienti gravi portano all'attenzione di chi si prende cura di loro. Co-esistenza, interazione che si realizzano tramite la ricerca di senso, di una storia condivisa nell'ambito di un destino comune. Occorre definire i rischi ma occorre sapere che per pretendere fiducia bisogna darla per primi, avere fiducia che sia possibile un altro sviluppo, una diversa evoluzione della situazione. In troppe occasioni si vedono profezie che si autoavverano, specie se non viene fatto nulla per cambiare le condizioni, per dare opportunità. Questo apre il tema anche delle valutazioni che non possono essere solo oggettive ma sempre anche dinamiche, relazionali, nelle quali cioè entrano anche altri fattori di contesto. D'altra parte gli studi di genetica/epigenetica sulla plasticità del SNC, i "neuroni specchio" ed altre evidenze sostengono anche dal punto di vista scientifico questo approccio che può risultare molto più promettente di un mero studio del SNC mediante neuroimaging.

Perché questo lavoro complesso e profondo possa realizzarsi, occorre che lo psichiatra (e tutto il gruppo di lavoro) si senta libero, in grado di entrare nel mondo del possibile cambiamento dell'altro e di sé; se questa trasformazione creativa, transizionale è parte della cura, o è la cura,

occorre tenere conto delle condizioni per la sua difficile e incerta realizzazione. In questo quadro di riferimento va collocata la questione delicata della responsabilità spesso utilizzata o vissuta come riferimento per atteggiamenti difensivi, remissivi, di disinvestimento, fatalisti, sottilmente custodiali, tutti quanti anti-terapeutici.

Una cura che prende in considerazione tutti gli aspetti biologici, psicologici e sociali ma anche le questioni relative al reato, al suo vissuto, all'importanza che ha nel mondo interno e nelle relazioni, su identità, autostima e ruoli sociali. Un lavoro per favorire l'elaborazione di quanto accaduto e le possibili azioni riparative. Un'azione che si confronta anche con le condotte e le violazioni ma che legge utilizzando la chiave della psichiatria e quindi all'interno del mandato di cura. Questa non vede il reato come connesso alla malattia o come suo sintomo ma come una condotta multideterminata che vede fattori preesistenti, facilitanti, protettivi, precipitanti. Quindi un insieme ampio di variabili si collocano tra disturbo e reato, variabili personali, relazionali e di contesto che si intrecciano con il funzionamento psichico e la volontarietà delle azioni. Tutelare il mandato di cura vuol dire lasciare spazio ad attività fondate su paradigmi diversi da quelli della giustizia e del sistema penitenziario.

In questo quadro va ricordato con forza come la chiusura degli OPG tramite percorsi di comunità (e non le REMS) richiede una revisione del concetto di responsabilità. Infatti va tenuto conto dell'estrema difficoltà e complessità del lavoro di cura, dei rischi intrinseci, del rapporto rischi/benefici, dell'efficacia reale delle pratiche. Infatti, ai fini degli esiti positivi in medicina è sempre più evidente come sia indispensabile la partecipazione attiva della persona e del suo contesto. Senza responsabilizzazione non vi è riabilitazione in medicina e psichiatria ma nemmeno sicurezza sociale.

Verso nuovi concetti

Se si vuole evitare "l'abbraccio mortale tra psichiatria e giustizia" temuto da Basaglia, la conoscenza e la collaborazione reciproca sono essenziali per gestire al meglio i percorsi, definire nuovi scenari, elaborare idee e prassi innovative. Va superato il concetto del "dove lo metto" per affermare sempre "come lo curo e lo recupero". Un cambio di mentalità che sul piano organizzativo può spingere la REMS a diventare sempre più parte integrante del DSM e della comunità, idealmente superare se stessa. REMS "no restraint", luoghi aperti senza i muri e i sistemi custodiali ereditati dall'OPG, parte del territorio che alla logica del posto-letto sostituiscono una concezione orientata ai percorsi, alla responsabilizzazione reciproca. REMS a loro volta superate mediante Progetti terapeutico riabilitativi individualizzati con Budget di Salute (Pellegrini, 2017).

Sotto il profilo delle prassi l'applicazione della legge 81/2014, prevedendo la cura e al contempo azioni per fare fronte alla pericolosità sociale quindi per la sicurezza-prevenzione dei reati, ha reso evidente come si debba passare da una visione lineare ad una binaria.

Semplificando al massimo secondo la precedente prassi consolidata, il giudice, sentito il perito, dispone, la psichiatria “esegue” la cura e il paziente obbedisce e in un qualche modo vi si sottomette. Una cura di norma fondata sulla terapia farmacologica e al più psico-educativa comportamentale e adattativa. Una cura applicata dall'esterno, ad una persona che passivamente la subisce, nella presunzione che vi siano psicofarmaci in grado di curare il disturbo mentale mentre i dati scientifici indicano molta cautela (Breggin, 2018) e una limitata efficacia sia a breve, ad esempio che la schizofrenia è resistente ai trattamenti nel 25-30% e ancor più a lungo termine.

Non si può superare l'OPG senza prendere atto che è variato non solo il ruolo della psichiatria ma anche quello della giustizia. Questa ha competenze specifiche e autonome, possibilmente coordinate con la cura, e deve sviluppare una propria relazione con la persona tale da dare un senso alla misura adottata, alle azioni necessarie alla rieducazione e prevenzione di nuovi reati. Limitazioni della libertà, prescrizioni o dinieghi senza spiegazioni e precisazione dei tempi di durata della misura (come per altro previsto dalla legge 81/2014) non comunicati direttamente alla persona oggi non sono accettabili. Occorre abbandonare un modello autoritario impositivo a favore di uno collaborativo che preveda una forte responsabilizzazione della persona rispetto alle misure giudiziarie e alle eventuali violazioni. E' lei che ne deve rispondere e non lo psichiatra.

In altre parole, la giustizia deve sviluppare un “suo” patto con la persona in relazione al reato e alle misure conseguenti. Questo è essenziale anche con la persona con disturbi mentali, prosciolta e a maggior ragione se l'imputabilità è ancora da definire, per confrontarla con realtà e tramite impegni specifici prevenire reati e sostenere al massimo i percorsi di cura. L'impostazione prevista dalla legge 309/90 art. 94 è quella che si può applicare anche nella salute mentale.

“Il patto di cura” ha un'altra base giuridica, un'altra chiave di lettura e deve fondarsi sul consenso.

Si tratta di due patti, di due percorsi autonomi e specifici con possibili punti di contatto e convergenza, specie negli obiettivi. Nessuno dei due percorsi può sostituire e nemmeno parzialmente vicariare l'altro.

E' interesse di tutti che la persona si curi, si attenga alle prescrizioni e non commetta altri reati. Quindi la persona nella comunità si trova al centro di un percorso che vede due polarità, quella giudiziaria e quella psichiatrica.

Il passaggio da categorie rigide e dicotomiche (sano/malato, imputabile/non imputabile) a processi basati su dimensioni interagenti nella complessità (modello biosociale) dovrà portare a risposte sempre più articolate. Non più un doppio binario che dà vita a percorsi alternativi e mutuamente escludentesi, ma un doppio patto con al centro la persona nella comunità che tiene conto non solo delle specifiche competenze psichiatriche e giudiziarie ma anche dei diversi bisogni, a partire da quelli di base, per un programma di cura e il progetto di vita.

Se in caso di non imputabilità l'infermità contiene il reato e questo ne è la espressione, una visione basata sulla

complessità riconosce sempre ambiti di autonomia al reato e al disturbo che potranno vedere aree di sovrapposizione ma solo eccezionalmente sono pienamente coincidenti.

Vissuti psicologici si intrecciano con condizioni psicopatologiche, relazionali, sociali, di vita i quali vengono ad assumere a seconda dei casi il ruolo di fattori di rischio, protezione, precipitazione. Questi connotano la pericolosità non come dato obiettivo ma dinamico, dipendente dalla persona e dalle sue relazioni, comprese quelle di cura e giudiziarie.

Quindi si ha un continuum di vissuti dal normale al patologico, uno spettro sul quale operare. E trattandosi di un vissuto con una componente cognitiva importante, diviene fondamentale agire perché la persona possa sperimentare la capacità di modulare, articolare, controllare la propria attività mentale e il proprio comportamento.

Questa azione di responsabilizzazione è essenziale sia sul piano clinico-riabilitativo che giudiziario dove sarebbe molto più utile al paziente una pena chiara che un ambiguo e talora incomprensibile proscioglimento.

Un orientamento alla recovery nel quale fin da subito sono presi in considerazione i determinanti sociali della salute (reddito, alloggio, formazione lavoro) e i fattori culturali, religiosi e spirituali della persona (Merzagora, 2017) in quanto fondamentali per la diagnosi e la cura ma anche per la comprensione del reato, della espiazione e la possibile riparazione.

Cure e misure di comunità si possono fare solo nella libertà mentale, con il consenso e la partecipazione attiva della persona. Questa ha bisogno di tempo, di comprendere ed essere compresa nell'ambito di relazioni di fiducia, sempre difficili da costruire, strutturalmente fragili, labili, molto esposte al rischio di violazioni o di fallimento. Una condizione operativa molto delicata, dove occorre chiarezza, sensibilità, attenzione ai dettagli, dove la parte patologica è nell'ambito di un funzionamento mentale e relazionale di insieme, dove il reato e la violazione sono presenti nel mondo interiore, ingombranti, inquietanti, corpi che cercano spazio, parole, senso. Un male che cerca di definirsi, ferite lancinanti in attesa di medicazione, buchi non colmabili, devastazioni e terremoti che aspettano i primi soccorsi, l'accoglienza, l'incontro, il riconoscimento per come sono e aperture di un dialogo. Il male evitabile, quello che può derivare dalla psichiatria, dal sociale o dalla giustizia va evitato, quello inevitabile va affrontato. Comprendere tutto questo è nell'interesse dell'azione giudiziaria i cui tempi e modi rischiano di segnare le esistenze delle persone (e anche degli operatori) a volte in modo patogeno, confuso e talora kafkiano.

Prospettive

Con la legge 180 la persona con disturbi mentali ha acquisito pieni diritti e doveri e quindi non è pensabile come sottoposta ad una costante tutela da parte di qualcuno, lo psichiatra in particolare. Per questo sarebbe necessario un adeguamento coerente della normativa in tema di imputabilità e misure di sicurezza.

Nelle prassi è essenziale che si consolidi l'idea di un doppio patto con la persona, concertato tra psichiatria e giustizia, uno per la cura e l'altro per la sicurezza. La consultazione preventiva, la perizia o una doppia perizia/perizia di equipe, una relazione con il DSM per la condivisione dei rischi/benefici e delle responsabilità devono essere preliminari all'adozione di misure giudiziarie.

Dal "doppio binario e un unico trattamento" ad "un solo binario e un doppio patto". Questo impianto potrebbe essere valido per tutti gli autori di reato.

Alcune annotazioni sul presente. Troppe sono le segnalazioni delle REMS invischiate nel loro funzionamento dai disservizi e tempi della giustizia. Una forte riduzione e semplificazione delle procedure sarebbe quanto mai utile. Infatti, per il funzionamento delle REMS è fondamentale che fin da subito la persona ospite (basta con il termine internato!) possa utilizzare tutti gli strumenti di cura e abilitazione del Dipartimento di Salute Mentale e non quelli della sola REMS, di per sé assai limitati. Quindi la misura di sicurezza detentiva deve essere presso il "Dipartimento di Salute Mentale al cui interno opera la REMS". Il regolamento penitenziario è inapplicabile nelle REMS ed occorre valorizzare il metodo basato sul consenso e la pianificazione delle cure. I confini non possono essere quelli fisici della REMS ma il perimetro è quello della cura. Questo renderebbe più semplice ed efficiente il rapporto con la Magistratura, che verrebbe interpellata solo per i pernottamenti esterni. Va valorizzata la persona mediante la sua presenza alle udienze, affinché la giustizia possa realizzare il proprio "patto". In questo quadro andrebbero garantiti i diritti, abolita l'immatricolazione e prevista la non iscrizione nel casellario giudiziario relativa alla misura di sicurezza.

Quale futuro per le REMS?

Se ad oggi siamo riusciti a chiudere gli OPG anche attraverso le REMS e senza la loro creazione, come pure una parte della psichiatria italiana aveva proposto temendo la nascita di tanti piccoli OPG, probabilmente non saremmo giunti al risultato.

Attualmente una serie di elementi sta mostrando con una forte evidenza la necessità di un superamento delle REMS in quanto strutture per l'esecuzione di una misura di sicurezza il che significa un loro definitivo distacco dal sistema giudiziario. Le REMS sono parte dei DSM ma ammissione e dimissioni sono decise dall'autorità giudiziaria e questo rappresenta una distorsione non accettabile per un sistema a gestione sanitaria.

L'obbligo a permanere in luogo di cura (che sia conseguente a arresti o detenzione) non può in alcuna maniera prescindere dai bisogni sanitari. Se ciò si verifica si ripropone una logica manicomiale, antiterapeutica e la persona ne ricava danni in quanto si manifestano regressione e la sindrome istituzionale.

Se si vuole evitare la trasformazione in mini OPG, occorre una normalizzazione delle REMS e quindi la rimozione/abbattimento di ogni residuo dispositivo custodiale. Al contempo appare sempre più evidente che per la cura

psichiatrica non è necessaria una Residenza dedicata all'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Si tratta di sostituire all'idea del "posto REMS" quella del "percorso REMS" il che permette di poter utilizzare tutti i necessari dispositivi di cura del DSM e del sistema di welfare e di comunità.

Mantenendo i principi di riferimento (regionalizzazione, numero chiuso, assenza di contenzioni, recovery, volontarietà) le possibili prospettive sono:

- a) La prima è quella di non avere più strutture per l'esecuzione di misure di sicurezza; queste devono essere effettuate nelle articolazioni dei DSM o a domicilio; quindi solo posti REMS/o percorsi giudiziari nelle normali strutture. Una soluzione diffusa, molecolare nelle strutture o a domicilio sostenute da PTRI con budget di salute può realizzare il doppio patto per la cura e la prevenzione di nuovi reati, senza più strutture dedicate, ma con la casa della persona come riferimento primo per la cura.
- b) Nel caso si proceda al mantenimento delle REMS è necessaria una loro normalizzazione a comuni residenze attraverso la rimozione/abbattimento di ogni dispositivo custodiale e il loro utilizzo residuale per le sole misure definitive.
- c) Il tavolo 11 degli Stati Generali per l'Esecuzione Pena prevedeva che "se si vuole valorizzare l'aspetto sanitario della R.E.M.S. (abbandonando l'approccio custodialistico dell'O.P.G.) occorre dar vita ad uno specifico ordinamento "sanitario", che non si riferisca per relationem a quello penitenziario.

In merito al rapporto tra il nascente ordinamento "sanitario" delle R.E.M.S. e l'ordinamento penitenziario occorre abbandonare il modello della specialità per specificazione (rinvio sistematico all'ordinamento penitenziario, salvo diversa previsione), bensì optare per il modello della specialità reciproca (il regolamento R.E.M.S. è del tutto autonomo e solo con riguardo ai profili di cui all'art. 13, 24 e 27 Cost. vige una disciplina simile a quella prevista dall'Ord.pen.).

A tal proposito, deve anzitutto essere prevista una clausola generale per cui al modello organizzativo delle R.E.M.S. non si applica l'Ordinamento penitenziario. Si deve poi modificare, ovunque si faccia riferimento alla persona ospitata nelle R.E.M.S, il termine "internato" in "paziente psichiatrico giudiziario".

Quali conseguenze derivano da questa nuova impostazione e quali obiettivi deve perseguire il nascente Ordinamento?

1. una nuova denominazione delle attuali R.E.M.S. da modificarsi in Servizi Psichiatrici per Pazienti Giudiziari (S.P.P.G.), soprattutto se il legislatore opterà per la creazione di "misure giudiziarie di cura e controllo" per soggetti non imputabili infermi di mente;
2. un forte accento sulla tutela dei diritti fondamentali del paziente psichiatrico giudiziario e sulla centralità della persona;
3. il "trapianto" (con le necessarie modifiche) di tutti gli

- istituti previsti dall'ord.pen. che consentono la restituzione (anche parziale) della libertà (a titolo di esempio i permessi di necessità, i ricoveri, il lavoro esterno, la semilibertà e le licenze);
4. la centralità del Programma Terapeutico Individuale (P.T.I.), che il paziente può conoscere e condividere attraverso il c.d. "consenso informato". Tale Programma sarà parte integrante del provvedimento giudiziale che dispone il ricovero e dunque conosciuto e condiviso dall'autorità Giudiziaria, ferma restando l'autonomia del sanitario in merito alla scelta terapeutica;
 5. una completa riformulazione ex novo della normativa dei colloqui visivi, delle telefonate e dell'uso "controllato" di internet, che seguirà la regola generale della "non limitazione salvo casi eccezionali" (esigenze terapeutiche, cautelari e di controllo, tramite provvedimento dell'A.G. sentito il dirigente sanitario);
 6. gli strumenti per far fronte alle acuzie e alla gestione di pazienti che necessitano livelli di alta intensità terapeutica. A tal proposito occorre che gli S.P.P.G. si organizzano per proporre trattamenti differenziati a pazienti acuti, sub-acuti e persistenti;
 7. la caratterizzazione degli S.P.P.G. come strutture di permanenza temporanea, aperte verso l'esterno e proiettate verso percorsi di reinserimento sociale, onde evitare che si trasformino in cronici ad alta contenzione psicofarmacologica o in contenitori residuali della marginalità sociale.
 8. l'esclusione dell'applicazione della normativa riguardante il Trattamento Sanitario Obbligatorio all'interno degli S.P.P.G. ".

In questa prospettiva che accoglie molte delle innovazioni che si sono realizzate in questi anni, si inserisce anche la creazione nei DSM di articolazioni, funzioni, unità operative e programmi di psichiatria forense. In questo quadro si può prevedere l'evoluzione del sistema di cura e non solo delle REMS secondo livelli di intensità di cura e (sicurezza) e creare anche nei presidi competenze altamente specializzati per la valutazione e la definizione del programma di cura.

- d) Nell'attività ordinaria si vedono altri movimenti. Il primo è quello della contaminazione di tutto il sistema dei DSM a partire da quello residenziale investito di un nuovo mandato custodiale e di controllo fondato sulla crisi del patto sociale. Questo si sostanzia anche in una spinta verso l'apertura di altre REMS con un aumento del numero dei posti (lo scorso anno, il magistrato Paola Di Nicola (2017) ne richiedeva 200 in più) in un processo espansivo che probabilmente non avrebbe limiti nella domanda (se non quelli economici) e potrebbe portare, come in Inghilterra, anche a 6000 posti; un sistema che verrebbe ulteriormente spinto all'ampliamento anche dalla proposta della Sen. Marin che prevede cure obbligatorie nelle residenze. In questo quadro vi è il rischio di una progressiva trasformazione delle REMS in Mini OPG e di una lesione dei diritti degli utenti. Infatti nelle REMS vi sono difficoltà a di-

mettere, si accumulano poveri, misure provvisorie, persone abbandonate e autori di reati gravi. Tralasciando per ora la fattibilità operativa, sembra vi siano orientamenti per valorizzare non tanto la cura quanto una funzione di controllo del disagio sociale. Una rinuncia al cambiamento attraverso l'investimento sulla persona, una "capacitazione" e iniezione di fiducia e diritti sociali, sostituita da contenimento, aumento dei controlli e delle sanzioni?

I posti nelle REMS sono ormai dedicati per la metà a misure provvisorie ed assumono di fatto una natura di carattere custodiale. Un mandato del tutto improprio per la sanità. Non solo ma si associano pazienti con reati importanti e programmi complessi, ed altri magari ancora nemmeno ben diagnosticati o di utenti che hanno commesso reati lievi ma non hanno aderito o hanno violato i programmi di cura o non hanno la capacità di stare in giudizio.

Le REMS, talora con sollievo di famiglie, contesto e in certi casi anche dei DSM, svolgono la funzione di controllo sociale, liberano per un tempo dal disagio, da soggetti disturbanti dediti alla microcriminalità, ma niente affatto motivati alla cura. In altri termini sono l'appendice dell'Istituto di Pena ove sarebbe destinata la persona. Questa spesso si vede costretta a permanenze in REMS non sulla base del quadro clinico e del programma di cura ma per un ambiguo mix giudiziario-psichiatrico che finisce con l'aver basse garanzie, quando non viola palesemente i diritti. Si ricrea una condizione dove il patto di cura e quello della sicurezza diventano confusivi, e la funzione della REMS è di mero contenimento, limitazione della libertà. Una REMS come appendice del sistema penitenziario? A leggi invariate, le prassi cambiano senso alle cose.

Conclusioni

Pur in un quadro legislativo incompleto e con la carenza di risorse, sono stati chiusi anche gli OPG e la riforma con pragmatismo, pare poter funzionare. Tuttavia si rende necessario in uno spirito di collaborazione tra giustizia e psichiatria, per altro auspicato anche dal Consiglio Superiore della Magistratura, un chiarimento dei mandati, una definizione delle organizzazioni e affrontando le contraddizioni. Si è creato un sistema di cura e di misure di comunità che si confronta con le povertà e le contraddizioni sociali, nonché determinate libere scelte delle persone.

Va evitato che il disagio sociale venga delegato alla psichiatria favorendo invece il mandato di cura rispetto a quello della sicurezza sociale attribuendoli con chiarezza ad istituzioni diverse.

Ad oggi è centrale il mandato di cura dei DSM che devono operare per la cura nella comunità. In questa ottica gli utenti vanno resi protagonisti, responsabilizzati rispetto ai loro programmi di cura e al rispetto dei limiti loro imposti dalla giustizia. Questo deve realizzarsi nel contesto ritenuto dai clinici più idoneo e non vi debbono più essere strutture sanitarie con finalità di eseguire misure di sicurezza. Infine va tenuto conto del persistere dello stigma della

REMS che è molto elevato e pertanto viene drammatizzato ogni evento avverso rendendo molto più difficile il lavoro degli operatori e l'inclusione sociale. La maggior parte degli utenti è già nel territorio e quindi è auspicabile il superamento delle REMS. Se la persona deve restare in carcere bisogna assicurare in quella sede gli interventi di cura possibili e appropriati alla situazione.

Nella creazione del nuovo sistema è fondamentale il ruolo dei periti e il tipo di quesito. Oltre alla valutazione della capacità di stare in giudizio, della imputabilità, della pericolosità sociale (e delle misure di sicurezza) è diventato fondamentale avere una proficua collaborazione con il DSM di riferimento territoriale sia per una migliore definizione del programma di cura sia per il reperimento di un'adeguata soluzione secondo quanto previsto dalla legge 81/2014 (residualità delle misure di sicurezza detentive) e anche per avere un'alternativa alla REMS, qualora non vi fosse posto. In talune occasioni, specie in fase di cognizione, ai periti viene anche attribuito una qualche forma di valutazione dell'operato dei servizi territoriali come se ad essere inquisito non fosse solo la persona ma anche chi ha cercato in un qualche modo, alle condizioni possibili, di curarlo.

Una prassi che se dovesse estendersi magari sotto la spinta di una giustizia penale "di parte" potrebbe spingere alla psichiatria difensiva ed evitante. Il ruolo degli avvocati è essenziale per creare le migliori condizioni per la tutela dei diritti evitando di pensare che il proscioglimento per totale incapacità sia sempre la soluzione più utile alla persona. Le condizioni della cura vanno costruite insieme evitando, dopo la commissione di un reato, di vedere negli operatori dei servizi dei corresponsabili o peggio degli imputati.

La complessità e la difficoltà del compito dello psichiatra va sempre riconosciuto specie in un sistema che voglia essere capace di cogliere le sofferenze della persona, famiglia, delle relazioni, della coppia. Per questo occorre una strategia articolata che veda una pluralità di attori e si sviluppi nella comunità. Si pensi ad esempio ai femminicidi. Da indagini pare quasi sette milioni di donne abbiano dichiarato di aver subito una violenza fisica o, peggio, uno stupro. Una su cinque ha riportato danni permanenti. Quasi cinquantamila donne sono state assistite dai Centri Antiviolenza. Il 20% dei femminicidi è stato preceduto da una misura cautelare che disponeva un divieto di avvicinamento che non si è rivelato efficace nel proteggere le vittime. È chiaro che intervenire, con un tentativo di cura individuale o di coppia, non può essere gravato da un impossibile mandato di controllo sociale in capo al terapeuta. Queste situazioni rendono evidente come sia necessario chiarire in modo inequivocabile i mandati. La posizione di garanzia dello psichiatra va superata riconoscendo le evidenze scientifiche e

cioè l'umana impossibilità di prevedere e prevenire le condotte di altre persone, assicurando in relazione alla grave difficoltà del compito, "il privilegio terapeutico" e forme di responsabilità istituzionali. Per essere all'altezza del compito e delle complessità sociali (sostanze, multiculturalità, nuove tecnologie, globalizzazione) occorre un cambio di mentalità dove ciascuna parte ha chiaro il proprio mandato aggiornato alle condizioni di oggi.

Infine è fondamentale la formazione e la ricerca e in questi è cruciale il ruolo delle università e delle società scientifiche anche al fine di avere strumenti derivanti e applicabili nella realtà operativa italiana, l'unica al mondo a non avere più OP e OPG. E' bene che si sviluppi il dibattito. Attraverso una Consensus Conference nazionale si potrebbe arrivare alla definizione di buone pratiche, coinvolgendo le famiglie, la società civile, gli enti locali, la comunità. In questo è fondamentale il ruolo delle Università e delle Società Scientifiche.

Riferimenti bibliografici

- Basaglia, F. (1979). *Conferenze brasiliane*, 21 giugno 1979. Milano: Raffaello Cortina.
- Belardetti, A. (2017). "Pazzi criminali liberi". Nelle Rems non c'è posto, *La Nazione*, 11 giugno 2017 <http://www.ristretti.org/Le-Notizie-di-Ristretti/qpazzi-criminali-liberiq-nelle-rem-non-ce-posto>
- Breggin, P. (2018). *La sospensione degli psicofarmaci*. Fioriti.
- Ceretti, A. & Natali, L. (2009). *Cosmologie violente. Percorsi di vite criminali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Corleone, F. (ed.) (2018). *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*. QCR, 1.
- Di Nicola, P. (2017). *Vademecum per tentare di affrontare e (risolvere) il problema dell'assenza di posti nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)*. *Diritto Penale Contemporaneo*, 13 dicembre 2017, <https://www.penalecontemporaneo.it/d/5750-vademecum-per-tentare-di-affrontare-e-risolvere-il-problema-dell'assenza-di-posti-nelle-residenze-pe>
- Merzagora, I. (2017). *Lo straniero a giudizio*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pellegrini, P. (2015). *Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari*. Milano: Franco Angeli.
- Pellegrini, P. (2017). *Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Merano: Alphabeta.
- Pellegrini, P. (2018). Il paziente psichiatrico suicida od autore di reato. Contenuti e limiti nei doveri di cura. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XII, 2, 96-104.
- Pellegrini, P., Paulillo, G., Giannattasio, V., & Mozzani, M. (2018). Pratiche "no restraint" per i pazienti autori di reato. *Sestante* 06, settembre 2018, 45-49

RIFLESSIONI SULL'ESECUZIONE DELLA MISURA DI SICUREZZA IN REMS

REFLECTIONS ON DETENTION SECURITY MEASURES FOR PSYCHIATRIC OFFENDERS IN REMS

Pieritalo M. Pompili • Viviana Censi • Filippo M. Moscati • Roberto Seggiorato • Noemi Alagia • Ursula Gennaioli • Federica Franchi • Silvia Ciaralli • Stefano Ferracuti • Giuseppe Quintavalle • Giuseppe Nicolò

Abstract

Laws 81/2014 and 9/2012 regulate the progressive overcoming of the Judicial Psychiatric Hospitals (O.P.G.) and the consequent opening of the Residences for the Execution of Security Measures (R.E.M.S), thus advancing an inevitable reform to limit the duration of the security measure within the maximum legal limit, and to put before the requirement and the claim of treatment before to the custodial concept. However, these two fundamental conditions have concealed what should have been a thorough psychiatric-forensic analysis for the identification of an organizational model based on clinical evidence. An accurate critical analysis of the current normative framework must face the problem of the structural model of the REMS for the management of the different degrees of violence that an infirm subject can carry out, the problem of the insufficiency of beds and the variability in the application of measure safety.

Therefore, the purpose of this work is to discuss some problems that we consider should be examined by the scientific community, underlining also the necessity of a new dialectical institutional phase to propose a different clinic-forensic model based on the scientific evidence obtained in this first period of evaluation.

Keywords: REMS • forensic units • security measures • socially dangerous NGMI • violence treatment

Riassunto

Con le Leggi 81/2014 e 9/2012 si è assistito al progressivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) e alla conseguente apertura delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S), dando così inizio ad un'inevitabile riforma per limitare la durata della misura di sicurezza entro il limite massimo di legge e per anteporre al concetto custodialista la necessità e il diritto alle cure. Queste due condizioni fondamentali, hanno però offuscato quella che sarebbe dovuta essere una più approfondita analisi psichiatrico-forense per l'individuazione di un modello organizzativo basato su evidenze cliniche. Un'accurata analisi critica sull'attuale impianto normativo deve affrontare il problema del modello strutturale delle REMS per la gestione dei diversi gradi di violenza che un soggetto infermo può esprimere, il problema della scarsità di posti letto, e la variabilità nell'applicazione della misura di sicurezza.

Lo scopo di questo lavoro è pertanto quello di affrontare alcune problematiche che riteniamo debbano essere prese in esame dalla comunità scientifica, sottolineando anche l'esigenza di una nuova fase dialettica-istituzionale per proporre un nuovo modello clinico-forense che tenga conto delle evidenze scientifiche raccolte in questi primi anni di osservazione.

Parole chiave: Rems • Unità di psichiatria forense • misure di sicurezza • pericolosità sociale non imputabili • trattamento della violenza

Per corrispondenza: Pieritalo M. POMPILI, email: pieritalomaria.pompili@aslroma5.it

Pieritalo M. POMPILI, REMS "Merope" - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – ASL Roma5, Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico Legali e dell'Apparato Locomotore, "Sapienza" Università di Roma, pieritalomaria.pompili@aslroma5.it

Viviana CENSI, REMS "Merope" - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – ASL Roma5

Filippo M. MOSCATI, REMS "Merope" - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – ASL Roma5

Roberto SEGGIORATO, REMS "Merope" - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – ASL Roma5

Noemi ALAGIA, REMS "Merope" - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – ASL Roma5

Ursula GENNAIOLI, REMS "Merope" - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – ASL Roma5

Federica FRANCHI, REMS "Merope" - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – ASL Roma5

Silvia CIARALLI, Psicologa, Roma

Stefano FERRACUTI, Dipartimento di Neuroscienze Umane, "Sapienza" Università di Roma

Giuseppe QUINTAVALLE, REMS "Merope" - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – ASL Roma5

Giuseppe NICOLÒ, REMS "Merope" - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche – ASL Roma5

Riflessioni sull'esecuzione della misura di sicurezza in REMS

Considerazioni sull'impianto legislativo e sulla funzione della R.E.M.S

Sono trascorsi ormai tre anni dall'avvio della seconda riforma psichiatrica in Italia. E prima di allora già sette anni erano trascorsi dall'inizio dei lavori della Commissione Parlamentare nel 2008¹, che portò all'attenzione dell'opinione pubblica e politica lo stato di disfacimento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Sette anni che, secondo il legislatore e tutti coloro che hanno partecipato alla stesura dell'impianto normativo, sarebbero dovuti bastare per far camminare sulle proprie gambe un sistema di intersezione tra Salute e Giustizia, enormemente complesso e articolato.

Il fatto che le Leggi 9/2012 e 81/2014 non fossero sufficienti per soddisfare appieno gli obiettivi della riforma, sembrava chiaro anche al legislatore stesso che, delegando alla Conferenza Unificata (CU) Stato-Regioni-Province Autonome il compito di normare gli aspetti non affrontati nei testi di legge, già ne definiva l'incompiutezza. Ciò che però è divenuto evidente solo in corso d'opera, è stata l'impraticabilità di alcune procedure codificate nella CU del 26 febbraio 2015², che ha lasciato il personale operativo nelle REMS a dover affrontare una moltitudine di serie problematiche di natura giuridica e medico legale, senza più avere la possibilità di un intervento politico a livello nazionale. Ad esempio, solo la concreta apertura delle prime Residenze ha reso evidente che il trasferimento del ruolo del Direttore dell'OPG al Responsabile della REMS, attribuiva a quest'ultimo non solo funzioni improprie dell'area sanitaria, ma soprattutto compiti non legittimati dal codice di procedura penale, come ad esempio la notifica di atti giudiziari o l'immatricolazione giudiziaria dei nuovi ingressi. D'altro canto, non è nemmeno stato affrontato il discorso sulla liceità dell'applicazione del regolamento penitenziario in REMS, rimasto ancora irrisolto, e che determina di volta in volta interpretazioni della norma del tutto personali.

La messa in opera della riforma ha quindi dato avvio ad un dibattito istituzionale tra le amministrazioni regionali, sanitarie e giudiziarie allo scopo di chiarire e organizzare gli aspetti più pragmatici della riforma, tenendone bene a mente i principi ispiratori, ma soprattutto costruendo un percorso applicativo che non attribuisse all'area sanitaria compiti e funzioni propri dell'amministrazione penitenziaria. Nel 2015, parallelamente all'apertura delle REMS e alla chiusura degli OPG, all'interno del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche della ASL Rm5

che include tre REMS, ha avuto inizio una seconda fase di studio e di analisi della riforma sulle unità psichiatrico forensi, con lo scopo di individuare per un verso un modello gestionale dei pazienti basato su evidenze scientifiche, ma anche di tracciare una linea di indirizzo per un futuro ampliamento della cornice legislativa, partecipando attivamente alle attività dei tavoli tecnici istituiti presso la Regione Lazio e il Ministero della Giustizia.

Il codice penale, non modificato dalla riforma, mantiene invariato l'intento giuridico della misura di sicurezza, che si configura come una misura di prevenzione sociale e non propriamente di cura, pur essendo stata affidata nella sua intera gestione al Sistema Sanitario Nazionale. La costituzione dell'attuale sistema REMS si è andato a scontrare con questa difformità concettuale. Compito dei sanitari è, e deve restare, la cura e il trattamento di un soggetto, ma nel caso della gestione di pazienti psichiatrico forensi, questo non risulta più essere l'unico ruolo che gli è stato affidato. Volendo supporre, per assurdo, che per gli operatori e i dirigenti della REMS possa essere ammessa una deroga alle ordinarie funzioni sanitarie, tale compito risulterebbe comunque inattuabile per l'assenza degli opportuni strumenti operativi ed organizzativi.

Un ulteriore spunto di riflessione teorico, prima ancora di esaminare altri aspetti più concreti, può essere fornito dalla contraddizione terminologica che si annida nei testi legislativi della riforma. Da un lato, infatti, la Legge 81/14 sancisce che:

*Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale [...]*³

indicando esplicitamente il senso di *estrema ratio* che deve avere il ricorso all'applicazione di una misura di sicurezza detentiva. Al contempo però, lo stesso impianto legislativo denomina l'ambiente che deve superare l'OPG come una Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza, come a dire, contrariamente a prima, che la Residenza rappresenta a tutti gli effetti il luogo preposto dove la persona deve scontare la misura inflitta. Quindi la prima riflessione: qual è lo scopo della REMS? Applicare un trattamento psichiatrico su soggetti il cui livello di pericolosità sociale non consenta l'immediata applicazione di misure di sicurezza

1 https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPGG_doc_XXII-bis_4.pdf

2 Presidenza del Consiglio dei Ministri – Conferenza Unificata rep. 17 del 26.02.2015

3 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, art. 1 comm. 1-b

non detentive, stabilizzandoli nel minor tempo possibile per riavviarli a percorsi terapeutici territoriali, o quello di eseguire la misura di sicurezza nella sua (quasi) interezza? Quello che può apparire come un pignolo esercizio di grammatica italiana, in realtà, nasconde la discrasia di una dialettica avviata solo *ex post* tra sistema della giustizia e sistema sanitario.

Il risultato di queste contraddizioni è drammaticamente evidente: la quasi totalità delle misure di sicurezza ordinate dai Tribunali di merito prevedono la permanenza del soggetto in REMS per un periodo prossimo al limite edittale, e i sanitari che operano nelle unità forensi sono esposti a responsabilità professionali abnormi e incomprimibili nell'attuale scenario. Questo lavoro, quindi, si propone lo scopo di esporre ed affrontare alcune delle problematiche ancora irrisolte, che riteniamo debbano essere affrontate all'interno delle società scientifiche qualificate sulla materia forense e criminologica, scansando posizioni ideologiche ormai anacronistiche, per avviare poi una nuova fase di dialettica inter-istituzionale.

Il fabbisogno dei posti letto in REMS e il problema dei soggetti in attesa

Il fabbisogno stimato per i posti letto psichiatrico forensi in REMS è stato calcolato sulla base di un clamoroso errore analitico del flusso *in/out* degli internati in OPG a ridosso della loro chiusura, stabilita al 31 marzo 2015. Se si esaminano i dati resi dal Ministero della Giustizia, si può facilmente notare un decremento progressivo delle presenze in OPG che sono passati dai 1600 internati al 31.12.2010, ai 1051 del 31.12.2013⁴. Ciò ha lasciato intendere, attraverso una miope semplificazione storiografica, che la diminuzione dei ricoveri confermasse l'abuso del ricorso all'OPG, e che questo non replicasse altro che la funzione manicomiale dei vecchi ospedali psichiatrici civili, come contenitore di soggetti alla deriva sociale abbandonati dal Servizio Sanitario e Giudiziario: i cosiddetti *ergastoli bianchi*. C'è da ricordare che il punto 4 del comma 2 dell'art. 133 cp, poi abrogato, obbligava il Perito a valutare la pericolosità sociale del reo anche sulla scorta dell'assenza di servizi psichiatrici territoriali o di rete sociale/familiare. Di conseguenza, la possibilità di progredire *ab libitum* il limite edittale per le misure di sicurezza, consentiva in alcuni casi il prolungamento del ricovero in OPG per un tempo abnorme rispetto alla fattispecie del crimine commesso, soprattutto per quei soggetti provenienti dai margini della società civile, spesso affetti da forme particolarmente gravi di patologia mentale, incluso lo spettro delle deficienze intellettive o altri stati psicorganici.

