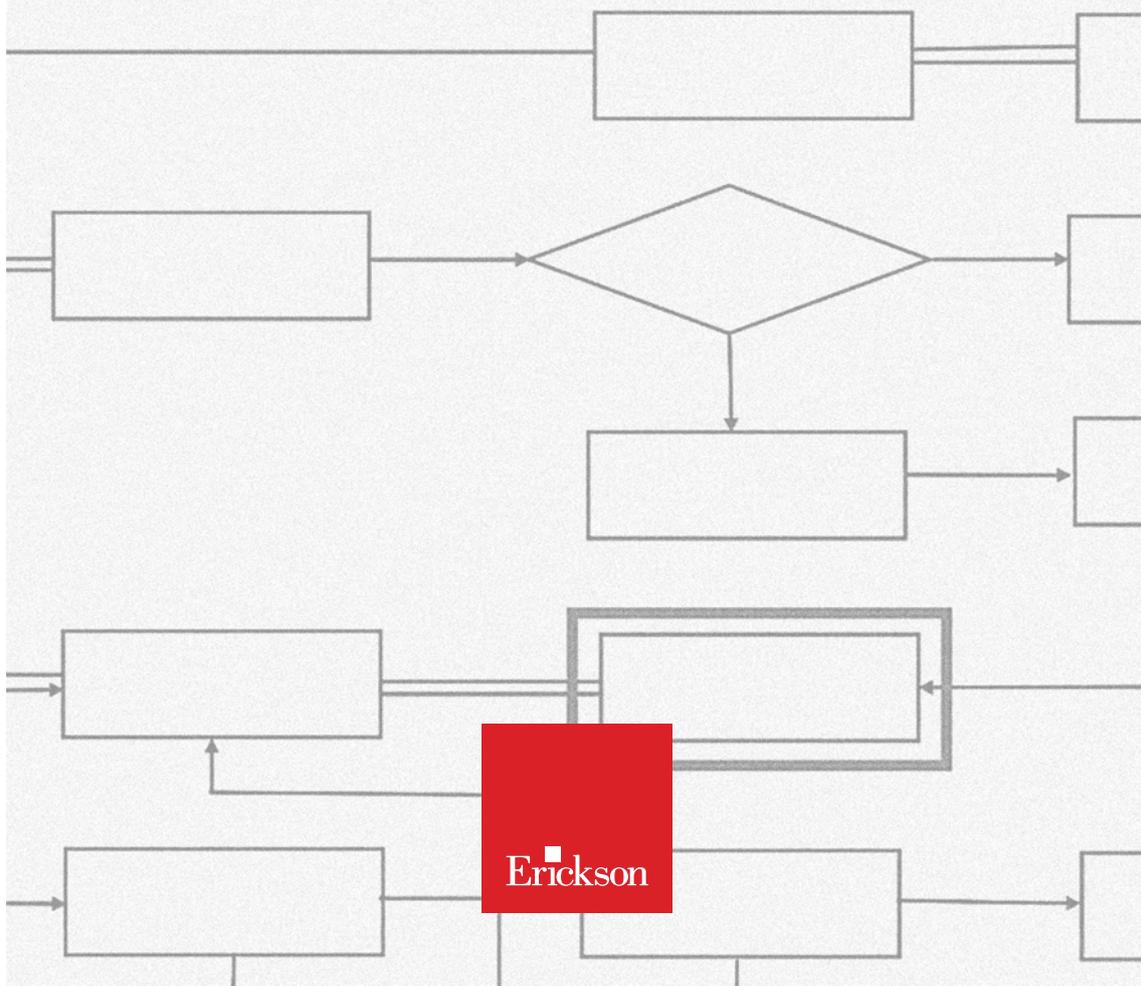


*Giusi Lombardo e Giuseppina Decorato*

# **Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza**

**Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita  
di pazienti psichiatrici autori di reato**

**Prefazione di Franco Veltro**



«Il testo offre l'occasione per un confronto con altre realtà terapeutiche operanti nel settore con le quali si condividono obiettivi comuni: oltre alla cura dei pazienti psichiatrici autori di reato, anche la lotta nei confronti della loro “connaturata vocazione allo scacco”, che impedisce l'accesso alla vita, il diritto alla bellezza».

Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), introdotte negli ultimi anni nel nostro ordinamento, rappresentano l'ultima e più recente soluzione per la gestione dei soggetti con problemi psichici autori di reato. Il volume presenta il modello terapeutico-riabilitativo elaborato dalla REMS di Spinazzola, la prima struttura pubblica di questo tipo in Puglia.

I dati analizzati e i risultati esposti hanno notevole rilevanza, ove si tenga conto dei presupposti teorici individuati e delle linee guida correlate. Il modello è supportato infatti da strumenti terapeutico-riabilitativi *evidence-based medicine* di agevole utilizzo e da schemi illustrativi del processo di lavoro e del percorso di cura che ne rendono possibile l'applicazione anche in altri contesti di cura sia residenziale che ambulatoriale.

