

**Dopo l'OPG (*Ospedale Psichiatrico Giudiziario*):  
un approfondimento circa la cultura e il funzionamento delle REMS (Residenze per  
Esecuzione di Misure di Sicurezza): una ricerca azione nel sistema poli-modulare  
REMS di Castiglione delle Stiviere**

Rapporto finale

***"Perché a guardare dal di fuori ci si aspetta che funzioni come il vecchio OPG"***

## INDICE

Introduzione .....	3
Capitolo I.....	5
La rivoluzione gentile: il passaggio da OPG a REMS .....	5
<i>Quadro normativo, i risultati di precedenti indagini</i> .....	5
1.1 La chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e il difficile avvio del nuovo sistema istituzionale dopo la legge 81/2014 .....	5
1.2 La ricerca sulle REMS: prime indagini.....	8
Capitolo II .....	11
La ricerca nella REMS di Castiglione delle Stiviere .....	11
2.1 Il progetto di ricerca-azione .....	11
2.2 Castiglione delle Stiviere – il sistema polimodulare di REMS provvisorie, descrizione e documentazione .....	11
2.3 La ricerca -azione: finalità metodologia, azioni.....	16
2.4 La ricerca qualitativa-metodologia .....	17
2.5 Interviste e focus group con operatori e operatrici: illustrazione dell’analisi di contenuto .	18
2.6 Le interviste ai pazienti-illustrazione dell’analisi di contenuto .....	27
Capitolo III.....	29
L’indagine su un campione di perizie psichiatriche: elaborazione dati, discussione.....	29
Parte I - Premessa metodologica e fotografia del campione .....	29
Fotografia del campione.....	30
Parte II - Esame delle perizie .....	42
Attività peritale .....	42
Argomentazione delle perizie .....	50
Qualche provvisoria conclusione .....	57
Conclusioni .....	58
Piste per riflettere (e agire).....	58
Appendice .....	65
Allegato 1 – Flyer di presentazione della ricerca.....	65
Allegato 2 – Alberi per analisi qualitativa .....	68
Allegato 3 - Tracce interviste.....	86
Allegato 4- Proposta di legge d’iniziativa del deputato Magi ( <i>Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e alla legge 26 luglio 1975, n.354, in materia di imputabilità e di misure alternative alla detenzione per le persone con disabilità psicosociale</i> ).....	89

## Introduzione

Il progetto “*Dopo l’OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario): un approfondimento circa la cultura e il funzionamento delle REMS (Residenze per Esecuzione di Misure di Sicurezza)*” approfondisce le modalità di funzionamento del nuovo sistema di trattamento per i soggetti autori/autrici di reati penali, dichiarati/e non imputabili e perciò prosciolti/e (perché giudicati “incapaci di intendere e volere” al momento del fatto) ma giudicati “socialmente pericolosi”. Il sistema prevede il ricovero in Residenze per l’Esecuzione della Misura di Sicurezza (REMS) quale misura di *extrema ratio*, ovvero da applicarsi quando misure meno contenitive siano giudicate non adeguate a fronteggiare la pericolosità sociale della persona.

Infatti, in seguito alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), grazie a un importante intervento legislativo (legge 81/2014), stiamo assistendo al tentativo di passare dal paradigma fondato su “cura e custodia” (per soggetti considerati “pericolosi a sé e agli altri”) cui si ispiravano i vecchi OPG, al paradigma “terapeutico” (per soggetti affetti da malattia - alla pari di molte altre malattie-, e perciò bisognosi principalmente di cure).

Tale cambio di paradigma non può dirsi definitivamente concluso, per le contraddizioni nell’applicazione della legge da parte della magistratura, sia di cognizione che di sorveglianza, per il raccordo spesso carente con i servizi psichiatrici sul territorio, per una cultura dell’internamento che è resistente al cambiamento. Un limite è anche costituito dal fatto che la legge 81/2014 introduce un cambiamento parziale: è intervenuta sulle modalità di trattamento dei prosciolti, ma non ha toccato l’istituto della non imputabilità per vizio di mente né la struttura della misura di sicurezza detentiva prevista per i prosciolti dichiarati pericolosi socialmente.

Per tale ragione, il nuovo sistema istituzionale di trattamento delineato dalla legge 81/2014, che pur inquadra le REMS come strutture squisitamente sanitarie, di trattamento residenziale intensivo, opera tuttavia in un contesto normativo ancora ispirato al paradigma custodiale degli OPG. In tale ambiguità, il processo di deistituzionalizzazione che la legge 81/2014 si prefigge non è scontato: è dunque cruciale prestare un’attenzione particolare all’attuazione di questa legge, per evitare che il nuovo sistema di trattamento per le persone prosciolte per infermità mentale riproduca fenomeni di segregazione tipici dei vecchi OPG.

In questi anni, iniziative sono state avviate per la valutazione del nuovo sistema di presa in carico degli autori di reato non imputabili per vizio di mente. Queste costituiscono un retroterra importante per l’approfondimento che la presente ricerca si propone: in particolare, il monitoraggio intrapreso

dall'Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle Rems<sup>1</sup>; la ricerca promossa dall'Ufficio del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale della Regione Toscana e dall'Associazione Volontariato Penitenziario nel 2014 presso l'OPG di Montelupo<sup>2</sup>, circa il profilo dei soggetti giudicati pericolosi socialmente e perciò destinatari di misure di sicurezza. Sono utilizzati per gli opportuni raffronti anche lo studio curato dall'Ufficio del garante della Regione Toscana sulle caratteristiche dei pazienti della Rems di Volterra (pubblicata nel 2018 nel volume "Mai più manicomi"<sup>3</sup>) e la proposta di legge volta al superamento del cosiddetto "doppio binario" che interviene sulle norme relative alla responsabilità penale dell'individuo con disturbi psichiatrici, abolendo la non imputabilità per vizio di mente e scardinando la distinzione tra pene e misure di sicurezza<sup>4</sup>. Infine, il recente parere del CNB del marzo 2019 (*Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere*<sup>5</sup>) cerca di inquadrare a monte il tema delle persone affette da malattia mentale e autrici di reati, nel complicato intreccio fra nodi giuridici e problematiche di presa in carico sociosanitaria.