L'ideologia antimanicomiale e l'indignazione pubblica contro gli *ergastoli bianchi*, che senza dubbio costituivano la peggiore evoluzione degradante dell'istituzione giudiziaria, hanno però offuscato una più approfondita analisi psi-

chiatrico forense sulle qualità dell'intera popolazione degli internati. Avviando una massiccia campagna di dimissioni, a volte irrispettosa delle valutazioni medico-legali svolte in corso di giudizio e comunque svincolata da parametri clinici standardizzati, si è generato un clamoroso *bias* nell'analisi del flusso degli internamenti in OPG dal 2010 al 2015, che ha portato a sottostimare gravemente la reale necessità di posti letto per utenti psichiatrico forensi. Ciò che a nostro avviso non è stato affatto considerato, in quest'analisi epidemiologica, riguarda invece la netta riduzione che avevano subito le applicazioni della misura di sicurezza provvisoria in OPG (art. 206 cp), all'interno dei procedimenti penali istruiti in quel quinquennio. Il ricorso a misure di sicurezza non detentive presso strutture psichiatriche residenziali, considerate idonee per l'esecuzione della libertà vigilata più sotto il profilo etico che giudiziario, aveva ridotto notevolmente il flusso in entrata verso l'Ospedale Psichiatrico o la Casa di Cura e Custodia, escludendo questa popolazione dal computo del fabbisogno di posti letto in REMS.

In sintesi, è così possibile spiegare in termini statistici il catastrofico errore nel computo del fabbisogno dei posti letto REMS:

- 1) Una sottostima della prevalenza dei soggetti sottoposti alla misura del ricovero in OPG a causa delle indiscriminate dimissioni, spinte più da necessità ideologico/politiche che da reali condizioni di guarigione;
- 2) Abolizione dell'incidenza dei nuovi soggetti sottoposti alla misura provvisoria dal 2010 al 2015.

Al termine degli studi sul fabbisogno di posti letto per pazienti psichiatrico forensi, si è così passati da una capienza di 1332 posti nei sei OPG, all'attuale disponibilità di circa 625 posti letti REMS, 61 per donne e 564 per uomini, che alla data del 30 aprile 2018 erano giuridicamente distinti in 236 internati provvisori e 387 definitivi⁵.

Con la fattuale apertura delle residenze forensi sul territorio regionale, infatti, si è assistito ad un rapido e inaspettato, ripristino delle richieste di ricovero in REMS anche per i soggetti cosiddetti provvisori. Il volume delle applicazioni ex art. 206 cp della misura di sicurezza ha assunto proporzioni tali da aver rallentato anche il riassorbimento sul territorio regionale degli internati in OPG, visto che la pronta disponibilità di posti letto REMS per dar luogo ai trasferimenti, era stata soppiantata dall'esecuzione di misure provvisorie.

Le REMS, già alle prese con la lentezza del turnover degli utenti ricoverati, non sono così riuscite a rispondere alla spinta giudiziaria per nuovi accoglimenti, generando una categoria di soggetti finora inesistente: coloro che ancora detenuti in istituto di pena, o in libertà, restano in attesa di trovare collocamento in REMS.

Al 31 marzo 2018, la lista d'attesa per le REMS sull'intero territorio nazionale contava circa 450 soggetti⁶.

4 Rapporto del Coordinamento Interregionale della Sanità Penitenziaria, Marzo 2014

5 Relazione al Parlamento 2018 – Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale

6 Relazione al Parlamento 2018 – Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale

Dinnanzi a questi dati allarmanti è divenuto necessario avviare delle riflessioni, soprattutto di natura medico legale, su questo gruppo di persone in attesa, che giuridicamente sono contraddistinti dall'applicazione di una stessa misura penale e quindi da un equivalente parere di pericolosità sociale. La prima considerazione riguarda il volume del sistema REMS: la sommatoria tra i soggetti inclusi e quelli ancora esclusi dal circuito delle Residenze, dimostra in maniera incontrovertibile che la capienza teorica di posti letto necessaria a soddisfare le richieste dell'amministrazione giudiziaria, corrisponde in maniera pressoché sovrapponibile alla precedente capienza dei posti letto in OPG. Ciò significa che il vecchio assioma, di chiaro stampo ideologico, che presagiva un aumento delle richieste di internamento all'aumentare della capienza delle Residenze, è fallace nella fattispecie delle misure di sicurezza. A distanza di tre anni dall'entrata in vigore della riforma non è affatto variato il ricorso all'applicazione della misura di sicurezza detentiva, mentre è drammaticamente diminuita la possibilità di dare accoglienza a tutte le richieste. In maniera del tutto paradossale, mentre la riforma della sanità penitenziaria nasceva dall'intento di ridurre la discriminazione sull'assistenza sanitaria in funzione della posizione giuridica, a tutela dei detenuti e degli internati, proprio su questi ultimi è ricaduta la discriminazione tra aventi diritto all'assistenza in R.E.M.S in virtù dell'applicazione di una misura provvisoria o definitiva.

In secondo luogo, ma non meno trascurabile, va affrontata la questione sulla responsabilità professionale che accompagna ogni soggetto in attesa. Il ritardo nell'applicazione della misura di sicurezza in via provvisoria può determinare un prolungamento della detenzione in istituto di pena, di fatto illegittima, o la permanenza in stato di libertà, spesso all'interno dell'ambiente dove si è consumato il delitto sanzionato. La responsabilità sulle condizioni di salute o sulle condotte di ciascuno di questi due ulteriori sottogruppi sembra di nuovo ricadere nel vuoto normativo, non individuando in nessuna delle istituzioni coinvolte una piena competenza: né la magistratura che ha applicato la misura, né il Responsabile della REMS che non può accogliere il soggetto per mancanza di posto letto, dispongono di strumenti alternativi per una valida ed efficace risoluzione del problema. Nel dilemma tra Scilla e Cariddi, ovvero tra la necessità giudiziaria di prevenzione sociale e il diritto alle cure nel luogo preposto, si inserisce il principio di incompatibilità con l'istituto di pena per il sottoposto alla misura di sicurezza. E così, in un numero sempre più crescente di casi, si assiste ad un ripristino della libertà dopo un periodo di carcerazione, in attesa del ricovero in REMS. Lo scenario assume dei contorni ancora più preoccupanti, se si ipotizza l'eventualità per cui un soggetto in questa ibrida fase di attesa possa compiere un nuovo delitto, al quale seguirebbe, verosimilmente, un accertamento sulla posizione di garanzia. Mancando una norma giuridica, è lecito temere che una tale responsabilità possa essere troppo facilmente attribuita all'area della salute mentale, REMS o territoriale.

Sulla scorta di questi ragionamenti è andata delineandosi con più vigore la necessità di intercettare, all'interno della lista d'attesa regionale, quei soggetti che più di altri abbiano diritto ad un rapido ricovero in REMS, e allo stesso

tempo individuare tutti coloro che possano essere sottoposti a misure di sicurezza non detentive secondo il dettame della L.81/14. Tenendo bene a mente il principio di autonomia decisionale che deve mantenersi tra apparato giudiziario e sistema sanitario, e non volendo intervenire sul merito dei soggetti cui era già stata ordinata la misura di sicurezza, si è quindi dato rilievo al ruolo della perizia psichiatrica per discriminare prima dell'applicazione della misura, il livello di intensità assistenziale necessario a contenere la personalità del soggetto. È stata quindi definita una procedura di interfaccia tra il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) competente per quel determinato soggetto, e il Consulente Tecnico d'Ufficio, tramite la nomina di uno o più referenti per ogni DSM, prontamente disponibili a reperire informazioni clinicamente e anamnesticamente rilevanti per il Perito. Se in alcune aree del territorio nazionale questa procedura di interscambio tra il Tribunale e il DSM può apparire già consolidata e routinaria, su questo territorio regionale è divenuto indispensabile codificarla.

La Regione Lazio e il Ministero della Giustizia, a compimento dei lavori del Tavolo Tecnico appositamente costituito, hanno prodotto nel novembre 2017 un Protocollo d'Intesa siglato dal Ministro della Giustizia, dal Presidente della Regione, dal Presidente della Corte d'Appello di Roma e dal Procuratore Generale della Procura di Roma⁷, che all'art. 8 propone l'estensione del quesito peritale per tener conto da un lato della necessità di gradare il livello di pericolosità sociale e dall'altro di considerare ogni valida alternativa al ricorso alla REMS, anche in via temporanea nelle more dell'attesa:

Accerti il perito, sottoponendo a visita l'indagato ed acquisendo tutta la documentazione medica ad esso relativa, esistente presso strutture pubbliche o private, se lo stesso fosse capace di intendere e di volere al momento del fatto; nel caso di accertata incapacità di intendere e volere, indichi il perito la presenza e la persistenza di rischio psicopatologico, rilevante ai fini dell'apprezzamento, da parte del giudice, della pericolosità sociale; in caso di ricorrenza di rischio psicopatologico, dica il perito se l'indagato sia da considerare persona che presenti allo stato necessità di cura a elevata o attenuata intensità terapeutica, precisando i rispettivi indicatori clinici; individui, quindi il consulente la misura più idonea a contenere la pericolosità, precisando i trattamenti terapeutici più idonei alla cura del periziando ed eventualmente in grado di incidere positivamente sulla pericolosità di questo, approntando uno specifico piano terapeutico, anche d'intesa con i servizi sanitari territoriali e tenendo conto che il ricovero in REMS "può essere disposto solo quando risulti che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla sua pericolosità sociale" (art. 3 ter, co. IV D.L. 211/11); indichi il perito le strutture residenziali, comprese le REMS, dotate di caratteristiche tali, sotto il profilo terapeutico, da assicurare i trattamenti più idonei alla cura del soggetto e al contenimento della sua pericolosità psichiatrica; qualora il ricovero in REMS sia ritenuto l'unica misura idonea, individui il perito, ove possibile, percorsi terapeutici alternativi, anche temporanei, se, sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediato ricovero.

7 Protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio – 08.11.2007 – “Per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di sofferiti affetti da vizio parziale o totale di mente”.

All'interno di un protocollo che affronta numerosi aspetti dell'organizzazione delle REMS (come ad esempio la scorta in caso di trasferimenti sanitari urgenti, il piantonamento in caso di ricovero esterno alla Residenza, o la notifica di atti giudiziari), la formulazione di un quesito psichiatrico forense così articolato può rappresentare un primo ma fondamentale passo in avanti per discriminare, in maniera via via più accurata, coloro i quali necessitano del ricovero in REMS già dall'applicazione in via provvisoria della misura, da coloro i quali possono essere immediatamente sottoposti alla libertà vigilata in un luogo di cura territoriale.

Il problema della violenza e la necessità di REMS differenziate

L'organizzazione funzionale delle REMS stabilita nella L. 9/2012 delinea chiaramente la natura comunitaria delle residenze, con una evidente vocazione terapeutico-riabilitativa del trattamento. La progettazione strutturale delle REMS, pensata evidentemente più sull'ipotesi di gestione di utenti cronicizzati e residuali, non ha quindi previsto la costituzione di ambienti adatti al contenimento di soggetti capaci di esprimere comportamenti violenti. Al di là delle porte perimetrali rinforzate e sorvegliate, o del sistema di allarme e videoregistrazione, l'interno delle REMS non si differenzia in alcun modo da tutti gli altri reparti sanitari ordinari, ma anzi, rispetto ai servizi di diagnosi e cura si distingue per una riduzione dei presidi per il trattamento delle urgenze psichiatriche e mediche.

Peraltro, l'assegnazione all'una o all'altra tipologia di REMS essendo eseguita direttamente dall'amministrazione penitenziaria sulla base di parametri anagrafici (e non clinici), ha determinato una commistione di soggetti affetti da patologie mentali molto eterogenee tra loro, sia sul piano strettamente categoriale sia per quanto riguarda la fase di scompenso psicopatologico. In questa maniera è stata abolita la diversificazione funzionale tra strutture di valutazione e di mantenimento, che si compongono in misura variabile di soggetti affetti da gravi psicosi, gravi disturbi della personalità e deficit cognitivi/intellettivi.

Se poi si prende in considerazione il fatto che sempre più soggetti giungono in REMS direttamente dalla libertà, il più delle volte in fase florida di scompenso psichico e privi di trattamenti in corso, si comprenderà immediatamente la difficoltà gestionale degli stati di agitazione e di violenza che si deve affrontare all'interno delle REMS, che da un lato sembrano identificarsi come il luogo per il trattamento della pericolosità sociale in senso psichiatrico, e dall'altro appaiono sprovviste di ambienti adatti ad un trattamento della violenza e dell'aggressività.

Il fatto che il comportamento violento/aggressivo appartenga alla costellazione di sintomi inclusi nelle sindromi psichiatriche o psicorganiche può apparire oggi come un'ovvietà, e la letteratura scientifica è ricca di produzioni in tal senso (Volanka J., 2013). Considerando anche che a partire dal 2005, allorquando la Corte di Cassazione,

SS.UU. penali, con la ormai nota sentenza del 08.03.2005 n. 9163, ha stabilito che anche i gravi disturbi della personalità possono prevedere una riduzione della responsabilità penale, potrà essere ancora più semplice al lettore comprendere quanto l'espressione del comportamento violento rappresenti un target di cura e di gestione all'interno delle residenze forensi. In particolare il riferimento è ai gravi disturbi della personalità del Cluster B (Horward et al, 2014), che rappresentano epidemiologicamente circa il 50% delle diagnosi codificate sui pazienti REMS

Le REMS, in sintesi, si compongono di una popolazione di utenti affetti da gravi disturbi mentali, ognuno dei quali ha già manifestato comportamenti violenti di rilevanza penale, e che verosimilmente continueranno a manifestare condotte aggressive sia contro gli operatori ma anche contro gli altri degenti, in attesa che il trattamento risulti efficace in tal senso. Gli strumenti di rilevazione del comportamento violento, specialmente la scala AIS-Harm⁸ utilizzata nella REMS Merope di Palombara Sabina, mostrano nel I semestre dell'anno in corso la presenza di 218 episodi di livello compreso tra 1 e 3 (da polemica verbale a intimidazioni e minacce di violenza), 17 episodi di livello compreso tra 4 e 6 (da contatti fisici inappropriati a distruzione di proprietà), e 2 episodi compresi tra il livello 7 e 9 (assalto violento contro altre persone classificato in base alle lesioni prodotte).

La conformazione strutturale e funzionale delle REMS, che sono state evidentemente progettate immaginando una popolazione di utenti forensi con ridotto indice di violenza, non sembra dunque poter rispondere in maniera adeguata alla necessità di trattare e prevenire espressioni violente di più alto grado. Se consideriamo il fatto che la maggior parte degli incidenti critici conclusi con danno alla struttura o a terzi sono compiuti da soggetti proni alla violenza sulla base di tratti antisociali e psicopatici, e se a questo aggiungiamo la scarsa efficacia dei trattamenti farmacologici e psicologici sulle dimensioni caratteriali, diviene più semplice comprendere l'importanza di un idoneo ambiente come forma di prevenzione e trattamento della violenza.

Senza scivolare verso una deriva eccessivamente custodialista dell'ambiente di cura delle REMS, ma senza nemmeno scotomizzare l'esistenza di un sottogruppo di utenti forensi che si caratterizzano per l'elevato indice di violenza agito e per la refrattarietà ai trattamenti disponibili, diventa necessario ipotizzare la realizzazione di apposite residenze progettate con caratteristiche ambientali differenziate. In tal senso riteniamo che vada individuato un valido modello organizzativo, alla stregua di quello canadese (Chaimowitz, G. A., Mamak, M., & Padgett, R. 2008) od olandese, per differenziare strutture forensi ad alta, media e bassa intensità di trattamento, progettate in funzione del livello di aggressività da arginare o dell'inserimento pro-sociale da mettere in atto. L'assegnazione di un soggetto ad ognuna di queste strutture dovrà quindi basarsi su valutazioni cliniche basate

8 Hamilton Anatomy of Risk Management – Aggressive Incident Scale – St Joseph's Healthcare Hamilton

sulle evidenze scientifiche, superando il mero criterio di appartenenza territoriale o la pre-determinazione giudiziaria della durata del trattamento.

Ipotizzando un circuito di cura forense con queste caratteristiche, ovvero distribuendo all'interno delle diverse tipologie di residenze soggetti con pari discriminanti cliniche e comportamentali, si ridurrebbero i pericoli derivati dai comportamenti dei soggetti particolarmente violenti su altri utenti più fragili o contro gli operatori delle REMS, che attualmente si ritrovano eccessivamente, e inspiegabilmente, esposti al rischio della propria incolumità. Allo stesso tempo si potrebbero differenziare trattamenti quasi esclusivamente riabilitativi per tutti quei soggetti che ormai hanno recuperato abilità pro-sociali e che potrebbero essere avviati ad una re-inclusione nella collettività in maniera guidata e supervisionata da personale esperto e qualificato.

Conclusioni

La riforma sull'esecuzione delle misure di sicurezza, affidando alla sanità pubblica la gestione dei pazienti psichiatrici forensi, ha aperto la strada a nuovi campi di ricerca sul management e sui trattamenti da eseguire per questa popolazione di soggetti. L'attuale impianto normativo, per quanto ispirato da nobili principi etici e di diritto, si è dimostrato solo parzialmente adeguato, risultando carente e inadatto nella trasposizione di funzioni proprie dell'amministrazione penitenziaria sulla dirigenza sanitaria che opera nelle REMS, sottostimando la reale necessità di posti letto per la gestione di utenti forensi e non considerando le notevoli differenze che possono coesistere all'interno della popolazione di soggetti sottoposti alla misura di sicurezza.

Sul piano normativo, il Protocollo d'Intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio rappresenta, a nostro avviso, un valido modello supplente capace di articolare e ridistribuire compiti e funzioni istituzionali secondo i paradigmi di legge rimasti immutati. Se ad esempio provassimo ad immaginare la mole di atti giuridicamente nulli che si sarebbero generati qualora il personale sanitario avesse provveduto incautamente ai compiti di notifica, e quali conseguenze avrebbero potuto generarsi a livello processuale, potremmo renderci facilmente conto di quanto fosse necessario agire tempestivamente con un accordo regionale. È anche auspicabile che le future leggi dello Stato, che dovranno necessariamente elaborare e concludere l'iter legislativo della riforma, tengano conto di due aspetti fondamentali: in primo luogo delle notevoli differenze che sussistono sul territorio nazionale per quanto riguarda la popolazione di soggetti sottoposti alla misura di sicurezza, e in secondo luogo delle evidenze scientifiche raccolte in questi primi anni di osservazione diretta sul campo.

Regioni più popolate e con più alto tasso di criminalità generano una più ampia popolazione di utenti forensi sottoposti alla misura di sicurezza in REMS, con caratteristiche e problematiche gestionali molto diverse da altre aree o da altri distretti giudiziari, che andranno tenuti in seria considerazione. Prendere a modello il virtuosismo nel campo

della salute mentale di alcuni territori nazionali, che però gestiscono un flusso di utenza notevolmente ridotto, potrebbe generare nuovamente delle problematiche operative nelle aree già sottoposte alle criticità dell'attuale sistema REMS

Allo stesso tempo, proprio i Dipartimenti di Salute Mentale che stanno gestendo un volume di utenza forense superiore e più complessa, stanno raccogliendo dati e indicatori di outcomes di cui bisognerà tener conto nella standardizzazione di modelli scientifici per l'assessment e il management clinico dei pazienti psichiatrici forensi.

L'analisi critica e scientifica del sistema REMS, quindi, rappresenta una nuova fase evolutiva e di ricerca, all'interno della quale la psichiatria forense ha la possibilità di ampliare i propri campi d'applicazione, ben oltre gli aspetti squisitamente valutativi e decisionali che l'avevano finora contraddistinta dalla psichiatria clinica.

Riferimenti bibliografici

- Board, B. et al. (2005). Disordered Personalities At Work. *Psychology, Crime & Law*, 11(1), 17-32.
- Brazil, IA et al. (2015). Considering new insights into antisociality and psychopathy, *Lancet Psychiatry*, 2(2), 115-6.
- Carpentieri, R. et al. (2017). Valutazione della pericolosità sociale e del rischio di recidiva criminale attraverso un sistema di assessment integrato. *Psichiatria e Psicoterapia*, 36(3).
- Chaimowitz, G. A., Mamak, M., & Padgett, R. (2008). Management of the mentally abnormal offender. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 8, 15-26.
- De Luca, V. et al. (2018). The reform of Italian forensic psychiatric hospitals and its impact on risk assessment and management. *International Journal of Risk and Recovery*, 1(3), 22-29.
- Ferracuti, S., et al. (2019). Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978-2018). *Int Journal of Law & Psychiatry*, 62, 45-49.
- Gregory, S. et al. (2012). The Antisocial Brain: Psychopathy Matters. *Archives Of General Psychiatry*, 69(9), 962-972.
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised (2th ed.)* Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Howard, R.C. et al. (2014). Antisocial personality disorder comorbid with borderline pathology and psychopathy is associated with severe violence in a forensic sample. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 25(6), 658-672.
- Kosson, D.S. et al. (2006). Effects of comorbid psychopathy on criminal offending and emotion processing in male offenders with antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(4), 798-806.
- Lagrotteria, B. et al. (2018). Personality disorder treatment in a forensic setting and its application to the Italian scenery. *Rassegna italiana di Criminologia*.
- Muller, J. et al. (2010). Psychopathy - An approach to neuro-scientific research of forensic psychiatry. *Behavioral Sciences & the Law*, 28, 129-147.
- Volanka J. (2013). Violence in Schizophrenia and Bipolar Disorder. *Psichiatria Danubina*, 25, 1, 24-33.

L'ESPERIENZA DELLA REMS MINERVA DI PALOMBARA SABINA

THE EXPERIENCE OF THE REMS "MINERVA" IN PALOMBARA SABINA

*Corrado Villella • Giuliano Alocci • Fabio Ciabattini • Paola Falcone • Tiziana Melfi • Emanuela Popoli
Michela Argenziano • Luca Autiero • Antonia Iannacci • Ana Paola Fulcheri • Giorgio Mozzetta
Ambra Pierantoni • Giuseppe Quintavalle • Giuseppe Nicolò*

Abstract

In this paper we briefly illustrate the therapeutic-rehabilitative treatments carried out in the REMS "Minerva", located in Palombara Sabina. The integrated therapeutic-rehabilitative projects are shared with the guest in agreement with the psychiatrists of the local mental health center. The therapeutic work is inspired by the principles of recovery, providing the maximum active involvement of the patient. In addition to the regular assumption of psychopharmacological therapy, psychiatric and psychological interviews, individual and group psychotherapy, rehabilitation activities and periodic re-socialization activities are carried-out. The definition of the care setting has allowed a reduction of the number and intensity of aggressive actions, thanks to the high containment of the treatment model and the work of the team.

Keywords: Forensic psychiatry • Psychotic Disorders • Residences for the execution of security measures • Psychiatric Rehabilitation

Riassunto

In questo lavoro illustriamo brevemente i trattamenti terapeutico-riabilitativi svolti nell'ambito della REMS "Minerva" di Palombara Sabina. I progetti terapeutico-riabilitativi integrati, condivisi con l'ospite in accordo col centro di salute mentale competente per la presa in carico territoriale, sono ispirati ai principi della recovery, prevedendo il massimo coinvolgimento attivo dell'utente. In particolare, oltre alla regolare assunzione della terapia psicofarmacologica, vengono erogati colloqui psichiatrici e psicologici, psicoterapia individuale e di gruppo, attività riabilitative ed attività periodiche di risocializzazione. La definizione del setting di cura ha consentito un buon controllo del numero e dell'intensità degli agiti aggressivi, grazie all'elevato contenimento fornito dal modello di trattamento e dal lavoro d'equipe.

Parole chiave: Psichiatria Forense • Disturbi Psicotici • Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza • Psicodiagnostica • Riabilitazione Psichiatrica

Per corrispondenza:

Corrado VILLELLA, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail corrado.villella@aslroma5.it
Giuliano ALOCCI, Dirigente Psicologo, ASL Roma 5. E-mail giuliano.alocci@aslroma5.it
Fabio CIABATTINI, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail fabio.ciabattini@aslroma5.it
Paola FALCONE, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail paola.falcone@aslroma5.it
Tiziana MELFI, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail tiziana.melfi@aslroma5.it
Emanuela POPOLI, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail emanuela.popoli@aslroma5.it
Michela ARGENZIANO, assistente sociale, ASL Roma 5, e-mail michela.argenziano@aslroma5.it
Luca AUTIERO, tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5 e-mail luca.autiero@aslroma5.it
Antonia IANNACCI, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5 e-mail antonia.iannacci@aslroma5.it
Ana Paola FULCHERI, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5. E-mail anapaola.fulcheri@aslroma5.it
Giorgio MOZZETTA, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5. E-mail giorgio.mozzetta@aslroma5.it
Ambra PIERANTONI, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5. E-mail ambra.pierantoni@aslroma5.it
Giuseppe QUINTAVALLE, Commissario Straordinario ASL Roma 5 direzione generale@aslroma5.it
Giuseppe NICOLÒ, Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ASL Roma 5 e-mail giuseppe.nicolo@aslroma5.it

L'esperienza della REMS minerva di Palombara Sabina

Introduzione

Nel territorio della ASL Roma 5 insistono le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) "Castore" di Subiaco, "Merope" e "Minerva" di Palombara Sabina.

La REMS "Minerva" di Palombara Sabina è stata inaugurata nel Giugno 2016; ospita 20 utenti di sesso maschile, maggiorenni, residenti nella Regione Lazio, il cui ricovero viene disposto dall'Autorità Giudiziaria. Le strutture sono dotate di un'equipe multidisciplinare composta da medici psichiatri, psicologi clinici, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali ed impiegati amministrativi.

Aspetti organizzativi

L'azienda ha fornito un notevole supporto organizzativo al lavoro dell'equipe della REMS. La deliberazione 797 del 17/10/2016, relativa al Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale dedicato ai pazienti ricoverati in REMS, indica gli accertamenti sanitari iniziali e successivi offerti agli ospiti della struttura. Le REMS sono inquadrate come strutture residenziali territoriali che assicurano ricoveri h24 e vengono considerate alla stregua dei reparti di degenza. Le prestazioni specialistiche sono erogate dalle altre unità operative ed ambulatori in regime di consulenza, ed in tempi rapidi, senza coinvolgere il CUP. La deliberazione 866 del 22/12/2017, relativa al Regolamento delle REMS, definisce funzioni e morfologia delle strutture, le figure professionali coinvolte e i rispettivi compiti, nonché i principi fondamentali del trattamento erogato, tutela sanitaria, procedure di ingresso e dimissione, trasferimenti per ragioni di giustizia, instaurazione del rapporto con l'ospite, norme di comportamento, attività esterne e regole di sicurezza (https://www.aslroma5.info/strutture/dsm/Del_866_del_22.12.2017_Regolamento_REMS.pdf). Vigeva un accordo tra Regione Lazio, prefettura di Roma e la nostra ASL relativo alle procedure operative di sicurezza e vigilanza finalizzate alla gestione della REMS (prot. n. 183644-11/14 del 08/04/2016 presso Prefettura di Roma). È stato stipulato un protocollo d'intesa con la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Tivoli per semplificare le procedure per la nomina dell'Amministratore di Sostegno ai nostri utenti (https://www.aslroma5.info/strutture/dsm/Protocollo_Intesta_Giustizia_Regione_8.11.2017.pdf). La nostra ASL, con delibera 181 del 23/03/2018, ha inoltre istituito un tavolo tecnico coinvolgente la Direzione Aziendale, la Regione Lazio, il Presidente del Tribunale di Sorveglianza, il Procuratore della Repubblica di Tivoli, i dirigenti delle

REMS, il garante regionale per i detenuti, i rappresentanti degli utenti e dei familiari. Tale risorsa di incontro rappresenta la prima nel suo genere in Italia, ed è volta a consentire un miglior livello di confronto diretto ed operativo tra tutti gli attori.

Va inoltre ricordato quanto chiarito nei protocolli d'intesa sviluppati presso la Prefettura di Roma e con il Ministero della Giustizia rispetto ai seguenti temi.

Trasferimenti

In data 16 Marzo 2016 una riunione presieduta dal Prefetto Gabrielli in cui sono intervenuti rappresentanti della Questura, dell'Arma dei Carabinieri, dell'ARES 118, del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, della Regione Lazio, del nostro DSM e della Prefettura, viene disposto che il piantonamento presso i presidi sanitari ed i servizi di scorta nelle traduzioni degli ospiti della REMS vanno attribuiti alla Polizia Penitenziaria, salvo situazioni di particolare emergenza che richiedano il pronto intervento dell'arma dei Carabinieri, la cui presenza sul territorio garantisce un intervento in tempi rapidi, cui dovrà comunque subentrare nel più breve tempo possibile la Polizia Penitenziaria. Questa disposizione risolve un problema precedentemente presente che obbligava la struttura ad attendere l'autorizzazione del magistrato.

In seguito, in data 9/12/2016 la Presidente f.f. del Tribunale di Sorveglianza di Roma ha disposto che tutti i trasferimenti degli internati nelle REMS del distretto della Corte d'Appello di Roma siano eseguiti con scorta e piantonamento, fatta salva la possibilità di richiedere al Magistrato di Sorveglianza la revoca del piantonamento ove venga segnalata l'assenza del pericolo di fuga o di rischi per l'incolumità di terzi.

Il protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio adottato in data 8/11/2017 ha ribadito che i ricoveri urgenti disposti dai sanitari della REMS sono sempre eseguiti con traduzione con l'ausilio delle forze di polizia e con piantonamento ad opera della Polizia Penitenziaria. L'autorità Giudiziaria competente può disporre la revoca del piantonamento con provvedimento da adottare entro 48 ore dal ricovero.

Lo stesso protocollo ricorda che il primo ingresso ed i trasferimenti per necessità giudiziaria sono disposti dalla competente Autorità Giudiziaria.

Per gli accertamenti sanitari programmati, eseguiti in strutture esterne alla REMS, l'accompagnamento è garantito dal personale della struttura, previa autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria competente.

Notifiche

Il protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio adottato in data 8/11/2017 ha chiarito che la notifica di tutti gli atti giudiziari deve essere effettuata secondo le regole poste dagli articoli 148 e seguenti del codice di procedura penale, che individuano, quali organi delle notificazioni, l'ufficiale giudiziario o la polizia giudiziaria. La collocazione nelle REMS non osta alla notifica a mani proprie del destinatario, anche nei casi in cui questi sia dichiarato interdetto o incapace processualmente, essendo tuttavia in tali casi previsto l'obbligo aggiuntivo di notifica al tutore o al curatore speciale.

Restano di competenza del personale della REMS le comunicazioni relative a provvedimenti decisori in ordine a richieste avanzate dallo stesso personale per la gestione sanitaria o trattamentale del paziente in REMS.

Valutazione di possibili trattamenti alternativi

La Regione Lazio, nel medesimo protocollo d'intesa adottato in data 8/11/2017, assicura all'Autorità Giudiziaria l'individuazione di uno o più referenti, tra gli psichiatri dei Dipartimenti di Salute Mentale, che valutino la necessità effettiva del ricovero in REMS o la possibilità di una misura meno afflittiva – libertà vigilata o licenza finale d'esperimento, per i pazienti autori di reato inclusi nel territorio del DSM. La regione assicura inoltre la concreta attuazione dei Piani Terapeutici Riabilitativi individuali di dimissione.

La Regione Lazio, attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL, concorre all'individuazione del trattamento più appropriato per il paziente.

Si è concordato sulla possibilità per il Magistrato, di utilizzare uno schema prefissato per la formulazione del quesito al perito, chiedendo di individuare la misura più idonea a contenere la pericolosità, approntando un piano terapeutico d'intesa con i servizi sanitari territoriali.

Tutela sanitaria

Gli ospiti hanno diritto all'erogazione di prestazioni sanitarie al pari dei soggetti in stato di libertà. Gli utenti sono iscritti al Sistema Sanitario Regionale e viene loro assegnato un medico di medicina generale afferente al distretto competente, presente in struttura sulla base delle specifiche necessità del singolo utente.

All'ingresso, a cura dei medici della REMS, vengono richiesti esami di laboratorio di routine ed uno screening tossicologico per sostanze d'abuso, oltre alle seguenti prestazioni sanitarie: visita cardiologica, elettrocardiogramma, visita oculistica, visita dermatologica, visita odontoiatrica, oltre ad eventuali ulteriori accertamenti.

Ove necessario, il medico di medicina generale redige le certificazioni occorrenti per il riconoscimento dell'invalidità civile.

Trattamenti farmacologici

Il trattamento psicofarmacologico, come si evince dalle alleghe tabelle, è ispirato alle linee guida emanate dal Ministero della Salute (2014). Al fine di favorire l'aderenza al trattamento, ove indicato, si fa ricorso all'uso di antipsicotici iniettivi a lento rilascio. Nei casi di schizofrenia farmacoresistente si ricorre alla prescrizione di clozapina; in seconda linea all'associazione di clozapina ed antipsicotici long-acting con profilo di affinità recettoriale complementare.

Valutazione psicologica e trattamento

Lo psicologo clinico all'interno delle R.E.M.S. si occupa di valutare e prestare assistenza e cure psicologiche attraverso l'espletamento di diverse attività. In particolare, si occupa della valutazione delle dimensioni cognitive, di personalità, dell'area psicopatologica, della dimensione dell'aggressività, tramite strumenti psicodiagnostici e colloqui clinici, ai fini sia della valutazione iniziale sia ai fini del monitoraggio terapeutico-riabilitativo dell'utente stesso.

Per quanto riguarda la valutazione delle varie dimensioni, l'obiettivo è duplice: da un lato, considerare le aree psicopatologiche su cui lavorare al fine di pianificare un trattamento individualizzato sul soggetto; dall'altro, nell'ottica di una valutazione "predittiva", formulare un giudizio prognostico rispetto al rischio di recidiva di comportamenti aggressivi.

A tal fine è previsto l'utilizzo di una batteria di strumenti psicodiagnostici rispetto alla valutazione dell'area cognitiva, attraverso la somministrazione di strumenti come la *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV)* (Wechsler, 2013), le *Standard Progressive Matrices (SPM)* (Raven, 2015) il *Mini Mental State Examination (MMSE)* (Folstein et al., 1975).

Per quanto riguarda la valutazione della personalità, compatibilmente alle condizioni psicopatologiche dell'utente in ingresso, gli strumenti utilizzati sono: *Minnesota Multiaxial Personality Inventory (MMPI-2)* (Butcher et al. 1997), il *Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI-III* (Millon, 2008), il *Personality Inventory for DSM 5 (PID)* (APA, 2015).

In un'ottica preventiva vengono utilizzati strumenti utili a valutare la presenza di fattori di rischio passati, attuali e futuri: *Hare Psychopathy Checklist (PCL-R)* (Hare, 2011) e *HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide* (Butcher et al., 2001).

Lo psicologo svolge colloqui psicoterapici e colloqui di sostegno psicologico volti a migliorare il benessere psicofisico dell'utente, eventuale consapevolezza di malattia, consapevolezza del reato commesso, l'importanza di proseguire le cure una volta che l'utente si troverà nel territorio di appartenenza, rispetto alla consapevolezza dell'uso delle sostanze d'abuso come fattore di rischio di recidiva psicopatologica.

Lo psicologo si occupa inoltre di organizzare gruppi di assertività basati sul modello cognitivo-comportamentale.

Tali gruppi hanno la finalità di valutare e migliorare gli stili di comunicazione, la capacità di esprimere le proprie emozioni e propri bisogni in modo adeguato, migliorare la convivenza nel contesto comunitario (Baggio, 2013).

Interventi riabilitativi

I Percorsi Terapeutici Riabilitativi vengono strutturati in accordo con i Centri di Salute Mentale competenti per territorio, che si recano in REMS entro 45 giorni dall'ingresso e successivamente ogni 3 mesi e formulano in seguito un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

I tecnici della riabilitazione psichiatrica hanno strutturato programmi di psicoeducazione sul modello di Venditelli e collaboratori (2015), alfabetizzazione emotiva (Di Pietro 2014a, 2014b), social skills training (Mueser e Nicolò 2012), cognitive remediation (Vita 2013; Medalia et al. 2017) (Brenner et al 1997) e col software CogPACK (Marker software), training metacognitivo (Moritz et al 2010), psicoeducazione alimentare (Comazzi & Milano, 2004).

Interventi sociali

L'assistente sociale intrattiene relazioni con l'INPS, seguendo le pratiche per il riconoscimento dell'invalidità civile, e con il Giudice Tutelare: Sulla base del protocollo d'intesa tra ASL Roma 5 e Procura della Repubblica presso il Tribunale di Tivoli, ove se ne ravveda l'opportunità, la REMS presenta istanza per la nomina dell'Amministratore di Sostegno per gli internati.

Si segnala peraltro che su 33 pazienti che sono stati ricoverati in questa REMS, 5 sono cittadini stranieri senza fissa dimora, tre dei quali provenienti da paesi extra UE. Ove possibile, l'assistente sociale si è attivata per ottenere i documenti d'identità contattando i consolati dei Paesi d'origine.

Considerazioni

L'approccio multidisciplinare, con lo svolgimento di riunioni d'equipe quotidiane focalizzate sugli aspetti organizzativi e clinici emergenti, e settimanali di approfondimento sui singoli casi clinici, consente un costante confronto tra le varie figure professionali. La coerenza degli interventi e l'attenzione alle problematiche cliniche emergenti hanno sinora favorito l'intervento precoce dell'equipe sui primi segnali di aggravamento sintomatologico e sul rischio di aggressività, nonché l'adesione al regolamento da parte degli utenti.

Segnaliamo nell'esperienza della REMS l'occorrenza di casi in cui alcuni utenti, per il sopraggiungere di condanne per altri procedimenti penali, sono stati sottoposti a pene detentive in carcere, il che ha interrotto il percorso di cura, a detrimento della continuità dei trattamenti.

D'altronde, in diverse occasioni ci è capitato di essere

esposti ad agiti violenti non ascrivibili a condizioni psicopatologiche, ma riconducibili a fenomeni di aggressività predatoria, rispetto ai quali abbiamo pochi strumenti d'intervento.