€ 19,00



9 788859 035411

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

# Indice

<i>Prefazione</i>	9
<i>Introduzione</i>	17
<i>Capitolo primo – Dagli OPG alle REMS</i>	
Introduzione	19
La «preistoria»	20
La storia	26
Il presente	27
<i>Capitolo secondo – I presupposti</i>	
Introduzione	35
Presupposti	36
Dignità della cura	38
Etica della cura	39
<i>Capitolo terzo – Il modello Spinazzola</i>	
Il modello Spinazzola: Percorso Terapeutico Riabilitativo orientato alla recovery	43
Analisi dei dati	62
Analisi inizio-fine: le variabili di esito	79
Analisi dei valori (FPS, VGE, BPRS) che hanno misure seriate	93
<i>Capitolo quarto – I trattamenti</i>	
Introduzione	99
Intervento psicologico	102
Intervento riabilitativo	105

<i>Capitolo quinto – Le esperienze</i>	
Introduzione	117
Esperienze e attività	119
Percorso di recupero degli aspetti corporei dell'identità personale	120
Percorsi di automonitoraggio	123
Percorsi supportati di apprendimento e percorsi di supporto tra pari	128
Percorsi culturali	132
Percorsi di risocializzazione	137
Progettualità trasversali: Dipartimento di Salute Mentale Azienda Sanitaria ASLBT Territorio	141
Percorsi di co-costruzione territoriale	144
<i>Allegato</i>	
Percorsi di vita	151
<i>Bibliografia e sitografia</i>	165

## *Introduzione*

Le REMS sono apparse nel panorama della psichiatria poco meno di dieci anni fa, nel 2015, in concomitanza con la formale chiusura di tutti gli OPG. L'istituzione di queste nuove strutture terapeutico-riabilitative a gestione completamente sanitaria ha posto tali realtà all'attenzione dei professionisti della salute e del diritto, con riguardo ad ambiti inerenti tanto alla loro genesi, quanto alle ragioni della loro stessa esistenza.

Accese polemiche si agitano su diversi aspetti: su chi debba gestire queste strutture, se debbano sottostare all'egida del Ministero di Grazia e Giustizia come i vecchi OPG con un taglio prevalentemente custodialistico, oppure conservare l'attuale gestione condivisa tra regioni e dipartimenti di salute mentale di marca squisitamente sanitaria. Polemiche sulle difficoltà nel formulare o seguire protocolli d'intesa che agevolino il lavoro con questi pazienti, sulla gestione delle liste d'attesa, sulla sicurezza degli operatori che vi lavorano, sull'ingresso — in virtù di provvedimenti provvisori — di pazienti che non ne avrebbero titolo, stante la specificità della popolazione cui le REMS sono dedicate e cioè pazienti psichiatrici autori di reato, muniti di provvedimento giudiziario definitivo e quant'altro. Ciò posto, deve sottolinearsi come in passato non vi fosse mai stata particolare attenzione ai bisogni e ai percorsi di cura dedicati a questa particolare categoria di pazienti, per i quali non vi era cura, sia a livello nazionale che internazionale; le scelte terapeutiche si sviluppavano sempre in maniera disomogenea e del tutto estemporanea, nella totale assenza di linee guida. Allo stato attuale, invece,

è riscontrabile una seria e importante attenzione del mondo scientifico nei confronti di questi pazienti, oltre che un approfondimento rilevante delle ipotesi trattamentali ad essi relative.

Il presente volume intende far emergere quanto la scelta legislativa — quanto mai corretta e attuata con l'apertura delle REMS — abbia prodotto in questi anni relativamente al processo di cura della popolazione in questione. In un panorama nazionale e internazionale nel quale risulta tuttora carente sufficiente letteratura in merito e regna poca organicità, oltre che evidente disomogeneità riguardo alle proposte terapeutiche, si offre il contributo in argomento, frutto di dati esperienziali riferibili a un arco temporale di sette anni. L'attività dell'équipe della REMS di Spinazzola costituisce un resoconto di questo periodo, dal 2015, anno della sua apertura, ai giorni nostri. Ma è anche racconto di ciò che ha mosso il gruppo di lavoro nelle scelte terapeutiche effettuate per restituire ai pazienti psichiatrici autori di reato — «gli imperdonabili», per intenderci — lo spazio di cura che era loro negato. Ed è pure proposta terapeutico-riabilitativa dedicata: il «Modello Spinazzola», messo a punto e adottato. Tale modello pare avere funzionato, poiché incontra le esigenze di cura di questi malati, sortendo riscontri di efficacia apprezzabili; quindi, applicabile, con i dovuti adattamenti, a tutti i contesti di cura sia ambulatoriali che residenziali che si occupano di pazienti psichiatrici autori di reato. Il testo, oltre a rappresentare una proposta di cura, costituisce anche l'occasione per un confronto con altre realtà terapeutiche operanti nel settore e con le quali, siamo certi, condividiamo oltre che l'obiettivo della cura dei pazienti psichiatrici autori di reato, anche la lotta nei confronti della loro «connaturata vocazione allo scacco», che impedisce l'accesso alla vita, ossia il diritto alla bellezza.

## *Capitolo primo*

# **Dagli OPG alle REMS**

### **Introduzione**

Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), introdotte negli ultimi anni nel nostro ordinamento, rappresentano l'ultima e più recente soluzione per la gestione dei soggetti con problemi psichici, autori di reato. Se ne accenneranno gli aspetti normativi, per poi affrontare preliminarmente da un'ampia trattazione i concetti fondamentali, sia di carattere sanitario che sociale, che sottendono l'intervento nei confronti dei pazienti psichiatrici autori di reato, fino a giungere all'illustrazione della situazione concretamente esistente in una di tali realtà.