Rispetto all'attività di monitoraggio/ricerca già avviata, il presente studio, attraverso una ricerca sul campo svolta nel sistema polimodulare REMS di Castiglione delle Stiviere, apporta un contributo su alcuni aspetti che finora non sono stati considerati sufficientemente: 1) la soggettività degli operatori da un lato, dei pazienti/delle pazienti dall'altro; 2) il percorso di valutazione clinica (le perizie) e giudiziaria (il ruolo e l'orientamento del magistrato) che porta alla pronuncia di non imputabilità per vizio di mente; e ancora, il percorso e le ragioni del giudizio di pericolosità sociale (preliminare all'internamento in REMS), nell'intreccio fra *assessment* clinico e decisione del magistrato.

La ricerca ha confermato le criticità emerse nella letteratura precedente e ha apportato una comprensione migliore delle percezioni dei protagonisti, delle dinamiche istituzionali, del funzionamento dello strumento della perizia.

*Il presente Rapporto è stato redatto da Serena Franchi, Giulia Melani, Katia Poneti e Grazia Zuffa.*

*La ricerca è stata condotta da Serena Franchi, Giulia Melani e Grazia Zuffa.*

*Responsabile del progetto e coordinatrice della ricerca: Grazia Zuffa.*

---

<sup>2</sup> Ufficio del Garante regionale dei diritti dei detenuti della Regione Toscana (2014). *"Il quadro della popolazione internata presso l'OPG di Montelupo Fiorentino"*.

<sup>3</sup> CORLEONE, F., (a cura di) (2018) *"Mai più Manicomi Una ricerca sulla Rems di Volterra La nuova vita dell'Ambrogiana"*, Consiglio Regionale della Toscana.

<sup>4</sup> CORLEONE, F. (a cura di) (2019) *"Il muro dell'imputabilità Dopo la chiusura dell'Opg, una scelta radicale"*, Consiglio Regionale della Toscana.

## **Capitolo I**

### **La rivoluzione gentile: il passaggio da OPG a REMS**

#### *Quadro normativo, i risultati di precedenti indagini*

1.1 La chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari e il difficile avvio del nuovo sistema istituzionale dopo la legge 81/2014

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) si inserisce nella battaglia contro l'istituzione manicomiale. Momento fondamentale fu l'approvazione della legge 180 del 1978 con cui, chiudendo i manicomi civili, si avviò una rivoluzione paradigmatica rispetto alla cura della malattia mentale. Dalla Legge 180/78 furono esclusi per ragioni di opportunità i manicomi giudiziari; con la legge 81/2014, si è compiuto un ulteriore passo.

Il nuovo Ordinamento Penitenziario (l.354/1975) trasformò la denominazione da “manicomi giudiziari” in “Ospedali Psichiatrici Giudiziari”, ma senza cambiarne la natura. Da allora però gli OPG sono stati oggetto di profondi mutamenti nel corso di quasi mezzo secolo.

Già con la legge Gozzini (l.663/1986) e l'abrogazione dell'art. 204 c.p. venne superata la presunzione di pericolosità del sofferente psichico: cadendo la pericolosità presunta, non vi poté essere applicazione della misura di sicurezza senza accertamento concreto della pericolosità sociale da parte dell'autorità giudiziaria. Fondamentale è stato inoltre l'intervento della Corte Costituzionale, sia nel precorrere e accompagnare le riforme legislative, sia nell'aprire la strada al mutamento di approccio alle misure di sicurezza per sofferenti psichici, che ha permesso di mettere al centro della misura la salute della persona (C.Cost. 253/2003 e C.Cost. 367/2004).

Tuttavia, il processo di superamento degli OPG ha potuto dirsi avviato soltanto con il DPCM del 1° aprile 2008: mentre il D.Lgs. 230/1999 prevede principi e regole generali in tema di eguaglianza di diritti tra persone detenute o internate e persone in libertà, stabilendo la competenza delle ASL su tutto quanto attiene alla salute delle persone recluse, il nuovo DPCM ha decretato il trasferimento effettivo alle Regioni delle funzioni sanitarie afferenti agli OPG e agli istituti di pena, con un coinvolgimento crescente dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e ha previsto come parte di questo processo la creazione di sezioni speciali di osservazione psichiatrica in almeno un carcere per ogni regione. La base normativa di tali sezioni viene individuata nell'art. 65 dell'Ordinamento Penitenziario, che prevede la creazione di sezioni speciali per categorie di detenuti con particolari infermità. Diviene dunque fondamentale il principio di territorialità. La legge 17 febbraio 2012, n.9, all'art. 3-ter ha fissato al 1° febbraio 2013 il completamento del processo per il superamento degli OPG disponendo che dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in OPG e

dell'assegnazione a casa di cura e custodia fossero eseguite all'interno di strutture sanitarie regionali (REMS), a gestione esclusivamente sanitaria. Infine, il decreto legge n.52 del 31/03/2014, convertito nella legge n.81 del 30/05/2014, ha prorogato il termine per la chiusura degli OPG al 31 marzo 2015.

Andrea Pugiotto sintetizza in modo chiaro quello che lui definisce “il nuovo baricentro legislativo”<sup>6</sup>: con la legge n.81 del 2014 si passa definitivamente dalla logica manicomiale alla cura della singola persona, spostando l'attenzione dal luogo di destinazione dei “folli rei”<sup>7</sup>, al modo in cui questi possano essere recuperati socialmente. La misura di sicurezza, infatti, secondo la nuova normativa, deve avvenire sul territorio di origine con una presa in carico da parte dei servizi territoriali attraverso programmi terapeutici individuali; la custodia deve rimanere un'*extrema ratio*. Indubbiamente, il fatto di operare all'interno di un codice penale invariato non ha permesso di ridiscutere la procedura che conduce all'applicazione della misura di sicurezza detentiva, mantenendo di conseguenza il sistema del “doppio binario” (**per imputabili e non – imputabili**). Ciononostante, la ridefinizione della diagnosi di pericolosità sociale è dirimente, rivoluzionaria: limitatamente all'applicazione della misura di sicurezza detentiva ai non imputabili, la relativa diagnosi deve basarsi esclusivamente su indicatori interni (le qualità soggettive della persona) e non su indicatori esterni (le condizioni sociali, familiari e di contesto, legati quindi all'alienazione sociale del soggetto), tutelando i soggetti che oltre ad essere portatori di disagio mentale provengono da contesti di marginalità sociale. Inoltre, la misura di sicurezza non può superare la durata della pena edittale massima prevista per il reato commesso.