Inoltre, specie nel caso di utenti privi di risorse economiche sarebbe auspicabile poter usufruire di fondi dedicati al finanziamento delle attività lavorative esterne o interne alla REMS, nell'ambito dei singoli percorsi terapeutici.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2015). *Scale di valutazione PID-5 e Manuali d'uso*. Milano: Raffaello Cortina.
- Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Milano: Franco Angeli.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. et al. (2004). *Social skills training for schizophrenia. A step by step guide*. Second edition. New York, NY: Guilford Press.
- Brenner, H.D., Roder, V., & Hodel, B. et al (1997). *Terapia psicologica integrata (IPT). Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico*. Milano: McGraw-Hill.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. (Rev. ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Comazzi, M., & Milano, W. (2004). *Progetto Benessere. Nutrizione, benessere, stile di vita sano*. Milano: Eli Lilly Italia.
- Di Pietro (2014a). *L'ABC delle mie emozioni 4-7 anni*. Trento: Erickson.
- Di Pietro (2014b). *L'ABC delle mie emozioni 4-7 anni*. Trento: Erickson.
- Douglas, K.S., Webster, C., Hart, S.D., Eaves, D., & Ogloff, J.R.P. (2001). *HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide*, Simon Fraser University, Burnaby: BC.
- Folstein et al. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 3, 189-98.
- Hare, R.D. (2011). *PCL-R Hare Psychopathy Checklist Revised: 2 Edition*. Firenze: Giunti O.S.
- Medalia, A., Herlands, T., Saperstein, A., & Revheim, N. (2017). *Cognitive Remediation for Psychological Disorders. Therapist Guide*. Second Edition. Oxford UK: Oxford University Press.
- Ministero della salute (2014) *definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*.
- Millon, T. (2008) *MCMI - III Millon Clinical Multiaxial Inventory - III*. Firenze, Giunti O.S.
- Moritz, S., Woodward, T.S., Di Michele, V. (2010). *Training Metacognitivo per pazienti con Schizofrenia*. Hamburg, Germania: Van Ham Campus Press.
- Mueser K.T., Nicolò G. (2012). Social Skills training per I disturbi Psichiatrici. In Nicolò G, Pompili E., *Manuale di Psichiatria Territoriale*. Roma: Pacini.
- Raven, J. (2015). *SPM. Standard Progressive Matrices*. Firenze: Giunti O.S.
- Venditelli, N., Veltro F., Oricchio I., Cappuccini M., Roncone R., & Simonato P. (2015). *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - Terza edizione*. Milano: Edi Ermes.
- Vita, A. (2013). *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*. Milano: Springer.
- Wechsler, D. (2013). *Wechsler Adult Intelligence Scale, Fourth Edition*. Firenze: Giunti Psychometric.

L'INTEGRAZIONE FUNZIONALE PSICHIATRICO-FORENSE NELLA RISOLUZIONE DELLE "LISTE D'ATTESA": L'ESPERIENZA DELLA REMS DEL VENETO

THE FUNCTIONAL INTEGRATION OF FORENSIC PSYCHIATRY IN THE RESOLUTION OF "WAITING LISTS": THE EXPERIENCE OF THE VENETO REMS

Luca Castelletti • Sarah Bissoli • Carlo Piazza

Abstract

The transition from the old model of the Judicial Psychiatric Hospitals to the reformed system of the REMS (territorial residences for the execution of detention security measures) has produced a decrease of about half the number of places available in Detention Security Measures. Predictably, in these 4 years of operation of the new system, there has been an imbalance between demand and availability of these places, thus creating the phenomenon of so-called "waiting lists". These are subjects already assigned to a custodial measure, which they await in prison or in the territory until a place is freed in the REMS.

In this paper we will examine how the Veneto regional governmental health system has developed strategies to implement care pathways within the detention security measures circuit during these years. First of all through the drafting of a Memorandum of Understanding between the judicial system and the mental health protection system. The first, partial data on the flows indicate the possibility of dealing with the sustained request for the implementation of custodial Security Measures, as required by Law 81/2014, through a continuous work to improve the regional network that involves all the interested parties.

Keywords: Detention security measures • preliminary assessment • service organization models

Riassunto

Il passaggio del vecchio modello degli OPG al riformato sistema delle REMS ha comportato una diminuzione di circa la metà dei posti letto in Misura di Sicurezza detentiva. Com'era prevedibile, in questi 4 anni di esercizio del nuovo sistema, si è venuto a creare uno squilibrio tra domanda e disponibilità di posti letto, venendosi così a creare il fenomeno delle cosiddette liste d'attesa. Si tratta di soggetti già destinati ad una misura detentiva, che attendono in carcere o sul territorio, di poter fare ingresso in REMS. In questo lavoro, esamineremo come il sistema governativo, sanitario e giuridico regionale del Veneto abbia sviluppato nel corso di questi anni strategie di implementazione dei percorsi di cura all'interno del circuito delle misure, attraverso in primo luogo la stesura di un protocollo d'intesa. I primi, parziali dati sui flussi indicano la possibilità di far fronte alla sostenuta richiesta di attuazione di Misure di Sicurezza nel rispetto delle indicazioni contenute nella Legge 81/2014, mediante un continuo e necessario lavoro di miglioramento del network regionale che coinvolge tutti gli interlocutori interessati.

Parole chiave: Misure di sicurezza • valutazione preliminare • organizzazione servizi

Per corrispondenza: Luca CASTELLETTI, email: luca.castelletti@aulss9.veneto.it

Luca CASTELLETTI, Psichiatra Psicoterapeuta, Dirigente medico R.E.M.S. del Veneto
Sarah BISSOLI, Psicologa, Psicoterapeuta, Criminologa, R.E.M.S. del Veneto, Nogara (VR)
Carlo PIAZZA, psichiatra psicoterapeuta criminologo, Direttore R.E.M.S. del Veneto, Nogara (VR)

L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa": l'esperienza della REMS del Veneto

Uno degli elementi più significativi del passaggio dal vecchio modello degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) alla riformata stagione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) è certamente rappresentato dal taglio sensibile di posti letto disponibili e quindi del tetto massimo di capienza. Termina con le REMS la modalità "a carcere" con cui si procedeva ad inviare un soggetto in misura di sicurezza detentiva, la cui accoglienza era sempre garantita da un sistema che non conosceva soglie al numero massimo consentito di capienza. Il sistema riformato dalla Legge 81/2014 pone fine a questo sistema avocando la nascita di una cultura di rete e dialettica tra tutti i soggetti coinvolti nella gestione di questa utenza da poter così dar corso al principio della misura di sicurezza detentiva come "extrema ratio". Tale impostazione viene fortemente sollecitata dalla riduzione di posti letto nelle strutture regionali adibite ad eseguire le misure di sicurezza detentive, passato dai 1200-1300 posti letto medi della stagione OPG ai circa 600 dell'attuale situazione delle 31 REMS sparse sul territorio nazionale. Come era facilmente prevedibile, il differenziale recettivo creatosi tra il precedente sistema e l'attuale ha presto creato uno squilibrio tra il numero di Ordinanze da parte dei Tribunali per soggetti destinati alla misura di sicurezza detentiva e l'offerta di posti letto in REMS. Si stima che siano circa 300 i soggetti che sul territorio nazionale hanno una ordinanza in corso di ingresso in REMS che non può essere eseguita per mancata disponibilità di posti letto. Il fenomeno pone alcuni stringenti quesiti critici: dove sono questi soggetti? Come viene garantita loro la cura? È tutelato il diritto alla salute di questi soggetti? È ipotizzabile che la loro attuale condizione residenziale possa recare danno a sé e agli altri? La qualità delle novità introdotte dalle Leggi 9/12 e 81/14 è riconosciuta da una larga maggioranza di addetti ai lavori, che vedono nella chiusura dell'esperienza manicomiale dei vecchi OPG e nell'apertura di una stagione di rinnovati diritti alla salute psico-fisica di questa utenza come un ulteriore tassello della storia della psichiatria antistituzionale italiana. La novità è stata inizialmente percepita da diversi settori della psichiatria accademica e dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) come troppo radicale per un tempo di realizzazione così breve, vista l'inesperienza e l'impreparazione che inevitabilmente i DSM, destinatari del ruolo di registi del percorso di cure di questa utenza, lamentano (Casacchia et al., 2015), inclusa la loro progressiva depauperizzazione di risorse. Di fatto, tutti i contorni clinico-giuridici che sostengono la valutazione di appropriatezza residenziale, il cosiddetto *placement need*, di un soggetto riconosciuto infermo o semi-infermo e giudicato pericoloso socialmente, sfuggono ad oggi ad una elaborazione teorico-pratica. Se da una parte il giudizio sulla pericolosità sociale è competenza formale dei Magistrati, nella realtà questi fanno leva sul sapere psichiatrico-forense del consulente chiamato ad esprimere un parere per

ordinare la sede dell'effettuazione della misura. Il parere peritale appare ancora saldato alla tradizione psichiatrico-forense "classica", ossia si limita nella maggior parte dei casi ad esprimere un giudizio sulla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo per lo più sganciato da un'interlocuzione con i Servizi sanitari e sociali, che potrebbero intercettare gli aspetti ambientali e residenziali della questione. Per chi inoltre ha esperienza con i fori, non è raro osservare che, all'interno di un elaborato peritale in cui si riconosce all'esaminando un vizio totale e parziale di mente, l'accertamento della pericolosità sociale segue in maniera quasi automatica. Questo è dovuto in parte al fatto che in sede di perizia spesso gli elementi clinici che sostengono un giudizio di pericolosità sociale sono ancora attivi nel periziando, ristretto in una cella di carcere, al domicilio o in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). In secondo luogo perché, gli elementi ambientali, o esterni, non vengono spesso per nulla modificati dal tempo intercorso tra il fatto-reato e la valutazione peritale. Il perito spesso non ha alternative a considerare "pericoloso" un soggetto che allo stato della valutazione non ha alternative a contesti di cura coatti. Lo scenario, dentro cui si situa la Legge 81/2014 relativamente agli invii dei soggetti in Misura di Sicurezza, si muove lentamente, con fatica e in modo disomogeneo verso un'implementazione delle risorse, dei percorsi di cura, del rispetto dei diritti di cura e personali dei soggetti prosciolti. È noto che i sistemi psichiatrico-forensi evoluti si possono definire tali alla luce della qualità del network giuridico-clinico-sociale dentro cui riescono a sviluppare i percorsi clinico-giuridici (Kennedy et al., 2018). La psichiatria italiana delle misure di sicurezza non può prescindere da un simile sforzo, che, per come è stato sviluppato il sistema, deve necessariamente far leva sui sistemi sanitari regionali. Il fenomeno noto delle cosiddette "liste d'attesa", di coloro che sono stati assegnati alle REMS ma sono in attesa di entrarvi per la saturazione dei posti letto disponibili, chiama esplicitamente in causa la necessità di implementare le collaborazioni con gli interlocutori giuridici e territoriali socio-sanitari. Si pone certo la questione "epidemiologica" relativa a quali modelli si è fatto riferimento *ab initio* per stimare il fabbisogno di posti letto per singola regione. Data l'opinabilità delle scelte con cui si è fissato per ciascuna regione il numero di posti-letto, è cresciuto in questi primi anni di REMS il coro di coloro che invocano un aumento dei posti letto disponibili. Il dato grezzo dei posti letto REMS per regione va in realtà integrato con quello delle eventuali residenze intermedie per le misure non detentive, delle residenze "miste" che accolgono anche questa tipologia di utenza, e delle nascenti Articolazioni per la Salute Mentale (ATSM) nelle carceri. Alla riflessione relativa all'effettivo fabbisogno di disponibilità alberghiera di posti letto, si associa quella più clinico-forense riguardante le valutazioni sulla pericolosità sociale, gli even-

tuali gradienti di questa e la qualità delle reti di intervento integrato. Per ora tramontata l'ipotesi coltivata inizialmente di dedicare alle REMS solo gli invii di soggetti in Misura di Sicurezza detentiva definitiva, la realtà attuale presenta uno scenario diverso rispetto a quello ipotizzato da clinici e giuristi al varo della riforma (Fiorentin, 2016). Nella maggior parte dei casi affluiscono alle REMS soggetti in Misura di sicurezza provvisoria, talora sostenuta da una consulenza al Pubblico Ministero, non infrequentemente con generica individuazione di sofferenza psichica addotta direttamente dai sanitari del servizio che ha in cura il soggetto. Il Giudice che firma l'ordinanza di "internamento" segue il duplice scopo di garantire all'imputato avviato ad una sentenza di proscioglimento un'appropriata destinazione residenziale che accolga i suoi bisogni di cura e contestualmente eviti l'insidia ambientale del contesto carcerario. Nella prassi quindi si verifica uno spostamento dai temi tipici della psichiatria forense "classica" a quelli che potremmo definire simili agli stili di *diversion scheme* dei paesi anglo-sassoni (Birmingham, 2001). Ivi, in assenza di una giurisprudenza che preveda il cosiddetto "doppio binario", il passaggio a soluzioni residenziali per soggetti autori di reato con sofferenza psichica si lega al rilievo qualitativo e quantitativo di bisogni di cura. A questi, seguono provvedimenti in acuto, dipendenti evidentemente dalla gravità del fatto-reato, che cercano di combinare la complessità clinico-criminologica del caso con l'offerta residenziale presente. La situazione italiana si configura da un lato per una semplificazione dell'offerta di letti prettamente forensi, presenti di fatto esclusivamente nelle REMS, e una spinta rappresentata dal dettato della Legge 81 che invita a prendere in considerazione soluzioni a minor impatto contenitivo. Come coniugare e con quali strumenti le sollecitazioni provenienti dallo spirito legislativo e dalle prassi giuridiche è di non facile individuazione, oltretutto operazione carica di insidie medico-legali. La letteratura scientifica sull'argomento offre relativamente poco materiale, che inoltre risente, nella sua elaborazione, della cultura giuridica e di organizzazione sanitaria dei Paesi all'interno delle quali vengono sviluppate queste teorie. Prevale da un lato di analisi di gravità criminologica, in una logica proporzionale di gravità del danno subito dalla vittima con il grado di sicurezza ambientale a cui l'aggressore viene sottoposto (Kennedy, 2002). In altri, la teorizzazione diviene congruente attraverso la definizione di sicurezza ambientale a cui è ipotizzabile sottoporre il soggetto autore di un determinato fatto-reato e con determinate caratteristiche comportamentali (Collins & Davies, 2005). La logica sottesa è fortemente spostata sulla difesa sociale e sulla garanzia che il contenimento ambientale abbia caratteristiche appropriate per le possibili anomalie comportamentali del soggetto ed eventualmente della sua rete familiare ed amicale. Appaiono molto distanti dalle formulazioni in ambito italiano sulle REMS, i riferimenti all'altezza delle barriere della cinta, o della densità delle telecamere o della capacità di intercettare la qualità e quantità di oggetti che vi possono transitare. In un lavoro più recente, il gruppo di Kennedy dà una formulazione più ampia

delle variabili che possono sostenere un giudizio di invio verso una struttura per l'esecuzione di misura detentiva o non detentiva (Flynn et al., 2011). Vi compaiono certamente la gravità del fatto-reato e del corteo sintomatologico, ma la valutazione è integrata anche dall'inclusione di variabili cliniche dinamiche come il rischio autolesivo ed autosoppressivo o la necessità di garantire un ambiente di cura specialistico. Un approccio cosiddetto di giudizio clinico strutturato si avvicina certamente di più alle prassi che la filiera giuridico-clinica conducente al giudizio di misura di sicurezza determina nel contesto italiano. Prassi che il nuovo scenario riformato, in termini di giudizio della pericolosità sociale del prosciolto per vizio di mente, impone essere dinamico, dialettico e necessitante di includere il più possibile le variabili determinanti la validità di quel giudizio. In questo sta a nostro avviso un'evidente contraddizione: influenzata in tempi di medicina positivista, la nozione di pericolosità sociale già di suo sfuggente e poco maneggevole per il clinico, quando non insidiosa per le possibili ricadute medico-legali, è un contenitore di una gamma di fattori eterogenei, molteplici e cangianti che influenzano il decorso successivo al fatto-reato. L'analisi dell'evoluzione di dette variabili e la loro specifica, individuale combinazione, può impattare sulla gradazione di cura e custodia che definisce operativamente la pericolosità sociale.

Le tappe per una psichiatria delle Misure di Sicurezza in Veneto

Il 17 Gennaio 2012 la Commissione Giustizia del Senato approva all'unanimità la chiusura definitiva degli OPG, da realizzare entro il 31 Marzo 2013. Il successivo 31 Marzo 2015 gli OPG vengono ufficialmente chiusi e i pazienti internati, ai quali l'Autorità Giudiziaria applica una Misura di Sicurezza detentiva, trovano accoglienza nelle nuove strutture sanitarie per l'esecuzione delle misure di sicurezza. La Giunta regionale del Veneto, con la delibera numero 1331 del 17 luglio 2011, autorizza l'Ulss 21 di Legnago (VR) «ad attivare una struttura intermedia riabilitativa ad alta specializzazione per pazienti psichiatrici, ossia internati dal Tribunale per aver commesso reati in riscontrata situazione di non sapere né intendere né volere o con tare psichiche». Tale servizio è stato attivato presso la residenza «Don Giuseppe Girelli» di Ronco all'Adige (VR), dove sono stati avviati interventi di riabilitazione e di reinserimento sociale delle persone precedentemente internate presso l'OPG di Reggio Emilia. La struttura creata si colloca come residenzialità intermedia riabilitativa di alta specializzazione in grado di accogliere fino ad un massimo di 18 ospiti provenienti da OPG, a pericolosità sociale attenuata, di norma in regime di "licenza di esperimento" o "libertà vigilata".

Di fatto, il primo consistente passaggio di pazienti internati veneti dall'OPG emiliano alla residenzialità regionale avviene con l'apertura di questa struttura (Fig. 1).

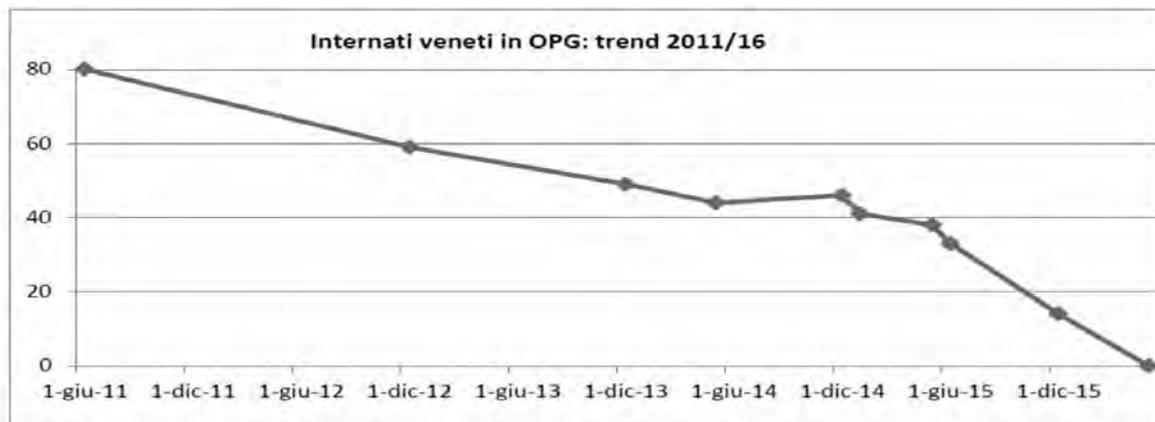


FIGURA 1

Casa Don Girelli nasce da un'idea concretizzata in una partnership tra il Dipartimento di Salute Mentale dell'ex-Ulss 21 veneta, corrispondente al territorio della Bassa veronese, e l'"Associazione Don Giuseppe Girelli, Casa San Giuseppe - Sesta Opera", finalizzata all'elaborazione di un progetto per l'accoglimento residenziale di pazienti in dimissione da OPG, così come richiesto nella DGR della Regione Veneto del 2010. La partnership ha individuato un coordinamento generale tecnico-operativo del DSM dell'ex-Ulss 21 e l'utilizzo di risorse strutturali e tecniche dell'associazione "Sesta Opera", soggetto privato-sociale con competenze specifiche e che insiste sul territorio dell'Ulss 21 con l'esperienza di Casa San Giuseppe.

La REMS del Veneto

La REMS di Nogara (VR) è stata inaugurata a Gennaio 2016 come REMS provvisoria facente parte dell'Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) 9 "Scaligera" del Veneto e inserita successivamente all'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Verona. Nel giugno dello stesso anno, è avvenuta l'attivazione della REMS "prodromica"; anch'essa come la prima dispone di 20 posti letto, per un totale di 40 posti letto disponibili. Un modulo si trova al piano terra dell'Ospedale "Stellini" di Nogara, mentre l'altro al secondo piano; ogni piano dispone di un proprio staff dedicato. Ha accolto inizialmente 16 pazienti ancora presenti presso l'OPG di Reggio Emilia, di fatto svuotandolo di pazienti veneti dalla primavera del 2016. Da allora ha iniziato ad accogliere soggetti dal territorio, carcere, SPDC, comunità terapeutiche e dal domicilio, saturando i posti letto a dicembre 2017.

Protocollo REMS/Magistratura/DSM

Il decreto legge del 22 dicembre 2011, n. 211, successivamente convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9, ha disposto all'art. 3-ter la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per la data del 31 marzo 2013. Il tempo richiesto dalla realizzazione da parte delle regioni per completare gli interventi strutturali finalizzati ad assicurare l'assistenza terapeutico-riabilitativa per il recupero e il reinserimento so-

ciale dei pazienti internati provenienti dagli OPG ha comportato due rinvii, l'ultimo dei quali è stato improrogabilmente stabilito dalla legge n.81/2014 al 31 marzo 2015. La legge 81/2014 nel normare le misure di sicurezza detentive psichiatriche, introduce l'internamento in REMS. Si tratta di una misura di sicurezza personale a carattere coercitivo che la legge vuole che rivesta caratteristiche di eccezionalità e di temporaneità. In tale struttura si possono ricoverare soltanto autori di reato affetti da gravi disturbi mentali quali disturbi dello spettro psicotico o depressivi maggiori o disturbi gravi della personalità (Cass., S.U. Pen., 9163/2005), eventualmente in comorbidità con altri disturbi, che si sono espressi sul piano funzionale in reati sintomo, il nesso di causalità, e che manifestano un effettivo bisogno di cure psichiatriche a elevata intensità. In maniera diversa si procede se la pericolosità sociale psichiatrica è attenuata.

È di centrale rilevanza con il nuovo assetto legislativo che l'uso delle misure di sicurezza sia inquadrato in una cultura primariamente orientata alla cura, attraverso un'azione integrata inserita in un sistema assistenziale a rete, di cui fanno parte REMS e DSM con tutte le strutture a essi afferenti, operatori della Giustizia, della Sanità e dei Servizi sociali.

Si è resa quindi necessaria a poco più di un anno dall'apertura della REMS del Veneto, la stesura di un protocollo di intesa tra le due grandi istituzioni che per definizione si occupano dei pazienti psichiatrici autori di reato: Magistratura, della Cognizione e dell'Esecuzione, e Salute Mentale regionale. La novità rappresentata dalla REMS, che sin da subito vuole chiarire la sua natura profondamente diversa rispetto a quella di un presunto "mini-OPG", richiede l'attivazione tempestiva di dialogo tra i soggetti istituzionali coinvolti, finalizzato a trovare progressivi avvicinamenti valutativi ed applicativi relativamente alla presa in carico di questa tipologia di soggetti. Nasce così l'idea, da un confronto tra l'equipe clinica della REMS e gli Uffici Regionali deputati ad occuparsi della Salute Mentale, di attivare un protocollo di intesa tra REMS, Magistratura e Dipartimenti di Salute Mentale, con lo scopo di creare un *gold standard* relativamente alla gestione del paziente giudiziario.

Il Protocollo si pone due obiettivi. Principalmente:

1. garantire continuità e rendere fluido il processo di assegnazione alla REMS del paziente non imputabile ma considerato pericoloso socialmente;
2. fornire uno strumento di raccordo tra gli aspetti giuridico - forensi e gli aspetti clinici, al fine di migliorare l'integrazione tra Magistratura di Sorveglianza e Cognizione da un lato e i Dipartimenti di Salute Mentale e la REMS dall'altro, facilitando invii funzionali e corretti del paziente autore di reato affetto da patologia psichica nella REMS del Veneto, e quindi una corretta ed appropriata dimissione del paziente stesso nelle strutture più idonee al proseguimento del percorso di cura.

Inoltre il Protocollo si occupa di alcune funzioni specifiche riguardanti:

- l'individuazione ed attuazione di indicazioni operative, integrative a quelle diagnostico-terapeutiche;
- la verifica del percorso terapeutico esterno, su richiesta del Magistrato, per pazienti inviati ai Servizi Esterni Territoriali;
- le attività di studio e ricerca nel campo della psichiatria e psicologia forense in collaborazione con Università e con Enti di Ricerca nel campo;
- l'attivazione di programmi formativi rivolti sia agli operatori della UOC stessa che ai DSM interessati, a livello regionale o extra-regionale, e di quanti ne possono trarre giovamento nell'attività professionale.

Vengono presi contatti con le figure rappresentative della Magistratura del Veneto che condivide ed appoggia precocemente l'idea. La Regione Veneto, negli uffici deputati, assieme all'equipe clinica della REMS, promuove ed attiva un percorso di formazione relativo alla psichiatria forense, coinvolgendo le istituzioni coinvolte nella gestione di questi soggetti.

L'obiettivo principale è quello di permettere una collaborazione continua tra sanità e magistratura così da poter individuare, per ogni paziente, il miglior programma di cura nell'ottica della costruzione di un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, diversificando gli interventi ed evitando invii impropri. Il primo evento formativo che dà fattiva conoscenza alla magistratura e ai DSM del lavoro di preparazione del Protocollo Regionale viene svolto a Nogara il 27 marzo 2017, alla presenza di rappresentanti sanitari e giuridici locali, regionali e nazionali. Propedeutico a questo, fu organizzato un Tavolo di lavoro tra i Presidenti della Cognizione, della Sorveglianza e della Procura dei 7 Tribunali del Veneto. Al tavolo vennero stese le bozze operative, i contenuti e le procedure attuative del Protocollo.

La struttura del Protocollo prevede una parte introduttiva con i decreti legge nazionali e regionali in materia di pazienti psichiatrici autori di reato, una parte attuativa e tre allegati: Allegato A contenente la lista Dipartimenti Salute Mentale Veneto e Strutture Residenziali, Allegato B contenente la lista cancellerie uffici giudiziari Veneto, Allegato C contenente un modello di quesito peritale. Il protocollo

prevede inoltre che si costituisca all'interno della REMS una Unità di interfaccia Mobile (UM) costituita da tecnici ausiliari che possano "sostenere e indirizzare" le decisioni della magistratura sulla scelta del percorso riabilitativo del paziente prosciolto, nella migliore interpretazione dello spirito della Legge 81. Il Protocollo di intesa Regione Veneto, Corte d'Appello di Venezia e Procura Generale di Venezia a favore di soggetti sottoposti a giudizio e non imputabili che presentano segni di sofferenza psichica, nell'ambito dell'applicazione della Legge 81/2014, è stato firmato il 24 ottobre 2017 ed ha iniziato ad essere attivo alla fine dello stesso anno.

Attuazione del Protocollo Regionale

I due moduli da 20 posti letto si saturano a novembre 2017. Ad inizio 2018 la REMS del Veneto inizia ad inviare ai Tribunali che emettono ordinanze di internamento in REMS comunicazioni di attesa per l'ingresso in struttura. Il Protocollo necessita di assumere una forma attiva e pienamente calata nella realtà regionale. Si sceglie di indicare 2 operatori fissi (LC e SB), con la supervisione del Responsabile della Residenza, per il monitoraggio dei soggetti indicati per la REMS. Si privilegia nella scelta dei valutatori, oltre ad un certo grado di esperienza nel lavoro con i soggetti in misura di sicurezza, la presenza di conoscenze forensi e legali e l'assimilazione dei contributi di efficacia delle metodologie di analisi del rischio di comportamenti recidivanti. Ci si riferisce alla sintesi di contributi statici fissi e dinamici mutevoli che supportano analisi di *risk assessment* e *risk management*. Nello specifico della REMS del Veneto, si utilizzano i due strumenti di valutazione del rischio che sono stati tradotti e validati in Italia, PCL-R (Caretto et al., 2011) e HCR-20 (Douglas et al., 2013; Caretto et al., 2019). A queste seguono altri contributi teorici, come le checklist utilizzate a Dunderum, di cui si è già parlato, e lo schema del cambiamento, proposto per la prima volta da Prochaska (1997) e ripreso, facendone una rideclinazione in termini psichiatrico-forensi, da Wong et al. (2007). L'applicazione di modelli diffusi ed affidabili ma sviluppati in altri contesti vanno integrati con la cultura psichiatrica locale dentro cui lo sforzo innovatore cerca di trovare una propria fattibilità. Il passaggio dall'automatismo, garantito dalla stagione degli OPG, del giudizio di pericolosità sociale cui seguiva l'applicazione dell'internamento, fatto salve le novità introdotte con la Sentenza della Corte Costituzionale del 2003, all'attualità, costringe tutti gli interlocutori ad un attento lavoro di scomposizione e analisi della pericolosità sociale del soggetto, in particolare nelle sue possibili gradazioni, a cui corrispondono evidentemente strategie operative diversificate ed alternative. Il costrutto, nella sua formale dicitura specifica descritta dall'art. 203 c.p., diventa semanticamente mimetico rispetto al riconoscimento di aree problematiche del caso in esame certamente necessitanti migliore descrizione e definizione. A sostenere infatti il giudizio della pericolosità sociale possono concorrere la presenza di bisogni di cura, sociali, relazionali, criminogenici, ma anche fattori legati all'organizzazione dei servizi, del livello della qualità erogata, dipendente quest'ul-

tima anche dalle politiche che ne garantiscono livelli essenziali, nonché del grado organizzativo ed integrativo con gli altri servizi sanitari, come i SERD o la disabilità, coi servizi sociali comunali e con il terzo settore. La quota stranieri in più di una REMS regionale, inclusa quella del Veneto, raggiunge il 25% dell'utenza (Lombardi et al., 2019), non è difficile ipotizzare che in molti di quei casi, aspetti relativi ai diritti di cittadinanza e alle difficoltà di riconoscimento giuridico contribuiscano alla ri-esposizione rischiosa di commissione di fatti-reato. Inoltre, il contenuto radicale della riforma presente nella Legge 81/2014 e i tempi rapidi della sua applicazione hanno lasciato strascichi di diffidenza, timore, se non franca polemica sul versante giuridico e su quello sanitario. Non è questa la sede per inoltrarsi su aspetti medico-legali e di responsabilità individuale, ma è ben nota la diffidenza e lo scetticismo con cui ampi settori della psichiatria accademica e dei DSM hanno accolto la novità legislativa di essere i primi case manager del soggetto in misura di sicurezza, anche detentiva. Questi sentimenti si traducono nell'attività pratica in una eterogenea gamma di risposte da parte della psichiatria di comunità a gradi variabili di collaborazione. In considerazione della costellazione di fattori che compone il giudizio forense di pericolosità sociale, l'UM del Veneto si è in primo luogo premurata di contribuire all'arricchimento di indagini del soggetto nel settore delle cure e della salute mentale dei soggetti in misura di sicurezza può comportare. Riteniamo utile essere informati tempestivamente da parte del Tribunale relativamente l'imminenza di un'Ordinanza del GIP, dato che come avviene su scala nazionale, gli invii sono prevalentemente di soggetti in Misura di Sicurezza provvisoria.

Una comunicazione tempestiva tra Autorità giudiziaria e direzione REMS è avvio di una collaborazione, di avvicinamento di saperi, valutazioni, operatività. In questo senso, sulla scia del lavoro fatto per l'approntamento del Protocollo Regionale, si sono svolti incontri formali ed informali in particolare con il Tribunale di Verona, sia con i Giudici della Cognizione che con quelli dell'Esecuzione per sensibilizzare ad includere la REMS non solo come servizio che garantisce residenzialità, ma interlocuzione trans-istituzionale facilitante le modalità dell'attuazione della Misura. Da una tempestiva comunicazione tra Autorità Giudiziaria e REMS è possibile apprendere tempi verosimili di ingresso del soggetto, integrazione al giudizio di pericolosità sociale con particolare attenzione ai margini di trattabilità ed adesione al programma terapeutico del soggetto; da questo possibili indicazioni operative su come dar inizio alla misura di sicurezza rispetto alla disponibilità residenziale, al parere del DSM in questione; ad integrare i tempi della clinica con quelli della giustizia nel tentativo di trovare la soluzione che meglio coniughi il duplice mandato di cura e supervisione ambientale, all'interno del paradigma della dinamicità psicopatologica e di contesto.

Caso clinico 1

Ci viene segnalato da una Procura del Veneto, che un utente di un CSM, da poco uscito da un programma residenziale protetto, manifesta, con modalità rivendicative, improprie, minacciose verso i curanti del DSM, la volontà di essere "risarcito" dal presunto torto subito. Lo staff si sente oggettivamente messo sotto pressione

dalle modalità insistite ed aggressive del soggetto e segnalano la vicenda alle Forze dell'Ordine che, accertati i fatti, procedono con la denuncia d'Ufficio. Vista l'incapacità ambientale a contenere i fenomeni potenzialmente rilevanti del soggetto in termini di attitudine offendentente, si chiede inizialmente che la REMS possa farsene carico in termini residenziali. La stessa promuove nei giorni successivi una fitta interlocuzione di pareri ed impressioni con i curanti del DSM per capire caratteristiche cliniche del soggetto, variabili e fattori di rischio trigger rispetto alla situazione attuale. Il riconoscimento di un'attitudine sostenuta da valenze antisociali del soggetto rispetto alle attuali scelte comportamentali e un giudizio di compatibilità con un eventuale regime di custodia cautelare in carcere ci inducono a proporre al GIP quella misura in attesa che valutazioni peritali accertino l'eventuale presenza di un vizio di mente rispetto ai fatti attribuitigli.

Più frequentemente, dato il carattere regionale della REMS e i contatti di rete da implementare, riceviamo ordinanze di ingresso in struttura senza che lo staff della Residenza sia informato del procedimento. La presenza di una lista d'attesa dalla fine del 2017 ha di fatto permesso di poter conoscere via via i candidati all'ingresso, attraverso visite nei luoghi di attesa della misura. Dall'autunno del 2018 al maggio 2019 sono state effettuate 17 visite di soggetti in attesa di poter fare ingresso alla REMS (Tab.1). Le visite si sono svolte nei contesti ambientali più frequentemente sedi di "attesa" dei soggetti in misura. Si tratta di SPDC, comunità terapeutiche, carcere; non abbiamo ad oggi effettuato visite domiciliari. La visita è preceduta da un attento *file review* rispetto alle notizie giuridiche e cliniche del soggetto, dalla presenza di eventuale perizia, e di quanto si possa ottenere in termini informativi dall'incontro con il soggetto. La valutazione iniziale parte dalle condizioni psicopatologiche attuali del soggetto. L'analisi si pone in confronto rispetto al periodo antecedente al fatto-reato e alle condizioni che hanno reso "valore di malattia" il comportamento penalmente rilevante. A distanza di settimane, o di mesi, dalla valutazione peritale qualora presente, o come talora succede del "semplice" sanitario che certifica l'esistenza di una sofferenza psichica, possono prodursi modificazioni dell'assetto sintomatologico che modificano il quadro di pericolosità sociale. Gli "indicatori interni" (Fornari, 2015), come vengono definiti in letteratura italiana, possono modificarsi più o meno velocemente a seconda del contesto, risultano molto frequentemente associati alla patologica "intenzionalità e volontà" a determinarsi in quella risposta comportamentale, sono suscettibili alle modifiche ambientali necessitano, in aggiunta all'obiettività psichiatrica classica di presenza/assenza di quadri sindromici, di una lettura psicopatologica forense, in cui gli elementi criminologicamente rilevanti non rispondono spesso alle categorie della semplice persistenza o scomparsa dei sintomi quanto all'analisi della loro estensione, polarizzazione, del coinvolgimento emotivo del soggetto, dell'angoscia associata.

Caso clinico 2

L'UM raggiunge un SPDC del Veneto per visitare un soggetto lì ricoverato da alcuni mesi in seguito alla tentata aggressione con arma bianca del vicino di casa. L'attesa in reparto si era resa necessaria per la mancanza di posti letto nella REMS che di fatto aveva costretto i sanitari del servizio a prolungare l'attesa in re-

parto per mancanza di alternative. Il soggetto era ignoto al servizio, e il fatto-reato è coinciso con il primo contatto con la psichiatria. Si tratta di un ragazzo con un profilo di personalità della serie schizoide-paranoide, che aveva progressivamente sviluppato un delirio sui vicini di casa, a cui attribuiva magicamente la responsabilità dei fallimentari rapporti del padre con sé e con la madre. Non aveva, a quanto a noi noto, mai avuto precedenti comportamenti aggressivi o violenti con alcuno, nè ha manifestato in passato segnali di rischio auto-lesivo o auto-soppressivo. Essendo al primo contatto con la psichiatria, ha iniziato solo in SPDC il suo primo trattamento antipsicotico che ha prodotto: ridimensionamento del costrutto delirante, di cui però egli si sente ancora in parte convinto, forte abbassamento dell'angoscia conservativa che l'ha spinto ad agire violentemente verso i vicini di casa, riavvicinamento, favorito, dall'équipe ospedaliera, coi familiari. A questo si aggiungeva, particolare non secondario, le buone doti cognitive del soggetto, con scolarità medio-alta. Da settimane si mostrava sinceramente accettante le proposte formulate dall'équipe sanitaria. Il commento clinico che inviammo al GIP, previo accordo coi colleghi dell'SPDC e del CSM, ipotizzava la percorribilità in via provvisoria di una Misura di Sicurezza non detentiva, di cui il locale CSM si sarebbe tempestivamente occupato. La rivalutazione della pericolosità sociale successivamente disposta, confermava l'ipotesi così formulata.