In particolare, si analizzerà, in primo luogo, il processo normativo che ha portato alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e all'istituzione delle REMS, ponendo l'accento sulla differente concezione, a volte solo formale, delle due tipologie di strutture e, di conseguenza, dei soggetti detenuti/ricoverati presso le stesse.

In secondo luogo, si procederà a chiarire il rapporto e il coordinamento di tali strutture con l'intero sistema giudiziario e sanitario, soprattutto dopo il trasferimento della competenza in materia dall'ordinamento penitenziario al Servizio sanitario territoriale e alle singole Regioni.

### La «preistoria»

Accanto alle pene, il Codice penale del 1930 contempla un'ulteriore categoria di sanzioni penali: le misure di sicurezza, imperniate sull'idea di pericolosità.

Le misure di sicurezza personali, che interessano i pazienti di cui ci occupiamo, incidono sulla libertà personale e si rivolgono sia a soggetti imputabili o parzialmente imputabili pericolosi, sia a soggetti non imputabili pericolosi.

I due presupposti per l'applicazione delle misure di sicurezza personali sono la commissione di un reato (o quasi reato) e la pericolosità sociale del soggetto agente.<sup>1</sup> Con riferimento al primo presupposto, si deve trattare di un fatto previsto dalla legge come penalmente rilevante o, in via eccezionale, previsto da specifiche norme che ne consentono la classificazione dottrinale di quasi reato. Per il secondo presupposto, si considera socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, che ha commesso un reato e vi è la probabilità che ne commetta in futuro di nuovi.

Per accertare la pericolosità sociale di un soggetto è necessario innanzitutto svolgere un'analisi della personalità e, in secondo luogo, una prognosi criminale formulata sulla base del primo accertamento.

Tra le varie misure di sicurezza, l'art. 219 del Codice penale prevede l'assegnazione a una casa di cura e di custodia ai soggetti semi-imputabili, ossia soggetti la cui capacità di intendere e di volere al momento del fatto è grandemente scemata per infermità psichica, cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti, o soggetti affetti da sordomutismo). Inoltre, l'art. 22 cp prevede il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario nel caso di proscioglimento per infermità mentale. Quest'ultima misura mira al trattamento della pericolosità sociale e alla cura delle infermità di chi, avendo commesso un reato, sia stato prosciolto per vizio totale di mente determinato da infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti e sia stato ritenuto socialmente pericoloso. In particolare, si tratta di soggetti per cui è stata accertata la totale assenza di capacità di intendere e di volere al momento della commissione del fatto.

---

<sup>1</sup> Codice penale, art. 202, *Applicabilità delle misure di sicurezza*.

Entrambe le misure di sicurezza, a partire dal 2015, sono state sostituite con l'assegnazione delle persone ritenute socialmente pericolose che abbiano commesso un reato a una Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (Rossetti, 2014), che nel loro obiettivo hanno favorire la riabilitazione e il reinserimento sociale.

### *Evoluzione normativa*

Alla fine dell'Ottocento si fece strada l'opportunità di istituire i manicomi criminali per garantire la custodia di persone prosciolte per infermità mentale, ammalatesi di malattia mentale in carcere e di criminali pericolosi e recidivi.

Tra il 1891 e il 1904, l'istituto ebbe una duplice direzione, sanitaria e amministrativa, poi solo sanitaria, fino a giungere nel 1930 al Codice Rocco che, con l'adozione della misura di sicurezza al posto della pena e l'internamento al posto della detenzione in carcere, legittimò pienamente la detenzione per cura del «reo folle» in nome della difesa sociale.

Il manicomio giudiziario, quindi, fu chiamato a svolgere, fin dalla sua introduzione e come confermato nell'ottica del legislatore del 1930, la duplice funzione di curare e custodire, senza che queste risultassero in contrasto tra di loro.

Le finalità terapeutiche del manicomio criminale, infatti, erano accompagnate e si completavano con quelle custodiali, nell'ottica di una funzione generale di difesa sociale. L'idea di fondo era quella di una connessione necessaria tra patologia psichiatrica e pericolosità: il malato di mente era ritenuto intrinsecamente pericoloso, perciò la società doveva provvedere a difendersi e a difendere il malato da sé stesso.

Anche i manicomi comuni erano dei luoghi dove la cura si sostanziava in un trattamento di custodia di soggetti pericolosi, ma si distinguevano dai manicomi criminali solo in ragione del diverso grado di pericolosità dei soggetti reclusi in queste strutture.

Qualora il malato di mente avesse già dimostrato la sua pericolosità attraverso la commissione di atti previsti dalla legge come reati, si sarebbe proceduto al suo internamento nel manicomio criminale, diversamente in quello comune.

In particolare, la legge Giolitti del 1904 era completata dal regolamento di attuazione (Regio Decreto 615/1909) che interveniva disciplinando tutti gli aspetti fondamentali dell'organizzazione e gestione dei manicomi: stabiliva le modalità di assunzione del personale, i poteri del direttore, i limiti all'utilizzo di coercizione, l'attuazione della vigilanza sugli istituti, sia pubblici che privati, nonché le caratteristiche e l'organizzazione prettamente strutturali delle costruzioni.<sup>2</sup>

Negli anni Sessanta la diffusione di nuovi approcci nei confronti della malattia mentale ha condotto a una nuova discussione sulla legge Giolitti che da decenni sembrava necessitare di un'ampia modifica.