Il numero chiuso delle strutture previsto nel D.M. 1° ottobre 2012, che indica come capienza massima di una struttura i 20 posti letto, si è affermato come effettiva pratica organizzativa, insieme alla regola di gestione delle liste di attesa secondo criteri che cercano di considerare in primo luogo le condizioni di salute<sup>8</sup>. Altra importante previsione, espressamente prevista dal DPCM 1° aprile 2008, è quella secondo cui l'ambito territoriale è la sede privilegiata per affrontare problemi di salute, cura, riabilitazione di disturbi mentali, in quanto sul territorio sono possibili le connessioni tra i servizi della salute mentale e della salute in generale e i servizi sociali, e tutte le istituzioni che hanno un ruolo nel reinserimento della persona.

Riepilogando, le REMS sono quindi strutture caratterizzate per essere:

- parte di un sistema più ampio di presa in carico dell'autore di reato con patologia psichiatrica, il luogo in cui si eseguono le misure più restrittive, applicate come *extrema ratio*;

---

<sup>6</sup> PUGIOTTO, A. (2015). *Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale*.

<sup>7</sup> Nel corso del Report è più volte utilizzata la distinzione fra “folli rei” e “rei folli”: i primi sono i soggetti ritenuti “incapaci di intendere e volere al momento del fatto delittuoso”, perciò ritenuti non imputabili e prosciolti dal giudizio, per essere inviati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario sottoposti a misura di sicurezza detentiva; i secondi sono soggetti regolarmente processati e condannati al carcere, ma colpiti da disturbo psichiatrico durante la detenzione (anche questi venivano indirizzati in OPG).

<sup>8</sup> PELLEGRINI, P. (2019), “*Quale futuro per una “rivoluzione gentile”?*”, in CORLEONE, F. (a cura di) “Il muro dell'imputabilità Dopo la chiusura dell'Opg, una scelta radicale”, (pp. 43-68).

- a esclusiva gestione sanitaria e con la finalità della riabilitazione del paziente autore di reato, con la sola sorveglianza esterna;
- a numero chiuso (indicativamente con un massimo di 20 posti letto), e con una conseguente lista d'attesa per entrare;
- organizzate e ubicate in modo da rispettare il principio di territorialità, garantendo così il legame con i servizi socio-sanitari che dovranno essere pronti a prendere in carico la persona sia durante, che, soprattutto, dopo la misura detentiva in REMS.

La legge 81/2014 ha riguardato soltanto i “folli rei”, lasciando in un clima di incertezza altre categorie di reclusi precedentemente ospitati in OPG. Tra questi, le persone condannate a pena detentiva perché giudicate imputabili ma colpite durante la permanenza in carcere da disturbi psichiatrici tali da renderli incompatibili con il regime detentivo. L'art. 148 c.p. stabilisce per queste persone il trasferimento in OPG, ed è norma sopravvissuta alla loro chiusura, costituendo una spinta a utilizzare le REMS come se fossero degli OPG, dal momento che l'articolo 147 c.p. stabilisce il differimento pena per incompatibilità con la detenzione solo per coloro che si trovino in stato di grave infermità fisica, senza far riferimento all'infermità psichica, precludendo a questi ultimi la possibilità di godere della sospensione della pena per uscire dal circuito penitenziario e curarsi. Tuttavia, l'inadeguatezza normativa di questi articoli rispetto alla novità della chiusura degli OPG è stata in parte corretta dalla Corte Costituzionale con la sentenza n.99 del 19 aprile 2019, dichiarando non più applicabile l'art. 148 c.p. e illegittimo l'art. 47-ter, comma 1-ter, della l. 354/1975 nella parte in cui non prevede che il tribunale di sorveglianza possa disporre l'applicazione della detenzione domiciliare nell'ipotesi di grave infermità psichica<sup>9</sup>.

La sentenza della Corte Costituzionale ha segnato la presa d'atto dal punto di vista giuridico della lacuna rappresentata dalla mancanza di previsioni specifiche per i condannati con patologia mentale nella riforma sul superamento degli OPG, e ha indicato, nuovamente, la strada da percorrere verso la considerazione primaria della dimensione della salute e la prospettiva dell'uscita dal carcere come passo verso una migliore cura psichiatrica. Tuttavia, una riforma più radicale e più organica della disciplina, che, nel solco del percorso iniziato, ne sviluppi le potenzialità, è sembrata possibile ed è stata presentata, in una sua prima stesura, il 16 dicembre del 2019 dall'Ufficio del Garante delle persone private della libertà della Regione Toscana, che ha presentato una proposta di legge volta al superamento del “doppio binario”, affrontando il nodo dell'imputabilità dell'autore di reato con malattia psichiatrica<sup>10</sup>. Un'altra iniziativa nella stessa

---

<sup>9</sup> Per ciò che riguarda la possibilità di differimento pena per infermità psichica, il tribunale di Messina, con ordinanza del del 28 febbraio 2018, ha ritenuto che il differimento dell'esecuzione della pena secondo quanto previsto dall'art. 147 CP possa applicarsi anche alla patologia psichica. Il 22 marzo 2019 il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) ha pubblicato il parere su “Salute mentale e assistenza psichiatrica in carcere”<sup>9</sup>; tra le varie raccomandazioni contenute nel documento, il CNB sollecita alcune innovazioni normative al fine di garantire il rinvio della pena quando le condizioni della salute psichica risulti incompatibile con lo stato di detenzione.

<sup>10</sup> La Relazione e l'articolato sono stati redatti da Giulia Melani. Vedi MELANI, G. (2019) “Abolire il doppio binario” in “Il muro dell'imputabilità Dopo la chiusura dell'Opg, una scelta radicale”, (pp. 13-35).

direzione è rappresentata dalla proposta di legge n.2939, presentata alla Camera dei deputati da Riccardo Magi nel marzo 2021 (*Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e alla legge 26 luglio 1975, n.354, in materia di imputabilità e di misure alternative alla detenzione per le persone con disabilità psicosociale*) (vedi Allegato 4) Il nucleo della riforma, che si riassume nel motto “la responsabilità è terapeutica”, si trova nel legame tra responsabilità per le proprie azioni e possibilità di cambiamento, considerando anche la persona malata di mente come una persona libera di scegliere, e quindi responsabile delle proprie azioni, che può decidere di cambiare e orientarsi diversamente in futuro. Ne deriva, dal punto di vista giuridico, la proposta di considerare l’autore di reato affetto da malattia psichiatrica come imputabile, e condannabile, magari con pena ridotta, nella prospettiva che la pena venga scontata in strutture adeguate a prestare la cura necessaria.