Nelle settimane successive al fatto-reato e alle valutazioni tecniche, è possibile in un nuovo ambiente di cura intercettare alcune delle variabili cliniche "interne" che sostengono il giudizio di pericolosità sociale; è solitamente più lungo ed indaginoso intercettare e modificare le variabili ambientali, legate ai rapporti affettivi, familiari, ai contatti col tessuto urbano, ai rapporti con i servizi sanitari e sociali. Si tratta nella maggior parte dei casi di soggetti già noti ai Dipartimenti di Salute Mentale, con cui l'assunzione in cura o la presa in carico si connota da abbandoni, progetti terapeutici individuali falliti per scarsa collaborazione dell'utente, accessi al servizio attraverso turbolenti passaggi al Pronto Soccorso o per l'attivazione di Trattamenti Sanitari Obbligatorii (Lombardi et al., 2019). L'evento-reato, a volte anche di scarsa intensità ed impatto criminologico, rappresenta il culmine di profonde crisi ambientali, nel rapporto con i familiari, legate alla gestione del denaro, alle eventuali abitudini tossicofiliche, ad ambienti degradati, assenza di lavoro, inattivazione di pensioni di sostegno o di figure di garanzia come l'amministratore di sostegno. Il quadro, non infrequente emergente dall'incontro tra questi soggetti e la valutazione integrata psichiatrico-forense, è di un pessimismo diffuso rispetto alle possibilità di recupero del soggetto. Quest'ultimo è diffusamente percepito come difficile, indisponibile a farsi seguire, connotato da valenze generalmente descritte come antisociali. In molti casi il basso profilo criminologico emergente dalle ordinanze di applicazione della misura della REMS, stride con le raccomandazioni legislative di considerare le neo-residenze specialistiche come *extrema ratio* nell'applicazione di misure detentive.

Caso clinico 3

Andiamo a valutare un soggetto residente da alcuni mesi in una CTRP veneta, dove era stato inserito in misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata, originariamente applicata in seguito al rientro in Regione dopo un trascorso di alcuni anni in

un OPG per reati derivati da ideazione persecutoria francamente delirante. Il soggetto, nel frattempo, aveva sostenuto due precedenti esperienze comunitarie senza grandi benefici, passando a questa terza opzione residenziale con poco interesse ed atteggiamento inerziale. Dopo pochi mesi dall'ingresso manifesta una serie di intemperanze, atteggiamenti provocatori e sfidanti verso il personale della comunità e degli altri ospiti, che spingono i sanitari a relazionare al Magistrato di Sorveglianza e a chiederne l'aggravio della misura, che viene concessa. Anche in questo caso, la mancanza di posti letto in REMS, al tempo dell'ordinanza, costringe a provare di trovare eventuali soluzioni alternative. Nel corso dell'incontro, effettuato alla presenza dello staff comunitario e del CSM competente, si apprende delle caratteristiche psicopatologiche del soggetto, che oltre ad una diagnosi di Asse I, presenta una serie di caratteristiche di personalità della serie instabile-impulsiva. Nonostante fossero passati almeno 6 mesi dall'ultimo ricovero in SPDC per i problemi comportamentali in comunità e lo stesso tempo dalle intemperanze e dalle infrazioni regolamentari alla stessa, l'atteggiamento dello staff locale era comunque orientato a dare corso all'aggravio della misura. Da un lato, il provvedimento aveva contribuito a generare in tutti gli interlocutori locali, staff e paziente, un senso di attesa fissa. Dall'altro, permaneva forte la convinzione all'interno dello staff, che si muoveva parallelamente alla percezione scissa del paziente, che "cambiare aria" per un po' di tempo sarebbe stato comunque benefico per il proseguo della relazione di entrambi, introducendo un terzo elemento mediatore nel "corpo a corpo" durato anni tra il servizio ed il paziente. La decisione finale di accogliere il paziente in REMS cambia i rapporti terapeutici, ora allargati a tre, e si inserisce nella condivisione inter-istituzionale del piano terapeutico individuale.

Considerazioni conclusive

A maggio 2019 si giunge a un progressivo abbassamento della lista d'attesa in Veneto (Tab. 1; Fig. 2).

Gli strumenti per realizzare un risultato inedito per il panorama regionale italiano, sono contenuti nell'attenta applicazione delle indicazioni contenute nella Legge 81/2014, che di fatto invita tutti gli interlocutori che afferiscono al sistema delle Misure di Sicurezza di valutare caso per caso l'idoneità all'ingresso in REMS. Si invita pertanto a scomporre, rielaborare, ridefinire con strumenti aggiornati, integrati, sensibili alla complessità lo sfuggente e insidioso costrutto della pericolosità sociale. Sotto il profilo gestionale ed organizzativo, occorre che ciascun Servizio Sanitario Regionale si doti di uno sguardo d'insieme, che includa oltre alla dotazione di posti letto presso la/le REMS, di una mappatura di posti letto residenziali con cui lavorare a valle delle misure di sicurezza detentive. Il semplice conteggio della disponibilità residenziale incide poco, se a questa non si aggiungono valutazioni ed interventi psico-sociali e territoriali come, ad esempio, la vicinanza dell'eventuale residenza al territorio di appartenenza del soggetto, la disponibilità di posti letto in struttura dipartimentale ovvero convenzionata. Non è improprio in prospettiva ipotizzare, anche con questo tipo di utenza, l'applicazione di strumenti per l'abitare evoluti, come la residenzialità leggera ed il co-housing, data l'elevata conflittualità domestica per la quale

L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa"

Tabella 1

Aggiornato al 16.05.2019

NR. PROGRESSIVO	TUTTI I VALUTATI DALLA LISTA D'ATTESA	DIMISSIONE DA LISTA D'ATTESA	GIORNI TOTALI IN LISTA D'ATTESA	VALUTATI ED IN ATTESA DI MISURA ALTERNATIVA	PRESENTI IN LISTA AD OGGI
1	X	-	267		
2	X	-	241	X	X
3		-	253		
4	X	-	27		X
5		X	146		
6		-	37		
7		-	97		
8		-	59		
9	X	-	76		
10	X	X	126		
11		-	243		
12	X	X	69		
13		-	14		
14	X	-	121	X	X
15		-	189		
16		-	54		
17	X	-	644		X
18		-	56		
19	X	-	105		X
20	X	-	15		
21	X	-	1		X
22		-	51		
23		-	62		
24	X	X	19		
25		-	131		
26	X	-	345		
27	X	-	271	X	X
28	X	X	190		
29	X	-	70	X	X
30	X	-	240	X	X
TOTALE GIORNI PERMANENZA PAZIENTE IN LISTA D'ATTESA			4219		
MEDIA GIORNI PERMANENZA PAZIENTE IN LISTA D'ATTESA			140,63		

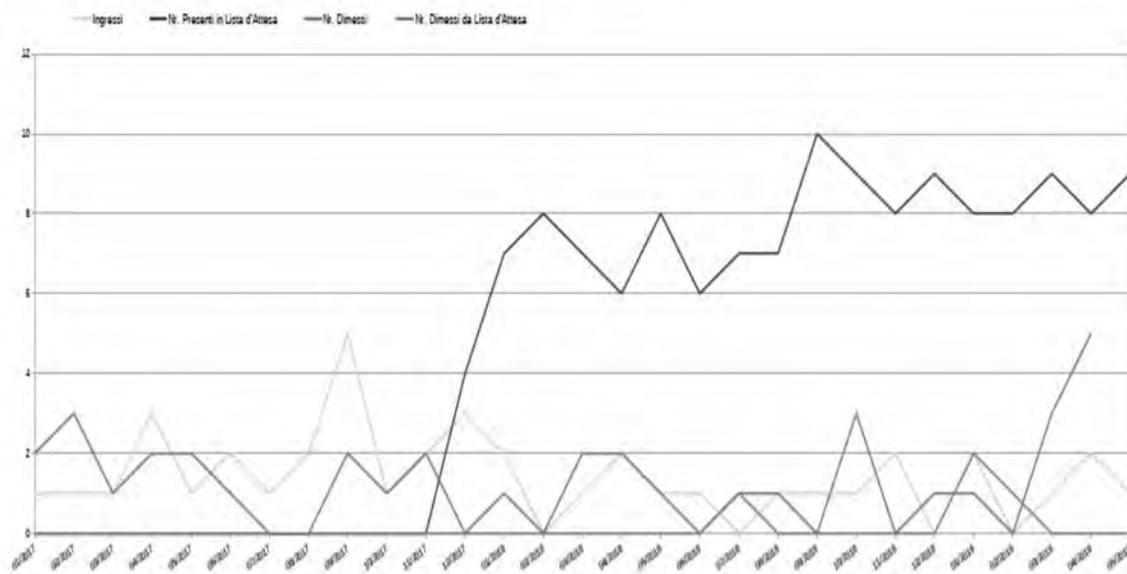


Figura 2

spesso arrivano ad essere denunciati. La dimensione abitativa non basta da sola ad avviare un programma di riduzione del giudizio della pericolosità sociale: occorre vi sia una visione integrata per il soggetto, che sappia mettere insieme la qualità dell'offerta della psichiatria territoriale del nostro Paese con la specificità della presa in carico del paziente forense. Come illustrato nei casi clinici, variabili come la precoce risposta ai trattamenti, il grado di complessità diagnostica multiassiale, il riconoscimento di un bisogno di cura da parte dell'interessato, la capacità dello staff di riconoscere la qualità e potenzialità criminogena recidivante dei sintomi del soggetto, il grado di qualità integrativa del servizio al proprio interno, nelle interlocuzioni tra le unità costituenti come il servizio di diagnosi e cura, la residenzialità, la semiresidenzialità, il lavoro sul territorio, intercettano, modificano e rendono dinamiche le letture della pericolosità sociale del soggetto in esame. Per fare questo la REMS, con il suo personale formato ed esperto nelle valutazioni psichiatriche che afferiscono ai temi della gestione comportamentale, dell'insight, delle fasi del cambiamento, dell'instabilità affettiva e emotiva, della lettura criminogena dei sintomi psichiatrici maggiori, può offrire uno spazio di analisi e confronto con tutti gli interlocutori coinvolti. Il giudizio della pericolosità sociale, specie nei primi tempi che seguono il fatto-reato, riveste un ruolo di primaria importanza nell'avvio di un appropriato percorso di cure e contenimento del soggetto coinvolto. Le considerazioni peritali possono rappresentare una prima preziosa riflessione su quale indirizzo possono prendere le strategie di cura del soggetto, ma necessitano di essere supportate da un adeguamento dei quesiti peritali, relativamente alle indicazioni da fornire rispetto a tempi e luoghi della presa in carico psichiatrica, che allo stato si applicano in modo sporadico. Nella prassi procedurale, il perito non ha gli spazi di manovra come da quesito che possono garantirgli l'auspicato ruolo da primo regista del piano trattamentale indivi-

dualizzato dell'imputato, e se anche fossero meglio definiti a livello di quesiti, incontrerebbero le difficoltà di impatto di una realtà, quella delle reti di partecipazione ai percorsi delle misure di sicurezza, dalla risposta variabile ed incerta. Inoltre, e questo è forse il senso ultimo delle riflessioni contenute in questo lavoro, la pericolosità sociale psichiatrica è un concetto dinamico, che muta con il trascorrere del tempo, con le caratteristiche del soggetto, i contesti dentro cui questo si muove, la qualità organizzativa e formativa degli staff che entrano in contatto con questi. Per trasformare questa complessità da fattore paralizzante e frenante i processi di cura, di cui le liste d'attesa regionale sono un evidente effetto, occorre affrontarla a viso aperto accettandone la sfida clinica, organizzativa e funzionale. In Italia storicamente refrattaria a ragionare sui comportamenti incongrui degli individui con sofferenza psichica in una logica di salute mentale, almeno a partire dalla riforma del 1978, le REMS possono contribuire a riassorbire questo *gap* clinico, promuovendo una cultura della prevenzione delle anomalie comportamentali che si iscriva pienamente nelle prestigiosa storia psichiatrica italiana basata su un approccio psico-sociale. Con queste lenti, cerchiamo di garantire al paziente forense il più basso grado di contenimento ambientale finalizzato ad un appropriato svolgimento del percorso di cura. Si tratta a nostro avviso di ridefinire la crisi sintomatologica e sociale che ha prodotto il fatto-reato e il giudizio dell'imputabilità, all'interno di coordinate di *public health*, in cui analisi dei bisogni, qualità della vita, qualità dei servizi, supporto sociale, interventi mirati, integrati, il più possibile supportati da evidenze, facciano della psichiatria delle misure di sicurezza una disciplina adulta al pari di quella che si attua nel contesto generale. Il confronto e l'interlocuzione per ogni nuovo potenziale ingresso significa a nostro parere rifiutare in primo luogo gli automatismi di invio che appartengono ad una stagione, quella degli OPG, definitivamente alle spalle, in cui il soggetto coinvolto era percepito

come un "problema", un "pacco", un paziente "da allontanare". L'insidia che questa modalità di pensiero e funzionamento possa di nuovo essere prevalente anche nel sistema riformato dipende dallo sforzo, in primo luogo delle REMS, di rendere clinicamente comprensibili e prognosticamente formulabili i singoli casi, sia a monte con l'interlocutore giuridico che a valle con la rete dei servizi. Detto sforzo, oltre a contribuire allo snellimento e alla fluidità delle liste d'attesa, crea spazi di confronto, avvicinamento dei saperi, acquisizione di linguaggi e visioni convergenti. Occorre, per migliorare e consolidare il modello, ottimizzare la collaborazione con i periti, aggiornarne i quesiti peritali, ripensare i setting dentro cui far maturare le scelte terapeutico-trattamentali per il singolo paziente forense, implementare la collaborazione con il territorio nei casi di gestione di soggetti in misura di sicurezza provvisoria non detentiva, anche attraverso una crescente sensibilizzazione e coinvolgimento degli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE). In questo senso, come già esplicitato nella Legge 81/2014 è centrale lo sviluppo del Piano Terapeutico Individuale in maniera il più possibile condivisa (Castelletti et al., 2018), così che le dimensioni di fondo del trattamento del soggetto siano rese esplicite *ab initio*. In una prospettiva di ricerca, vanno a nostro avviso indagate le caratteristiche cliniche, psicopatologiche, sociali, criminologiche, di contesto dei soggetti che vengono inviati al trattamento in misura di sicurezza, al fine di identificare quelle variabili che possono suggerire una migliore appropriatezza terapeutica rispetto al contesto, al grado di protezione, agli obiettivi da raggiungere.

Riferimenti bibliografici

- Birmingham, L. Diversion from custody (2001), *Advances in Psychiatric Treatment*, 3 (7): 198-207
- Caretti, V., Manzi, G., Schimmenti, A., Seragusa, L., Rossi, L., Ciulla, S. e Craparo, G. (2011). Adattamento, validazione e proprietà psicometriche della versione italiana. In R.D. Hare (2003), *Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised (2nd ed.)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems (ad. it.: a cura di V. Caretti, G. Manzi, A., Schimmenti e L. Seragusa. 2011, Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali).
- Caretti V., Carpentieri R., & Schimmenti A. (2019). *Attendibilità, validità e proprietà psicometriche della versione italiana dell'HCR-20v3*. Firenze: Hogrefe.
- Casacchia M., Malavolta M., Bianchini V., Giusti L., Di Michele V., Giosuè P., Ruggeri M., Biondi M., & Roncone R. (2015). Closing forensic psychiatric hospital in Italy: a new deal for mental health care? *Rivista di Psichiatria*, 50 (5):199-209
- Castelletti L., Scarpa F., & Carabellese F. (2018). Treating not guilty by reason of insanity and socially dangerous subjects by community psychiatric services: an Italian perspective. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3 (12), 182-189.
- Collins M., & Davies S. (2005). The Security Needs Assessment Profile: A multidimensional approach to measuring Security Needs. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1(4), 39-52.
- Douglas K.S., Hart S.D., Webster C., & Belfrage H. (2013). *HCR-20 V3, Assessing risk for violence*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, British Columbia.
- Fiorentin F. (2016). La conclusione degli "Stati Generali" per la Riforma dell'Esecuzione Penale in Italia. *Diritto Penale Contemporaneo*.
- Flynn G., O'Neill C., Mclerney C., & Kennedy H. (2011). The DUNDRUM-1 Structured Professional Judgement for triage to appropriate levels of therapeutic security: retrospective cohort validation study. *BMC Psychiatry*, 11, 43.
- Fornari, U. (2015). *Trattato di Psichiatria Forense, VI ed.* Assago (MI): UTET.
- Kennedy, H. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8: 433-443.
- Kennedy, H., Castelletti L., O'Sullivan O. (2018). Impact of service organization on teaching and training, in: *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe - A Cross-Border Study Guide*, Kris Goethals.
- Lombardi V., Veltri A., Montanelli C., Mundo F., Restuccia G., Cesari D., Maccari M., Scarpa F., & Sbrana A. (2019). Sociodemographic, clinical and criminological characteristics of a sample of Italian REMS Volterra patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 50-55.
- Prochaska J., & Velicer W. (1997). The Transtheoretical Model of health Behaviour Change. *Am J Health Promot*, 12 (1), 38-48
- Wong S., Gordon A., & Gu D. (2007). Assessing and treatment of violence-prone forensic clients: an integrated approach. *British Journal of Psychiatry*, 190 (supp.44): s66-s74.

LA REMS DI SAN NICOLA BARONIA: UN LUOGO DI INCLUSIONE

THE REMS OF SAN NICOLA BARONIA: A PLACE OF INCLUSION

Amerigo Russo • Claudia Cucciniello • Marisa Pisapia

Abstract

The REMS of San Nicola Baronia, the first definitive REMS of Campania, began its activities in December 2015, allowing the closure of the Judicial psychiatric hospital of Aversa and therefore of Secondigliano and is a service of the AA.SS.LL of Avellino Benevento Salerno and Naples 3 South. Rems activities have been oriented from the beginning to rehabilitation activities taking into account individual oriented rehabilitative therapeutic projects and social and community re-integration activities with moments of aggregation and socialization with the social context of the territory in which REMS insists. Structured rehabilitative cognitive (Cognitive Remedation Therapy), Social Skill Training and Problem Solving, Psycho-educational Groups and outcome evaluations with evaluative scales were activated. An important pilot project concerning Immersive Virtual Reality (RVI) thanks to the laboratory set up and managed by the operators of the Assing Group SPA (Virtual Lab Division) has allowed to plan a desensitization program recreating a structured environment, controlled and shared with the therapist. The inclusion in the social context through participation in social and religious initiatives has characterized the element of integration between the guests and the

local community that, after an initial phase of diffidence, welcomed guests into the social life spaces of the country. This experience was the subject of a photography course and a photographic exhibition. The rehabilitative activity was oriented on the model of Community Care involving the operators and the local community within an experience of rehabilitation of the single guest with the social group, giving back emotional and social abilities that could allow an effective return to the communities of origin.

KeyWords: Rehabilitation • Social Inclusion • Community Care • Immersive Virtual Reality

Riassunto

La REMS di San Nicola Baronia, la prima REMS definitiva della Campania, ha iniziato le sue attività nel dicembre del 2015, consentendo la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa e quindi di Secondigliano ed è servizio delle AA.SS.LL di Avellino Benevento Salerno e Napoli 3 Sud. Le attività della Rems sono state orientate fin dall'inizio alla attività riabilitativa tenendo conto dei progetti terapeutici riabilitativi individuali orientati ed alla attività di re-inserimento sociale e comunitario con momenti di aggregazione e socializzazione con il contesto del territorio in cui insiste la REMS. Sono stati attivati interventi strutturati riabilitativi di tipo cognitivo (Cognitive Remedation Therapy), Social Skill Training e Problem Solving, Gruppi Psicoeducativi e valutazioni di esito con scale valutative. Un importante progetto pilota riguardante la Realtà Virtuale Immersiva (RVI) grazie al laboratorio allestito e gestito dagli operatori dell'Assing Group SPA (Divisione Virtual Lab) ha consentito di pianificare un programma di desensibilizzazione ricreando un ambiente strutturato, controllato e condiviso con il terapeuta. L'inserimento nel tessuto sociale attraverso la partecipazione ad iniziative sociali e religiose ha caratterizzato l'elemento di integrazione tra gli ospiti e la comunità locale che, dopo una prima fase di diffidenza, ha accolto gli ospiti negli spazi di vita sociale del paese. Tale esperienza è stata oggetto di un corso di fotografia e di una mostra fotografica.

L'attività riabilitativa è stata orientata sul modello della Community Care coinvolgendo gli operatori e la comunità locale all'interno di una esperienza di ricucitura del singolo ospite con il gruppo sociale restituendo abilità emotive e sociali che possano consentire un rientro efficace nelle comunità di origine.

Parole chiave: Riabilitazione • Inclusione Sociale • Community Care • RVI Realtà Virtuale Immersiva

Per corrispondenza: Amerigo RUSSO, email: rems@mail.aslavellino.it

Amerigo RUSSO - Direttore REMS ASL Avellino, rems@mail.aslavellino.it
Claudia CUCCINIELLO, Psichiatra REMS ASL Avellino
Marisa PISAPIA, Psichiatra REMS ASL Avellino

La Rems di San Nicola Baronia: un luogo di inclusione

La REMS di San Nicola Baronia, la prima REMS definitiva della Campania, ha iniziato le sue attività nel dicembre del 2015, consentendo la chiusura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Aversa e quindi di Secondigliano ed è a servizio delle AA.SS.LL. di Avellino, Benevento, Salerno e Napoli 3 Sud.

La REMS insiste in un edificio completamente rimodernato e messo a norma con le più innovative regole di standard edilizio ed è situata al centro del paese di San Nicola Baronia, piccolo e suggestivo borgo dell'Irpinia d'oriente, immerso in una zona molto interessante sul piano paesaggistico e naturalistico, ricca di oliveti.

La struttura si modula su tre livelli ove si svolgono le attività degli ospiti che hanno le camere di degenza a due letti al secondo piano con bagno, ove è collocata anche un'area comune e un'area per fumatori ed una cappella, un piano terra ove si svolgono le attività sanitarie, gli uffici amministrativi, gli spazi per il ricevimento dei familiari degli ospiti e le stanze per ricevere gli avvocati e/o altro personale di giustizia.

Infine al piano semi-interrato vi sono laboratori per le varie attività ed una sala cinema teatro ed infine una palestra al servizio degli ospiti. Vi è inoltre un giardino all'interno della Rems utilizzato nel periodo estivo.

Ci è parso utile soffermarci sulla "struttura" che è apparsa agli ospiti radicalmente diversa dai luoghi di provenienza e tanto ha consentito grazie alla accoglienza ed al comfort degli ambienti una maggiore facilità di gestione potendo pertanto più facilmente ottimizzare programmi terapeutici e riabilitativi individualizzati nell'ottica di una deistituzionalizzazione graduale e di un reinserimento sociale.

Le diverse figure professionali che vi operano, medici psichiatri, psicologo, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, OSS, assistente sociale, collaboratore amministrativo, equipe costantemente supervisionata dal Responsabile di Struttura, hanno lavorato sin dall'apertura, in base a competenze specifiche e complementari, su obiettivi congiuntamente concordati, attraverso l'implementazione di tutte le attività volte a garantire la continuità terapeutica e condividendo la stesura di un programma residenziale individualizzato.

L'integrazione tra le varie figure professionali è stata garantita attraverso riunioni costanti organizzate nel seguente modo:

- Riunione d'equipe settimanale tra il personale medico, infermieristico e della riabilitazione per l'aggiornamento delle informazioni cliniche e il monitoraggio di parametri quali partecipazione alla vita di reparto, livello di autonomia raggiunto, stile relazionale, osservazione comportamentale, eventuali eventi sentinella.
- Riunioni settimanali di equipe condotte dal Responsabile con i medici e un rappresentante di altre figure

professionali per la valutazione di casi individuali, criticità emergenti, elaborazione e/o verifica dei progetti in corso, attività di programmazione.

- Riunioni mensili convocate dal Responsabile di Struttura con tutto il personale.

Le attività all'interno della REMS

Nello specifico, il lavoro nella prima fase di un ricovero è incentrato soprattutto sull'accoglienza dell'ospite, momento particolare ed estremamente delicato dell'assistenza, sostenendolo nel percorso di adattamento alla nuova realtà mediante interventi mirati alla creazione di un'alleanza terapeutica, in uno con l'approfondimento della biografia e della storia clinica e giuridica attraverso colloqui ed analisi delle documentazioni fornite e richieste ove mancanti.

La seconda fase è più compiutamente di osservazione psicopatologica con revisione ed adeguamento delle terapie farmacologiche, approfondimenti diagnostici ed elaborazione di progetti individualizzati mediante la formulazione di schede di valutazione (PTRI Residenziale).

Operando la Rems in sinergia con i CSM di competenza territoriale, responsabili della stesura dei PTRI e garanti della continuità assistenziale, vengono stabiliti contatti con i medici di riferimento ed invitati in loco al fine di programmare percorsi integrati per una presa in carico congiunta; costanti sono i rapporti e le comunicazioni con la Magistratura di Sorveglianza o altra Autorità Giudiziaria di competenza, con gli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE) e con gli avvocati, tenendo conto delle disposizioni giuridiche in uno con il primato del mandato di cura.

Dopo una prima fase di osservazione nell'ambito del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale Residenziale il nostro obiettivo è il reinserimento sociale e comunitario e favorire momenti di aggregazione e socializzazione. In tal senso essendo la struttura posizionata al centro del paese, dopo una iniziale diffidenza da parte della popolazione, gli ospiti si sono gradualmente inseriti nel tessuto comunitario per cui molte attività vengono svolte alla presenza degli operatori della Rems all'interno del territorio di San Nicola Baronia, riavvicinando così gradualmente il paziente al contesto sociale e ad una ripresa delle normali attività della vita quotidiana come ad esempio partecipare alla Messa presso la Chiesa del paese, recarsi presso gli uffici postali o presso il medico di base, poter effettuare la spesa o altri servizi presso esercizi commerciali di San Nicola Baronia, con l'obiettivo di favorire l'integrazione con il territorio ed il recupero e/o potenziamento delle autonomie personali.

Tali attività sono gradualmente intensificate per durata,

frequenza e complessità in relazione all'osservazione dei risultati, nei giorni previsti dal progetto riabilitativo individuale.

Alcuni ospiti usufruiscono mensilmente di permessi di licenza presso il proprio luogo di residenza affidati alle famiglie con le quali, continuamente, attraverso colloqui ed interventi di sostegno in struttura ed affido ai servizi territoriali competenti, si lavora per la comprensione e gestione del disturbo o delle eventuali dinamiche conflittuali esistenti con il paziente stesso. E ancora, considerando l'importanza che assume all'interno di un progetto terapeutico-riabilitativo di un paziente psichiatrico il miglioramento della qualità della vita, essendo l'utente nella fattispecie ristretto, sottoposto a vita sedentaria e terapia farmacologica, fattori che impattano sul metabolismo, è stato strutturato un intervento psicoeducativo basato sul modello operativo Wellness Self Management con lo scopo di incentivare l'adozione di un corretto stile di vita, migliorare il benessere psicofisico e l'autostima, ridurre il rischio metabolico e cardiovascolare, attraverso la formulazione di schede alimentari ed un corso di attività fisica non-agonistica con istruttore esperto esterno ed attività sia nella palestra della struttura che presso un campo sportivo locale.

Periodicamente è stato svolto un corso di training autogeno per il controllo dello stress e gestione delle emozioni ed interventi più strutturati di tipo riabilitativo: cognitivo come la CRT (Cognitive Remediation Therapy) volto all'implementazione di funzioni quali flessibilità cognitiva, memoria di lavoro, attenzione e funzioni esecutive; di addestramento delle abilità sociali come il SST (Social Skill Training) e della risoluzione dei problemi come il Problem Solving.

Quotidianamente il paziente viene supportato mediante colloqui con i medici psichiatri e con la psicologa nel percorso di acquisizione di consapevolezza della propria storia di malattia e del reato commesso attraverso interventi clinici e di psicoterapia e valutazioni periodiche con scale e questionari tra cui MMSE, TIB, R-BANS, VOSPED, V.A.D.O. con FPS, M.M.P.I.- 2, PANSS, HADS, HAM-D, CGI, SCID-I, SCID-II. Allo stesso scopo sono stati istituiti gruppi psicoeducativi tenuti da TRP e medici con sedute a cadenza settimanale di 45-60 minuti su argomenti quali motivazione dell'ingresso in Rems e posizione giuridica, gestione dell'aggressività, stigma, TSO e cure farmacologiche, modello stress-vulnerabilità, percorsi alternativi alla Rems e progetti alla dimissione.

Le attività della REMS sul territorio

Superata una prima fase di fisiologica diffidenza da parte del territorio ospitante, sono state organizzate moltissime attività sia interne che esterne, nell'intento di delineare sempre più un Modello Organizzativo in cui la Rems da luogo "chiuso e decontestualizzato" potesse diventare territoriale, ossia un luogo "aperto" attraverso il quale il paziente potesse essere, con interventi sostenuti e progressivi, reinserito nel contesto sociale.

Tante sono state le iniziative a cui hanno partecipato gli

ospiti della REMS ed alcune di queste particolarmente significative in quanto strutturali della tradizione religiosa e sociale del luogo e delle zone limitrofe, facendo in modo che gli ospiti si sentissero parte integrante di quella comunità che li aveva accolti, prima con diffidenza e timore e poi con disponibilità tanto da consentire la partecipazione ai momenti salienti della vita di comunità.

Ricordiamo la partecipazione a manifestazioni della tradizione locale quali "La Festa Dei Falò di San Nicola", la "Processione in onore di San Rocco" con la sfilata del "Carro di Mirabella", la "Via Crucis a Vallata", una gita presso il Santuario di Pietrelcina.

Uno dei momenti di maggiore aggregazione è stata la organizzazione di un torneo di biliardino aperto a pazienti e cittadini così come il Cineforum presso i locali del Centro Sociale che si sono dimostrati momenti di grande aggregazione ed accoglienza con la Comunità ospitante.

Numerose sono state le uscite di una giornata con pranzi presso un Agriturismo locale, con la possibilità di praticare sia pesca sportiva che picnic, e grigliate all'aperto con passeggiate volte alla scoperta di luoghi di interesse circostanti.

Alcuni pazienti hanno visitato una fabbrica di cioccolato locale con dimostrazione delle varie fasi della lavorazione e successiva degustazione.

In più occasioni il Vescovo ha celebrato presso la REMS evidenziando una certa sensibilità verso gli ospiti con la partecipazione della Caritas ed Associazioni del Territorio che hanno organizzato eventi musicali durante le Festività e vari momenti di intrattenimento teatrali, laboratori creativi per il recupero delle abilità manuali e l'incremento e la stimolazione degli stili comunicativi ed espressivi, favorendo l'acquisizione della capacità di lavorare in gruppo per il raggiungimento di obiettivi condivisi.

Grazie alla presenza di giovani esperti esterni gli ospiti hanno potuto partecipare ad un corso di chitarra e ad un laboratorio di pasticceria, manifestando grande interesse e coltivando passioni ed inclinazioni proprie di alcuni di loro.

La REMS ha anche ospitato una giornata di prevenzione oncologica ove circa 300 persone del territorio si sono sottoposti a screening preventivi

La Realtà virtuale

Tra le tante attività fin qui sommariamente descritte ci preme segnalare due esperienze che hanno maggiormente contraddistinto la nostra esperienza riabilitativa.

Nella nostra Rems è stato realizzato un importante progetto pilota in cui si è potuto sperimentare la Realtà Virtuale Immersiva (RVI) grazie ad un laboratorio allestito e gestito dagli operatori dell'Assing Group S.p.A. (divisione VirtuaLab) che ha previsto 4 sessioni a cadenza settimanale con scenari differenti a cui hanno partecipato nove pazienti reclutati in base a criteri prestabiliti. La RVI permette di riprodurre situazioni ambientali e sociali che stimolano il soggetto in modo simile al contesto reale, ma con la possibilità di modulare l'intensità e la durata dell'esperienza in

base all'esigenza individuale, grazie alla possibilità di programmare l'ambiente e variarne le caratteristiche con un graduale processo di esposizione agli stimoli e pianificare quindi un programma di desensibilizzazione ricreando un ambiente strutturato, controllato e condiviso con il terapeuta, fornendo la possibilità di trasferire e generalizzare l'apprendimento mediante compiti che riproducono la vita quotidiana, proprio secondo l'obiettivo delle REMS cioè favorire il reinserimento comunitario.

Il Corso di fotografia

Particolarmente interessante è stata l'esperienza del "corso di fotografia" per cui un fotografo professionista ha insegnato ad alcuni ospiti ad usare la macchina fotografica e a raccontare direttamente attraverso le immagini la vita ritrovata presso la nuova casa, diventando questo il progetto di una mostra intitolata REI 81 che si è svolta presso il Carcere Monumentale Borbonico di Avellino. Segni della vita ritrovata fatta di gesti semplici e pieni di vita.

Il titolo di questa mostra fotografica rivela una antinomia. I reati, ossia i colpevoli, sono coloro che si sono resi responsabili di un reato per il quale devono scontare una pena, ma se il reato commesso è "sintoma" di una malattia psichica, chi lo commette non può essere punito ma dovrà essere "curato" ed in tal senso il 31 marzo 2015 è entrata in vigore la Legge 81/2014 che ha decretato la definitiva e storica chiusura dei sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia e l'istituzione delle REMS.

L'esperienza più vera non può essere raccontata se non direttamente da chi la vive e la fotografia è stata la modalità più appropriata nel trasmettere emozioni e vissuti che non avrebbero trovato pienezza attraverso le parole.

Per alcuni il contatto con la natura e con la bellezza di un paesaggio bellissimo come quello di questa parte di Irpinia e cioè la Baronia, arriva dopo tanti anni trascorsi all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari, luoghi tetri, tristi e di esclusione senza possibilità di contatto con il mondo esterno.

Il senso di libertà recuperato è stato per molti come aver recuperato la propria vita. Da esclusi si diventa inclusi, oggetto di interesse di qualcuno, di ristrutturazione di rapporti umani che sono il vero movente di un percorso di re-inclusione sociale.

La comunità diventa allargata fino a frequentare gli stessi luoghi degli altri abitanti della cittadina di San Nicola Baronia, la piazza, il bar, il parco, le lunghe passeggiate, la condivisione di spazi e di tempi. Non più estranei ma inclusi.

Non un luogo di esclusione ma un luogo di inclusione.

Conclusioni

Gli obiettivi a cui tutta l'equipe ha lavorato fin dall'inizio sono stati vari e nel corso del tempo, con l'osservazione di criticità o il consolidamento di strategie e punti di forza, così rimodulati:

- Prendersi "cura" della persona nella sua globalità, non solo quindi modulando una terapia perfezionata nel tempo grazie al vantaggio di una osservazione protratta con remissione sintomatologica, ma assicurando assistenza medica di base, conseguimento di sussidio economico tramite pensione d'invalidità, rilascio di documenti e residenza per pazienti senza fissa dimora, presa in carico presso le Uosm di appartenenza, proposta di tutela tramite Ads, ricongiungimenti familiari;
- Incentivare la presa in carico presso le Uosm di appartenenza mediante costanti solleciti, collaborazioni, strutturazione di progetti affinché la permanenza in Rems si inserisse in un continuum volto al reintegro della persona nel proprio ambiente sociale;
- Restituire alla persona consapevolezza crescente rispetto all'importanza delle cure, al percorso riabilitativo, al reato commesso, alle possibilità di reinserimento comunitario così che il suo ruolo passasse da quello di spettatore passivo della propria condizione ad attore principale in grado di esprimere bisogni ed esigere rispetto dei propri diritti;
- Ridurre lo stigma attraverso continue "aperture" all'esterno portando la Rems tra la gente e permettendo agli altri, con innumerevoli iniziative di coinvolgimento sociale, di conoscere le "persone" oltre la malattia o il clamore sensazionalistico di titoli di giornale.

L'impresa pionieristica che ci ha visto coinvolti, se da un lato è stata entusiasmante e stimolante, ha man mano portato alla luce anche delle criticità

Mentre si è andata delineando la necessità di un modello operativo e di una sempre maggiore "contestualizzazione" della REMS all'interno del DSM di appartenenza degli ospiti, il mancato adeguamento degli articoli del Codice Penale e della normativa relativa alla pericolosità sociale ed alle misure di sicurezza hanno determinato assegnazioni inappropriate. L'eterogeneità degli invii fa sì che le REMS accolgano individui sottoposti sia a MS definitiva che provvisoria con differenti condizioni psicopatologiche e cognitive con difficoltà a realizzare progetti terapeutici individuali ben strutturati con difficoltà sulla gestione interna.

Le REMS vengono spesso erroneamente considerate ora alla stregua di case di cura e custodia, strutture con assetto penitenziario, luoghi di restrizione, perdendo di vista il livello strettamente sanitario.

La mancanza di interventi di contesto per il reinserimento territoriale. Le REMS, che hanno il compito di restituire i loro ospiti ai propri territori di appartenenza, pur essendo strutture specialistiche nell'ambito della rete dei servizi territoriali, appaiono esse stesse luoghi "decontestualizzati" con difficoltà di integrazione con le Aree di Confine (Servizi Sanitari, Area delle Dipendenze, Istituti di Previdenza), con il territorio e con le famiglie. Lo scopo di superare le misure di sicurezza detentive a favore di misure alternative viene continuamente frustrato da diversi ostacoli, ed uno di essi è la mancanza di interventi di contesto per il reinserimento territoriale per cui le UOSM di competenza tendono per lo più ad individuare ulteriori luoghi

“chiusi” (case famiglia, comunità terapeutiche, SIR) dove inserire i pazienti dimissibili piuttosto che sostenere le famiglie a riaccoglierli.

Se questo è un cammino la cui sfida si dipanerà nei prossimi anni, la REMS di San Nicola Baronia ha trovato spazio di accoglienza ed inclusione in un territorio che oltre alla sconosciuta ed aspra bellezza ha saputo offrire un calore umano che è il substrato su cui una esperienza riabilitativa acquista valore non soltanto tecnico ma soprattutto umano.

Riferimenti bibliografici

- Casacchia, M., Malavolta, M., & Bianchini, V., et al. (2015). Directors Italian Section, World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care? *Rivista Italiana di Psichiatria*, 50: 199-209.
- Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E., & Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1): 37-74.
- Sacchetti E., & Mencacci C. (2015) The closing of the Italian Forensic Hospitals: six months later. What we have learned and what we need. *Evidence-Based, Psychiatric Care*, 1, 37-9.
- Shepherd G. (1998). Models of community care, *Journal of Mental Health*, 7, 2.
- DPCM 1 aprile 2008 “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”. *Gazzetta Ufficiale* n. 126 del 30/05/2008.
- Regione Campania - Deliberazione della Giunta Regionale n. 1812 dell'11 dicembre 2009 - Azioni per la realizzazione di forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario e della giustizia minorile e per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo di cui agli Allegati A e C del DPCM 1 aprile 2008 - Approvazione dello schema di accordo di programma.
- Accordo Conferenza Unificata del 13.10.2011 - Rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011 - Accordo, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante “Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008”.
- Decreto n. 64 del 19/06/2012 - Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al DPCM 1/04/2008 e Legge 17/02/2012 n. 9, art. 3/ter - BURC Regione Campania n. 40 del 26/06/2012.
- Testo coordinato del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 - Testo del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 (*Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 76 del 1/04/2014), coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n. 81, recante: “Disposizioni ur-

genti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 125 del 31/5/2014.