Il primo passo per una riforma della disciplina fu la Legge 132/68, che prese il nome dall'allora Ministro della Sanità Mariotti, finalizzata alla modifica non solo di alcuni aspetti inerenti alle strutture manicomiali, ma anche di elementi esterni.<sup>3</sup>

Dal primo punto di vista si cercò di rendere più dignitose le condizioni di vita interne fissando un numero massimo di posti letto in ciascuna struttura per tentare di sopperire al sovraffollamento, determinando le professionalità sanitarie presenti in ciascuna struttura, delineando anche un rapporto tra numero di degenti e numero di personale e, infine, introducendo nell'organico una serie di nuove figure come psicologi, assistenti sociali e assistenti sanitari. Dal momento che la normativa del 1904 non prevedeva alcuna forma di ricovero volontario, nel 1968 fu introdotta una vera e propria facoltà di ricovero volontario, su richiesta del malato stesso, con autorizzazione del medico di guardia. Fu prevista anche la possibilità di trasformare il ricovero da coatto a volontario.

Aspetto più importante introdotto con la legge Mariotti fu che l'assistenza del malato mentale poteva avvalersi non più del ricovero in manicomio, ma di servizi territoriali destinati a svolgere una funzione di terapia e prevenzione della malattia con un tessuto capillare di servizi esterni alla struttura (Fuggiano, 2015).

---

<sup>2</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:regio.decreto:1909-08-16;615-art24> (accesso verificato il 03/03/2023).

<sup>3</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1968-02-12;132> (accesso verificato il 03/03/2023).

Negli anni Sessanta la sanità italiana è stata oggetto di una riforma complessiva volta a modernizzare l'intero sistema. Infatti, con la Legge 132/68 il sistema fu modificato, dando attuazione al principio costituzionale della tutela della salute, svincolando l'assistenza sanitaria dalla volontarietà e istituendo gli enti ospedalieri, che assumevano un carattere di autonomia con l'attribuzione della funzione di tutela pubblica della salute di cittadini e stranieri. Svoltata fondamentale introdotta in questo contesto è stata, senza dubbio, l'inserimento degli ospedali psichiatrici tra gli enti in grado di svolgere assistenza ospedaliera.

In un contesto di riforme in materia di Sanità Pubblica, intervenne la Legge 180/1978, denominata legge Basaglia, in materia di accertamenti sanitari di natura transitoria, incorporata successivamente nella Legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale.<sup>4</sup> In essa si stabilisce che gli interventi di cura, prevenzione e trattamento delle infermità psichiche siano di norma espletati dai servizi territoriali extra-ospedalieri, qualificando il ricovero ospedaliero al fine della cura della patologia psichiatrica come una «soluzione residuale», volta a intervenire nelle sole condizioni di emergenza. A ciò si aggiunge il divieto di costruire nuovi ospedali psichiatrici, nonché l'abrogazione della previgente legge in tema di alienati e manicomi (Legge 36/1904).<sup>5</sup>

I punti salienti delle riforme del 1978 sono, oltre alla chiusura dei manicomi, soprattutto l'inclusione dell'assistenza psichiatrica nella materia della tutela della salute e dunque la previsione di interventi nei confronti del malato di mente, non più caratterizzati da una preminenza dell'interesse pubblico ma guidati dal generale principio della terapeuticità e ispirati alla tutela del diritto alla salute (costituzionalmente garantita nell'articolo 32 della nostra Carta Costituzionale).

In questo nuovo assetto normativo il legislatore abbandona la strada del trattamento del disturbo psichico come un'istanza che attiene alla pubblica sicurezza, affrontandolo, invece, come una condizione di malattia e dunque

---

<sup>4</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-05-13;180> (accesso verificato il 03/03/2023); <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978;833-art26!vig=> (accesso verificato il 03/03/2023).

<sup>5</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1904-02-14;36@originale> (accesso verificato il 03/03/2023).

disciplinandolo assieme alle altre norme che si occupano di regolare la tutela pubblica della salute, basate sul principio della volontarietà.

Attraverso questa disciplina viene introdotto un nuovo modello di assistenza psichiatrica: un modello territoriale, in cui l'intervento coattivo sul paziente assume una funzione residuale e in cui il malato di mente deve essere preso in considerazione per il suo bisogno di assistenza.

Alla luce di tali riforme, mentre i manicomi civili si avviavano verso la chiusura, i manicomi giudiziari cambiavano nome, mantenendo la loro duplice funzione di cura e custodia e trovando fondamento nella pericolosità sociale.

In particolare, nel 1975, sotto l'influsso del dibattito scaturito a seguito di numerosi scandali,<sup>6</sup> fu approvato l'ordinamento penitenziario e, con riferimento ai manicomi giudiziari, fu mutato il nome: con l'applicazione della Legge 354/75 si passò da «manicomi» a «ospedali psichiatrici». Ciò ha assunto il senso, almeno formalmente, di indirizzare l'istituzione in una dimensione maggiormente terapeutica, poiché, dal punto di vista pratico, il nuovo ospedale psichiatrico giudiziario sembrava confermare il suo carattere penitenziario e la sua vicinanza alla pena.