## 1.2 La ricerca sulle REMS: prime indagini

Dal 2015 l’*Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS* fondato dal coordinamento **StopOpg** ha visitato tutte le REMS attive per comprendere e monitorare l’implementazione della riforma che ha portato alla chiusura degli OPG. Dopo ogni visita è stato stilato un rapporto che descrive la situazione, sottolinea le inefficienze e le inadempienze, individua le buone pratiche. Nel Report finale di giugno 2019<sup>11</sup> vengono presentati i dati dell’indagine svolta tra aprile 2015 e marzo 2019 tramite l’invio a tutte le REMS di un questionario sul funzionamento delle strutture. I dati riguardano 24 delle 31 REMS esistenti in Italia. Dalle conclusioni contenute nel rapporto, si rileva che soltanto il 27% dei moduli REMS è definitivo, mentre la maggior parte delle REMS è ancora provvisoria. Viene registrato un rapporto personale/posti letto di 1,5, con un impiego di personale piuttosto elevato, con netta prevalenza di infermieri e Operatori Socio Sanitari (OSS), poco meno del 70%; seguono dei medici e psicologi 12,3%, Educatori/TRP e Assistenti sociali 9,5%, vigilanti 8,9%.

Il 97,7% dei pazienti delle REMS è sottoposto a misure di sicurezza (66% definitive, mentre le provvisorie sono il 31,7%). Il 41,4% delle persone proviene dalla libertà, il 39,7% dal carcere. Nel rapporto ci si interroga sull’alto numero di soggetti sottoposti alla misura di sicurezza più restrittiva, così come di soggetti che, in aggiunta alla pena detentiva, sono anch’essi sottoposti alla misura di sicurezza più stringente: ci si chiede se non sia invece possibile applicare la misura di sicurezza più lieve (la libertà vigilata) per le persone che provengono dalla libertà, e privilegiare le misure alternative al carcere rispetto alle misure di sicurezza in REMS per le persone che già hanno scontato una pena in carcere. I soggetti ospitati sono stati 1580 con un turnover del 65,1%; i reingressi sono pari al 3,2% dei transitati - un dato nettamente inferiore rispetto alla recidiva penitenziaria (55% dato riportato nel rapporto, fonte Ministero della Giustizia).

---

<sup>11</sup> StopOpg, Report della visita presso REMS Castiglione delle Stiviere – [http://www.conferenzasalutementale.it/wp-content/uploads/2019/07/2019\\_07\\_01\\_Report-visita-Castiglione-4.pdf](http://www.conferenzasalutementale.it/wp-content/uploads/2019/07/2019_07_01_Report-visita-Castiglione-4.pdf)

Rispetto alle contenzioni, il 75% delle REMS non le utilizza, in linea con raccomandazioni della Conferenza delle Regioni. Il 33% delle REMS non ha fatto ricorso a TSO. Questi complessivamente sono stati 90 pari al 5,7% dei soggetti transitati.

Per quanto riguarda le aggressioni all'interno delle REMS, sono state elevate: 363 episodi (commessi dal 23% dei pazienti transitati) quasi nell'80% delle REMS. Alcune sono avvenute verso il personale, altre verso pazienti, altre sono consistite in danneggiamenti di cose. Non risultano tuttavia casi di violenza grave e non ci sono state denunce. Il bias principale è dato dal fatto che si tratta di un dato aggregato: non sappiamo quanti di questi siano stati reiterati dalla stessa persona. Nel rapporto tale dato viene commentato rispetto a quello sulla percentuale del personale dedito alla vigilanza (9%, superiore alla percentuale di assistenti sociali, che sono pari al 3,1%, di psicologi, 3,9% e di educatori, 6,4%). Ci si interroga sui mezzi migliori per creare nella REMS un "clima di sicurezza" che faciliti la relazione fra operatori e utenti, agendo in modalità preventiva (spunti interessanti in questa direzione provengono dalla ricerca qualitativa fra operatori e pazienti che sarà tra poco esposta, vedi paragrafo 2.5, p. 18)

Oltre al lavoro portato avanti dall'*Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS*, nel 2018 il Consiglio Regionale della Toscana ha pubblicato il volume "*Mai più Manicomi. Una ricerca sulla Rems di Volterra – La nuova vita dell'Ambrogiana*"<sup>12</sup>. Insieme ai dati preliminari sulle presenze nelle REMS nel territorio nazionale (capienza, pazienti presenti, tipologia di misura di sicurezza, numero pazienti transitati dall'apertura della struttura fino alla pubblicazione del rapporto e numero dimissioni), la ricerca conduce un'analisi approfondita della REMS di Volterra, l'unica struttura presente sul territorio toscano. I punti principali emersi dalla ricerca riguardano: il turn over accentuato, con persone che nella maggior parte dei casi sono state per un periodo limitato nella REMS, da dove sono state dimesse verso strutture a minore intensità di cura e con misure di sicurezza più lievi, fino a rientrare al proprio domicilio; il ruolo importante della rete di servizi territoriali per la salute mentale, imprescindibili per la presa in carico dei pazienti e il rispetto della previsione normativa che vede l'utilizzo della REMS come *extrema ratio*. Significativamente positivo il dato della differente presenza di pazienti condannati per reati gravi contro la persona rispetto all'OPG: questi risultano più rappresentati nelle REMS rispetto all'OPG, dove la maggioranza era rinchiusa per reati meno gravi (cosiddetti bagatellari). Sotto questo aspetto sembra rispettato il criterio della REMS come *extrema ratio*.

Un'indagine recente particolarmente interessante è stata condotta nell'aprile 2020 dall'Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS e il Coordinamento nazionale REMS, i quali hanno effettuato un monitoraggio, tramite questionario, sull'impatto dell'emergenza da Covid-19 nelle REMS<sup>13</sup>. La ricerca, oltre a descrivere in dettaglio la gestione dell'emergenza sanitaria all'interno delle strutture, avanza importanti

---

<sup>12</sup> CORLEONE, F. (a cura di) (2018) "*Mai più Manicomi Una ricerca sulla Rems di Volterra La nuova vita dell'Ambrogiana*", Consiglio Regionale della Toscana, Fondazione Michelucci Press, Firenze .