- Legge 30 maggio 2014, n. 81 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 31 marzo 2014, n.52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 125 del 31/5/2014.
- Decreto Regionale 30 settembre 2014 n. 104 - Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della regione Campania - BUR Campania n. 69 del 6/10/2014.
- Accordo Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 - Rep. n. 17/CU - Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al DM 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3 ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n.9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n.52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81
- Sentenza n. 186/2015 Corte Costituzionale del 23/7/2015 - Misure di sicurezza - Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari introdotte con decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 - Applicazione nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia.
- ASL Avellino - Deliberazione n. 1579 del 15/12/2015 del commissario straordinario - Avvio attività REMS di San Nicola Baronia.
- Senato della Repubblica, XVII Legislatura - Doc. CCXVII n. 4 - Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 31 dicembre 2015) - Presentata dal Ministro della Salute (Lorenzin) e dal Ministro della Giustizia (Orlando) - Comunicata alla Presidenza il 22 gennaio 2016.
- Decreto Dirigenziale n. 56 del 15/04/2016 - Gruppo regionale per il superamento degli OPG ex DGRC n. 654 del 6 dicembre 2011 - Aggiornamento componenti - BUR Campania n. 25 del 18/04/2016.
- Senato della Repubblica, XVII Legislatura - Doc. CCXVII n. 5 - Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 30 giugno 2016) - Presentata dal Ministro della Salute (Lorenzin) e dal Ministro della Giustizia (Orlando) - Comunicata alla Presidenza il 3 agosto 2016.
- Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari Franco Corleone - 19 agosto 2016-19 febbraio 2017.
- Delibera del Consiglio Superiore della Magistratura del 19/4/2017 - Pareri e proposte - 1R) Fasc. 37/PP/2016 - Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi - Relatori Consiglieri Aprile, San Giorgio.

UN PRIMO BILANCIO DELLE REMS DELL'ASL DI CASERTA

RESIDENCES FOR PATIENTS IN DETENTION MEASURE SECURITY (REMS) OF THE ASL OF CASERTA: A FIRST STATEMENT

Raffaello Liardo • Francesco Magurno • Agostina Belli

Abstract

Background and Purpose: The recent laws related to the overcoming the Forensic Hospitals (or Ospedali Psichiatrici Giudiziari, OPGs) have led to the closure of the 6 Italian OPGs and the opening of new Residential Services for the Execution of Security Measures (RSESM), which today welcome mental patients which have been committed a crime. The purpose of this work is to describe the experience of the RSESM of the ASL of Caserta from 30th April 2015 to date, showing the achievements but also the difficulties and problems related to their management.

Method: An analysis of the recent laws related to the OPGs overcoming, together with their application in care pathways was made.

Results: The health management of the mentally ill offenders has profoundly changed in the RSESM compared with the OPGs. In fact, a custodial approach is no longer present in these structures but only a health/welfare approach. This change has led to a high number of discharged people (n. 119 of n.152, i.e. 79%) who has been assigned to the territorially competent mental health departments. However, the application of the new laws still today presents critical issues related to an excessive number of mentally ill patients with minor crimes which the magistrates send in the REMS; local services that rarely take charge of difficult patients; poor communication between health professionals and magistrates.

Conclusion: The new healthcare approach has shown positive aspects related to patient care and recovery. However, the poor communication between health professionals and magistrates, regarding the application of alternative measures to RSESM, are totally or partially unaddressed problematic features.

Keywords: RSESM • OPG • Forensic Hospital • prison • Residential Services for the Execution of Security Measures • ASL Caserta

Riassunto

Background e Scopo: La normativa legislativa recente finalizzata al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) ha portato alla chiusura dei 6 OPG italiani e all'apertura di nuove strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), che oggi accolgono malati mentali autori di reato. Lo scopo di questo lavoro è descrivere l'esperienza delle REMS dell'ASL di Caserta dal 30 Aprile 2015 ad oggi, delineando un quadro degli obiettivi raggiunti ma anche delle difficoltà e dei problemi relativi alla loro gestione.

Metodo: È stata effettuata un'analisi descrittiva del contesto normativo relativo alle REMS e dell'applicazione delle stesse norme nei percorsi giuridici ed assistenziali.

Risultati: La gestione sanitaria dei malati mentali autori di reato è profondamente mutata nelle REMS rispetto agli OPG. Infatti, in tali strutture non è più presente un approccio custodialistico ma solo di natura sanitario/assistenziale. Tutto ciò si traduce in un alto numero di persone dimesse (n. 119 su n.152, ovvero il 79%) che sono prese in carico dai dipartimenti di salute mentale territorialmente competenti. Tuttavia, l'applicazione del nuovo quadro normativo presenta ancora delle criticità relative all'eccessivo numero di malati mentali con reati di lieve entità inviati nelle REMS; difficoltà di presa in carico di pazienti difficili da parte dei servizi territoriali; scarsa comunicazione tra operatori sanitari e magistrati.

Conclusioni: Il nuovo approccio sanitario ha mostrato aspetti positivi relativi all'assistenza e al recupero del paziente. Tuttavia, ancora in tutto o in parte da affrontare, sono i problemi riguardanti la scarsa comunicazione tra operatori sanitari e operatori della giustizia per quanto riguarda l'applicazione di misure alternative alle REMS.

Parole Chiave: REMS • OPG • Ospedale Psichiatrico Giudiziario • carcere • Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza • ASL Caserta

Per corrispondenza: Raffaello LIARDO, email: raffaello.liardo@aslcaserta.it

Raffaello LIARDO, Servizio di Salute Mentale Penitenziario e Superamento OPG - ASL Caserta, raffaello.liardo@aslcaserta.it
 Francesco MAGURNO, Servizio di Salute Mentale Penitenziario e Superamento OPG - ASL Caserta
 Agostina BELLÌ, Servizio di Salute Mentale Penitenziario e Superamento OPG - ASL Caserta

Un primo bilancio delle REMS dell'Asl di Caserta

Evoluzione normativa

In ottemperanza alla Legge n. 81/2014 che, si è espressa in merito all'adozione, anche in via provvisoria, di misure di sicurezza alternative al ricovero in OPG o CCC, divenute in tal senso un'eccezionale ultima ratio, la Regione Campania, attraverso il Gruppo Tecnico Regionale per il Superamento degli OPG¹, ha operato al fine di rilevare e definire dettagliatamente le ricadute della normativa nazionale sul programma regionale per il definitivo superamento degli OO.P.P.G.G.

Il Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario n. 104 del 30.09.2014 "Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania", ha approvato i progetti inerenti il programma regionale per la realizzazione delle REMS, considerando che tale programma fosse soggetto – in itinere e/o nelle more del completamento dell'intero programma – ad una provvisoria organizzazione della specifica rete re-

gionale di REMS, idonea ad assicurare la piena gestione di tutte le nuove misure di sicurezza.

Nel Decreto n. 104/2014, viene stabilito che le strutture extraospedaliere che costituiranno la rete regionale di strutture residenziali per le misure di sicurezza destinate ad accogliere le persone di competenza della Regione Campania, sono:

1. la REMS di S. Nicola Baronìa (AV): struttura di venti posti letto, destinata ad accogliere soggetti afferenti alle AA.SS.LL. territorialmente competenti di Avellino, Benevento, Napoli 3 Sud e Salerno;
2. la REMS di Calvi Risorta (CE): struttura di venti posti letto, destinata ad accogliere soggetti afferenti alle AA.SS.LL. territorialmente competenti di Caserta, Napoli 1 Centro e Napoli 2 Nord.

Nella Tabella n. 1 sono riportati gli aggiornamenti al Dicembre 2016, relativi allo stato di attivazione delle succitate REMS:

Tabella 1

SEDE REMS	ATTIVAZIONE	POSTI LETTO	ATTO FORMALE
4) Calvi Risorta (CE)	ATTIVAZIONE il 15.12.2016 , (dal 04.12.2015 temporaneamente sostituita per un equivalente n. di posti dalla REMS provvisoria di Roccaromana)	20 p.l. ; intera struttura	Decreto Commissario Acta Regione Campania n. 104 del 30.09.2014; - Regione Campania prot. 2015. 0822408 del 30.11.2015; - ASL CE prot. n. 296789/2016
5) San Nicola Baronìa (AV)	ATTIVAZIONE il 04.12.2015	20 p.l. ; intera struttura	Decreto Commissario Acta Regione Campania n. 104 del 30.09.2014; - Regione Campania prot. 2015. 0822408 del 30.11.2015;

Va evidenziato che la Regione Campania, sebbene il 30.09.2014 abbia programmato, sulla base dei fabbisogni rilevati, n. 2 REMS per complessivi n. 40 posti, ha reso di-

sponibili, nelle more del completamento dei relativi interventi di ristrutturazione, n.28 posti in REMS provvisorie (Tabella n. 2).

Tabella 2 - Fonte: BURC n. 90 del 27/12/2016 - <http://burc.regione.campania.it>

SEDE REMS	ATTIVAZIONE	POSTI LETTO	ATTO FORMALE
1) Struttura Intermedia Residenziale di Roccaromana	ATTIVATA il 18.06.2015 DISMESSA il 15.12.2016 (con attivazione della REMS definitiva di Calvi Risorta per un equivalente n. di posti)	20 p.l. ; intera struttura	- ASL CE prot. n. del 12238 del 05.03.2015 - Regione Campania prot. 2015. 0422486 del 18.06.15; - Regione Campania prot. 2015. 0822408 del 30.11.15; - ASL CE prot. n. 296789/2016
2) RSA Mondragone	ATTIVATA il 30.04.2015 per n. 8 posti , con incremento il 04.12.2015 per n. 8 ulteriori posti	16 p.l. dedicati, in specifica sezione di struttura già attiva per altre funzioni	- ASL CE prot. n. del 12238 del 05.03.15, prot. n. del 64000 del 05.11.2015 e prot. n. 71622 del 11.11.15; - Regione Campania prot. 2015. 0311610 del 06.05.15 - Regione Campania prot. 2015. 0822408 del 30.11.15;
3) Struttura Intermedia Residenziale di Vairano P.	ATTIVATA il 06.012.2015 per n. 12 posti	12 p.l. dedicati, in specifica sezione di struttura già attiva per altre funzioni	- ASL CE prot. n. del 64000 del 05.11.15 e prot. n. 71622 del 11.11.15; - Regione Campania prot. 2015. 0822408 del 30.11.15;

Predetti posti, inizialmente riservati alle sole nuove misure di sicurezza provvisorie disposte dall'Autorità Giudiziaria nei confronti di cittadini campani, sono stati temporaneamente mantenuti disponibili successivamente all'attivazione dei 40 posti REMS definitivi per supportare il complessivo percorso nazionale di superamento degli OO.PP.GG., anche in relazione all'impegno assunto in sede di Organismo nazionale di coordinamento presso il Ministero della Salute.

La disponibilità di un numero di posti in REMS, come evidenziato nel documento approvato dall'Osservatorio Regionale Permanente per la Sanità Penitenziaria, eccedente il fabbisogno rilevato e confermato in itinere, ha trovato anche fondamento nella scelta operativa di rispondere temporaneamente ad un'ulteriore criticità dell'iniziale fase del processo di applicazione della Legge del 30 maggio 2014 n. 81, caratterizzata in particolare dal limitato ricorso alle misure non detentive e dall'elevata presenza in REMS di pazienti con progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) alternativo alla REMS in valutazione da parte dell'A.G².

Per l'operatività delle residuali REMS provvisorie campane, tutte attive nell'ASL di Caserta (Vairano Patenora, Mondragone), è stato, fin dalla programmazione iniziale, definito un termine operativo, coincidente con la riconduzione dell'intero fabbisogno di posti letto alle sole REMS definitive, per tutta l'utenza regionale.

Tale previsione, in sede regionale, sulla base sia dei costanti dati di monitoraggio rilevati sia considerando il completamento e la messa in esercizio di entrambe le REMS definitive, nonché gli elevati livelli di collaborazione raggiunti con la Magistratura, hanno permesso al Gruppo Tecnico Regionale di ricondurre l'offerta di posti in REMS a quella programmata, anche al fine di consentire un reinvestimento a favore dei servizi di salute mentale territoriali delle risorse.

Pertanto, è stato deciso di dismettere le REMS provvisorie progressivamente secondo il cronoprogramma di cui alla Tabella n. 3 – attraverso una iniziale riduzione di 12 posti per il 31.12.2016, da completarsi con la soppressione dei restanti 16 posti entro il 30.06.2017, e con la contestuale riconversione dei posti, qualora programmata dalle AASSL competenti, verso un utilizzo prioritariamente dedicato alla gestione dei pazienti con misure di sicurezza non detentive o comunque a rischio di applicazione di misure di sicurezza OPG/CCC.

Il DGRC n. 716 del 13.12.2016 ha inoltre indicato il programma di progressiva chiusura delle Rems provvisorie con riconversione parziale di una struttura per l'accoglienza, alternativa alla Rems, di n. 8 persone di competenza territoriale.

Tabella 3

Tabella n. 9 – Programma di dismissione delle REMS PROVVISORIE della Regione Campania.			
SEDE REMS	ASL	DATA DISMISSIONE (*)	NUOVA PROGRAMMAZIONE**
1) Struttura Intermedia Residenziale di Roccaromana	CE	Dismessa il 15.12.2016	-
2) RSA Mondragone	CE	31.03.2017	utilizzo per pazienti non di area penale, eccettuata la possibilità di una parziale riserva di posti per la gestione dei pazienti con misure di sicurezza non detentive o comunque a rischio di applicazione di misure di sicurezza OPG/CCC
3) Struttura Intermedia Residenziale di Vairano P.	CE	30.06.2017	
(*) a partire dalla data stabilita si procederà almeno alla sospensione degli ingressi, con residuale operatività REMS fino alla completa dismissione e con possibilità esclusiva di progressiva e concomitante riconversione alla nuova programmazione dei posti che si renderanno progressivamente liberi; (**) la nuova programmazione risponde a bisogni dei pazienti di competenza dell'ASL di appartenenza della struttura, che ne regola l'utilizzo, potendo anche prevedere una transitoria e onerosa disponibilità per pazienti di altre AASSL, con esclusivo riferimento al territorio regionale.			

Nel complesso delle azioni che hanno consentito alla Regione Campania di realizzare tutti gli interventi compresi nel processo di superamento degli OO.PP.GG., come richiesti dal DPCM del 01.04.2008 e dalle Leggi n. 9 del 17.02.2012 e n. 81 del 30.05.2014, rilevante è stato il ruolo ed il contributo dell'ASL di Caserta che ha attivato oltre le Rems sopradescritte anche l'Articolazione per la Tutela della Salute Mentale in Carcere (20 posti letto) presso la Casa Circondariale di Santa Maria Capua Vetere nel 2012 (ex-Accordo Conferenza Unificata del 13.10.2011).

1 Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 195 del 16/10/2012
2 Documento approvato dall'Osservatorio Regionale Permanente per la Sanità Penitenziaria il 05.12.2016

Evoluzione operativa

La Regione Campania ha attivamente lavorato per il processo di superamento degli OO.PP.GG., al punto che l'OPG di Napoli è stato il primo dei sei OO.PP.GG. italiani a chiudere per effetto della legge n. 81/2014 in data 21.12.2015; l'ultimo paziente dimesso dall'OPG di Aversa è uscito il 15.06.2016.

Contestualmente sono nate le prime Rems che hanno permesso il completo superamento degli OO.PP.GG. con tutto il carico delle problematiche non risolte delle Misure di Sicurezza e delle criticità ereditate.

Nell'ambito dell'ASL di Caserta, in data 30.04.2015 è stata inaugurata la **Rems provvisoria di Mondragone** con 8 posti letto a cui il 06.12.2015 sono stati aggiunti altri

8 posti letto. Attualmente è destinata alla progressiva chiusura ed indirizzata all'accoglienza di n. 8 persone in misure di sicurezza non detentive. Ospita alla data odierna n. 4 persone in misura di sicurezza detentiva e n. 6 persone in misura di sicurezza non detentiva.

In data 15.05.2015 è stata inaugurata la **Rems provvisoria di Roccaromana loc. Stigliano** con 20 posti letto e dismessa, poi, il 21.12.2016.

In data 06.12.2015 è stata inaugurata la **Rems provvisoria di Vairano Patenora loc. Marzanello** con 12 posti letto, oggi ancora operativa ma destinata alla dismissione.

In data 21.12.2016 è stata inaugurata la **Rems definitiva di Calvi Risorta** con 20 posti letto, in sostituzione della Rems provvisoria di Roccaromana, con il completo trasferimento dei pazienti.

Inoltre, nel luglio 2012 è stata inaugurata presso la Casa Circondariale di Santa Maria Capua Vetere, l'**Articolazione di Salute Mentale Penitenziaria (ATSM)**³ con il Servizio di Salute Mentale in Carcere (SSMC), che concorre alla presa in carico dei detenuti presenti negli Istituti Penitenziari del territorio dell'ASL di Caserta (Casa Circondariale di S. Maria Capua Vetere, Casa Circondariale di Arienzo, Casa di Reclusione di Aversa, Casa di Reclusione di Carinola) con specifici stati patologici psichiatrici, compresi i detenuti ai quali sono applicati gli artt. 111 e 112, comma 2 del DPR 230/2000 e l'art. 148 c.p.

Il tutto al fine di evitare l'ingresso in Rems di persone che curate possano, saldato il debito con la giustizia, rientrare nel tessuto sociale di provenienza ed essere prese in carico dai propri servizi sanitari territorialmente competenti, debitamente e precedentemente informati.

Il **Servizio di Salute Mentale Penitenziario e Superamento OPG (SSMPSO)**, alla luce della normativa vigente, si occupa di gestire tali strutture, garantendo la presa in carico dei soggetti in esse ricoverati, perseguendo gli obiettivi di salute e di riabilitazione sia attraverso l'adozione di programmi terapeutico-riabilitativi che attraverso azioni di inclusione sociale. Mantiene continui e costanti rapporti di collaborazione con il Servizio Sanitario territorialmente competente per il singolo caso al fine della formulazione dei Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI), ex Legge 81/2014, per permettere, ove possibile, l'applicazione di una misura alternativa alla detenzione. Inoltre collabora, attraverso i referenti dei casi clinici, con l'Autorità Giudiziaria e/o l'Amministrazione Penitenziaria per tutte le tematiche inerenti le condizioni cliniche e socio-sanitarie delle persone ivi presenti.

La proficua collaborazione di tale servizio con i DD.SS.MM. territorialmente competenti, ha permesso di avere riscontri significativi soprattutto rispetto ai dati di dimissioni dei pazienti dalle Rems. Infatti, considerando le 4 REMS (tra quelle provvisorie e quelle definitive) della provincia di Caserta, su n.152 internati transitati dall'apertura

delle strutture al 31/12/2018, sono stati dimessi n. 119 pazienti, pari al 79% del totale, con percentuali di dimissione di ciascuna struttura che oscillano tra il 59% e l'89%. I dati esposti sono eloquenti per i risultati ottenuti, ma non danno la misura dell'impegno profuso. I casi che si rappresentano come valori numerici non descrivono le situazioni e le modalità presenti nelle Rems che ripropongono le criticità e le anomalie così comuni nei "vecchi" OO.PP.GG.

Prima di addentrarci in valutazioni e considerazioni critiche, è utile ancora una volta sottolineare i punti sanciti dalla Legge n° 81 del 30 maggio 2014 che permangono non del tutto applicati dalla magistratura di cognizione e di sorveglianza:

- Revisione dei programmi di attuazione delle Rems (la misura di sicurezza deve essere "estrema ratio" del provvedimento del magistrato);
- Privilegiare le misure alternative all'internamento e rivedere il concetto di pericolosità sociale (quest'ultimo non può essere elemento di internamento a vita);
- Solo in casi eccezionali e quando sono acquisiti elementi tali da ritenere non idonea struttura diversa ad assicurare cure adeguate e a far fronte alla pericolosità sociale si invia in Rems;
- La mancanza di adeguato programma terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) non può essere elemento di internamento;
- La durata dell'internamento non può superare la pena edittale (fine ergastolo bianco).

Considerazioni generali

I punti critici salienti rimangono i soliti e possono essere orientativamente e genericamente i seguenti:

1. Scarsa conoscenza delle misure di sicurezza detentive e della normativa sviluppatasi con la chiusura degli OO.PP.GG. da parte dei servizi sanitari e della magistratura di cognizione;
2. Attese lunghe per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive da provvisorie a definitive con PTRI che diventano obsoleti ed inattuabili per le lunghe attese;
3. Difficoltà di "presa in carico" di pazienti difficili da parte di molti servizi di salute mentale con tentativi palesi o subdoli di espulsione dal circuito sanitario in quello giudiziario;
4. Scarsa comunicazione tra gli operatori sanitari (in particolare dei servizi di salute mentale territoriali) e quelli giudiziari (in particolare della magistratura di cognizione);
5. Difficoltà di disporre di PTRI adeguati ai bisogni dei pazienti che spesso, quando presenti, vengono ritenuti non idonei (specie quando non residenziali) da parte della magistratura;
5. Liste di attese notevolmente piene per le eccessive misure di sicurezza provvisorie anche per pazienti ricoverati in strutture residenziali o seguiti dai servizi per reati "minori" in stato di buon compenso clinico.

3 Ex Accordo di C.U. del 13/10/2011; Istituita con D.M. Giustizia del 02/09/2014

Senza soffermarci in una sequenza di ipotesi progettuali, tali criticità potranno essere risolte solo quando si darà inizio ad una riforma completa del codice penale, in cui principalmente dovrà essere sancito che il malato che ha commesso un reato grave andrà trattato come il sano e curato in carcere. Quelli (e sono tanti) che commettono "bagattellate" e non sono imputabili vanno assegnati ai servizi psichiatrici territoriali per una presa in carico forte con il compito di evitare la reiterazione del reato (maltrattamenti in famiglia, litigi con vicini di casa, oltraggi a pubblici ufficiali, ecc.) Tale attività assistenziale da parte dei servizi territoriali è fondamentale al fine di evitare l'azione "vicariante" dell'Autorità Giudiziaria.

Per armonizzare le attività sanitarie con quelle giudiziarie è stato istituito in Campania "Il Coordinamento Regionale per il Superamento degli OO.PP.GG." presente dal 2010 (quando erano presenti ancora gli OO.PP.GG. di Aversa e Napoli), attualmente denominato "Gruppo Regionale Interistituzionale per la Gestione e la Prevenzione delle Misure di Sicurezza in Rems e la Tutela della salute Mentale in Carcere".

Tale Gruppo, che si riunisce settimanalmente, è composto da rappresentanti di tutte le AA.SS.LL. della Regione Campania (ASL NA/1 Centro, ASL NA/2 Nord, ASL NA/3 Sud, ASL CE, ASL SA, ASL AV, ASL BN con i responsabili delle Rems di Caserta ed Avellino), da rappresentanti dell'Amministrazione Penitenziaria e della U.E.P.E. della Regione Campania.

Si occupa di monitorare quanto accade nelle AA.SS.LL. per quanto riguarda le misure di sicurezza applicate e/o non ancora applicate con denunce intercettate, valutando la posizione giuridica, la situazione clinica, la prospettiva immediata di un PTRI da sottoporre alla magistratura, forti di un Protocollo d'intesa di recente siglato, al fine di evitare l'assegnazione alla Rems ("ultima ratio" ai sensi della Legge 81/14). Si analizzano i diversi percorsi da attivare per aumentare l'efficienza e il rispetto dei diritti e favorire le soluzioni alternative affrontando collegialmente i casi più complessi.

Il gruppo di lavoro interistituzionale nelle persone dei rappresentanti delle AA.SS.LL. riporta nelle sedi periferiche tutte le informazioni consentendo la formazione, l'aggiornamento e la qualificazione dell'attività di tutti i soggetti, diffondendo la conoscenza della legge e delle modalità per la sua applicazione. Anche l'amministrazione penitenziaria ha sempre collaborato con l'area sanitaria per la formazione e l'informazione del suo personale.

La magistratura sia di cognizione che di sorveglianza e le forze dell'ordine al momento non sono coinvolte anche se i primi protocolli d'intesa sottoscritti tra l'area sanitaria e l'area giudiziaria (Regione e Tribunali/Procure) sembrano portare alla presenza di loro rappresentanti al Tavolo Tecnico Regionale, facilitando i chiarimenti tra le parti in modo che la giustizia non tenda a piegare unilateralmente alle sue esclusive esigenze le strutture sanitarie, per vicariare l'assenza o lo scarso coinvolgimento dei servizi sanitari territoriali.

Infine deve essere sottolineato lo sforzo operato dalla ASL di Caserta per la messa a punto di un Sistema Infor-

mativo per il Monitoraggio del superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania (SMOP) al fine di far dialogare realtà differenti, caratterizzate da differenti operatività (operatori sanitari, della giustizia, referenti regionali, di macrobacino e nazionali) attraverso:

- a) Comunicazione in tempo reale degli ingressi/uscite;
- b) Condivisione delle informazioni sanitarie e giuridiche essenziali;
- c) Condivisione di documenti formalizzati (relazioni sanitarie, progetti di presa in carico finalizzati alla dimissione, modifiche residenza);
- d) Convocazione riunioni d'equipe/udienze;
- e) Dematerializzazione delle comunicazioni tra i servizi.
- f) Supporto di conoscenza ai CSM e alle altre articolazioni.

Conclusioni

Quale resoconto finale e quadro d'insieme dell'esperienza maturata ed affrontata dal Servizio di Salute Mentale Penitenziario e Superamento OPG (SSMPSO) della ASL di Caserta sono state individuate delle criticità e delle risorse che non sono né esaustive né esclusive di una questione più complessa e sfaccettata, ma che sono intese principalmente come una lista delle possibilità per dirigere e promuovere, insieme ad altri attori, alcune riflessioni tecniche e metodologiche seguendo un orientamento che parta da esperienze reali. Volendo quindi tentare di ridurre ai minimi termini le evidenze che con maggior peso si impongono ad una riflessione, si deve partire dal riscontro complessivo che inizia dalle riforme in poi.

L'attuale sistema di intervento sembra ancora essere caratterizzato da elementi di frammentarietà con presenza di ostacoli organizzativi, coordinativi e culturali che intralciano la domanda ed influenzano le risposte che non sempre risultano efficaci ed adeguate. Da qui la necessità di porre in primo piano l'esigenza di studiare forme organizzative di collaborazione multiprofessionali sempre migliori per cercare spazi ed occasioni per incontri di idee, per valutare altre possibilità ed innovazioni. Ciò significa che bisogna cercare e garantire sempre più processi partecipativi per generare progettualità sempre più complete e più appropriate.

Il concetto di appropriatezza obbliga, in questo caso, ad individuare la comunicazione all'interno dei sistemi dei servizi come azione essenziale: scambio interattivo, dotato di intenzionalità reciproca utile per acquisire/fornire informazioni e dati, idoneo a rendere maggiormente partecipi operatori ed Agenzie variamente collegate tra di loro per ragioni di vicendevolesse notificazione o collaborazione. Ciò anche e soprattutto attraverso l'utilizzo e le opportunità offerte dalla presenza di strumenti/sistemi informatici, peraltro già citati, dedicati, d'avanguardia e funzionanti in tempo reale quali lo S.M.O.P., che si va affermando sempre di più come una risorsa tecnologica idonea a rendere disponibili informazioni essenziali, attendibili ed appropriate per monitorare il processo di superamento OPG e per supportarne

le connesse programmazioni. L'applicazione del concetto di appropriatezza, tuttavia, va realizzata a tutto tondo, cioè considerando anche l'impegno per correggere il sotto-utilizzo di trattamenti indicati come raccomandabili quali le "alternative progettuali" così come per curare maggiormente il rapporto tra misure di sicurezza definitive e provvisorie e la corrispondenza tra misure di sicurezza e luoghi idonei alla loro esecuzione.

Affermare l'appropriatezza implica anche la necessità di comprendere meglio per quali pazienti sono indicate le forme di presa in carico intensive e/o flessibili. E' anche indicativo quanto l'organizzazione da crearsi intorno al "paziente difficile" richieda come metodo elettivo una costante ridefinizione del contesto in cui esso si declina sullo sfondo di un lavoro di programmazione e valutazione a ciclo continuo, anche tramite assidue azioni di monitoraggio. Il criterio della "costante ridefinizione dei PTRI" può ritornare utile anche quale elemento di impatto positivo sul tasso di recidiva riguardante un'altra ricorrente criticità: la trasgressione delle misure sicurezza da parte degli utenti e la sicurezza degli operatori. Gli allontanamenti ricorrenti, le fughe e le evasioni appesantiscono, infatti, questa criticità anche avvalendosi del loro disvalore sociale e di riduzione di consenso sulle nuove risposte. Come pure la costante ridefinizione dei PTRI può ridurre i rischi di un nodo irrisolto rappresentato dalla sicurezza degli operatori all'interno delle REMS, nonostante la ricorrente rivisitazione dei protocolli d'intesa con le Forze dell'Ordine e delle promesse di nuovi e più efficaci accordi. Un problema reso ulteriormente difficile dalla concentrazione delle Rems della ASL di Caserta, una definitiva, Calvi Risorta, e due provvisorie, Vairano Patenora e Mondragone, tutte collocate in un ambito geografico ristretto dell'alto casertano notoriamente privo di un sufficiente numero di operatori di polizia.

La stessa ubicazione delle strutture genera una certa improbabilità del concetto di inclusione territoriale in particolare per gli utenti appartenenti alle altre ASL del territorio campano convenzionate, per gli inserimenti in REMS, con l'ASL Caserta. Una inclusione resa difficile, oltre che per le distanze dai luoghi di residenza geografica ed affettiva, anche per mancanza di opportunità favorevoli offerte dalle debolezze economiche e sociali delle comunità su cui le REMS insistono e che sostanzialmente finiscono per incrementare il sempre presente rischio di istituzionalizzazione. E sempre in tema di residenza, nel panorama creatosi, vi è da segnalare, nel territorio casertano, una crescente offerta di strutture convenzionate presenti nel circondario delle REMS che potrebbero, con il tempo, costituire vere e proprie concentrazioni di soggetti svantaggiati anch'essi spinti verso il rischio di istituzionalizzazione. Tuttavia non mancano iniziative positive e di sicura efficacia organizzativa. Avviato da tempo, sta avendo successo lo sforzo di armonizzare l'attività sanitaria con quella giuridica. Il tentativo, come già citato, è legato alla iniziativa varata dal Gruppo Regionale Interistituzionale per la Gestione e la Prevenzione delle Misure di Sicurezza in Rems e la Tutela della salute Mentale in Carcere. La presenza di diverse professionalità dà senso e consistenza riabilitativa, giuridica, ambientale e di sicurezza alla

individuazione di percorsi alternativi da attivare per aumentare l'efficacia progettuale, per affrontare con criteri di priorità situazionali e non temporali la lista d'attesa, per ridurre le recidive, per evitare interruzioni dei percorsi di uscita.

Ulteriore criticità da segnalare, unitamente alle esperienze maturate nella quotidianità operativa, riguarda la constatazione delle deboli difese d'ufficio che risultano incerte, disinformate e disimpegnate e/o, peggio ancora, di difensori reclutati al momento durante i dibattimenti in contrasto con pochi impegnati professionisti della difesa. A questo proposito ci preme inserire nel concetto di "qualità della difesa" anche quello inerente la problematica, non frequente, ma non rara, della affermazione della incompatibilità alla detenzione, quando questa, anche alla luce dei criteri indicati dalla Cassazione, appare evidente.

Altra criticità da evidenziare è quella che vede le anamnesi troppo frequentemente caratterizzate dal transito inefficace dei pazienti dal Servizio Materno Infantile dove spesso i pazienti ricevono interventi frammentari e discontinui che riducono la capacità del sistema sanitario di intercettazione-aggancio terapeutico precoce ed efficace del disturbo psicopatologico. In direzione contraria, invece, le storie segnalano il tempismo e l'opportunismo delle organizzazioni criminali o di piccoli gruppi o addirittura di singoli delinquenti a cogliere la convenienza di avvalersi di pazienti psichiatrici per portare a termine piccoli o grandi progetti. Ultimo, ma non per ultimo, il problema dello stigma verso la malattia mentale, che sebbene ritualmente evocato, non si giova ancora di una realtà maturata ed efficacemente tradotta in atto, ancora ben presente anche negli addetti ai lavori.

Inoltre sullo sfondo della riflessione che le complicazioni del vivere sociale sono aumentate ed i rischi delle posizioni più deboli nella società sono cresciuti, nelle azioni tutelanti si nota che troppo spesso gli interventi sono lasciati alla sola attenzione e capacità del singolo operatore.

Poco numerose sono ancora la promozione di istanze, ricorsi ed elaborati di tutela finalizzati alle costruzioni di progettualità/risposte sociali creative. Scarse o assenti sono le attivazioni di Uffici per le Tutele presso i DSM quale apparato permanente di mediazione efficace e di riferimento per i bisogni degli utenti che versano in condizioni al di sotto di una vita socialmente dignitosa, anche attraverso la formazione di Amministratori di Sostegno. Carenti, infine, l'attenzione alla genitorialità in condizioni detentive ed alla formazione ed all'inserimento lavorativo spendibile sul mercato del lavoro, utili sia per contrastare le povertà della esperienza detentiva sia per la prevenzione sostanziale dei gesti suicidari.

Riferimenti bibliografici

- Balbi, G. (2015). *Infermità di mente e pericolosità sociale tra Opg e Rems*. Relazione tenuta presso la Scuola Superiore della Magistratura, incontro di studi "Le misure di sicurezza personali", Scandicci, Villa di Castel Pulci, 3-5 giugno 2015.
- Casacchia, M., Malavolta, M., & Bianchini, V. et al. (2015). Directors Italian Section, World Association for Psychosocial Re-

- habilitation (WAPR). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care? *Rivista Italiana di Psichiatria*, 50, 199-209.
- Castore, L., "Reportage sugli OPG", in L'Espresso, 23 Aprile 2017
- Latte, G., Avvisati, L., Calandro, S., Di Filippo, C., Di Genio, M., Di Iorio, G., Gilardi, V., Giordano, S., & Pagano, A. M. (2018).: Dagli OPG alle REMS: il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli autori di reato con problemi psichici. *Rivista Italiana di Psichiatria*, 53(1), 31-39.
- Sacchetti, E., Mencacci, C. (2015). The closing of the Italian Forensic Hospitals: six months later. What we have learned and what we need. *Evidence-Based Psychiatric Care*, 1: 37-9.
- Schiaffo, F. (2014). La pericolosità sociale tra sottigliezze empiriche e spessori normativi. La riforma di cui alla legge n. 81/2014, *Diritto Penale Contemporaneo*.
- Schiaffo, F., "Psicopatologia della legislazione per il superamento degli opg: un raccapricciante acting out nella c.d. "riforma orlando". Convegno di studi su "Giustizia e welfare. Le misure di sicurezza non detentive e le politiche sociali", tenutosi il 31 marzo 2017 presso il Dipartimento di scienze giuridiche dell'Università di Salerno.
- Secchi, B., Calcaterra, A. (2018). "La nuova risoluzione del CSM in tema di misure di sicurezza psichiatriche". Stopopg, 5 novembre 2018
- Psichiatri Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al DPCM 1/04/2008 e Legge 17/02/2012 n. 9, art. 3/ter - BURC Regione Campania n. 40 del 26/06/2012.
- 2012.** Legge 9/2012: "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri".
- 2014.** Decreto Regionale 30 settembre 2014 n. 104 - Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatri Giudiziari della regione Campania - BUR Campania n. 69 del 6/10/2014.
- 2014.** Testo coordinato del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 - Testo del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 76 del 1/04/2014), coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n. 81, recante: "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatri giudiziari". Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 125 del 31/5/2014.
- 2015.** Accordo Conferenza Unificata del 22/1/2015 - Rep. n. 3/CU - Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali".
- 2015.** Accordo Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 - Rep. n. 17/CU - Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatri Giudiziari in attuazione al DM 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n.9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n.52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81.
- 2015.** Sentenza n. 186/2015 Corte Costituzionale del 23/7/2015 - Misure di sicurezza - Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatri giudiziari introdotte con decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 - Applicazione nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia.
- 2016.** Senato della Repubblica, XVII Legislatura - Doc. CCXVII n. 4 - Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatri giudiziari (aggiornata al 31 dicembre 2015) - Presentata dal Ministro della Salute (Lorenzin) e dal Ministro della Giustizia (Orlando) - Comunicata alla Presidenza il 22 gennaio 2016.
- 2016.** Decreto Dirigenziale n. 56 del 15/04/2016 - Gruppo regionale per il superamento degli OPG ex DGRC n. 654 del 6 dicembre 2011 - Aggiornamento componenti - BUR Campania n. 25 del 18/04/2016.

Normative

- 2000.** Legge 8 novembre 2000, n. 328 - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13/11/2000 supplemento ordinario n. 186.
- 2008.** DPCM 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanita penitenziaria". Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30/05/2008.
- 2009.** Regione Campania - Deliberazione della Giunta Regionale n. 1812 dell'11 dicembre 2009 - Azioni per la realizzazione di forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario e della giustizia minorile e per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo di cui agli Allegati A e C del DPCM 1 aprile 2008 - Approvazione dello schema di accordo di programma.
- 2011.** Accordo Conferenza Unificata del 13.10.2011 - Rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011 - Accordo, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatri giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008".
- 2012.** Decreto Dirigenziale della Regione Campania n. 195 del 16/10/2012
- 2012.** Decreto n. 64 del 19/06/2012 - Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali

- 2016.** Senato della Repubblica, XVII Legislatura - Doc. CCXVII n. 5 - Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 30 giugno 2016) - Presentata dal Ministro della Salute (Lorenzin) e dal Ministro della Giustizia (Orlando) - Comunicata alla Presidenza il 3 agosto 2016.
- 2016.** Relazione semestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone 19 febbraio 2016 - 19 agosto 2016
- 2016.** Seconda relazione trimestrale sull'attività svolta dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone 19 agosto 2016 - 19 novembre 2016
- 2016.** Delibera della Giunta Regione Campania n. 716 del 13/12/2016 "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" - Completamento provvedimenti attuativi - con allegato.
- 2016.** Documento approvato dall'Osservatorio Regionale Permanente per la Sanità Penitenziaria il 05.12.2016
- 2017.** Direttive interpretative ed applicative in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Il Consiglio superiore della magistratura, 19 aprile 2017.
- 2017.** Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale, *Relazione al Parlamento*, Roma 2017.
- 2018.** Decreto n. 83/2018 del 07/05/2018 - Tribunale di Benevento "Accordo operativo in tema di applicazione delle misure di sicurezza tra il Tribunale di Benevento, l'Azienda Sanitaria Locale di Benevento, l'Azienda Sanitaria Locale di Avellino e la Regione Campania".
- 2018.** Deliberazione n. 336 del 05/06/2018- Regione Campania "Approvazione schema di Accordo operativo in tema di applicazione delle misure di sicurezza tra la Regione Campania e la Procura Generale della Repubblica presso la Corte d'Appello di Napoli per l'attuazione della legge 30 Maggio 2014 n. 81 - con allegato".
- 2018.** Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche. (Risoluzione del 24 settembre 2018) Il Consiglio superiore della magistratura, 24 settembre 2018.