Il divario tra l'assistenza psichiatrica per i soggetti che avessero commesso un reato e per i malati psichiatrici comuni cresceva con la riforma del 1978, mettendo in luce la funzione meramente custodiale dell'OPG e ponendo dubbi sulla legittimità di un intervento così differenziato tra malati di mente autori di reato e non.<sup>7</sup>

La difficoltà nell'attuare un trattamento realmente terapeutico era accentuata dalla presenza di categorie disomogenee di internati all'interno degli OPG (ad esempio sottoposti alla misura di sicurezza dell'internamento in manicomio giudiziario; imputati a procedimento sospeso; condannati a pena sospesa; sottoposti a misura di sicurezza provvisoria, ecc.).

---

<sup>6</sup> Primo fra tutti lo scandalo per la morte di Antonietta Bernardini che da Rebibbia, dove era stata inizialmente reclusa in attesa di giudizio, era stata spostata all'OPG di Pozzuoli. Proprio a Pozzuoli, nei giorni a cavallo del Natale del 1974, la donna era stata legata a un letto di contenzione per giorni, finché il letto aveva preso fuoco, causandone il decesso.

<sup>7</sup> La Legge 180/78 non dà indicazioni in tema di trattamento del paziente autore di reato e l'OPG resta in vita, pur aprendo grandi contraddizioni sul versante della salute mentale dei soli pazienti autori di reato, lasciata a una gestione carceraria e manicomiale.

A ciò va aggiunto che la Legge 180/78 potrebbe aver prodotto effetti di incremento del numero degli internati anche riducendo il numero di dimessi dagli OPG. Al termine della durata minima della misura di sicurezza, la pericolosità sociale era oggetto di una nuova valutazione alla quale potevano far seguito le dimissioni dall'OPG oppure una proroga della loro durata. Prima dell'entrata in vigore della legge Basaglia, invece, si era consolidata la prassi di disporre le dimissioni dell'internato, condizionandole al trasferimento dello stesso presso una struttura psichiatrica civile.

Dunque, la riforma che ha condotto alla chiusura dei manicomi civili potrebbe aver prodotto un effetto di potenziamento dell'OPG, di incremento di presenze e di stabilizzazione delle stesse, poiché privò tali strutture di una valvola di uscita che consentisse una dimissione sicura degli internati.

Nonostante nel corso degli anni si siano avvicinate numerose riforme in materia di medicina penitenziaria, come il DLgs 230/99,<sup>8</sup> è solo il Progetto obiettivo nazionale «Tutela della salute mentale 1998-2000» a segnalare la realtà degli ospedali psichiatrici giudiziari fra gli aspetti problematici della gestione della salute mentale, definita come «situazione di istituzionalizzazione non toccata dal processo di superamento degli ex-OP».

In applicazione del DLgs 230/99, il Ministro della Sanità e il Ministro della Giustizia hanno emanato norme per la garanzia del diritto alla salute, anche mentale, dei detenuti e degli internati. In particolare, per la tutela della salute mentale si propose che il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria assegnasse le persone con disturbi mentali a istituti posti nella regione di appartenenza; che si instaurasse una collaborazione fra DAP e Dipartimento di Salute Mentale per la definizione di interventi terapeutici e riabilitativi a favore degli internati negli OPG; e che in ogni istituto penitenziario fossero attrezzati spazi per le attività di riabilitazione (Benevelli, 2014).

Il momento di svolta, tuttavia, è stato il passaggio dell'assistenza sanitaria alle persone detenute dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, ovvero al Sistema Sanitario Nazionale (SSN), sancito dal DPCM 1

---

<sup>8</sup> Il DLgs 230/99 non contiene indicazioni esplicite e specifiche circa l'organizzazione delle attività di tutela della salute mentale nelle strutture penitenziarie italiane. Disponibile al link: <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999-06-22;230:vig=> (accesso verificato il 03/03/2023).

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».<sup>9</sup>

Nonostante gli interventi di adeguamento del ricovero in OPG al dettato costituzionale e alle nuove conoscenze in materia psichiatrica, l'esigenza di riforma si è manifestata in forza delle evidenti problematiche insite nella natura di queste strutture e nei trattamenti riservati ai sofferenti psichici, autori di reato, socialmente pericolosi (De Fazio e Sgarbi, 2017).

## La storia

I sopralluoghi effettuati tra il 2010 e il 2011 dalla Commissione parlamentare d'inchiesta sullo stato degli OPG hanno portato definitivamente all'attenzione dell'opinione pubblica le precarie e fatiscenti condizioni di tali strutture, facendo apparire urgente una riforma in materia.<sup>10</sup>

Per l'attuazione di tale riforma ci si sarebbe dovuti avvalere di istituti più idonei alle esigenze di trattamento, caratterizzati da una piena sanitarizzazione interna e da istanze securitarie solo esterne, con personale di vigilanza limitato alla zona perimetrale.

La legge 9/2012 aveva originariamente individuato il 31 marzo 2013 come termine per la definitiva chiusura degli OPG, posticipato di un anno, per essere ulteriormente rinviato ad aprile 2015.<sup>11</sup> Sulla scorta di tali modi-

---

<sup>9</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/05/30/08A03777/sg> (accesso verificato il 03/03/2023).