<sup>13</sup> PELLEGRINI, P., PAULILLO G., PELLEGRINI, C., BARONE, F., CECCONI, S., (2020) "*Primi risultati del questionario sulle Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (R.E.M.S.) al tempo del covid-19*".

riflessioni sul futuro del modello proposto, sia dal punto di vista strutturale (la preferenza per REMS di piccole dimensioni, la necessità di accesso a spazi esterni, affiancamento alle REMS di soluzioni abitative alternative) sia rispetto alla vigente normativa. Viene infatti ribadita la priorità di attuare quanto previsto dalla l. 81/2014, ovvero di utilizzare le REMS come *extrema ratio*. In osservanza a questo principio, il periodo (possibilmente limitato) di permanenza delle persone in REMS dovrebbe essere dedicato alla progettualità in vista di soluzioni territoriali: è opportuno che il lavoro progettuale per le dimensioni inizi già con la prima presa in carico del paziente, da attuare attraverso un maggiore sostegno al personale e un inserimento effettivo delle REMS nel sistema dei DSM. Si specifica che l'obiettivo può essere raggiunto soltanto attraverso un accordo quadro nazionale Stato-Regioni e la riattivazione presso il Ministero della Salute dell'Organismo di monitoraggio nazionale sul processo di superamento degli OPG e sulle REMS. Ovviamente, fondamentale rimane la questione della normativa giuridica "a monte", in specie il sistema di non-imputabilità dei "folli rei", come già specificato nei paragrafi precedenti (vedi le proposte di legge per il superamento del doppio binario, Melani, 2019).

Al termine dell'indagine, gli autori indicano alcuni passaggi fondamentali per una valutazione compiuta del sistema REMS; tra questi, l'acquisizione dei dati sul sistema REMS di Castiglione delle Stiviere, che "*per caratteristiche e dimensioni (oltre 160 pazienti ospitati in strutture facenti parte dell'area dell'ex OPG), merita uno specifico approfondimento*"<sup>14</sup>.

## **Capitolo II**

### **La ricerca nella REMS di Castiglione delle Stiviere**

#### **2.1 Il progetto di ricerca-azione**

L'obiettivo del presente progetto di ricerca è sia di approfondire le modalità di funzionamento delle REMS nella loro aderenza/scostamento al modello terapeutico-riabilitativo delineato dalla riforma che ha cancellato l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario; sia di focalizzare i percorsi giudiziari che conducono all'internamento nelle REMS.

Per raggiungere questo obiettivo è stata delineata una ricerca azione, da effettuarsi in una REMS, che ha previsto due step di ricerca: una ricerca qualitativa che ha coinvolto operatori e pazienti; uno studio sulle perizie psichiatriche di pazienti ricoverati, finalizzate alla decisione del magistrato circa la misura di sicurezza più adatta a contenere la eventuale pericolosità sociale.

**La ricerca-azione è stata condotta nel “sistema polimodulare di REMS provvisorie” di Castiglione delle Stiviere.** La scelta di questa struttura è dovuta in primo luogo alla sua ampiezza (con capienza di 160 persone), che rappresenta un punto di osservazione di per sé significativo circa la tipologia delle persone sottoposte a misura di sicurezza in REMS. In più, il sistema polimodulare di REMS Provvisorie di Castiglione delle Stiviere è collocato negli stessi edifici del precedente OPG (seppur con alcuni adattamenti). Inoltre, parte del personale già operava nell'OPG. Si è dunque ritenuto che, in ragione di questa eredità, Castiglione delle Stiviere potesse costituire un osservatorio particolarmente interessante nella ricerca dei caratteri delle REMS di innovazione/continuità con l'OPG.

#### **2.2 Castiglione delle Stiviere – il sistema polimodulare di REMS provvisorie, descrizione e documentazione**

Il sistema Polimodulare di REMS Provvisorie- Struttura Complessa di Psichiatria Giudiziaria di Castiglione delle Stiviere è dotato di n.5 strutture residenziali dotate di separazione logistica e organizzativa per 20 posti letto ciascuna, per un totale di 100; in più esiste un reparto, denominato Aquarius (maschile) di 60 posti letto. I complessivi 160 posti costituiscono una struttura complessa “psichiatria giudiziaria”, con un direttore clinico che ha la responsabilità dei medici psichiatri, degli psicologi. Esiste anche un direttore con specifiche responsabilità igienico-sanitarie sull’intero sistema.

Gli psichiatri sono 14, più il direttore; gli psicologi, specialisti in psicologia clinica sono 7; il totale degli infermieri è di 96, sotto la responsabilità di 5 coordinatori delle professioni sanitarie; gli Operatori Socio Sanitari (OSS) sono 52, pari a n.6 per REMS, con in più 2 nella REMS 1 (Accoglienza uomini) e altri 2 nella REMS 2 (Accoglienza e trattamento donne); sono inoltre presenti 8 educatori (Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica-TERP), uno ogni 20 posti letto con un coordinatore; 7 assistenti sociali più un coordinatore.

Infine, ci sono 8-10 OSS più 2 infermieri che operano trasversalmente alle REMS per le attività riabilitative che sono comuni.

Il ciclo di cura è il seguente:

La REMS 1 è dedicata all’accoglienza degli uomini, con una permanenza media di due mesi, ove si svolgono sia una valutazione dei bisogni clinici, di organizzazione della personalità, delle abilità e competenze della persona, sia una valutazione della rete sociale. Prima della dimissione dalla REMS dedicata all’accoglienza, viene inviata relazione al Dipartimento Salute Mentale-DSM competente, al giudice di cognizione o di sorveglianza di Mantova per considerare la posizione giuridica: al fine di verificare la possibilità di rapida dimissione dalla REMS verso un progetto alternativo sul territorio. Nel caso non risulti possibile, si procede a una valutazione finale multiprofessionale per scegliere una delle REMS “di trattamento”.

Per le donne, la procedura è analoga, tenendo presente però che esiste una sola REMS destinata sia all’accoglienza che al trattamento.