FUNZIONI COGNITIVE FRONTALI E LIVELLI DI IMPULSIVITÀ: RISULTATI PRELIMINARI IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO

FRONTAL COGNITIVE FUNCTIONS AND LEVELS OF IMPULSIVITY: PRELIMINARY RESULTS ON A SAMPLE OF ITALIAN PSYCHIATRIC OFFENDERS

Antonello Veltri • Valentina Lombardi • Angelica Maria Donatelli • Claudia Montanelli • Francesca Mundo • Giuseppe Restuccia • Andrea Bui • Alice Cerboneschi • Fabrizio Lazzarini • Alfredo Sbrana

Abstract

Frontal cognitive impairment is associated in psychiatric patients with a worse overall outcome and the risk of violent behavior. This study analyzes impulsivity levels and executive functions in a sample of 16 offender psychiatric patients. Patients with schizophrenia spectrum disorders presented worse attentional levels than patients with other diagnoses. Negative correlations between both total and attentional impulsivity and short-term memory emerged. Attentional performance was positively correlated with functioning while psychopathological severity negatively with short-term memory. Further research on larger samples is needed in order to adequately characterize the cognitive profiles of psychiatric patients who commit crimes both for rehabilitation and preventive purposes on the risk of violence.

Keywords: cognitive impairment, executive functions, impulsivity, REMS, forensic psychiatry

Riassunto

La compromissione cognitiva frontale è associata nei pazienti psichiatrici a un peggiore outcome globale e al rischio di comportamenti violenti. Questo studio analizza i livelli di impulsività e le funzioni esecutive in un campione di 16 pazienti psichiatrici autori di reato. I pazienti con disturbo dello spettro schizofrenico hanno presentato livelli attentivi peggiori rispetto ai pazienti con altre diagnosi. Sono emerse correlazioni negative tra impulsività sia totale che attentiva e memoria a breve termine. La performance attentiva è risultata correlata positivamente con il funzionamento mentre la gravità psicopatologica negativamente con la memoria a breve termine. Ulteriori ricerche su campioni più ampi appaiono necessarie al fine di caratterizzare adeguatamente i profili cognitivi dei pazienti psichiatrici autori di reato sia a fini riabilitativi che preventivi sul rischio di violenza.

Parole chiave: deficit cognitivi, funzioni esecutive, impulsività, REMS, psichiatria forense

Per corrispondenza: Antonello VELTRI, email: antonelloveltri@gmail.com

Antonello VELTRI, MD, PhD Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), Unità Operativa Complessa Psichiatria di Pisa, Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy. Indirizzo: Borgo San Lazzero, 5 – 56048 Volterra (Pisa, Italy) - Tel.: 058891986; Fax: 058891581; E-mail: antonelloveltri@gmail.com

Valentina LOMBARDI, Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), Unità Operativa Complessa Psichiatria di Pisa, Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Angelica Maria DONATELLI, Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), Unità Operativa Complessa Psichiatria di Pisa, Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Claudia MONTANELLI, Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), Unità Operativa Complessa Psichiatria di Pisa, Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Francesca MUNDO, Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), Unità Operativa Complessa Psichiatria di Pisa, Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Giuseppe RESTUCCIA, Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), Unità Operativa Complessa Psichiatria di Pisa, Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Andrea BUI, SRP1 Villa Aeoli, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Alice CERBONESCHI, SRP1 Villa Aeoli, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Fabrizio LAZZERINI, SRP1 Villa Aeoli, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Alfredo SBRANA, Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), Unità Operativa Complessa Psichiatria di Pisa, Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Funzioni cognitive frontali e livelli di impulsività: risultati preliminari su un campione di pazienti psichiatrici autori di reato

Introduzione

La compromissione neuropsicologica, fino a quadri di deterioramento cognitivo, è comune in pazienti affetti da diversi disturbi psichiatrici e può interessare un'ampia varietà di domini cognitivi (Millan et al., 2012). Il trattamento dei deficit cognitivi in pazienti con disturbi psichiatrici è uno degli aspetti più importanti nel campo della salute mentale in quanto la persistenza di deficit cognitivi condiziona notevolmente l'outcome funzionale globale dei pazienti, la qualità della (Fujii, Wylie, & Nathan, 2004), il funzionamento sociale, la performance nelle attività quotidiane (Green, Kern, Braff, & Mintz, 2000; Jaeger, Berns, Uzelac, & Davis-Conway, 2006) e il ritorno al lavoro e allo studio (Nuechterlein et al., 2011). Il tasso di recupero è inversamente correlato con la gravità della compromissione, e anche in quei pazienti che sembrano essere sostanzialmente in remissione clinica, il deterioramento neuropsicologico residuo compromette il funzionamento nel mondo reale (Millan et al., 2012). Inoltre, studi condotti su detenuti o individui con tratti antisociali o psicopatici hanno dimostrato che i deficit neuropsicologici sono associati a comportamenti violenti e che il deterioramento nel funzionamento esecutivo e/o nel riconoscimento sociale può portare a pregiudizi cognitivi che aumentano il rischio di recidiva di comportamenti violenti (Morgan & Lilienfeld, 2000; Brower & Price, 2001; Weiss, 2012).

Numerosi studi hanno dimostrato che le disfunzioni della corteccia frontale sono associate a una compromissione delle funzioni esecutive a una ridotta capacità di regolare il comportamento aggressivo (per review vedi Naudts & Hodgins, 2006). I deficit neuropsicologici di tipo frontale, infatti, possono ridurre il numero di opzioni a disposizione di un individuo per rispondere a una determinata situazione ambientale. Come componente della risposta umana di attacco e fuga, l'aggressività può servire come meccanismo adattativo. Quando è presente una disfunzione cognitiva, tuttavia, l'aggressività può dominare la risposta comportamentale a discapito di altre reazioni come l'evitamento o la fuga.

Gli studi che hanno esplorato il rapporto tra violenza e funzionamento neuropsicologico nei pazienti schizofrenici hanno prodotto risultati contrastanti, con evidenze di prestazioni migliori, simili o peggiori nei pazienti schizofrenici violenti rispetto ai non violenti. Una ragione per queste incongruenze nei risultati dei diversi studi può essere che i test utilizzati per la valutazione delle funzioni esecutive potrebbero non rilevare disfunzioni della corteccia prefrontale a livello orbitofrontale o ventromediale che invece appaiono cruciali nelle reazioni aggressive e nei comportamenti violenti. Inoltre, vi sono differenze sostanziali nelle batterie

di test neuropsicologici utilizzate nei diversi studi (Weiss, 2012). Ulteriori studi neuropsicologici in popolazioni a rischio di comportamento antisociale o aggressività tendono a sostenere un'associazione significativa tra la disfunzione esecutiva prefrontale e l'aumentata probabilità futura di agiti antisociali e/o aggressivi (Brower & Price, 2001). Una meta-analisi recente ha dimostrato che sono rilevabili deficit neuropsicologici e di elaborazione delle emozioni qualitativamente simili ma quantitativamente differenti tra individui violenti con diagnosi di schizofrenia e individui affetti da disturbo antisociale di personalità. In particolare, in entrambi i gruppi diagnostici, sono stati descritti un quoziente intellettivo più basso e performances inferiori di memoria e funzioni esecutive rispetto a gruppi di controlli sani. Tuttavia il grado di deficit risulta significativamente maggiore nei pazienti schizofrenici (Sedgwick, Young, Baumeister, Greer, Das, & Kumari, 2017).

L'obiettivo del presente studio è quello di descrivere le caratteristiche sociodemografiche, psicopatologiche, neuropsicologiche e criminologiche di un campione di pazienti psichiatrici autori di reato e di analizzare eventuali correlazioni significative tra le variabili. In particolare, lo studio si propone di analizzare eventuali correlazioni tra la performance cognitiva (funzioni esecutive), i livelli di impulsività, la gravità del quadro psicopatologico, le abilità di base e alcune caratteristiche sociodemografiche dei pazienti. Saranno effettuati inoltre confronti della performance cognitiva tra sottogruppi di pazienti in funzione della diagnosi psichiatrica e del tipo di reato.

Metodi

Pazienti e strumenti di valutazione

Il campione preso in esame include i primi 16 pazienti reclutati nell'ambito di un progetto di ricerca più ampio volto all'analisi delle caratteristiche sociodemografiche, cliniche, neuropsicologiche e criminologiche dei pazienti psichiatrici autori di reato nel circuito assistenziale specifico della Azienda USL Toscana Nord Ovest. I pazienti oggetto del presente studio sono tutti ospiti presso la REMS-D e la SRP1 Villa Aeoli di Volterra, struttura, quest'ultima, che si pone in continuità terapeutico-riabilitativa diretta con la REMS-D e finalizzata ad accogliere pazienti psichiatrici autori di reato in licenza finale di esperimento o sottoposti alla misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata. Si tratta di un campione di pazienti eterogeneo per diagnosi psichiatrica e per tipo di reati commessi.

I criteri di inclusione utilizzati comprendono: età tra i 18 e 65 anni, padronanza della lingua italiana sia nello scritto

che nel parlato, terapia psicofarmacologica stabile da almeno 8 settimane, assenza di acuzie psicopatologica, assenza di patologie internistiche in fase di scompenso clinico, assenza di lesioni frontali su base traumatica, assenza di comorbidità neurologica.

I pazienti sono quindi tutti autori di reato a cui è stato diagnosticato in sede peritale un vizio totale o parziale di mente e a cui è stata accertata la presenza di pericolosità sociale con conseguente applicazione di misura di sicurezza provvisoria o definitiva. Le caratteristiche sociodemografiche (età, stato civile, AUSL di appartenenza, presenza di figli, situazione lavorativa) e le informazioni cliniche (diagnosi psichiatrica, comorbidità psichiatrica e medica) rilevanti per gli scopi dello studio sono state ricavate dalla consultazione di documenti ufficiali (documentazione sanitaria in archivio, cartelle cliniche). I dati criminologici (tipo di reato, vizio totale o parziale di mente) sono stati ricavati dai dossier giudiziari dei pazienti. I pazienti sono stati valutati clinicamente e attraverso la somministrazione dei test psicometrici e neuropsicologici di seguito specificati al momento del reclutamento. La somministrazione dei test utilizzati nello studio è stata effettuata dagli specialisti psichiatri, dagli psicologi e dai terapisti della riabilitazione psichiatrica della REMS-D e della SRP-1 Villa Aeoli. Tutti i pazienti reclutati nello studio hanno sottoscritto al momento dell'ingresso nella REMS-D o nella SRP1 Villa Aeoli il modulo di consenso informato per l'elaborazione dei dati personali, clinici e giudiziari. Il progetto di studio ha ricevuto l'approvazione dello Institutional Review Board della Azienda USL Toscana Nord Ovest.

Strumenti di valutazione

Le diagnosi di Asse I e di Asse II sono state effettuate da specialisti psichiatri con la Structured Clinical Interview for DSM-IV axis I and axis II disorders (SCID-I, SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002).

I livelli di impulsività sono stati valutati utilizzando la Barratt Impulsiveness Scale, version 11 (BIS-11 - Barratt & Stanford, 1995). Tale strumento è stato messo a punto per la valutazione dell'impulsività intesa come "agire senza pensare" e quindi mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti. La BIS-11 prende in considerazione tre tipi di impulsività: l'Impulsività Motoria, l'Impulsività senza Pianificazione e l'Impulsività Attentiva.

La gravità del quadro psicopatologico è stata valutata con la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS -Overall & Gorham, 1962). Si tratta di una scala di eterovalutazione adatta soprattutto alla valutazione di pazienti psicotici. Generalmente, per la valutazione, è sufficiente un'intervista di 15-20 minuti durante i quali il valutatore raccoglie le informazioni mediante un colloquio libero integrato, eventualmente, da domande dirette e specifiche per quelle aree per le quali il colloquio libero non ha fornito sufficienti elementi di giudizio.

Le abilità di base dei pazienti e i livelli di funzionamento

globale sono stati misurati attraverso la somministrazione della scala Life Skills Profile (LSP - Parker, Rosen, Emdur, & Hadzi-Pavlov, 1991). La LSP è una scala di eterovalutazione del funzionamento globale e delle disabilità dei pazienti schizofrenici, appositamente concepita per poter essere compilata da parte di chiunque abbia una conoscenza diretta del comportamento dei pazienti in esame, nei vari ambiti della vita quotidiana.

Per la valutazione delle diverse funzioni esecutive frontali sono stati impiegati test neuropsicologici specifici. In particolare, lo Stroop Test (Stroop, 1935) è stato utilizzato per la valutazione dell'attenzione selettiva, della flessibilità cognitiva e della sensibilità all'interferenza. Il Trail Making Test (TMT - Reitan, 1958) indaga le capacità attentive del soggetto valutando il modo di procedere in compiti di ricerca visiva e spaziale (TMT-A) e la sua abilità nel passare velocemente da uno stimolo di tipo numerico ad uno alfabetico (TMT-B). Infine, la sottrazione della prova A da quella B (TMT-BA) indica quale dei due tipi di deficit attentivo (di ricerca o di switch) sia prevalente. Il Digit Span (Wechsler, 1958), che è stato impiegato per valutare la memoria a breve termine, è composto, a sua volta, da due test (Digit Forward: memorizzazione di cifre in avanti, Backward: memorizzazione di cifre a rovescio).

Analisi statistiche

Le analisi statistiche sono state effettuate mediante il software MedCalc versione 12.7. I confronti tra i sottogruppi di pazienti per le variabili categoriali sono stati effettuati mediante il test Chi quadrato e il test di Fisher. Il confronto tra i sottogruppi di pazienti per le variabili quantitative a distribuzione gaussiana è stato effettuato tramite test parametrici. In particolare, è stato utilizzato il test t di Student per campioni indipendenti. Per il confronto delle variabili a distribuzione non gaussiana è stato utilizzato il test non parametrico di Mann-Whitney. Le analisi di correlazione tra variabili continue a distribuzione gaussiana sono state effettuate utilizzando il coefficiente di Pearson; per le variabili continue a distribuzione non Gaussiana è stato usato il coefficiente di Spearman. Un valore di p inferiore o uguale a 0.05 è stato considerato significativo.

Risultati

Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e criminologiche

Le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e criminologiche del campione sono riportate in Tabella 1

	Totale (N = 16)
Caratteristiche sociodemografiche	
Età (media ± DS)	40 ± 11.4
Sesso (m, %)	15, 93.5%
Stato civile (N, %): celibe/nubile separato/divorziato	14, 87.5% 2, 12,5%
Scolarità (N, %): licenza media inferiore diploma triennale diploma scuola media superiore laurea	5, 31,2% 3, 18.8% 7, 43.7% 1, 6.2%
Professione (N, %): disoccupato	16, 100 %
Regione di provenienza (N, %): Toscana Umbria	14, 87.5% 2, 12,5%
Azienda Sanitaria di appartenenza (N, %): AUSL Umbra AUSL Toscana Nord Ovest AUSL Toscana Centro AUSL Toscana Sud Est	2, 12.5% 10, 62.5% 1, 6.2% 3, 18.8%
Caratteristiche cliniche	
Diagnosi (N, %): Spettro Schizofrenico Spettro Bipolare Disturbo di Personalità Antisociale	5, 31.2% 9, 56.2% 2, 12,5%
Comorbidità (N, %): Nessuna Disturbi di Personalità Disturbi da Uso di Sostanze Disturbi d'ansia Disturbi di Personalità e Disturbi da Uso di sostanze Disturbi del Controllo degli Impulsi	1, 6.2% 2, 12.5% 9, 56.2% 1, 6.2% 2, 12.5% 1, 6.2%
BPRS (media ± DS)	42.7 ± 14.9
LSP (media ± DS)	123.1 ± 12.4
BIS-11 (media ± DS) Totale Impulsività Attentiva Impulsività Motoria Impulsività Non Pianificata	64.1 ± 5.9 16.1 ± 4.2 21.8 ± 4.5 26.9 ± 5.6
Invalità civile (N, %)	8, 50%
Comorbidità Medica (N, %)	7, 43.7%
Fumo di sigaretta (N, %)	14, 87.5%
Caratteristiche giudiziarie	
Tipo di reato (N, %): Lesioni personali/danneggiamento Omicidio Tentato omicidio Oltraggio a P.U. Furto/rapina	4, 25% 6, 37.5% 2, 12.5% 3, 18.8% 1, 6.2%
Vizio di mente (N, %): Totale Parziale	10, 62.5% 6, 37.5%

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e criminologiche

Il campione di pazienti analizzato è composto per il 93,75% da individui di sesso maschile (n=15) e presenta un'età media di $40 \pm 11,4$ anni. Il 43,7% (n=7) del campione ha una scolarità media superiore, tutti i pazienti sono disoccupati, l'87,5% del campione (n=14) è celibe/nubile, il 12,5% (n=2) separato/divorziato. Il 56,2% (n=9) è affetto da disturbi dello spettro bipolare, il 31,2% (n=5) da disturbi dello spettro schizofrenico, il 12,5% (n=2) da disturbo di personalità antisociale. Le comorbidità psichiatriche più frequenti sono rappresentate principalmente da disturbi da uso di sostanze (n=9, 56,2%) e disturbi di personalità (n=2,

12,5%). I reati più frequenti risultano omicidio/tentato omicidio (n=8, 50%) e lesioni/danneggiamento (n=4, 25%). La restante parte del campione ha commesso reati di rapina ed oltraggio a pubblico ufficiale. Il 62,5% (n=10) dei pazienti è stato giudicato affetto da vizio totale di mente, il restante 37,5% (n=6) da vizio parziale.

Caratteristiche neuropsicologiche

I punteggi dei test neuropsicologici utilizzati sono riportati in Tabella 2.

	Totale (N = 16)
Test neuropsicologici	
Stroop Test (media ± DS)	
Stroop tempo	41.2 ± 24.5
Stroop errori	3.7 ± 3.6
Trail Making Test (media ± DS)	
TMT-A	55.9 ± 24.5
TMT-B	41.2 ± 24.5
TMT-BA	131.3 ± 112.4
Digit span (media ± DS)	5.6 ± 0.9

Tabella 2. Punteggi dei test neuropsicologici

Nel confronto tra il sottogruppo dei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico e quello dei pazienti con altre diagnosi (disturbi dello spettro bipolare e disturbo di personalità antisociale) sono emerse differenze statisticamente significative relativamente ai punteggi del TMT-B e del TMT-BA (Tabella 3). Non sono state rilevate differenze

significative tra i due sottogruppi per le altre variabili cliniche (gravità sintomatologica - punteggio BPRS, funzionamento globale - punteggio LSP, livelli di impulsività - punteggio BIS-11) e neuropsicologiche (punteggi Stroop test, Digit Span, TMT-A).

	SPETTRO SCHIZOFRENICO	ALTRE DIAGNOSI	p
TMT-B	292,34 ± 154,84	125,27 ± 97,08	0,01
TMT-BA	211,23 ± 139,08	94,92 ± 81,13	0,05

Tabella 3. Confronto dei punteggi al TMT tra il sottogruppo dei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico e quello dei pazienti con altre diagnosi (spettro bipolare e disturbo di personalità antisociale)

Confrontando il sottogruppo costituito da pazienti autori di reati gravi (omicidio, tentato omicidio) con quello di pazienti autori di reati minori e il sottogruppo dei pazienti affetti da vizio totale di mente con quello dei pazienti affetti da vizio parziale, non sono emerse differenze significative per nessuna delle variabili cliniche e neuropsicologiche oggetto di studio.

Per quanto riguarda le analisi di correlazione, è stata

evidenziata una correlazione negativa che sfiora la significatività statistica tra il punteggio totale della BIS-11 e il punteggio del Digit Span ($r=-0,46$, $p=0,07$) e tra il punteggio della sottoscala Impulsività Attentiva della BIS-11 e il punteggio del Digit Span ($r=-0,47$, $p=0,06$) (Figura 1). Non sono state rilevate correlazioni significative tra il punteggio della BIS-11 e i punteggi degli altri test neuropsicologici effettuati (TMT, Stroop).

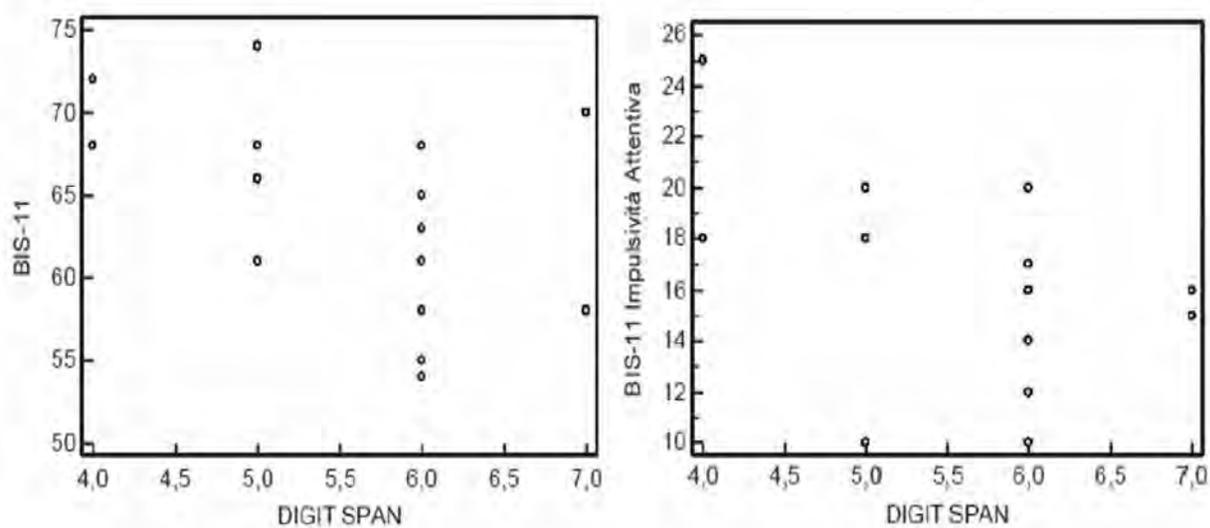


Figura 1. Correlazioni tra punteggio totale della scala BIS-11 e punteggio del Digit Span ($r=-0,46$, $p=0,07$) e tra punteggio della sottoscala BIS-11 Impulsività Attentiva e punteggio del Digit Span ($r= -0,47$, $p= 0,06$)

Il punteggio totale della BPRS ha mostrato una correlazione negativa statisticamente significativa con il punteggio del Digit Span ($r=-0,67$, $p=0,004$) ma non con quello

degli altri test neuropsicologici (TMT, Stroop) e delle altre scale di valutazione (BIS-11, LSP) (Figura 2).

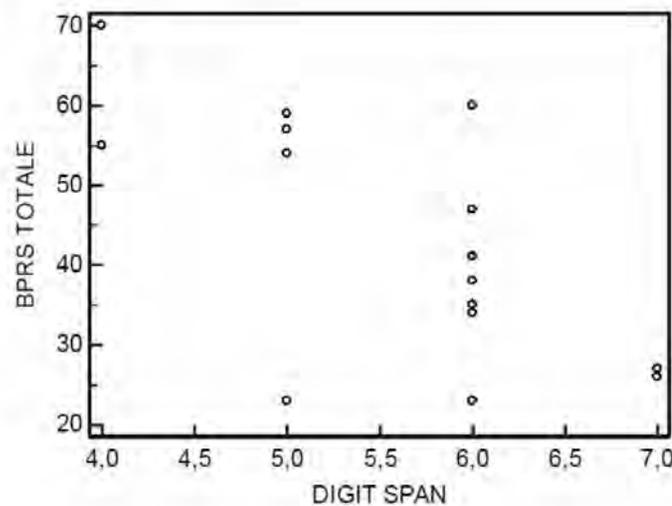


Figura 2. Correlazione tra punteggio totale della BPRS e punteggio del Digit Span ($r=-0,67$, $p= 0,004$)

È stata riscontrata inoltre una correlazione negativa statisticamente significativa tra il punteggio totale della scala LSP e il punteggio del TMT-A ($r=-0,5$, $p= 0,04$) ma non con quello degli altri test neuropsicologici (Stroop, Digit Span) né con quello della BIS-11 e della BPRS.

Come atteso, il punteggio del test di Stroop Tempo è risultato correlato positivamente sia con il punteggio del

TMT-A ($r= -0,5$, $p= 0,04$) che del TMT-B ($r= 0,51$, $p= 0,04$).

L'età dei pazienti non ha mostrato correlazioni significative né con le variabili cliniche (punteggio BIS-11, LSP e BPRS) né con quelle neuropsicologiche (Digit Span, Stroop, TMT).

Discussione e conclusioni

Questo studio si propone di analizzare eventuali correlazioni tra dimensioni transnosografiche quali l'impulsività e i deficit esecutivi frontali in un campione di pazienti psichiatrici autori di reato.

Nel presente studio il sottogruppo dei pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico non ha mostrato differenze significative rispetto a quello dei pazienti con altre diagnosi (disturbi dello spettro bipolare, disturbo di personalità antisociale) relativamente alla gravità del quadro psicopatologico (punteggio BPRS), ai livelli di impulsività (punteggio BIS-11) e al funzionamento globale (punteggio LSP). Tuttavia, i pazienti con disturbo dello spettro schizofrenico hanno presentato una performance cognitiva significativamente peggiore nei test TMT-B e TMT-BA che esplorano funzioni cognitive quali attenzione selettiva, velocità psicomotoria e abilità visuospatiali. Questo dato è in linea con una recente metanalisi che ha rilevato in gruppi di pazienti schizofrenici violenti un deficit delle funzioni esecutive frontali qualitativamente simile ma quantitativamente maggiore rispetto a quello riscontrato in gruppi diagnostici di pazienti con disturbo antisociale di personalità (Sedgwick et al., 2017). D'altra parte, è ampiamente documentato come la compromissione cognitiva anche in campioni clinici (non forensi) di pazienti schizofrenici sia più grave e interferente rispetto a quella riscontrabile in altri gruppi diagnostici (pazienti bipolari) (Bora, 2016; Deng et al. 2018).

Nel nostro studio sono emerse inoltre correlazioni negative che sfiorano la significatività statistica tra i livelli di impulsività totale e attentiva e la performance di memoria a breve termine misurata con il test Digit Span. Non sono state rilevate correlazioni significative tra i livelli di impulsività e le altre funzioni cognitive esplorate. In Letteratura non sono presenti studi di correlazione tra impulsività e deficit delle funzioni frontali nei pazienti psichiatrici autori di reato. Esistono invece ricerche che confrontano le prestazioni cognitive tra campioni di pazienti schizofrenici violenti e non. Sebbene i risultati siano contrastanti, alcuni studi dimostrano come i gruppi di pazienti "violenti" manifestino performances di memoria e di funzionamento esecutivo ed intellettuale peggiori (Stratton, Cobia, Reilly, Brook, & Hanlon, 2018). In uno studio condotto presso l'Università degli Studi dell'Aquila sui pazienti schizofrenici con comportamenti aggressivi all'ammissione in reparto è emerso che il gruppo dei pazienti con alti livelli di impulsività aveva comportamenti aggressivi più gravi e deficit cognitivi maggiori (scarsa flessibilità cognitiva, scarsa capacità di pianificazione e di apprendimento verbale) rispetto al gruppo con bassi livelli di impulsività (Di Giovambattista, Pollice, Mazza, Roncone, & Casacchia, 2006). Tra i vari modelli neurocognitivi del comportamento violento presenti in Letteratura, quindi, potrebbe assumere un ruolo significativo l'ipotesi dell'esistenza nei pazienti violenti affetti da schizofrenia di una disfunzione fronto- limbica che si manifesterebbe sia attraverso gli elevati livelli di impulsività che attraverso i deficit cognitivi frontali.

Interessante è stata la correlazione tra i punteggi della scala LSP e del TMT-A: i soggetti più compromessi nelle abilità di base sono risultati deficitari anche nella performance attentiva. Questo dato è in linea con le numerose evidenze che dimostrano come i deficit cognitivi nei pazienti psichiatrici condizionino notevolmente l'outcome funzionale globale e la performance nelle attività quotidiane (Green et al., 2000; Jaeger et al., 2006).

Inoltre, nel nostro campione la gravità del quadro psicopatologico globale è risultata correlata negativamente con la performance di memoria a breve termine misurata con il test Digit Span. Anche questo risultato è coerente con studi precedenti che hanno evidenziato come la gravità dei sintomi in campioni di pazienti affetti da diversi disturbi psichiatrici correli con la compromissione cognitiva (Bozikas, Kosmidis, Kioperlidou, & Karavatos, 2004; Toujman, Juster, Purdon, Stip, Kouassi, & Potvin, 2018). In particolare, nei pazienti schizofrenici la compromissione delle funzioni esecutive sembra essere associata alla prevalenza di sintomatologia negativa (Mahurin, Velligan, & Miller, 1998; Putnam & Harvey, 2000).

Infine, la correlazione positiva significativa tra i punteggi dei test TMT-A e TMT-B e quello del test di Stroop nella variabile tempo, comprova una stretta relazione tra funzioni cognitive quali attenzione selettiva, switch attentivo, flessibilità cognitiva e sensibilità all'interferenza.

Nonostante evidenze scientifiche abbiano mostrato una maggiore compromissione delle funzioni della corteccia frontale e prefrontale in età giovanile e, in particolare, adolescenziale con conseguenti rischio di comportamenti impulsivi ed esposizione a stili di vita rischiosi (Pehlivanova et al., 2018), nel nostro studio non sono emerse correlazioni significative tra l'età dei pazienti e la performance ai test neuropsicologici somministrati.

Questa ricerca presenta alcuni limiti che è necessario annoverare. Innanzitutto, la scarsa numerosità del campione oggetto di studio ha verosimilmente impedito il raggiungimento della soglia di significatività statistica per alcune delle analisi effettuate e ha precluso la possibilità di effettuare analisi affidabili tra sottogruppi di pazienti individuati in funzione della diagnosi psichiatrica o del tipo di reato commesso. Inoltre, un altro potenziale bias della ricerca riguarda la possibilità che alcune terapie, in particolare quelle a base di antipsicotici tipici, possano aver interferito con la performance cognitiva. Per limitare questo bias è stato inserito tra i criteri di inclusione dello studio la stabilità del trattamento psicofarmacologico per almeno 8 settimane prima del reclutamento. Infine, il carattere di autosomministrazione della Barratt Impulsiveness Scale può aver influenzato il risultato rendendolo meno oggettivo a causa della inevitabile tendenza dei pazienti, soprattutto in presenza di tratti psicopatici, a manipolare le risposte agli items delle scale di valutazione.

In conclusione, nel presente studio, nonostante l'esiguità del campione, è stato possibile constatare l'esistenza di correlazioni significative tra i livelli di impulsività, il funzionamento globale, la gravità della sintomatologia psicopatologica e i deficit a carico di alcune funzioni frontali. Tenuto conto che la presenza di compromissione cognitiva nei pazienti

psichiatriche interferisce significativamente con l'outcome funzionale globale e che negli autori di reato rappresenta un fattore di rischio per la reiterazione di agiti violenti, ulteriori ricerche su campioni più ampi appaiono necessarie al fine di caratterizzare adeguatamente i profili cognitivi dei pazienti psichiatrici autori di reato sia a fini riabilitativi che preventivi sul rischio di violenza.

Riferimenti bibliografici

- Barratt, E.S., & Stanford, M.S. (1995). Impulsiveness. In C.G. Costello (Ed.), *Personality Characteristics of the Personality Disordered Client*. New York: Wiley.
- Bora, E. (2016). Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(10), 424-433.
- Bozikas, V.P., Kosmidis, M.H., Kioperlidou, K., & Karavatos, A. (2004). Relationship between psychopathology and cognitive functioning in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 45(5), 392-400.
- Brower, M.C., & Price, B.H. (2001). Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: a critical review. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 71, 720-726.
- Deng M., Pan Y., Zhou L., Chen X., Liu C., & Huang X., et al. (2018). Resilience and Cognitive Function in Patients With Schizophrenia and Bipolar Disorder, and Healthy Controls. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 279.
- Di Giovambattista, E., Pollice, R., Mazza, M., Roncone, R., & Casacchia, M. (2006). Comportamento violento, impulsività e deficit di cognizione sociale in pazienti affetti da schizofrenia. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 12, 385-392.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin, L.S. (1997). *User's Guide for Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, J.B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition*. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Fujii, D.E., Wylie, A.M., & Nathan, J.H. (2004). Neurocognition and long-term prediction of quality of life in outpatients with severe and persistent mental illness. *Schizophrenia Research*, 69, 67-73.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? *Schizophrenia Bulletin*, 26, 119-136.
- Jaeger, J., Berns, S., Uzelac, S., & Davis-Conway, S. (2006). Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 145, 39-48.
- Mahurin, R.K., Velligan, D.I., & Miller, A.L. (1998). Executive-frontal lobe cognitive dysfunction in schizophrenia: a symptom subtype analysis. *Psychiatry Research*, 79(2), 139-49.
- Millan, M.J., Agid, Y., Brüne, M., Bullmore, E.T., Carter, C.S., & Clayton, N.S., et al. (2012). Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nature Reviews Drug Discovery*, 11, 141-168.
- Morgan, A.B., & Lilienfeld, S.O. (2000). A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review*, 20, 113-136.
- Naudts, K., & Hodgins, S. (2006). Neurobiological correlates of violent behavior among persons with schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32(3), 562-572.
- Nuechterlein, K.H., Subotnik, K.L., Green, M.F., Ventura, J., Asarnow, R.F., & Gitlin, M.J., et al. (2011). Neurocognitive predictors of work outcome in recent-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(Suppl 2), 33-40.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10:799.
- Parker, G., Rosen, A., Emdur, E., & Hadzi-Pavlov, D. (1991). The Life Skills Profile: Psychometric properties of a measures assessing function and disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 145.
- Pehlivanova, M., Wolf, D.H., Sotiras, A., Kaczkurkin, A., Moore, T.M., & Ciric, R., et al. (2018). Diminished Cortical Thickness is Associated with Impulsive Choice in Adolescence. *Journal of Neuroscience* Epub ahead of print.
- Putnam, K.M. & Harvey, P.D. (2000). Cognitive impairment and enduring negative symptoms: a comparative study of geriatric and nongeriatric schizophrenia patients. *Schizophrenia Bulletin*, 26(4), 867-78.
- Reitan, R.M. (1958). Validity of the Trail Making Test a san indicator of organic brain damage. *Percept Mot Skills*, 8, 271-6.
- Sedgwick, O., Young, S., Baumeister, D., Greer, B., Das, M., & Kumari, V. (2017). Neuropsychology and emotion processing in violent individuals with antisocial personality disorder or schizophrenia: The same or different? A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(12), 1178-1197.
- Stratton, J., Cobia, D.J., Reilly, J., Brook, M., & Hanlon, R.E. (2018). Differences in neuropsychological functioning between homicidal and nonviolent schizophrenia samples. *Journal of Forensic Sciences*, 63(5), 1435-1443.
- Stroop, J.R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Tourjman, S.V., Juster, R.P., Purdon, S., Stip, E., Kouassi, E., & Potvin, S. (2018). The screen for cognitive impairment in psychiatry (SCIP) is associated with disease severity and cognitive complaints in major depression. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19, 1-8.
- Wechsler, D. (1958). *The measurement and appraisal of adult intelligence*, Fourth edition. Baltimore, MD: The Williams & Wilkins Company.
- Weiss, E.M. (2012). *Neuroimaging and neurocognitive correlates of aggression and violence in schizophrenia*. Scientifica (Cairo), 2012, 158646.

IMPULSIVITY AND VIOLENT BEHAVIOR: THE EMPLOYMENT OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY IN A FORENSIC SETTING

L'IMPULSIVITÀ E IL COMPORTAMENTO VIOLENTO: L'IMPIEGO DELLA TERAPIA DIALETTICA COMPORTAMENTALE IN AMBITO FORENSE

Brunella Lagrotteria • Giuseppe Alessandro Nicolò • Giovanna Paoletti • Valeria Bianchini • Elena Bilotta • Camillo Fedele • Laura Silveri • Barbara Foroni • Michela Marconi

Abstract

Background: Recent studies have shown that forensic psychiatric patients are among the most aggressive across the entire psychiatric population: these observations have proved their consistency in North America, Europe and Australia (1) with a percentage of 45.6% of patients committing aggressive acts in high security forensic units compared to 21.3% of patients committing aggressive acts in generic mental health facilities (2). Despite DBT starts as an appropriate treatment in reducing impulsive behavior (suicide and self-injuries, rage, aggressiveness, depression) in patients with borderline personality disorder (NICE, 2009), lately DBT has been empirically supported both in reducing maladaptive behaviors and in enhancing adaptive behavior in hard to treat forensic psychiatric population. We present a study carried out in the Rems Castore of Subiaco (DSMDP ASL RM5) that engaged a total of 30 psychiatric offenders undergoing detention. **Objective:** to detect if the forensic adaptation of standard DBT model by M.M. Linehan proves to be more effective on impulsivity and alexithymia than treatment as usual. **Sample:** 30 psychiatric offenders undergoing detention in REMS Castore are divided into a DBT experimental group (n=15) and a control group (n=15). The samples differ for clinical features (psychosis, bipolar disorder, personality disorder) and offences. **Procedures:** the experimental group undergoes individual DBT psychotherapy and DBT skills group, while the control group is treated as usual (supportive psychotherapy and nonspecific skills group). The attendance is weekly and the sample undergoes a full 12 months treatment. Impulsivity and alexithymia assessment is performed at baseline (T0) and after 12 months (T1) of DBT treatment application. **Data analysis:** statistical analysis is performed with SPSS software (21), ANOVA repetitive factor and between groups factors. **Results:** it results an interaction effect between the alexithymia scores registered on TAS-20 and the DBT experimental group. This treatment is more effective in improving alexithymia in the experimental group than in the control group (an interaction effect resulted between the alexithymia scores registered on TAS-20 and the DBT experimental group). As for impulsivity, all patients improve independently of the group they were assigned to (no interaction effect resulted).