<sup>10</sup> Uno dei principali esiti di questo accertamento è rappresentato dal DDL 3036/2011, in cui sono state individuate due date precise, il 1° febbraio e il 31 marzo 2012, riguardanti, rispettivamente, la fine del processo di superamento degli OPG, previsto dall'allegato C del DPCM del 2008, e il momento a partire dal quale le due misure di sicurezza detentive ex artt. 219 e 222 cp, non avrebbero più dovuto essere eseguite nei vetusti edifici psichiatrici. Disponibile online: <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/273674.pdf> (accesso verificato il 03/03/2023).

<sup>11</sup> Si tratta della legge di conversione del decreto «svuota-carceri 211/2011, che ha fedelmente riproposto il contenuto del DDL. 3036/2011, assicurando il raggiungimento degli obiettivi ivi prefissati.

fiche normative, quindi, è stato disposto il completo smantellamento degli stessi, da un lato, attraverso la predisposizione di nuovi spazi per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive; dall'altro, mediante la dimissione dei soggetti non più pericolosi e la loro presa in carico da parte dei DSM (Sbrana e Russo, 2016).

Il succitato articolo, infatti, prevedeva l'esecuzione delle due misure psichiatriche del ricovero in OPG e in Casa di cura e custodia esclusivamente all'interno di strutture sanitarie alternative agli edifici manicomiali, denominate «Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza» (REMS).

## **Il presente**

Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza sono state introdotte dalla Legge 81/2014 per accogliere le persone affette da disturbi mentali, autrici di reati, a cui viene applicata dalla magistratura la misura di sicurezza detentiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'assegnazione a casa di cura e custodia.<sup>12</sup>

La gestione della residenza e delle sue attività è di esclusiva competenza della Sanità, mentre le attività di sicurezza e di vigilanza esterna, nonché l'accompagnamento dei pazienti in ospedali o ad altre sedi, sono svolte, tramite specifico accordo, d'intesa con le prefetture. Con l'autorità prefettizia vanno concordati anche gli interventi delle forze dell'ordine competenti per territorio, nelle situazioni di emergenza e di sicurezza. Alla magistratura di sorveglianza compete sorvegliare la residenza. Solitamente è previsto un sistema di vigilanza privato 24 ore su 24, per lo più da parte di personale non armato e collocato all'interno delle REMS, all'ingresso, in un apposito locale. In tutte le strutture è presente un sistema di videosorveglianza.

La Legge 81/2014, rispetto alle precedenti normative — nello specifico il DPCM 2008 e la Legge 9/2012, che hanno posto le basi per una scelta definitiva di chiusura degli OPG — ha apportato modifiche di alcuni criteri

---

<sup>12</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2014-05-30:81> (accesso verificato il 03/03/2023).

di applicazione delle misure di sicurezza. In particolare, la Legge 81/2014 introduce disposizioni, tra le altre, per cui:

- 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, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona;
- per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero;
- le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima.

Il richiamo continuo al concetto di pericolosità, contenuto in tali norme, si rovescia nell'operatività concreta, non solo su quella dei Consulenti del Giudice, cui in specifico è richiesto l'accertamento tecnico sulla capacità di intendere e volere e sulla sussistenza della pericolosità sociale, ma anche su quella degli operatori, che si occupano della cura nelle nuove REMS e sui Servizi territoriali cui è deputato l'onere della formulazione e successiva gestione del programma terapeutico individuale, indispensabile per la dimissione dalla struttura.

La legge 9/2012 prevede due tipologie di REMS:

- di valutazione e stabilizzazione per la diagnosi e il programma di cura con l'obiettivo di una rapida stabilizzazione della sintomatologia per permettere il passaggio a una struttura a minore intensità assistenziale;
- di mantenimento a vocazione riabilitativa e psicosociale.

Il funzionamento delle residenze è basato sul principio della territorialità, per cui vi è una forte regionalizzazione della disciplina di ciascun istituto. La previsione di tale principio nasce dalla volontà di evitare l'isolamento dei

pazienti, mantenendo i contatti con il territorio di residenza, al fine di un successivo reinserimento sociale. Lo stesso risulta in buona parte rispettato, con alcune difficoltà in rapporto alle donne, considerando l'impossibilità di ospitarle in talune strutture.

Nonostante ciò, per quanto concerne, invece, il generale funzionamento, dai diversi regolamenti interni emergono elementi comuni come le regole di vita quotidiana, i diritti e i doveri dei pazienti, la formazione continua del personale, i trasferimenti e il piantonamento in struttura ospedaliera, oltre che differenze, anche notevoli, in tema di colloqui con familiari ed esterni, gestione di eventuali comportamenti aggressivi ed esigenze di vigilanza e sicurezza (Miravalle, 2015). In tal senso, tutte le REMS sono dotate di un avanzato sistema di videosorveglianza, attivo all'esterno e in alcuni casi anche all'interno.

In termini di funzionamento generale delle strutture, tuttavia, ferme restando le differenze sul piano territoriale, sembrerebbe necessario mirare a un'uniformità dei regolamenti, adottando un modello comune sulla base del quale poi perfezionare quelli delle singole residenze. A ciò va aggiunta la necessità di operare una riforma anche sulla disciplina penalistica delle misure di sicurezza (art. 215 cp).