La riabilitazione prevede i seguenti spazi e attività:

- Spazio non di degenza per la socialità diurna (gruppo giornali, gruppo cucina etc.)
- Area dedicata alle attività espressive o all’istruzione (in collaborazione con la dirigenza scolastica del luogo)
- Area sport con palestra e campo sportivo
- Area bar
- Progetto Recovery net con attività condotte all’esterno delle REMS
- Formazione e tirocini risocializzanti (percorsi in via di perfezionamento)

*Relazione della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia*

Dalla *relazione sulle REMS della Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia* datata novembre 2018<sup>15</sup>, si apprende che il Sistema Polimodulare di REMS Provvisorie di Castiglione delle Stiviere è attivo dal 1 aprile 2015, frutto di un processo che ha condotto a “*un radicale cambiamento a tutti i livelli dell’istituzione*”, sia dal punto di vista della costruzione di vere equipe lavorative, sia della messa in campo di nuovi dispositivi trattamentali. Nello specifico, l’attività clinica riabilitativa - si legge sempre nella relazione della DG Welfare - è stata innovata attraverso l’integrazione delle precedenti esperienze realizzate nell’OPG, i framework teorici nazionali ed europei (con particolare riferimento alla psichiatria forense inglese e olandese) e la legge 81/2014. I punti chiave del percorso trattamentale individualizzato sono suddivisibili in tre fasi: i) osservazione e valutazione; ii) risk management, trattamento e riabilitazione; iii) progetto di dimissione. Si adotta la visione “*bio-psicosociale volta a definire il funzionamento della persona nelle dimensioni cognitiva, emotivo/affettiva, relazionale e contestuale*”<sup>16</sup>. Tale approccio, fondato sul *recovery*, viene sviluppato attraverso il PTR\_IR (Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato Residenziale), in cui gioca un ruolo chiave la partecipazione attiva del paziente: viene incentivata e sostenuta la presa di consapevolezza rispetto alla propria situazione, in modo da “*facilitare la determinazione ad agire, ad essere protagonista all’interno del proprio percorso di cambiamento*”<sup>17</sup>. Tale attività riabilitativa si svolge in stretta collaborazione con gli operatori del volontariato e i DSMD dei pazienti. Nella relazione la DG Welfare comunicava la volontà di basare la programmazione delle attività per il 2019 sul consolidamento con i soggetti del terzo settore e sull’introduzione di tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento.

#### *Il progetto definitivo di Castiglione delle Stiviere*

Per quanto concerne infine interventi di tipo strutturale sul sistema polimodulare e di messa in sicurezza, nella relazione viene illustrato *il progetto preliminare delle strutture che accoglieranno le REMS definitive*, approvato a febbraio 2018. Si prevedeva l’inizio dei lavori di realizzazione delle nuove strutture nel 2019 e la conclusione nel 2023. Le principali criticità individuate nel sistema provvisorio, cui si intende ovviare nel progetto definitivo, sono l’assenza di stanze singole, la suddivisione della unità REMS su due piani, le aree fuori dalla vista degli operatori. Oltre alla realizzazione delle sei REMS definitive entro il 2023, la relazione auspica l’attivazione in tempi brevi di altre due REMS a Limbiate (A.O. Salvini di Garbagnate Milanese), in modo da consentire il trasferimento di 40 pazienti. Questo al fine di garantire l’accoglienza in ogni singola REMS di non più di 15 persone.

#### *Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS- Visita a Castiglione delle Stiviere, il resoconto*

---

<sup>15</sup> Direzione Generale Welfare della Regione Lombardia (2018) *Residenze per l’esecuzione della misura di sicurezza sanitaria (REMS)*

<sup>16</sup> *Ivi*, p.12.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

Il primo luglio 2019, l'Osservatorio sul superamento degli OPG e sulle REMS ha visitato l'ex OPG di Castiglione delle Stiviere<sup>18</sup>. Nel resoconto della visita, si evidenzia: *“l'ex OPG ha sì cambiato denominazione .. ma è sostanzialmente rimasto, a partire dagli edifici e dal numero di posti letto, ciò che era prima della riforma che ha chiuso gli OPG”, compresi i dispositivi a connotazione custodiale (sbarre e recinzione esterna, modalità di controllo all'ingresso; inoltre, viene ancora praticata la contenzione meccanica, anche se in misura minore rispetto a prima”*. Si evidenziano anche aspetti positivi: il numero alto di dimissioni, anche precoci, il numero ridotto di persone in lista di attesa, la proiezione verso i servizi di salute mentale che permette il passaggio di pazienti in misure alternative sul territorio, progetti orientati al *recovery*, attività esterne con uscite dei pazienti dalla struttura. Questi elementi positivi sono ricondotti all'impegno degli operatori.

Preoccupa la prospettiva del progetto definitivo per Castiglione delle Stiviere, che mantiene a Castiglione 120 posti attivi in 6 REMS di nuova costruzione in uno spazio attiguo agli attuali edifici, con una spesa preventivata di ben 31 milioni di euro. *“In questo modo- si legge nel rapporto della visita- si prevede un numero di posti REMS ben superiore alla media nazionale, ma soprattutto è evidente che mantenere aperta una struttura così grande riproduce un modello neo manicomiale, che separa le persone dal proprio ambiente di vita, tiene lontani i Dipartimenti Salute Mentale dai pazienti e li deresponsabilizza dalla presa in carico. Ciò può indurre la Magistratura a inviare più persone del dovuto a Castiglione, quando invece la misura di sicurezza detentiva dovrebbe essere la extrema ratio”*.

Si auspica perciò *“un percorso per la chiusura in tempi certi della mega struttura di Castiglione, per costruire l'alternativa con servizi diffusi in tutto il territorio lombardo”*.

#### *Relazione sull'attività del Servizio Sociale di Castiglione delle Stiviere*

Il documento valuta il mandato del servizio sociale nel nuovo sistema polimodulare delle REMS di Castiglione delle Stiviere, offrendo una descrizione dei servizi e della popolazione di riferimento, attraverso l'individuazione dei bisogni. Questi sono stati poi analizzati sulla base del territorio delle province lombarde. Particolarmente interessante è l'analisi del rapporto tra risposte e soluzioni suggerite dai vari servizi del territorio.