Keywords: emotional dysregulation • impulsivity • alexithymia • violent behavior • DBT treatment

Riassunto

Studi recenti dimostrano che pazienti psichiatrici forensi sono tra i più aggressivi della popolazione psichiatrica complessiva, in una percentuale compresa tra il 45,6% (atti aggressivi in strutture forensi ad alta sicurezza) ed il 21,3% (atti aggressivi in strutture della salute mentale generiche) (2). Nonostante la DBT nasca come trattamento d'elezione per gli agiti impulsivi in pazienti con disturbo borderline di personalità (NICE, 2009), studi empirici supportano l'efficacia della DBT per la riduzione di comportamenti disadattivi e l'incremento di condotte adattive in pazienti psichiatrici forensi. È stato condotto uno studio nella R.E.M.S. "Castore" di Subiaco (RM) (DSMDP ASL RM5), che ha coinvolto 30 pazienti psichiatrici sottoposti a detenzione. **Obiettivo:** rilevare se il modello DBT standard adattato a popolazioni psichiatriche forensi è più efficace su impulsività e alessitimia rispetto al trattamento generico. **Metodo:** 30 pazienti psichiatrici in regime detentivo, divisi in gruppo sperimentale DBT (n = 15) e gruppo di controllo (n = 15). I due campioni differiscono per caratteristiche cliniche (psicosi, disturbo bipolare, disturbo di personalità) e reati. **Procedura:** il gruppo sperimentale è sottoposto a psicoterapia DBT individuale e gruppo di abilità DBT, mentre il gruppo di controllo a trattamento generico (psicoterapia di supporto e gruppo di abilità non specifiche), entrambi per 12 mesi a cadenza settimanale. L'impulsività e l'alessitimia sono state misurate prima del trattamento DBT (T0) e dopo 12 mesi (T1) dell'applicazione della DBT. **Analisi dei dati:** L'analisi statistica è stata condotta con l'ausilio del software SPSS (21), Anova con fattore ripetuto e fattore between groups. **Risultati:** il trattamento DBT risulta più efficace nel migliorare l'alessitimia nel gruppo sperimentale (effetto d'interazione tra alessimia e campione sottoposto a DBT); mentre per l'impulsività i due gruppi migliorano indipendentemente dal tipo di gruppo a cui appartengono (nessun effetto d'interazione).

Parole chiave: Disregolazione emotiva • Impulsività • Alessitimia • Comportamenti violenti • Trattamento DBT

Per corrispondenza: Raffaello LIARDO, email: raffaello.liardo@aslcaserta.it

Bunella LAGROTTERIA, DSMDP Asl Roma 5, Rems "Castore" Subiaco (Rm), Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, brunellalagrotteria@gmail.com

Giuseppe Alessandro NICOLÒ, DSMDP Asl Roma 5, Terzo Centro di psicoterapia Cognitiva, LUMSA Roma

Giovanna PAOLETTI, DSMDP Asl Roma 5, Rems "Castore" Subiaco (Rm)

Valeria BIANCHINI, DSMDP Asl Roma 5, Rems "Castore" Subiaco (Rm)

Elena BILOTTA, Terzo Centro of Cognitive Psychotherapy, Rome

Camillo FEDELE, DSMDP Asl Roma 5, Rems "Castore" Subiaco (Rm)

Laura SILVERI, DSMDP Asl Roma 5, Rems "Castore" Subiaco (Rm)

Barbara FORONI, DSMDP Asl Roma 5, Rems "Castore" Subiaco (Rm)

Michela MARCONI, DSMDP Asl Roma 5, Rems "Castore" Subiaco (Rm)

Impulsivity and violent behavior: the employment of dialectical behavior therapy in a forensic setting

Introduction

Impulsivity, considered as a failure of inhibitory control, both motor and cognitive, is a trans-diagnostic feature of several mental disorders: anyway the comprehension of the concept and the approach to its assessment and treatment deserve further research especially in different psychiatric populations in residential and forensic settings. The identification of the role played by psychological and pharmacological interventions in modulating the development of impulsivity may prevent progression towards personality disorders and the related adverse effects. (McHugh, 2018).

Even though international literature suggests that most of the patients affected by severe mental disorders do not have an history of violence, this is highly represented, instead, in psychiatric offenders, a population that is resistant to the few treatments supported by scientific evidence: the lack of clinical trials on interventions in forensic settings or that relate specifically to impulsivity and violent behavior stands out as especially challenging (Trestman, 2017).

The National Collaborating Center for Mental Health (NCCMH) guidelines recognize that, more than any other interventions, there are proves of effectiveness of the dialectical behavior therapy (DBT) in reducing suicide attempts and self-harm, rage and aggression (NICE, 2009). Recent studies show that forensic psychiatric patients are among the most aggressive across the psychiatric population: these observations have proved their consistency in North America, Europe and Australia (1) with a percentage of 45.6% of patients committing aggressive acts in high security forensic units compared to 21.3% of patients committing aggressive acts in generic mental health facilities (2). A recent international study has shown that forensic psychiatric patients are among the most aggressive across the entire psychiatric population: these observations have proven their validity in North America, in Europe and (Daffern, 2004). Several interventions have been adopted, many of them borrowed from other offender populations, with the aim of reducing violent behavior, and their evidence in a serious mentally ill population is uncertain (Rampling, 2016). The American Psychological Association (APA) and the National Collaborating Center for Mental Health (NICE) guidelines mention dialectical behavior therapy (DBT) as one of the most effective treatments in reducing suicide attempts, self-harm, rage, aggression and depression in patients with borderline personality disorder (2009): considering the lack of scientific evidence on psychotherapy interventions in forensic settings, DBT has been empirically supported in reducing maladaptive behaviors and in enhancing adaptive behaviors in the severely ill forensic psychiatric population.

DBT is currently employed in several forensic units across the world with patients affected by personality dis-

orders and psychotic disorders. In a fairly recent study that engaged eight forensic male patients, Evershed and colleagues (2003) found out that patients treated with a DBT protocol reached better results compared to the control group in reducing the severity of violent acts, the level of hostility and rage. This outcome has been recently confirmed by a Swedish analysis of a forensic sample that underwent cognitive behavioral approaches and dialectical behavior therapy reducing violent behavior and contributing to adherence and overall treatment outcome (Burmeister, 2014).

Dialectical Behavior Therapy has been initially intended by Linehan for patients with chronic suicidality in borderline personality disorder: according to scientific literature it was the first effective therapy for DBP (Linehan, 2015). Dialectical Behavior Therapy is based on a dialectical and bio-social theory that focuses on the role of emotional dysregulation and behavior in psychological disorders (Linehan, 2015); Standard DBT treatment includes a combination of individual psychotherapy, skills group training, phone coaching and consultation team among therapists. The term “dialectical” refers to persuasive dialogue and to the nature of the relationship, to the approaches and strategies used by the therapist to favor change. DBT Skills Training Groups aim to modify maladaptive behavior that may interfere with therapy and with the patient’s quality of life, that are generated by an emotional dysregulation. The aim, in learning specific emotional regulation skills, is helping the subject to modify his/her emotional patterns, both behavioral and interpersonal. In particular DBT skills refer to four specific modules: learning the skill of emotional regulation; of mindfulness, the skill of interpersonal effectiveness and of distress tolerance. Each group session is generally very “structured” and defined by steps. Each session starts with a mindfulness exercise, followed by a brief recap of the previous meeting and supervision of the assigned homework, followed by the teaching of a new skill (through frontal teaching, role-playing and cognitive behavioral techniques); the ultimate goal is to interrupt dysfunctional target behaviors and learn and master new skills.

Impulsivity stands as a key feature across several mental disorders (Dowson, 2004; Zilberman, 2003): personality disorders (cluster C), mood disorders (in bipolar disorder along with mood elevation), psychotic and schizophrenic disorders, disorders linked to substance abuse and addiction, neurocognitive disorders. The definition of impulsivity is not definitely established but a common core resides in the high harm potential for others or oneself. Scientific literature (Di Genova, 2004) distinguishes functional and dysfunctional impulsivity: the first one intended as a tendency to act without premeditation when the goal is beneficial, the second instead leads to negative consequences. The na-

ture of impulsivity implies three major assumptions: it is a rapid response, that favors behaviors that are *not goal-oriented*, it may arise *without encouraging stimuli* and when there is *no strong cognitive control*. Some studies (Fossati, 2002; Fossati, 2001) have demonstrated correlation between impulsivity and action oriented traits, such as a tendency towards alcohol and nicotine use.

As for aggressive behaviors, literature distinguishes (Nicolò et al. 2012) between adaptive aggression (defensive, proportional to the event for intensity frequency and duration) and maladaptive aggression (pathological, not proportional to the event for intensity duration and frequency, disrespectful of social rules). The latter is consequently dis-

tinguished in impulsive and proactive: the first one implies high arousal of the autonomic nervous system, along with emotions such as rage, fear, education, to comprehend the consequences of one's actions, representing the response to an immediate threat; the second one, instead, does not imply any arousal of the autonomic nervous system, without consequent emotions and perception of immediate menace, cognitive premeditation, goal directed, cold blooded, not elicited behavior, aversive, harm oriented, dominance oriented, aiming towards coercion of the other (Nicolò, 2012). Meloy (1997) specifically differentiates between affective and predatory violence (Table 1).

AFFECTIVE VIOLENCE	PREDATORY VIOLENCE
Intense Autonomic <i>Arousal</i>	1. No or little Autonomic <i>Arousal</i>
Subjective <i>emotional</i> experience	2. no conscious <i>emotion</i>
Reactive and immediate violence	3. Intentional or predictable violence
Perception of internal or external <i>threat</i>	4. No perception of immediate <i>threat</i>
<i>Aim</i> : harm reduction	5. Variable <i>aims</i>
It may vary target	6. Fixed target
Time-limited behavioral sequence	7. Behavioral sequence not time-limited
Preceded by public display of attitude	8. Preceded by private rituals
Mainly emotional/defensive	9. Mainly cognitive/assault
Enhanced and widespread awareness	10. Intensified and focused awareness

Table 1. affective and predatory violence differences (Meloy, 1997)

Aggressive behavior is a frequent expression or result of specific aspects of different psychopathological conditions: for instance in schizophrenia and in the chronic delusional disorder, aggressive behaviors are determined by hallucinations or delusions; in bipolar disorder aggression is found during manic episodes, along with irritability, hyperactivity, low frustration tolerance, difficulties in adjusting emotional responses to a specific context; in borderline personality disorder aggression is linked to emotional dysregulation, unstable relationships, hyper-reaction to environmental stimuli and impulsivity, along with alcohol or drug abuse. Literature has tried to identify the predisposing factors for maladaptive types of aggression and a certain agreement has been reached on key factors such as: alexithymia, emotional dysregulation, impulsivity (Loas, 2015; Nemiah, 1970; Taylor, 1997). According to Jenkins et al (2014) the lack of awareness of one's emotions may underlie emotional dysregulation, leading to maladaptive behav-

iors aimed to tone down subjective pain, such as self-injuries (Linehan, 1993). Other studies (Bousardt, 2015) identify the precursor of aggression in the incapacity to recognize and reflect upon one's emotions and in impulsive behaviors. According to several studies (Garofalo, 2016; Robertson, 2014) emotional dysregulation predicts aggressive behaviors in offenders.

As for alexithymia, it corresponds to the difficulty in recognizing, exploring and expressing one's interior experiences; according to literature (Caretta, 2014; Taylor, 2014) this capacity contributes to state of mind regulation. Alexithymia dimensions are:

Difficulties in identifying feelings and in distinguishing between feelings and bodily sensations linked to emotional arousal.

Difficulties in describing feelings to others.
Diminished imaginative capacities, few fantasies.
Outward oriented cognitive style.

Alexithymic subjects feature concrete not insightful thinking and oriented to practical issues; they hardly establish intimate relationships, keeping superficial, not having mentalization and tuning skills of others; they tend toward social conformism and conflict avoidance; they tend to approach others in a distant, not empathic and detached manners.

It is common knowledge in the scientific world that emotional dysregulation represents a relapse risk factor thus becoming a priority in the treatment of the forensic psychiatric population (Taylor, 1997). The most common diagnoses among mentally ill offenders are Antisocial and Borderline Personality Disorder (Howard et al, 2013), and Schizophrenia (Dingfelder, 2004).

Recent studies (Rosenfeld et al., 2012; Galietta and Rosenfeld, 2012; Tomlison and Hoaken, 2017; Tomlinson, 2018) deal with Marsha M. Linehan DBT effectiveness adapted for forensic patients. Specifically it has proved to be effective in reducing aggressive behaviors, rage and hostility in forensic psychiatric samples (Tomlinson, 2017), and

on suicidal and self-harm conducts (Mehlum, 2016; Fischer, 2015; James, 2015).

Goals and methods

The present study aims to describe the adaptation of Dialectic Behaviour Therapy DBT of Marsha M. Linehan (Linehan, 2015) in a forensic setting to test its effectiveness on impulsivity and alexithymia.

Participants

The study was developed and carried out within the R.E.M.S. “Castore” in Subiaco (DSMDP ASL Rome 5), and enrolled 30 mentally ill offenders undergoing a custodial measure, that were divided into an “experimental” group that followed a protocol of individual therapy and DBT group skills, and a “control” group (n=15), that followed treatment as usual (psychotherapy integrated sessions, groups on daily skills and recreational activities). The diagnostic features of the sample are reported in Table 2.

	"experimental" Group	" control" Group
Schizophrenia	8	11
Schizoaffective Disorder	2	2
Borderline Personality Disorder	2	/
Bipolar Disorder	1	/
Conduct Disorder	1	/
Antisocial Personality Disorder	1	2
Total	15	15

Table 2. Participants’ diagnoses

The following *inclusion criteria* were established:

- IQ > 70;
- Past history of impulsive and aggressive behaviors;
- Significant score at TAS-20 (Alexithymia);
- Personal initiative in enrolling in the “experimental” DBT group

Procedures e measurements

The experimental group underwent DBT treatment (individual psychotherapy and DBT groups) for 12 months. DBT protocol required some adaptation compared to its standard version, to adjust it to the different features, both of the patients and of the setting they stay in (inpatient in a custodial setting as opposed to outpatients’ settings where DBT is usually administered in Italy). Taking into account

all the data from recent scientific literature on effective treatments in psychiatric forensic patients, this study aimed to detect whether the adaptation of the standard model of Dialectical Behavior Therapy by Marsha M. Linehan (individual psychotherapy and skills groups) showed better effectiveness on impulsivity and alexithymia compared to treatment as usual (individual sessions and groups on non-specific skills) on a sample of mentally ill offenders currently inpatients undergoing a custodial measure in a R.E.M.S., affected by different psychiatric disorders (psychoses, bipolar disorders, personality disorders). Impulsivity and alexithymia were assessed through BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale, Patton et al., 1995) and TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale, Taylor, Bagby, Parker, 1992) administration respectively at the beginning (T0) and after 12 months (T1). The adaptation of DBT standard version has been

necessary to overcome several patients and setting related factors: the first one is the psychopathological heterogeneity of the sample, DBT treatment is usually intended for borderline personality disorder patients, while our sample had more psychotic patients; this target implied taking into consideration a greater level of cognitive impairment of our inpatients than of borderline personality disorder patients. Other relevant differences are average education and IQ (lower in our inpatients than the average detected in borderline personality disorder patients). Another feature that called for amendments to the original protocol was the setting. Within R.E.M.S. inpatients undergo treatment in a residential and custodial setting that strongly differs from the ambulatory care received by borderline outpatients that

are treated with DBT. R.E.M.S.'s internal regulation also does not contemplate DBT principles but focuses on judicial, clinical, sanitary criteria more than on the dialectical model that inspire all the principles that regulate DBT; staff training also stands out as a drawback, not being all the professionals involved specifically trained in DBT (both psychiatrist and nurses) as opposed to the staff employed in DBT residential settings in Italy. Lastly another disadvantage is represented by "motivation": offenders usually are less genuinely motivated than a common borderline patient in a private residential setting of care, aiming to seek secondary advantages that may affect custodial aspects.

Table 3 highlights the major differences between a protocol adapted in a forensic setting and the original one.

FORENSIC SETTING PROTOCOL	VS	DBT STANDARD PROTOCOL
60' group sessions	VS	Group sessions around 1h30'/2h
Treatment duration 12 months	VS	Treatment duration 6 months
Simplified sessions (es. Mindfulness module)	VS	Standard sessions
No strict application of DBT rules/principles (staff with heterogeneous background, not specifically trained in DBT, rules influenced by judicial, custodial and sanitary aspects).	VS	Strict application of DBT principles in all residential settings that follow a DBT protocol, (the entire staff is DBT trained and each professional applies its principles in treating the patients)
No complete application of behavior DBT group rules (such as missing sessions) influenced by motivation, residential and custodial setting, attendance issues, psychopathological gravity	VS	Inflexible and steady rules coherent with the dialectical perspective
Treatment is limited to the custodial period duration	VS	The end of the treatment is determined by the fulfillment of the therapeutic goals that were previously agreed
No application of some skills and activities that are contemplated in the standard protocol (phone coaching, spare time)	VS	Standard protocol application

Table 3. DBT protocol description in a standard and forensic setting

Data Analysis

To detect differences in the alexithymia and impulsivity scores between the two groups at T0 (beginning) and T1 (after 12 months), an ANOVA 2 (before and after treatment) X 2 (experimental/control) was performed with repeated measurements of the first factor. Any detected interaction will be broken down applying the test to verify its intensity and the simple effect direction.

Results

ANOVA on alexithymia score shows a main effect on the repeated before-after factor ($F(1,28) = 20.63; p < .001$),

a main not significant effect for the experimental/control ($F(1,28) = 3.17; p = .086$), and –most important– a significant interaction effect: $F(1,28) = 8.61; p = .007$. In table 4 the average score of the two groups are reported while figure 1 shows the interaction between the belonging group and change over time in the alexithymia scores. The means profile reveals how improvement is higher in the experimental group ($t = 3.91, df = 14; p = .002$) compared to the still significant one registered in the control group ($t = 2.72, df = 14; p = .016$).

	Alexithymia T0 M(ds)	Alexithymia T1 M(ds)
<i>Experimental Group</i>	56.13(12.57)	48.07(12.90)
<i>Control Group</i>	59.80(8.76)	58.07(8.66)

Table 4. Average alexithymia score in the two groups at T0 e T1

Note: N experimental group = 15; N control group = 15.

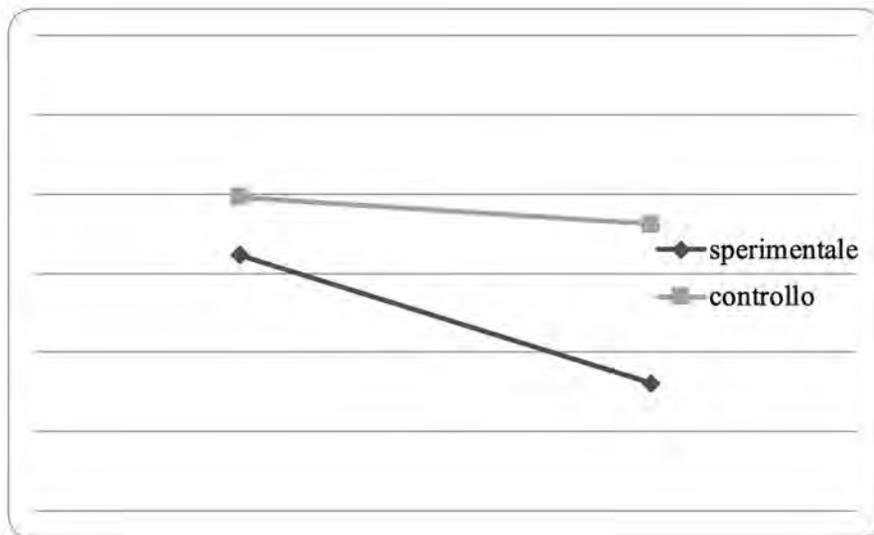


Figure 1. Time-group interaction in alexithymia score

As for impulsivity average scores, ANOVA shows a main before-after effect ($F(1,28) = 12.93; p = .001$) leading to average improvement in both groups. Neither the main group

effect ($F(1,28) = 1.69; p = .203$) nor the interaction ($F(1,28) = 2.20; p = .149$) are substantial. The average values of the two groups are represented in table 5.

	Impulsivity T0 M(ds)	Impulsivity T1 M(ds)
<i>Experimental Group</i>	63.40(14.41)	58.27(11.57)
<i>Control Group</i>	67.33(10.69)	65.20(9.81)

Table 5. Average Score of impulsivity in the two groups at T0 e T1

Ultimately, results show how DBT effectiveness seems to be associated with an improvement in alexithymia scores, that decrease more in the experimental group rather than in the control one. No differences in impulsivity scores are detected between the two groups, that equally decrease after one year of treatment.

Limitations

When analyzing the results we must take into account several limitations of our study: one is represented by the sample diagnostic heterogeneity, opposed to the common application of DBT to only borderline personality disorders patients. Education tends to be lower in our sample (due to cognitive impairment, cultural background, learning difficulties, biased self-report tools) than in the average borderline personality disorder samples; IQ also scores lower results if compared to borderline mean values. Another restriction is represented by the small size of our sample, that we hope to overcome soon, replicating the study with larger numbers. Furthermore the peculiarity of the setting (custodial and regulated by judicial and clinical parameters while standard DBT is applied commonly in outpatients) leads to the necessity of an adjustment of the standard protocol to a forensic setting. Differences were also detected in patients' motivation to treatment, that is freely chosen by outpatients that undergo DBT, as opposed to psychiatric offenders that in R.E.M.S. are bound by a judiciary act. This may reflect in a "fake", or biased by judiciary enforcement, motivation. Treatment duration is linked exclusively to patients' permanence in R.E.M.S. established by law and determined by the degree of dangerousness to public safety and not by clinical parameters (i.e. therapeutic goals). The sample was uneven for clinical and criminal features: subjects affected by very diverse disorders were included: psychoses, bipolar disorders, personality disorders in co-morbidity for substance abuse. Ultimately this study was carried out employing self-report measurements that may resent of the standard limitations that these assessments are subjected to.

Conclusions and clinical considerations

The results of our work confirm the recent literature data on DBT effectiveness, compared to usual treatment in forensic psychiatric population, on impulsivity and alexithymia. Several considerations arise in discussing this paper, especially from a clinical perspective: an intervention focused on emotional regulation helps even severely ill patients to improve not only emotional regulation but also learning and mastering specific DBT skills such as reading abilities, management and awareness of emotions and thoughts leading to better metacognition. (i.e. greater differentiation abilities developed after learning specific mindfulness skills, emotional regulation-fact checking). Specific and secondary outcomes encourage the clinician in pursuing DBT treatment in mentally ill offenders, relying on the common features that the targeted forensic population shares with borderline personality disorder, in psychopathological terms and in examining risk factors for impulsivity, violent acts, aggression; all predictors of criminal recidivism. Our therapeutic results should encourage further adaptation of DBT protocol to forensic settings.

References

- Bowers, L., Stewart, D., Papadopoulos, C., Dack, C., Ross, J., Khanom, H., & Jeffery D. (2011). *Inpatient violence and aggression: A literature review. Report from the conflict and containment reduction research programme. London: Section of Mental Health Nursing, Health Service and Population Research Institute of Psychiatry. Kings College London.*
- Burmeister, K., Höschel, K., von Auer, A.K., Reiske, S., Schweiger, U., Sipos V., Philipsen, A., Priebe, K., & Bohus, M. (2014). Dialectical Behavior Therapy (DBT)-developments and empirical evidence. *Psychiatr Prax.* Jul; 41(5):242-9. doi: 10.1055/s-0034-1369905. German.
- Bousardt, A.M., Hoogendoorn, A.W., Noorthoorn, E.O., Hummelen, J.W. & Nijman, H. L. (2015). Predicting inpatient aggression by self-reported impulsivity in forensic psychiatric patients. *Criminal Behaviour and Mental Health.*
- Caretti, V., & La Barbera, D. (2005). *Alessitimia.* Roma: Astrolabio.
- Daffern, M., Mayer, M.M., & Martin, T. (2004). Environment contributors to aggression in two forensic psychiatric hospitals.

- The International Journal of Forensic Mental Health*, 3(1), 105-114. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14999013.2004.1047-1200>.
- Di Genova, A., Rinaldi, O., Tomassini, A., Stratta, P., Marinelli, M., Aniello, M., & Rossi, A. (2004). Studio dell'impulsività in una popolazione affetta da disturbo dell'umore. *Journal of Psychopathology*, 10, 3.
- Dingfelder, S. F. (2004). Treatment for the "untreatable". *Monitor on Psychology*.
- Dowson, J., Bazanis, E., Rogers, R., Prevost, A., Taylor, P., & Meux, C., et al. (2004). Impulsivity in patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45, 29-36.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: A pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 198-213. doi: 10.1002/cbm.542.
- Fischer, S., & Peterson C. (2015). Dialectical Behavior Therapy for Adolescent Binge Eating, Purging, Suicidal Behavior, and Non-Suicidal Self-Injury: A Pilot Study. *Psychotherapy*, 52(1): 78-92.
- Fossati A., Acquarini E., Di Ceglie A., & Barratt E.S. (2002). Psychometric properties of an adolescent version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 for a sample of Italian high school students. *Percept Mot Skills*, 95, 621-35.
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E.S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 815-28.
- Galiotta, M., & Rosenfeld, B. (2012). Adapting Dialectical Behavior Therapy (DBT) for the Treatment of Psychopathy. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11, 4, The 2nd Bergen Conference on the Treatment of Psychopathy.
- Garofalo, C., Holden, C.J., Zeigler-Hill, V., & Velotti, P. (2016). Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggressive Behavior*, Jan-Feb, 42(1), 3-15.
- Howard, R., McCarthy, L., Huband, N., & Duggan, C. (2013). Re-offending in forensic patients released from secure care: The role of antisocial/borderline personality disorder co-morbidity, substance dependence and severe childhood conduct disorder. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 23(3), 191-202.
- James, S., Freeman, K.R., Mayod, Riggs, M.L., Morgan, J.P., Schaepper, M.A., & Montgomery, S.B. (2015). Does Insurance Matter? Implementing Dialectical Behavior Therapy with Two Groups of Youth Engaged in Deliberate Self-Harm. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(4), 449-461.
- Jenkins, A.L., McCloskey, M.S., Kulper, D., Berman, M.E. & Coccaro, E.F. (2014). Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 60, 125-131.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., & Wilks, C.R. (2015). The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of psychotherapy*, 69 (2), 97-110.
- Linehan, M.M., & Armstrong Suarez, et al. (2015). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 63 (7), p.p. 757-766
- Linehan, M.M. (2015). *DBT Skills training Manuale* R. Cortina.
- Loas, G., Baelde, O., & Verrier, A. (2015). Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis. *Psychiatry Research*, 225, 484-488.
- McHugh, C., & Balaratnasingam, S. (2018). Impulsivity in personality disorders: current views and future directions. *Current opinion in Psychiatry*, Jan, 31(1), 63-68. doi: 10.1097/YCO-0000000000000383.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A.J., Haga, E., Diep, L.M., Stanley, B.H., Miller, A.L., Sund, A.M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared with Enhanced Usual Care for Adolescents with Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-up. *Journal of The American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295-300.
- Meloy, J.R. (1997). Predatory violence during mass murder. *Journal Forensic Sciences*, 42, 326.
- Nemiah, J.C. & Sifneos, P.E. (1970). Psychosomatic illness: a problem in communication. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 18, 154-160
- Nicolò, G, Pompili, E., Silvestrini, C., Lagrotteria, B., Laglia, C., Gestione dell'aggressività. In Nicolò G., Pompili E. (eds.) (2012). *Manuale di Psichiatria Territoriale*. Pacini.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (6), 768-74.
- Ramplung, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S.P. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry*, Apr, 34, 17-28. doi: 10.1016/j.eurpsy-2016.01.2422. Epub 2016 Feb 27.
- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R.S. (2014). Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders. *Psychology Crime and Law*, 20, 933-954.
- Rosenfeld, B., Galiotta, M., Ivanoff, A., Garcia-Mansilla, A., Martinez, R., & Fava, J. (2012 online). Dialectical Behavior Therapy for the Treatment of Stalking Offenders. *Journal International Journal of Forensic Mental Health* Volume 6, 2007 - Issue 2.
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press, Cambridge 11.
- Taylor G.J., Bagby R.M., & Parker J.D.A. (1992). *Toronto Alexithymia Scale*. (trad. it. Caretti V., La Barbera D., Craparo G., 2005).
- Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (1997). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Taylor J., Michael B. R., & Caretti V. (2014). *La valutazione dell'alestitimia con la TSLA*. Milano: Raffaello Cortina.
- The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists: Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*, National Clinical Practice Guideline Number 78. Nice: National Collaborating Centre for Mental Health; 2009.
- Tomlinson, M., Peter, N.S., & Hoaken (2017). The Potential for a Skills-Based Dialectical Behavior Therapy Program to Reduce Aggression, Anger, and Hostility in a Canadian Forensic Psychiatric Sample: A Pilot Study. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16, 3.
- Tomlinson, M. (2018). A Theoretical and Empirical Review of Dialectical Behavior Therapy Within Forensic Psychiatric and Correctional Settings Worldwide. *International Journal of Forensic Mental Health*, 72-95.
- Trestman, R.L. (2017). Treating Aggression in Forensic Psychiatric Settings, *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* Online. Mar;45(1): 40-43.
- Zilberman, M.L., Tavares, H., & Nady el-Guebaly (2003). Relationship between craving and personality in treatment-seeking women with substance-related disorders. *BMC Psychiatry*, 3, 1.

DAL TRAUMA AL REATO. RIFLESSIONI SULL'IMPATTO DELLE ESPERIENZE TRAUMATICHE SUI PERCORSI DI CURA DEI PAZIENTI REMS

FROM TRAUMA TO OFFENDING - SOME CONSIDERATIONS ABOUT THE IMPACT OF TRAUMATIC EXPERIENCES ON THE CLINICAL PATHWAYS OF FORENSIC PSYCHIATRIC PATIENTS IN SECURE RESIDENTIAL SETTINGS

Federico Boaron • Mariagrazia Fontanesi • Federica Marchesini • Velia Zulli • Benvenuto Chiari • Claudio Bartoletti

Abstract

Increasing evidences support a link between childhood traumatic experiences and adulthood violent conduct. In our clinical sample, 26 inpatients from REMS of Bologna (Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, a secure residential unit for "not guilty by reason of insanity and socially dangerous" offenders), we found an alarming prevalence of mistreatment, abuse, neglect and other traumatic events during childhood and adolescence. The co-occurrence of different traumatic events seems to correlate with more severe psychiatric symptoms but not with more serious crime. In our hypothesis, traumatic events occurring in childhood and/or adolescence often result in insecure attachment patterns and post-traumatic syndromes (e.g. PTSD-complex), worsening prognosis as well as social outcomes that are likely key issues in the pathway to violent offending.

We wonder if trauma and attachment oriented therapy and care, both in residential and community-based setting, could lead to more specific treatment and better outcomes for forensic psychiatric patients.

keywords: REMS • trauma, treatment • schema-therapy • attachment • violent offending

Riassunto

Numerose evidenze scientifiche sottolineano la correlazione fra esperienze traumatiche precoci ed agiti violenti in età adulta. Fra i pazienti psichiatrico-giudiziari sinora ospitati nella REMS di Bologna abbiamo rilevato un'allarmante prevalenza di maltrattamenti, abusi, neglect ed altri eventi traumatici. Nel campione esaminato la convergenza di diverse tipologie di traumi nel medesimo paziente pare correlarsi alla gravità del quadro psicopatologico (intesa come soprattutto scarsa risposta ai trattamenti farmacologici e psicoterapeutici), all'abuso di sostanze ma non alla gravità del reato. Ipotizziamo che le esperienze infantili avverse partecipino (assieme ad altri fattori di rischio di tipo genetico, ambientale, ecc...) nel determinare tali quadri. In particolare tali eventi possono determinare pattern patologici di attaccamento e sindromi post-traumatiche, che peggiorano l'espressione clinica, la prognosi psichiatrica e l'outcome sociale favorendo così l'emergere di comportamenti violenti. Sulla base dell'esperienza maturata con un progetto di formazione sul trattamento residenziale secondo i principi della Schema-Therapy, cui ha partecipato tutto lo staff della REMS, ci interroghiamo se una presa in carico e terapie incentrate anche sulle esperienze traumatiche sofferte da questi pazienti possano migliorare la prognosi e portare a trattamenti più efficaci.

Parole chiave: REMS • trauma • trattamento • schema-therapy • reati violenti

Per corrispondenza: Federico BOARON, email: federico.boaron@ausl.bologna.it

Federico BOARON, Psichiatra
Mariagrazia FONTANESI, Psicologo-psicoterapeuta
Federica MARCHESINI, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
Velia ZULLI, Coordinatrice REMS di Bologna
Benvenuto CHIARI, Psichiatra
Claudio BARTOLETTI, Psichiatra responsabile REMS di Bologna

Dal trauma al reato. Riflessioni sull’impatto delle esperienze traumatiche sui percorsi di cura dei pazienti REMS

La correlazione fra comportamenti violenti e precedenti esperienze di vittimizzazione è un’evidenza ben consolidata (Smith, Thornberry, 1995; Malinovsky-Rummell, Hansen 1993; Whitfield et al. 2003; de Zulueta 2009). Inoltre, come è stato ben evidenziato dallo studio Adverse Childhood Experiences (ACEs)¹, l’esposizione ad esperienze avverse nell’infanzia costituisce un fattore di rischio dose-dipendente rilevante per lo sviluppo di numerose patologie psichiatriche, fisiche (dal diabete all’infarto, dall’obesità all’alcolismo, tossicodipendenza, ecc.) e per un peggiore outcome sociale (interruzione degli studi, disoccupazione, deriva economica, gravidanze indesiderate,...) che a sua volta costituisce un significativo fattore di rischio criminogeno.

Sulla base di queste evidenze scientifiche abbiamo pertanto indagato le esperienze psicotraumatiche dei pazienti della REMS “Casa degli Svizzeri” di Bologna. Su 35 pazienti ospitati fino al momento dell’elaborazione dei dati è stato possibile verificare con sufficiente attendibilità l’anamnesi di 26 di loro (abbiamo considerato affidabili anamnesi confermate da familiari e amici di lunga data, servizi territoriali, o da documentazione giudiziaria o peritale; in caso di informazioni incomplete abbiamo considerato affidabile la narrazione del paziente solo se coerente, adeguatamente dettagliata, collocata cronologicamente con sufficiente precisione, non inclusa né correlata ad eventuali contenuti deliranti/allucinatori, ed almeno parzialmente confermata da fonti esterne); per quanto concerne i maltrattamenti psicologici e la patologia delle cure abbiamo esplorato gli stili relazionali dei genitori o delle altre figure di accudimento, eventuali periodi di istituzionalizzazione (orfanotrofio, comunità per minori, ecc...) chiedendo di descrivere episodi

specifici che esemplificassero il clima relazionale e familiare, i metodi di premio/punizione vigenti, l’attenzione posta ai bisogni biologici e psicologici nelle diverse fasi dello sviluppo. Nove pazienti sono stati esclusi perché non è stato possibile raccogliere dati utili a causa di problemi cognitivi, ridotta permanenza in REMS che non ha permesso lo sviluppo di una sufficiente relazione terapeutica, estrema riservatezza/diffidenza (di natura psicopatologica o culturale), assenza di familiari/sodali che potessero fornire informazioni utili e credibili, ed insufficienti informazioni nella documentazione sanitaria o giudiziaria.

Per quanto i dati siano incompleti riteniamo verosimile che i pazienti esclusi siano fenomenologicamente simili alla popolazione studiata.

Sono stati presi in considerazione gli eventi avvenuti entro il 21° anno di età, raggruppandoli entro le seguenti categorie:

- Maltrattamento fisico
- Maltrattamento psicologico
- Abuso sessuale
- Violenza Assistita
- Patologie delle cure (incuria/neglect, discuria, ipercuria)
- Lutti di familiari stretti
- Ospedalizzazione prolungata

I dati emersi ci hanno sorpreso per l’elevatissima prevalenza di eventi multipli, gravi e ripetuti², tanto che solo 3 su 26 pazienti non risultano esposti a gravi traumi nella fascia di età esaminata ed in media ogni paziente è vittima di oltre 2 tipologie di eventi.

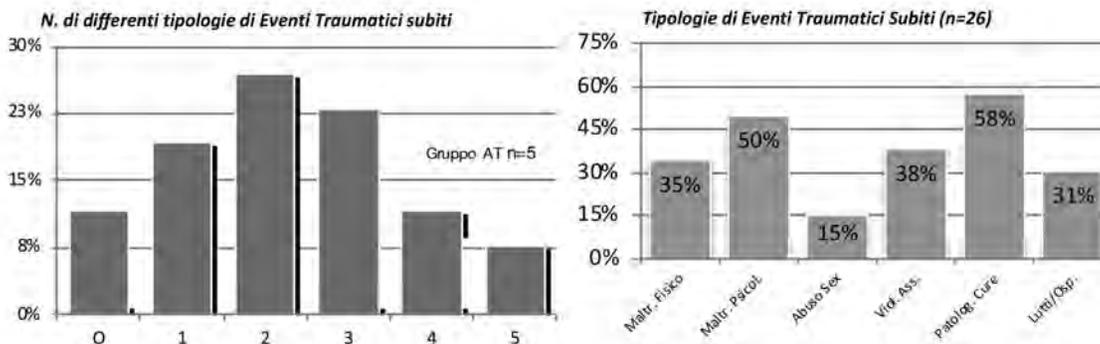


Figura 1

1 Per una bibliografia completa dello studio ACEs: <<https://www.cdc.gov/violenceprevention/childabuseandneglect/acestudy/>>.

2 Con l’eccezione di un paziente che ha subito un singolo episodio di violenza sessuale, tutti gli altri eventi rilevati sono caratterizzati da una rilevante estensione temporale, pertanto ogni esperienza traumatizzante ha caratterizzato il clima quotidiano per periodi prolungati nel corso dell’età evolutiva.