In definitiva, sono stati evidenziati i passaggi fondamentali, ancora da definire:<sup>13</sup>

- dal punto di vista prettamente normativo, le misure maggiormente afflittive dovrebbero avere carattere eccezionale, con una differenziazione dei trattamenti terapeutici anche in base ai reati commessi e la conseguente integrazione delle cure e dei processi di riabilitazione tra REMS e DSM;
- con riferimento specifico alle strutture, invece, è anzitutto necessario un regolamento base di carattere comunitario per tutte le REMS per rendere omogenei quelli redatti dalle singole residenze e fondamentale seguire la realizzazione delle REMS definitive (Corleone, 2017).

---

<sup>13</sup> Ipotesi contemplata anche dal recente DDI 2067, in cui è stata inserita una specifica delega al governo per la revisione della disciplina delle misure di sicurezza.

*Coordinamento con il Servizio Sanitario territoriale*

Nel 2008 sono state trasferite alle Regioni anche le funzioni sanitarie riguardanti gli ospedali psichiatrici giudiziari, disponendo per le stesse la realizzazione di modelli organizzativi in grado di garantire una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. Con la chiusura degli OPG, le misure di sicurezza del ricovero in OPG e dell'assegnazione a casa di cura e di custodia vengono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie destinate a questo scopo.

In particolare, per il completo superamento dell'OPG, la legge ha previsto che le Regioni realizzino e gestiscano nel proprio territorio, attraverso le Asl, strutture sanitarie residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG.

La riforma ha reso inoltre residuale il ricorso alle misure di sicurezza detentive, aprendo scenari innovativi nell'ambito della collaborazione istituzionale tra sanità e magistratura e rendendo stringente la necessità di definire, in maniera funzionale e interattiva, i percorsi di cura, nell'interesse della salute mentale del singolo e anche della tutela della collettività.

Tuttavia, è fondamentale sottolineare come la competenza trasferita alle Regioni sia esclusivamente in ambito sanitario, avendo queste essenzialmente compiti di programmazione e non di diretta gestione: spetta allo Stato provvedere, essendo competente ad attivare il sistema REMS a livello nazionale, mentre la ripartizione regionale è soltanto eventuale.

La legge non ha trasferito alle Regioni la competenza in materia di sicurezza, né altri compiti dello Stato cui, infatti, vengono assegnate le competenze necessarie.

Spetta alle Regioni assumere il personale qualificato, predisporre un programma delle strutture destinate ad accogliere le persone cui è stata applicata la misura di sicurezza dell'OPG, nonché delle attività, e organizzare i corsi di formazione del personale.

È, quindi, lo Stato a dover disciplinare, finanziare, regolare, controllare e monitorare il nuovo sistema dell'assistenza psichiatrica, ed è responsabile dell'esecuzione delle misure di sicurezza.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> A riguardo si è pronunciata la Corte di Cassazione con la sentenza 53325/17.

Nel complesso, però, è possibile individuare l'elemento positivo, comune all'intero territorio nazionale, dovuto al passaggio dagli Ospedali psichiatrici giudiziari alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, nella volontà di attuazione del diritto di ogni persona, a prescindere dal proprio stato giuridico, di godere pienamente dei servizi sanitari offerti dalla comunità.

Non mancano, tuttavia, degli aspetti problematici, in particolare: i servizi sanitari messi a disposizione delle persone dimesse da OPG — REMS incluse — differiscono qualitativamente anche su base regionale; le REMS, attualmente gravate da liste d'attesa e da un'eccessiva presenza di persone sottoposte a misure di sicurezza provvisorie, dovrebbero essere solo parte di un più complesso sistema di cura e riabilitazione nelle condizioni attuali; la commistione all'interno delle REMS di soggetti in condizioni giuridiche e psichiche differenti rischia di snaturare tali strutture di cura. Se correttamente utilizzate, le REMS possono soddisfare le esigenze curative di una minoranza dei pazienti, in quanto considerate soluzione estrema e residuale, con carattere di eccezionalità e transitorietà, a cui ricorrere soltanto quando ogni altra misura risulti inidonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale.

L'organizzazione di un nuovo approccio assistenziale non potrà dirsi completa senza una ridefinizione delle cure psichiatriche in carcere, una revisione del concetto giuridico di pericolosità sociale, una revisione dell'organizzazione delle misure di sicurezza e una modifica del sistema delle perizie psichiatriche.

L'interazione tra i sistemi Sanità e Giustizia necessita di una implementazione soprattutto in merito alla condivisione dei provvedimenti delle misure di sicurezza non detentive, anche mediante l'utilizzo e lo sviluppo condiviso del Sistema Informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG — ormai in uso da parte del SSN nella quasi totalità delle regioni — affinché possa avvenire una presa in carico integrata anche attraverso la programmazione del PTRI.

In Puglia e in altre regioni italiane viene utilizzato un Sistema Informativo che mette in rete una serie di informazioni sul percorso giuridico e terapeutico-riabilitativo dei pazienti in questione, denominato SMOP (Sistema informatico per il monitoraggio del superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari).

Inoltre, il coinvolgimento del SSN, prima dell'emanazione di una misura di sicurezza, permetterebbe certamente, così come indicato dalla legge 81/2014, di ricercare soluzioni sanitarie in contesti ordinari di cura, oltre che una sensibile riduzione delle liste di attesa (Latte et al., 2018).

Pur in presenza di necessità comuni a tutte le strutture, non si può prescindere, nello studio del fenomeno, dall'analisi degli interventi che ogni Regione, fermo restando le linee guida statali, ha effettuato per adottare le misure ritenute più idonee al coordinamento tra le Residenze e il Servizio Sanitario Territoriale.