La ricerca descrive le varie attività svolte dal Servizio Sociale nel 2018:

- Segretariato Sociale, con l'emissione di documenti d'identità per il 29% delle persone ammesse, attività economico-pensionistica, 16 azioni di richiesta di accesso al fondo fragilità per persone in reale stato di necessità;
- Segretariato Sociale per stranieri; la ricerca riporta una comparazione tra i dati rilevati nel 2017 (40 persone presente senza cittadinanza italiana, di cui 8 donne) e nel 2018 (53 uomini e 9 donne). Degli stranieri presenti nel 2017, n.25 sono rimasti in REMS nel corso dell'anno 2018, durante il quale

---

<sup>18</sup> StopOpg, Report della visita presso REMS Castiglione delle Stiviere – [http://www.conferenzasalutementale.it/wp-content/uploads/2019/07/2019\\_07\\_01\\_Report-visita-Castiglione-4.pdf](http://www.conferenzasalutementale.it/wp-content/uploads/2019/07/2019_07_01_Report-visita-Castiglione-4.pdf)

ulteriori n.23 hanno fatto ingresso in struttura. Provengono principalmente dal territorio lombardo, ma non è rilevabile il dato relativo al tempo di soggiorno che intercorre dall'arrivo in Italia al momento del reato. Facendo un raffronto sulla base del genere, nel 2017 le donne hanno misure di sicurezza più lunghe degli uomini (5-10 anni contro 2-5) e spesso sono al primo reato, mentre gli uomini hanno precedenti detenzioni o pendenze. Questo dato non è poi stato riscontrato nel 2018, laddove uomini e donne hanno misure di sicurezza di egual durata. Rispetto alle dimissioni, nel corso del 2018 sono stati dimessi 12 cittadini stranieri in seguito alla revoca della misura di sicurezza e rientro nel paese di origine, mentre 3 sono evasi dalla REMS. ***Nella totalità dei casi i cittadini stranieri sono sprovvisti di documenti di identità validi, rendendo l'attività di segretariato sociale particolarmente gravosa.***

- Amministrazione di sostegno (attività che ha riguardato 32 persone) e Interdizione (a cui sono state sottoposte 7 persone). Il 24% delle persone è beneficiario di protezione giuridica. L'Amministrazione di Sostegno riguarda principalmente uomini di età tra i 35 e i 65 già sottoposti a tutela al momento dell'ingresso; gli stranieri non sono rappresentati. Nella maggior parte dei casi è il servizio sociale REMS a coinvolgere gli Amministratori di Sostegno piuttosto che i servizi territoriali ed il medico di riferimento mantiene contatti per quanto attiene al consenso delle cure sanitarie in atto. Grazie all'indagine sono emerse significative criticità: spesso i tempi di risposta da parte degli Amministratori di Sostegno è dilatata nel tempo e tardiva; spesso il ruolo è ricoperto da un familiare, fatto che causa alcune difficoltà rispetto alla presa in carico e ai percorsi individualizzati dei pazienti, tanto da condurre l'equipe della REMS in un caso ad avanzare richiesta per la modifica del provvedimento, spingendo il servizio sociale a porsi come figura di mediazione tra amministratore di sostegno e avvocato;
- Collaborazione con l'UEPE; l'indagine copre l'arco di tre anni (2016-2017-2018). Dalle osservazioni emerse dall'attività di indagine, nel periodo di tempo considerato l'UEPE della Lombardia ha preso in carico 180 persone dimesse dalla REMS in libertà vigilata. La maggioranza dei provvedimenti riguarda programmi comunitari, infatti solo 13 sono programmi territoriali. La ricerca sottolinea come tale dato debba leggersi come un sostanziale fallimento del programma individualizzato, poiché innescato in una dinamica spontanea che vede l'uscita dalla REMS e l'ingresso automatico in comunità, considerato più rassicurante data la peculiarità delle situazioni personali (assenza di sostegno economico, abitativo e familiare). ***Inoltre, si sono venute a creare delle vere e proprie "REMS periferiche": nelle varie strutture i periodi di degenza sono molto lunghi a causa della proroga della libertà vigilata.*** Infine, spesso gli invii sono presso comunità di province differenti e quindi con presa in carico di UEPE diversi rispetto a quelli iniziali. Oltre alla misura di sicurezza si sommano spesso anche misure alternative, che vengono scontate in comunità.
- Collaborazioni con Dipartimenti di Salute Mentale e dipendenze; l'indagine ha sottolineato l'importanza della collaborazione con i Centri Psicosociale – CPS di ogni ASST, fondamentale per

la presa in carico dei pazienti e per la ricostruzione delle informazioni relative a ogni singola persona, nonché per il confronto, la valutazione e la programmazione degli interventi finalizzati ad un rientro del soggetto nell'ambito di provenienza.

- Collaborazioni con equipe forensi; dalla ricerca, emerge una forte partecipazione da parte del servizio sociale sia nel ruolo di mediazione con i servizi territoriali e le equipe, sia di informazione e formazione delle equipe in tema di misure di sicurezza e di procedure giuridiche. Spesso, tali equipe si sovrappongono ai CPS (Centri Psicosociali) di competenza, sviluppando visioni in disaccordo sui singoli casi. Come risultato, le persone si trovano a essere prese in carico da un numero elevato di operatori senza che vi sia una chiara definizione di compiti. Inoltre, gli operatori delle equipe non sono conosciuti dai pazienti, ogni equipe prende in carico fino a 14 persone, che vengono visitate in REMS (e non viceversa) in un unico giorno, sommandosi all'incontro con il CPS/SERT di competenza del paziente. Gli amministratori di sostegno sono pressoché stati assenti, al contrario del Servizio Sociale, che ha presenziato e registrato in cartella ogni singolo incontro.

### 2.3 La ricerca -azione: finalità, partecipanti, azioni

Come dalla illustrazione del progetto (2.1), la ricerca-azione, svolta nel sistema polimodulare di REMS Provvisorie di Castiglione delle Stiviere, si è articolata in due focus di ricerca: una ricerca di tipo qualitativo, svolta attraverso interviste e focus group con operatori e utenti, con una traccia di aree di indagine (vedi APPENDICE, ALL. 3); uno studio su un campione di perizie psichiatriche.

Seguendo la metodologia della ricerca-azione, il primo step ha coinvolto la direzione e il personale della struttura (infermieri e OSS, medici- psichiatri, psicologi, Educatori/TRP e Assistenti sociali), nella informazione circa il progetto, i suoi obiettivi, il disegno della ricerca qualitativa (con interviste al personale e ai pazienti e focus group). In particolare: è stato prodotto il materiale di informazione per attivare la partecipazione degli operatori (vedi ALLEGATO 1); è stato organizzato un focus group con i coordinatori delle diverse aree professionali e con la partecipazione di operatori di diversa professionalità per discutere le aree oggetto di indagine nelle interviste e nei focus group .