Se raggruppiamo i pazienti per il numero di tipologie di eventi potenzialmente psicotossici subito emerge una distribuzione quasi gaussiana: nel campione esaminato la maggior parte dei soggetti ha subito almeno 2 diverse tipologie di eventi traumatizzanti, ma sono ampiamente rappresentate anche le drammatiche vicende delle 5 persone, circa il 20% del campione (gruppo Altamente Traumatizzati - AT), che hanno nella propria storia 4-5 eventi traumatici; questi casi sono particolarmente difficili sul piano progettuale, per quanto clinicamente simili agli altri pazienti sinora ospitati. Cercheremo dunque, a partire dalle osservazioni fatte su questo gruppo, di proporre alcune riflessioni in merito al trattamento residenziale dei pazienti internati.

Le caratteristiche dei pazienti altamente traumatizzati (AT). Variabili demografiche

I pazienti del gruppo AT sono stati esposti ad almeno 4 tipologie diverse di eventi traumatici fra abuso sessuale, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico, aver assistito a scene di ripetuta violenza nel contesto familiare, aver subito gravi lutti, lunghe ospedalizzazioni/ripetute cure mediche invasive o dolorose prima del 21° anno; il gruppo è costituito da 4 uomini ed 1 donna; l'età al momento dell'inizio della misura di sicurezza detentiva era rispettivamente 20-30 anni (2 M + 1F), 30-40 anni (1M), 40-50 anni (1M).

Familiarità

Per quanto in alcuni casi sia possibile far solo inferenze circa la familiarità per disturbi psichici, nel gentilizio dei pazienti AT emergono costantemente comportamenti compatibili con *externalising disorders*. L'unica paziente di sesso femminile del gruppo riferisce casi di schizofrenia nella linea materna, ma non vi sono univoche conferme in tal senso.

Uso di sostanze

I cinque pazienti hanno fatto tutti uso di stupefacenti: 4 (tutti giovani di età inferiore ai 30 anni al momento dell'inizio della Misura di Sicurezza Detentiva) usavano polisostanze in modo intenso e pervasivo; l'ultimo, cinquantenne, ha utilizzato eroina per un breve periodo nella prima età adulta, per poi sospendere spontaneamente senza ulteriori ricadute. Si sottolinea come l'unica paziente di sesso femminile sia stata probabilmente esposta all'alcol già in utero, tuttavia non si rilevano le stigmate fisiche della sindrome fetale alcolica.

Presenza in carico e Diagnosi psichiatrica

Tutti i pazienti di questo gruppo erano già stati in carico ai Servizi di Salute Mentale al momento in cui commisero il

reato e tutti erano già stati ricoverati sia volontariamente che in TSO; tre di loro avevano una storia di fallimentari trattamenti residenziali in Comunità Psichiatriche.

3 pazienti (2 maschi, 1 femmina) hanno esordito con diagnosi di disturbo borderline di personalità e sono accumulati da marcati tratti di impulsività, ostilità ed antagonismo, nonché frequentissimi slittamenti verso stati francamente psicotici (idee deliranti, interpretatività, disturbo formale del pensiero) intensi e cangianti, tanto che al momento dell'osservazione in REMS almeno due di questi pazienti soddisfacevano i criteri diagnostici DSM-V sia per DBP che per schizofrenia.

Il paziente cinquantenne soddisfaceva appieno i criteri diagnostici per disturbo narcisistico della personalità, sulla cui base si era sviluppato un delirio strutturato genealogico, erotomanico e persecutorio. Manifestava anche repentini viraggi di stile relazionale (tono di voce, scelta lessicale, passaggio da modalità oblativo ad altre steniche/conflittuali e viceversa, da una logorroica estroversione a un chiuso ed incontabile solitario rimuginare), modo di presentarsi (stile di abbigliamento, interessi), improvvise lacune della memoria, ecc...; sintomi questi di difficile inquadramento nosografico ma che parevano afferire allo spettro dissociativo.

L'ultimo paziente, 28 anni, manifestava ricordi intrusivi di eventi dolorosi cui aveva assistito nell'infanzia, interpretati in modo abnorme sulla base di un delirio strutturato magico-megalomane, probabilmente slatentizzato dall'uso di sostanze voluttuarie eccitanti, allucinogene e cannabis.

In generale il quadro psicopatologico di questi pazienti si è dimostrato refrattario al trattamento sia psicofarmacologico che psicoterapeutico, in parte per l'intensità e la resistenza della sintomatologia psicotica, in parte per la scarsa consapevolezza di malattia e la scarsa collaborazione al percorso di cura. È risultato peculiarmente difficoltoso anche instaurare un'autentica relazione terapeutica, apparentemente per una sfiducia di fondo che si esprime in frequenti comportamenti manipolativi, ostili o di sfida.

Patologie fisiche

Per quanto l'esiguo campione escluda ogni valore statistico, ci ha molto sorpreso rilevare che 3 dei pazienti in questo gruppo hanno avuto in età giovanile problemi cardiologici, mentre nessuno degli altri pazienti ha manifestato patologia cardiologica rilevante prima dei 40 anni.

Nello specifico un paziente ha avuto un infarto del miocardio a 37 anni; un altro - 28 anni - è in attesa di intervento cardiocirurgico per una grave insufficienza mitralica, con rottura della corda tendinea; il terzo - 21 anni - reca tuttora tracce elettrocardiografiche di esiti ischemici verosimilmente conseguenti a pregresso IMA; se in quest'ultimo caso l'uso di cocaina e catinoni potrebbe aver avuto un ruolo fondamentale nella sofferenza ischemica, nei casi precedenti tale correlazione è da escludersi, poiché il primo paziente non ha mai fatto uso di sostanze eccitanti/psicostimolanti o comunque caratterizzate da nota cardiotoxicità (ha usato eroina per un periodo di circa 3

mesi in età adolescenziale, per poi sospenderne completamente l'uso), mentre nel secondo la patologia valvolare è stata per la prima volta diagnosticata in età prepuberale, ben prima che iniziasse il comportamento tossicomano (in questo specifico caso gli eventi psicotraumatici si collocano in un ampio arco temporale che va dalla prima infanzia all'inizio dell'adolescenza).

Per quanto vi sia un'ampia letteratura scientifica a supporto della correlazione fra abusi nell'infanzia e svariate patologie -anche cardiologiche- in età adulta (Felitti et al., 1998; Dong et al. 2004; Fuller-Thomson et al., 2010; Basu et al. 2017; Huges et al. 2017; Yang et al. 2013), ci è parso sorprendente che i pazienti affetti da patologie cardiologiche precoci siano tutti di questo gruppo.

Reato, Misura di Sicurezza, Progettualità futura

I reati compiuti dai pazienti di questo gruppo (rapina, stalking, lesioni, tentato omicidio) non sembrano differire in modo sostanziale da quelli di pazienti con minori esperienze traumatiche, fatto salvo l'assenza di omicidi portati a compimento (6 dei 26 pazienti considerati in questo studio sono stati giudicati per omicidio, ma nessuno di loro rientra nel gruppo AT).

Per quanto riguarda la progettualità ci confrontiamo quotidianamente con la difficoltà di sviluppare progetti terapeutico-riabilitativi che permettano un'attenuazione della pericolosità sociale e dunque la dimissione dalla REMS. Infatti la peculiare gravità dei sintomi, la resistenza alla terapia, i percorsi di cura fallimentari precedenti il reato, l'estrema difficoltà a coinvolgere questi pazienti in una relazione terapeutica autentica, i rapporti instabili (spesso tempestosi) con i Centri di Salute Mentale, rendono estremamente difficile individuare percorsi di cura che permettano un miglioramento tale da determinare un'effettiva riduzione del rischio di recidiva in comportamenti violenti, con conseguente persistenza della pericolosità sociale e dunque della Misura di Sicurezza detentiva; le ripetute proroghe della Misura detentiva determinano cocente delusione, sfiducia

e comportamenti ostili di sfida alle Istituzioni ed ai terapeuti; a loro volta i Servizi Territoriali vedono in tali comportamenti confermata la difficoltà di presa in carico dei pazienti psichiatrico-giudiziari (considerati casi troppo gravi, disperati, imm modificabili o viceversa delinquenti abituali per i quali l'unica cosa da fare sarebbe "buttare via la chiave"), in un circolo vizioso di ardua dissoluzione.

In sintesi i pazienti altamente traumatizzati costituiscono un gruppo caratterizzato da peculiare gravità psicopatologica (sintomi intensi e/o refrattari alla terapia), spesso da comorbilità con abuso di alcol o sostanze; in tale gruppo la ricorrenza di disturbi cardiologici precoci è certo suggestiva, ma l'esiguità del campione non permette di trarre inferenze.

La complessità clinica si rispecchia soprattutto nella difficoltà di sviluppare progetti di cura che permettano l'attenuazione o revoca della Misura di Sicurezza, con frequenti proroghe che ne frustrano le aspettative, inasprando la conflittualità proprio con le Istituzioni che dovrebbero curarli.

Riflessioni sulla casistica

Rivalutando i casi osservati alla luce dei fattori di rischio -descritti nella letteratura scientifica- per i comportamenti violenti e quelli per i disturbi psichici (che in parte si sovrappongono) possiamo ipotizzare l'effetto sinergico di variabili (di tipo genetico, socio-ambientale, psicologico) che contribuiscono a determinare l'assetto psicopatologico e comportamentale che ha condotto al reato-sintomo.

Poiché ereditiamo dai nostri genitori non solo l'assetto genetico, ma anche i pattern di attaccamento, stile di vita (alcol, droghe, alimentazione, esposizione sostanze tossiche,...) e l'esposizione ad eventi traumatici come l'abuso infantile (è nota la frequente estensione transgenerazionale del ciclo della violenza) ogni atto di cura è anche un tentativo di prevenzione del perpetuarsi del ciclo nelle generazioni successive.



Figura 2

Anche nel nostro campione l'elevata frequenza di eventi psicotraumatici (88% del campione) e di pattern di attaccamento marcatamente insicuri pare coerente con l'ipotesi che questi aspetti, ovviamente fra loro correlati, possano essere importanti fattori di evoluzione verso comportamenti che sono al tempo stesso reati e sintomi psichiatrici. Importanti e numerose linee di ricerca scientifica, individuano molteplici fattori di rischio (biologici, ambientali, psicologici, relazionali ecc...) che possono concorrere allo sviluppo di comportamenti violenti ed antisociali (Raine, 2002; Verhoeven et al. 2012; van Der Gronde et al. 2014). Ci pare probabile che il reato-sintomo di patologia psichiatrica che ha condotto i nostri pazienti ad una misura di sicurezza detentiva possa essere frutto della convergenza di diversi fattori, fra quelli di tipo genetico (MAO-L, ecc...), tossico-ambientale (sindrome fetale alcolica, esposizione fetale al fumo, malnutrizione, ecc...), psicologico (attaccamento disorganizzato, traumi precoci), ecc...

Una storia di maltrattamento è presente nell'80-90% dei giovani delinquenti e circa un quarto di coloro che hanno una storia di grave maltrattamento incorrono in condanne penali (Lewis et al. 1989). Altrettanto si può dire per i disturbi di personalità, soprattutto borderline, che paiono correlarsi con esperienze traumatiche di maltrattamento, in particolare modo di abuso sessuale (Fonagy, 1996; Liotti, 2000; de Aquino Ferreira et al., 2018) e con pattern di attaccamento insicuro.

È anche noto che la maggioranza o quasi³ dei bambini provenienti da famiglie ad alto rischio (figli di madri nubili, adolescenti ed economicamente svantaggiate, bambini che crescono in famiglie caotiche e maltrattanti, oppure figli di madri gravemente depresse o alcoliste), manifesta un *pattern di attaccamento disorganizzato* (Main & Salomon 1990, Main & Weston 1981, Grady 2018).

Pare esservi una continuità fenomenologica fra sintomi di disturbi psichici a genesi post-traumatica dell'infanzia (ad esempio Reactive Attachment Disorder -RAD-), PTSD Complex e i tratti disadattivi di personalità frequentemente riscontrati nei pazienti osservati (difficoltà di regolazione dell'affettività, diffidenza e freddezza emotiva o al contrario eccessiva promiscuità nelle relazioni sociali, antisocialità, ecc...). Per quanto non vi siano studi osservazionali sull'evoluzione del RAD nell'adulto, è stato rilevato da Levy e Orlans che molti bambini in età scolare e adolescenti con problemi di oppositività o aggressività, soprattutto se in precedenza istituzionalizzati, potevano essere diagnosticati come RAD. Tali ragazzi parevano aver internalizzato valori e sistemi di credenze antisociali, quali disonestà, aggressività, diffidenza, egoismo; sembravano in difficoltà nel riconoscere e gestire le emozioni, a regolare l'impulsività e a risolvere efficacemente i problemi: di fatto tratti che ritroviamo con elevata frequenza nel nostro campione.

I processi di attaccamento sembrano pertanto seriamente compromessi dal maltrattamento subito nell'infanzia. In altri termini, se l'attaccamento, in particolare alla persona che fornisce le cure primarie, è intimamente legato all'ac-

quisizione della *capacità riflessiva* (Fonagy, Target, 2001), un pattern patologico di attaccamento può costituire un elemento chiave nel determinare la predisposizione al comportamento criminale, in particolare agli atti di violenza. È possibile supporre che questi individui, che non sono mai stati coinvolti in relazioni interpersonali che facilitassero l'acquisizione di una capacità riflessiva o che sono stati esposti a un ambiente familiare in cui l'unica modalità di sperimentare l'attaccamento era l'inibizione dei processi di mentalizzazione, abbiano maggiori possibilità di sviluppare forme di attaccamento disorganizzato e di manifestare scarse capacità riflessive, rimuovendo tutte le inibizioni nei confronti di attività violente e criminali. Infatti essere in grado di figurarsi lo stato mentale della potenziale vittima può essere essenziale nell'evitare azioni che possono deliberatamente ferire altri membri del nostro gruppo sociale. Pertanto è stata avanzata l'ipotesi che l'attaccamento sia a persone, sia a istituzioni sociali, possa ridurre il rischio di comportamenti delinquenti (Fonagy, 1996).

L'imponente letteratura già da tempo presente in materia non sembra aver influenzato l'evoluzione dei modelli organizzativi e terapeutici per la presa in carico dei pazienti autori di reato. Si consideri che fino a pochi anni fa erano internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per lungo tempo e gli interventi di "cura" e "riabilitazione" erano appannaggio dell'Amministrazione Penitenziaria: ma il modello di trattamento applicabile negli OPG sembrava più adatto a impedire ogni forma di attaccamento sicuro e a reiterare i traumi già subiti piuttosto che a curare le conseguenze di abusi e trascuratezza.

Ancor oggi i contesti residenziali di cura di questi pazienti⁴ sembrano avere seguito criteri giuridici (REMS, Comunità per pazienti psichiatrici rei), che non tengono conto dell'eterogeneità dei quadri psicopatologici e dei livelli di funzionamento, non fanno specificamente leva su quanto ne accomuna la maggior parte: le drammatiche vicende di vita, i traumi e le loro conseguenze.

Ci siamo dunque chiesti se, superati i tragici limiti degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, si potessero sviluppare modelli di trattamento finalmente coerenti con tali assunti teorici.

Il Modello della Schema Therapy

Alla luce delle considerazioni suddette si è deciso di investire in un progetto formativo rivolto a tutti gli operatori REMS, sui principi generali della teoria dell'attaccamento (in quanto si è ritenuto essere un prerequisito per l'approfondimento del modello teorico) e successivamente, seguendo l'esperienza dell'Ospedale Forense olandese "Rooyse Wissel", sui principi generali della Schema Therapy (Bernstein, Arntz, De Vos, 2007). Sviluppata da Jeffrey Young integra modelli teorici che sottostanno a diversi ap-

3 Dal 40 all'80% circa dei bambini, a seconda dei campioni studiati

4 Occorre tenere presente che le REMS vengono inaugurate il 1° Aprile 2015, mentre già da tempo numerose strutture residenziali ospitavano pazienti in uscita dagli OPG e si confrontavano con i difficili percorsi di cura e riabilitazione.

procci terapeutici (teoria dell'attaccamento, terapia cognitivo-comportamentale, terapia psicoanalitica, terapia focalizzata sulle emozioni) ed è risultata efficace nel trattamento di pazienti "difficili", con tratti personologici disfunzionali e disturbi di personalità. Uno dei concetti centrali di questo approccio è quello di *schema maladattivo precoce*, una struttura costituita da cognizioni ed emozioni disfunzionali, che si consolida nelle prime fasi di sviluppo e si mantiene per tutta la vita. Il comportamento di un individuo viene considerato come risposta allo schema, ovvero viene innescato dallo schema stesso. Gli schemi maladattivi precoci sono molto resistenti al cambiamento e questo è dovuto al bisogno di coerenza insito nell'essere umano. Essi si caratterizzano come l'espressione dei MOI (Working Internal Model, Bowlby, 1973 p. 203) che gli individui costruiscono nel corso dell'interazione col proprio ambiente (pattern di attaccamento)⁵.

I Modelli Operativi Interni (MOI), o *Internal Working Models*, comprendono i Modelli Operativi di sé e delle figure di accudimento o, ancor più precisamente, modelli relazionali di *sé-con-l'altro* (Liotti e Farina, 2011), dunque della *RELAZIONE*. I MOI sono rappresentazioni mentali, costruite dall'individuo come strutture che contengono le diverse configurazioni (spaziale, temporale, causale) dei fenomeni del mondo e che hanno la funzione di veicolare la percezione e l'interpretazione degli eventi, consentendo di fare previsioni e creare aspettative sulla propria vita relazionale. Sono schemi di rappresentazioni interpersonali che funzionano come sistemi di aspettative circa i legami con gli altri.

Gli *schemi maladattivi* sono pertanto espressione di MOI disfunzionali ed essendo ben conosciuti dall'individuo, anche se sono fonte di sofferenza, risultano sicuri e familiari e tendono ad essere considerati dal paziente verità assolute e dunque continuamente utilizzati nel tempo per interpretare gli eventi. Gli schemi maladattivi precoci possono essere più o meno gravi e invalidanti, la loro gravità è direttamente proporzionale al numero di situazioni capaci di attivarli e alla intensità e alla durata delle sensazioni negative che scatenano quando si attivano (Arntz e van Genderen, 2011).

In questo modo i concetti della Schema Therapy sono stati utilizzati come una metodologia "di fondo" in ogni fase del trattamento, dall'ingresso del paziente fino alla sua dimissione, permettendo così di integrare i vari interventi riabilitativi e terapeutici secondo una logica comune, favorendo la coerenza di fini e metodi anche in attività di cura estremamente diversificate. Il modello della Schema Therapy è condiviso dall'intera equipe multidisciplinare (psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, assistenti sociali ed operatori socio-sanitari) ed applicato da ciascuno secondo le proprie mansioni e competenze. La relazione quotidiana ha pertanto come obiettivo sovraordinato la ristrutturazione dei pattern di attaccamento disfunzionali attraverso gli interventi definiti

di "*limited reparenting*" ovvero *Esperienza Emozionale Correttiva* (Young, Klosko, Weishaar, 2007). Una delle caratteristiche fondamentali dell'operatore che applica la Schema Therapy è la flessibilità. Ogni paziente, infatti, ha bisogno di un particolare tipo di *reparenting*, a seconda del temperamento e delle esperienze che ha vissuto durante l'infanzia; l'operatore deve essere in grado di adeguare il proprio stile in modo che riesca a soddisfare i bisogni specifici del paziente. A seconda dei casi, dunque, si focalizza su diversi aspetti della relazione, cercando ad esempio di ottenere la fiducia del paziente, comunicandogli stabilità, offrendogli un sostegno emotivo, assumendo un atteggiamento tollerante nei suoi confronti oppure incoraggiandolo ad acquisire una maggiore indipendenza.

La funzione di *reparenting*, propria della Schema Therapy, si definisce "parziale" (*limited*) perché il paziente può soddisfare solo una parte dei bisogni di cui è stato privato nell'infanzia, dovendo l'operatore conformarsi ai limiti etici e professionali che la sua funzione prevede. L'operatore dunque, non si deve sforzare di diventare un genitore a tutti gli effetti e neppure cercare di riportare il paziente ad una condizione di dipendenza infantile. La funzione di *reparenting* non si deve confondere con il "maternage" ma si deve tradurre in una modalità di relazione da adottare sistematicamente nei confronti del paziente, allo scopo di contrastarne gli schemi maladattivi precoci: l'operatore è il modello di adulto sano e si focalizza sui bisogni emotivi del paziente, lo aiuta a sentirsi valorizzato e riconosciuto.

Trasversalmente vengono attuati interventi specifici, individuali e di gruppo, che integrano il modello terapeutico riabilitativo di base (interventi di *social skills training*, riabilitazione cognitiva, gruppo ad orientamento psicoterapeutico, ippoterapia, *pet therapy*, ortoterapia, attività fisica, ...).

Tale modello si è anche rivelato utile nel favorire l'investimento di tutti i membri dell'equipe nel trattamento di pazienti con cui è difficile relazionarsi a causa dell'assetto personologico, dei sintomi psicotici pervasivi e/o di una storia di reati efferati. In particolare i tratti manipolativi, intimidatori, sfidanti, oppositivi, autocentrati, l'impulsività ed i pregressi agiti violenti eterodiretti, impattano significativamente nei gruppi di lavoro, che risultano spesso scissi fra coloro che considerano il paziente "*mad*" e quelli che lo interpretano "*bad*".

La rilettura dei comportamenti secondo gli schemi maladattivi precoci prevede un approccio al comportamento antisociale che permette di integrare gli aspetti "*bad*" come *MODE di coping disfunzionali*⁶, rivedendoli come aspetti "*mad*" e perciò da curare. Peraltro l'emergere delle espe-

5 Nel modello di Young e colleghi (2007), sono stati individuati 18 schemi, organizzati in 5 categorie, "domini degli schemi", per indicare i bisogni frustrati che sottostanno allo schema.

6 A partire dagli schemi maladattivi si sviluppano dei "MODE", ossia degli stati emotivi ai quali si collegano aspetti cognitivi e comportamentali. Il concetto di mode o "modalità espressiva dello schema" è sicuramente l'aspetto più complesso di tutto il modello teorico. Esso è un insieme di schemi e di risposte di coping che si attivano nel paziente in determinati momenti assumendo un ruolo predominante sul proprio umore e sul proprio comportamento. Sono stati identificati dieci mode, che possono essere suddivisi in quattro categorie generali: i mode Bambino (4), i mode Coping disfunzionale (3), i mode Genitore disfunzionale (2) e il mode Adulto funzionale. (Jeffrey E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar, 2007).

rienze traumatiche alla base di tali modalità patologiche di relazione non vuol certo garantire una giustificazione morale dei reati compiuti, ma offre strumenti epistemologici necessari per poter lavorare con quelle persone in cui le polarità “mad” e “bad” sono imbricate al punto da poter essere considerate facce della stessa medaglia; tali strumenti considerano i tratti disfunzionali alla stregua di cicatrici invalidanti, conseguenza di gravissimi traumi evolutivi: i pazienti vengono riconosciuti come vittime prima ancora che come autori di reato, permettendo agli operatori di coglierne le sofferenze – che devono essere curate – senza scotomizzare il dolore che hanno cagionato ad altri, permettendo di separare il giudizio clinico da quello morale. Tale lettura permette ai membri dell’equipe di riconoscere eventi anche banali come *triggers* di comportamenti critici, su cui lavorare nel percorso terapeutico riabilitativo e di leggere manipolazioni, minacce, sfiducia e provocazione come sintomi e non attacchi diretti al singolo operatore.

Prospettive Future

Alla luce di quanto sin qui esposto riteniamo importante che continui la ricerca scientifica rispetto ai determinanti organici, sociali e psicologici del comportamento antisociale.

La massima parte dei nostri pazienti è stata vittima prima che carnefice. Auspichiamo pertanto che si possano un domani sviluppare percorsi di cura specifici, che potrebbero integrare strumenti per la cura dei disturbi post-traumatici (EMDR, Terapia sensomotoria,...) ed un’organizzazione dei servizi che tenga anche conto delle problematiche specifiche dell’attaccamento e della loro cotrasmissione transgenerazionale, anche in un’ottica di prevenzione.

Occorre che tali ipotesi siano confermate ed integrate da un approfondimento sugli altri fattori di rischio biologici, ambientali e socio-relazionali, per sviluppare un modello di trattamento e strumenti di follow-up per verificarne nel tempo l’efficacia e l’efficienza.

Riferimento bibliografici

- Arntz, A., & Van Genderen, H. (2011). *La schema therapy per il disturbo borderline di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Basu, A., McLaughlin, K.A., Misra, S., & Koenen, K.C. (2017). Childhood Maltreatment and Health Impact: The Examples of Cardiovascular Disease and Type 2 Diabetes Mellitus in Adults. *Clin Psychol (New York)*, Jun, 24(2), 125-139.
- Bernstein, Arntz, & de Vos (2007). Schema Focused Therapy in Forensic Settings: Theoretical Model and Recommendations for Best Clinical Practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2):, 169-183.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2017). *The psychology of Criminal Conduct. 6th Edition*. Routledge,.
- Bowlby, J. (1996). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell’attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Currie, J., Tekin, E. (2012). Understanding the Cycle: Childhood Maltreatment and Future Crime. *J Hum Resour*, 1, 47(2), 509-549.
- de Aquino Ferreira, L.F., Queiroz Pereira, F.H., Neri Benevides, A.M.L., & Aguiar Melo M.C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Res.*, Apr., 262, 70-77.
- De Zulueta, F. (2009). *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell’aggressività*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dong, M., Giles, W.H., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williams, J.E., Chapman, D.P., & Anda, R.F. (2004). Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. *Circulation.*, 28, 110(13), 1761-6.
- Felitti, V.J. et al. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med.*, 14, 245-258.
- Fonagy, P., Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fonagy, P. (1996). Attaccamento sicuro e insicuro. *KOS*, 129 (giugno), 26-32.
- Fuller-Thomson, E., Brennenstuhl, S., & Frank, J. (2010). *The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: findings from a representative community sample*. Sep., 34(9), 689-98.
- Grady, M.D., Yoder, J., & Brown, A. (2018). Childhood Maltreatment Experiences, Attachment, Sexual Offending: Testing a Theory. *J Interpers Violence*. Nov 25:886260518814262.
- Hughes, K., Bellis, M.A., Hardcastle, K.A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., Dunne, M.P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. Aug, 2(8), e356-e366.
- Holmes, J. (1993). *La teoria dell’attaccamento. John Bowlby e la sua scuola*. Milano: Raffaello Cortina.
- Lewis, D., Mallouh, C., & Webb, V. (1989). Child abuse, delinquency, and violent criminality. In D. Cicchetti & V. Carlson (Eds.), *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect* (pp. 707-721). Cambridge: Cambridge University Press.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganised attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: theory, research, practise, training.*, 41, 472-486.
- Liotti, G. (2000). Disorganised attachment, models of borderline states and evolutionary psychotherapy. In P. Gilbert, K. Bailey, *Genes on the couch. Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 232-256). Hove: Brunner Routledge.
- Lorenzini, R., & Sassaroli, S. (1995). *Attaccamento, conoscenza e disturbi di personalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Machteld Hoeve et al. (2012). A Meta-analysis of Attachment to Parents and Delinquency. *J Abnorm Child Psychol*, 40, 771-785.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying disorganized/disoriented infants during the Ainsworth Strange Situation. In M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press.
- Main, M., & Weston, D. (1981). The quality of the toddler’s relationship to mother and to father: related to conflict behaviour and the readiness to establish new relationships. *Child Development*, 52, 932-940.
- Malinosky-Rummell R., & Hansen D.J. (1993). Long-term consequences of childhood physical abuse. *Psychol Bull.*, Jul, 114(1), 68-79.
- Murray, J.B. (1993). Relationship of childhood sexual abuse to borderline personality disorder, posttraumatic stress disorder,

- and multiple personality disorder. *J Psychol.*, Nov, 127(6), 657-76.
- Pfäfflin, F., & Adshead, G. (eds.) (2004). *A Matter of Security The Application of Attachment Theory to Forensic Psychiatry and Psychotherapy*. Jessica Kingsley Publishers.
- Raine, A. (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behaviour in children and adults: a review. *J Abnorm Child Psychol.*, Aug, 30(4), 311-26.
- Smith, C.A., & Thornberry, T.P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency. *Criminology* 33, 451-481.
- Spinazzola, J., van der Kolk, B., & Ford, J.D. (2018). When Nowhere Is Safe: Interpersonal Trauma and Attachment Adversity as Antecedents of Posttraumatic Stress Disorder and Developmental Trauma Disorder. *Journal of Traumatic Stress* 31, 631-642.
- Thornberry, T.P., Henry, K.L., Ireland, T.O., & Smith, C.A. (2010). The causal impact of childhood-limited maltreatment and adolescent maltreatment on early adult adjustment. *J. Adolesc Health*, 46(4), 359-365.
- Verhoeven, F.E., Booij, L., Kruijt, A.W., Cerit, H., & Antypa, N., Does W. (2012). The effects of MAOA genotype, childhood trauma, and sex on trait and state-dependent aggression. *Brain Behav*, Nov, 2(6), 806-13.
- van der Gronde T., Kempes M., van El C., Rinne T., Pieters T. (2014). Neurobiological correlates in forensic assessment: a systematic review. *PLoS One*, Oct 20, 9(10), e110672.
- Whitfield C.L., Anda R.F., Dube S.R., Felitti V.J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: assessment in a large health maintenance organization. *J Interpers Violence.*, 18(2), 166-185.
- Yang, B.Z., Zhang, H., Ge, W., Weder, N., Douglas-Palumberi, H., Perepletchikova, F., Gelernter, J., & Kaufman, J. (2013). Child abuse and epigenetic mechanisms of disease risk. *Am J Prev Med.*, Feb, 44(2), 101-7.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2007). *Schema Therapy. La terapia cognitivo-comportamentale per i disturbi di personalità*. Eclipsi.

Lettera da una REMS. Un giorno di ordinaria REMS Appunti scomposti di una comune giornata

Letter from a REMS. An ordinary day in REMS Fragmented notes of a common day

Mercoledì: al briefing delle 9 sono presenti infermieri, OSS, assistente sociale, psicologa, educatore, terapeuta, medico. Finalmente la consegna della notte è tranquilla; hanno dormito anche Massimo, che aveva passato la notte scorsa a preparare le valigie sostenendo che si sarebbe aperto le porte da solo, e Federico, rientrato ieri dall'area crisi dopo aver scardinato una porta con un calcio perché l'ipod non funzionava, (Federico ha un grave ritardo mentale, nessun disturbo psichiatrico, abbiamo segnalato quanto fosse stato inopportuno inviarlo in una REMS e ci hanno dato tutti ragione perché, notoriamente si sa a chi si da la ragione).

Quest'ora del mattino è ancora abbastanza sonnacchiosa per i 18 pazienti della REMS; consumata la colazione nella sala comune, la maggior parte rientra ancora per qualche tempo nella propria stanza, con l'eccezione di Davide, già pronto di tutto punto per la lettura dei quotidiani e già informato da almeno tre telegiornali sui fatti del giorno, e di Dino, che invece sosta di fronte all'infermeria, dove si sta svolgendo il briefing, per parlare con la sua miniequipe.

La miniequipe è un gruppo di lavoro costituito da psicologo, educatore e tecnico, medico, infermiere, che prende in carico un paziente e, con il paziente, condivide percorsi, miglioramenti, problemi, progetti. Non emergendo particolari criticità si può dedicare un po' più di tempo a ripassare l'organizzazione della giornata: oggi alle 10 supervisione per il gruppo del mercoledì (i gruppi sono due: mercoledì e giovedì, un incontro mensile). Sempre alle 10 la OSS Serena accompagna Antonello e Alessandro al maneggio (un maneggio a circa 3 Km dalla REMS, dove i pazienti si recano una volta alla settimana e si occupano, a titolo volontario, di varie mansioni, pulizia, costruzione degli steccati, ..). Elena, assistente sociale, è impegnata in un'uscita con Giacomo, che ha ricevuto la pensione e vuole comperarsi un paio di pantaloni; il mercoledì è giorno di mercato a Bra, Giacomo ha occhio per gli affari.

Al briefing viene segnalato che Ludovico continua a contrattare sulla terapia, occorre riprogrammare un incontro con la sua miniequipe; peraltro il suo servizio territoriale, dopo avergli chiesto una accettazione scritta dell'impegno ad assumere la terapia e a trasferirsi in una comunità, ha elaborato una nuova relazione in cui ritiene l'accettazione non completa, il miglioramento non sufficiente eccetera eccetera (ma dove abita di casa la coerenza che pretendiamo di insegnare ai pazienti? E quanti pazienti psicotici dichiarano di essere completamente malati, di voler assumere assolutamente la terapia e di essere anche contenti, tranne quelli seguiti dal fortunato e sicuramente abilissimo collega in questione?). A proposito: oggi alle 13 incontro con i servizi territoriali di Stefano, speriamo che il progetto di inserimento sia un poco più avanzato, tra un rinvio e una proroga, Stefano è qui da più di due anni e mezzo.

Finito il briefing ciascuno si occupa dei propri compiti. Vediamo cosa ci scrivono oggi i Magistrati; diciotto pazienti, sei Magistrati di Sorveglianza; dal momento che abbiamo anche due pazienti in misura di sicurezza provvisoria ed uno in misura doppia si aggiunge qualche GIP; ovviamente i percorsi sono individuali per i pazienti, un po' meno ovviamente i percorsi sono spesso individuali anche per i relativi Magistrati. Quest'anno abbiamo l'impressione che, terminata la fase dell'avvio e della novità, ogni attore si sia un poco arroccato sulla propria posizione e, in luogo della creazione di nuovi ponti, ciascuno tenda a rivendicare le proprie posizioni (l'Ordinamento Penitenziario, la Legge, l'Esigenza di Controllo Sociale mistificata da Cura, la Punizione, e dall'altra parte, l'accusa rivolta alla REMS di Luogo Chiuso e Coercitivo). Al centro sempre noi, diciotto pazienti e circa trenta operatori.

Telefonata con l'avvocato di Massimo: ha recepito, come sempre, l'ultima relazione inviatagli ed ha ottenuto dal Magistrato un Riesame della Pericolosità; peccato che, a fronte di tale anticipo e di una iniziale disponibilità consistita nella visita di un Responsabile Comunità che potrebbe accogliere il paziente, progetto realizzabile in un primo momento in due tre mesi, i mesi siano diventati improvvisamente sei-otto, e di fatto potrebbe essere stato inutile anticipare il Riesame; quante parole! quante telefonate! quanto lavoro fatto! e quanto lavoro ci aspetta nel contenere la prevedibile reazione del paziente, tra patologia, aspetti antisociali ed un briciolo di comprensibile normalità! e quanto sarà complesso tentare di aiutare Massimo a non complicare ulteriormente il suo percorso!

Ora occorre rispondere al Magistrato di Sorveglianza che reclama il posto letto per il proprio paziente, allontanatosi dalla comunità di cui è ospite in Licenza Esperimento Finale e rientrato il giorno successivo; in precedenza si era seguita una prassi secondo la quale il posto letto veniva occupato (abbiamo appena firmato le giornalieri indisponibilità di posto letto di pazienti assegnati alla REMS e parlato con la Procura che sollecita l'ingresso di un paziente); chiederemo un incontro presso il Coordinamento Regionale per affrontare l'argomento e stilare, se possibile un protocollo.

Sarebbe importante parlare anche dei pazienti che vengono riassegnati alle REMS, rispetto all'opportunità/utilità di riprendere tale percorso, che, a nostro giudizio, non dovrebbe essere scontata; sarà importante segnalare come alcuni pazienti abbiano perizie che possiamo senz'altro definire non aggiornate, se non proprio di antica data. Come faranno gli altri? Già! Quanto potrebbe essere interessante un confronto con altre realtà? Quante, delle attuali norme, sono efficacemente applicabili a questo contesto? Domande, domande, domande ...

Gli interlocutori sono molti ed hanno impostazioni, atteggiamenti, indicazioni, progettualità spesso non sintoniche. Il paziente, che deve essere al centro del progetto, rischia di diventare un piccolo satellite di orbite gestite da forze centrifughe (o centripete verso la REMS? quanto abbiamo percepito che la REMS è una misura residuale e che il paziente autore di reato deve avere un progetto territoriale? Quante risorse abbiamo tutti quanti per attuare davvero tali progetti?).

Distolti dalle nostre speculazioni filosofiche, veniamo richiamati ad intervenire nel litigio tra Federico e Dino, peraltro già gestito dall'educatore; per il momento abbiamo evitato scontri e trasferimenti in area crisi, peraltro sempre all'orizzonte. Visita delle Matricole: l'addetto alla vigilanza controlla, segnala, accompagna, torna al proprio spazio a presidiare l'impianto di videosorveglianza. Nel primo pomeriggio riunione settimanale con l'equipe. La riunione si svolge regolarmente con alterne fortune; l'equipe è attenta, sempre critica, ad alto rischio di bum out, con discreto turn over, e porta al proprio interno la conflittualità della situazione: la necessità delle regole talora confligge con l'aspirazione a quel minimo di spirito visionario senza il quale non si può, a nostro giudizio, lavorare in una REMS (ma forse non si può esercitare nessuna professione di aiuto).

Bene, resta un poco di tempo per riordinare qualche carta (molta, come faranno gli altri?), preparare l'incontro con la prossima Istituzione che verrà a farci visita, parlare con le psicologhe delle attività formative da organizzare per il prossimo anno. In sala Riabilitazione alcuni pazienti si dedicano a piccoli lavori in compagnia dell'educatore; concentrazione e silenzio sono accompagnati da un soffuso sottofondo musicale; ci fermiamo un momento a farci contagiare dal clima; certo non sono tutti, sono sei; sei su diciotto costituisce più del trenta per cento; sui visi concentrati scorrono le storie di ognuno; storie che spesso superano ogni fervida fantasia; magari qualcosa si può fare.

Cala la sera sulla REMS; domani è un altro giorno, per la precisione giovedì: altro gruppo di supervisione, uscita di cinque pazienti verso la palestra, con l'educatore riusciranno a giocare a calcetto, permesso per Aldo che esce a pranzo con i genitori, visita del perito a Silvio, udienza per Emanuele, il Nucleo Traduzioni arriva alle otto (è pronto il Nulla Osta Sanitario?); dobbiamo assolutamente parlare delle istanze per le licenze di dicembre!

Grazia Ala
REMS San Michele Bra - Piemonte