### *Regione Puglia*

In Puglia vi sono due REMS, attivate nel 2015: una pubblica a Spinazzola, con 20 posti letto, e una privata, convenzionata, a Carovigno con 18 posti letto.

La previsione di tali strutture ha avuto — come per tutte le altre — l'obiettivo di evitare a molti degli interessati di essere inseriti in strutture distanti dai rispettivi luoghi d'origine per evitare l'isolamento e il distacco dalla famiglia e dalla rete degli affetti.

La Regione ha autorizzato le ASL all'assunzione di una équipe in grado di contribuire alla presa in carico e al monitoraggio dei pazienti psichiatrici. In più, per la presa in carico sul territorio degli autori di reati di maggiore complessità, è stato approvato il Regolamento regionale 18/2014 che disciplina una specifica tipologia di Comunità riabilitativa psichiatrica dedicata, con dieci posti letto, successivamente ampliati, e requisiti organizzativi rinforzati, che accolgono pazienti psichiatrici autori di reato su indicazione dell'Autorità Giudiziaria in età tra i 18 e i 64 anni,<sup>15</sup> che presentano uno o più dei seguenti criteri di inclusione:

- mancanza di *compliance* al trattamento;
- trattamento psichiatrico che non dà risultati;

---

<sup>15</sup> <https://www.sanita.puglia.it/documents/20182/1897690/REGOLAMENTO+REGIONALE+30+SETTEMBRE+2014,+N.+18.pdf/7fbc7f9f-3d6f-4798-a222-bdf69a5418fc> (accesso verificato il 03/03/2023).

– rischi medio-alti di comportamenti aggressivi agiti negli ultimi tre mesi.

Costituisce criterio di esclusione la diagnosi di dipendenza da sostanze o di HIV, arricchendo in tal modo la rete territoriale riabilitativa. Ciò con l'obiettivo di una più corretta gestione e misure di sicurezza anche dei pazienti che non accettano facilmente i trattamenti sanitari. In ultimo è stato siglato un accordo importante con l'Istituto penale di Lecce, nel quale un significativo potenziamento ha consentito l'apertura di una sezione intramuraria per la tutela della salute mentale presso l'Istituto stesso, con venti posti letto, dedicata a soggetti detenuti con particolari problematiche psichiatriche. L'attivazione della sezione, tra le prime in Italia a seguito del citato accordo, riservata ai detenuti in osservazione psichiatrica o con infermità psichiatrica sopravvenuta, nonché ai detenuti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente, serve la popolazione carceraria della Puglia e permette di evitare in ogni caso l'invio fuori regione di tale tipologia di detenuti.

La REMS di Spinazzola rappresenta la prima esperienza come struttura pubblica finanziata dalla Regione Puglia, diversa da quella convenzionata e istituita a Carovigno in provincia di Brindisi. Le REMS sono gestite dai Dipartimenti di salute mentale, che garantiscono assistenza e adeguati programmi terapeutici. In particolare, nella struttura di Spinazzola, che prevede 20 posti letto, vi sono una piena allocazione delle risorse e programmi di attività terapeutico riabilitative importanti.

#### *Collaborazione con la Magistratura di Sorveglianza*

È presente una collaborazione stretta e un coordinamento efficace tra la REMS di Spinazzola e la Magistratura; il Tribunale di Sorveglianza nella sua organizzazione ha previsto che la REMS faccia riferimento a un solo Magistrato di Sorveglianza.

Ciò nell'esperienza attuale ha rappresentato un punto di forza per l'organizzazione del sistema REMS, e anche per l'organizzazione del lavoro terapeutico-riabilitativo. Il potenziamento della presa in carico territoriale dei pazienti e la realizzazione della continuità terapeutica e del trattamento sono stati agevolati dall'aver un unico interlocutore della Magistratura, con il quale confrontarsi per i percorsi di cura dei pazienti con provvedi-

menti definitivi, e dal fatto che lo stesso interlocutore della Magistratura di riferimento abbia espresso, per nostra fortuna, posizioni illuminate nei confronti della gestione di tali pazienti.

Questa situazione ha permesso, insomma, che il coordinamento tra la fase dell'esecuzione della misura di sicurezza e la cura si sviluppasse in un rapporto di dialogo costante nel tempo, per fornire, nel rispetto delle competenze, i necessari trattamenti sanitari, conciliando il diritto alla cura del paziente con le peculiarità del percorso giudiziario e l'esigenza di tutela della sicurezza della collettività.<sup>16</sup> Inoltre, vi è un'efficiente rete collaborativa con le associazioni del territorio che favorisce la realizzazione di progetti riabilitativi mirati al recupero e alla cura dei pazienti all'interno e all'esterno della struttura.

Il quadro teorico-normativo illustrato non è che il terreno sul quale il modello terapeutico riabilitativo della REMS di Spinazzola ha avviato il proprio operato 7 anni fa e continua a operare, nella costante ricerca e analisi di possibilità, di percorsi e di prospettive che sostengono, per i pazienti psichiatrici autori di reato, nuovi progetti individuali di cura e di vita.

---

<sup>16</sup> Per approfondimenti: [www.gonews.it](http://www.gonews.it) (accesso verificato il 03/03/2023).