Per ciò che riguarda gli operatori, sono stati identificate le seguenti aree: I) il ruolo ricoperto, ai propri occhi e agli occhi dei pazienti; II) tipologia dei pazienti, fra gravità del reato e gravità della patologia III) eventuale conflitto percepito fra esigenze terapeutiche ed esigenze custodiali; IV) collegamento/non collegamento percepito col DSM e i servizi del territorio; V) rapporto con la Magistratura (di cognizione e di sorveglianza); VI) Valutazione circa i punti forza e le aree problema dell'avvio dell'esperienza.

Per ciò che riguarda i pazienti, le interviste hanno focalizzato sulla percezione di sé come autore di reato e come paziente psichiatrico, attraverso le seguenti aree di indagine: I) la vita quotidiana del paziente in

REMS, con un focus rispetto alla strutturazione del quotidiano e alla relazione con gli altri; II) il significato della propria permanenza nella struttura, indagando l'auto-percezione all'interno della REMS, il ruolo delle diverse figure professionali e le aspettative della persona rispetto agli obiettivi terapeutici; III) i rapporti con l'esterno, dunque le esperienze e i vissuti con la rete familiare e la comunità territoriale.

Sono state svolte n. 2 interviste in profondità a testimoni privilegiati facenti parte della direzione della struttura; n. 1 focus group con la partecipazione dei coordinatori delle diverse figure professionali e altri operatori di diversa professionalità; n. 2 focus group con le equipe professionali responsabili di tre moduli REMS; n. 7 interviste in profondità a pazienti. In totale sono stati coinvolti n. 50 partecipanti.

Il secondo step della ricerca-azione è consistito nell'analisi dei processi che conducono all'internamento nelle REMS tramite esame di perizie psichiatriche e di altri documenti al fine di conoscere: - la tipologia dei reati compiuti dalle persone per cui il magistrato richiede la perizia; - la natura delle patologie che conducono al giudizio di infermità mentale; - i criteri alla base del giudizio di pericolosità sociale e dell'erogazione della misura di sicurezza in REMS; - il fenomeno delle misure di sicurezza eseguite in contesti impropri (carcere o servizi psichiatrici ospedalieri per acuti-SPDC).

Il terzo step della ricerca azione prevede la restituzione del progetto agli operatori di tutte le professionalità delle REMS di Castiglione delle Stiviere, in particolare agli operatori che hanno partecipato ai focus group o sono stati intervistati.<sup>19</sup>

## 2.4 La ricerca qualitativa-metodologia

Per la parte di ricerca, si è utilizzata la ricerca qualitativa (Willig, 2001; Cicognani, 2002)<sup>20</sup>, che più si presta a indagare la percezione soggettiva, al fine di cogliere la persona e il suo contesto con gli occhi della persona stessa. Privilegiare l'ottica della soggettività ha un valore aggiunto, trattandosi di persone private della libertà (è un passo per combattere la perdita di identità) e di operatori impegnati in una esperienza senza precedenti. La scelta di utilizzare gli strumenti tipici dell'analisi qualitativa (interviste e focus group) attraverso un approccio di tipo interpretativo, trova origine nel metodo tipico della ricerca etnografica. Nello specifico, si è inteso adottare una prospettiva di tipo emico. In antropologia il termine emico si riferisce al punto di vista degli attori sociali, alle loro credenze e ai loro valori; inquadrare la ricerca dal basso, acquisendo il punto di vista dell'insider o del "nativo", significa proporre il superamento della rappresentazione oggettiva della realtà sociale, la quale non deve essere fissata in schemi inamovibili ma ricostruita sulla base di significati

---

<sup>19</sup> Questo step non è stato finora eseguito per l'emergenza COVID

<sup>20</sup> WILLIG C. (2001), *Introducing Qualitative Research in Psychology*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia; CICOGNANI E. (2002), *Psicologia sociale e ricerca qualitativa*, Carocci, Roma

intersoggettivi e interpretazioni dei costrutti sociali. Di conseguenza, le persone intervistate al posto di essere considerate “unità di analisi” sono state dei veri e propri interlocutori che hanno condiviso attivamente informazioni sulla cultura del gruppo di appartenenza, senza mai dimenticare il punto di vista individuale e l'interpretazione personale delle esperienze vissute. Le ricercatrici hanno poi fornito un'interpretazione costruita proprio a partire da tale processo relazionale e di interscambio, risultato dell'interazione con loro.

La ricerca è stata condotta attraverso interviste ai pazienti e focus group agli operatori sulla base di una traccia organizzata per aree tematiche e corredata da domande stimolo aperte per facilitare il colloquio, lasciando spazio al punto di vista degli intervistati e consentire la costruzione della propria narrazione e la selezione di significati ed eventi.

I testi sono stati analizzati secondo la metodologia della *Grounded Theory*, individuando per ogni area tematica categorie di variabili e relative dimensioni (codici) (Charmaz, 2014<sup>21</sup>).

Le interviste e i focus group sono stati registrati e trascritti. Per ragioni di privacy, i nomi e tutti i dati sensibili dei e delle partecipanti sono stati espunti dal testo. Per le citazioni delle interviste, le intervistate/gli intervistati sono stati codificati con una nomenclatura specifica (vedi codici in appendice).

## 2.5 Interviste e focus group con operatori e operatrici: illustrazione dell'analisi di contenuto

Come già accennato, l'analisi di contenuto è stata condotta attraverso l'individuazione di aree, categorie e codici (a formare i cosiddetti alberi concettuali). In questo paragrafo è presente una descrizione degli alberi concettuali, allegati in APPENDICE (ALLEGATO 2).

Le interviste a operatori e i focus group con rappresentanti dello staff (di varia professionalità e di differente livello di responsabilità nel sistema operativo della REMS) hanno permesso di illuminare le molteplici dimensioni di funzionamento della REMS di Castiglione. Si è iniziato dall'approfondimento del mandato istituzionale e del “macrosistema” delineati dalla legge 81, lo scenario di rete entro cui si articola l'operatività del servizio oggetto di studio nella presente ricerca.

### **Area- Il macrosistema REMS**

Rispetto all'area del **mandato istituzionale**, è opinione condivisa che la legge individui chiaramente il nuovo modo di guardare al “folle reo” nell'assegnare alla REMS il mandato curativo (in modalità intensiva), abbandonando la finalità custodiale (propria dell'OPG). Tuttavia, questo passaggio di paradigma incontra numerosi ostacoli sul piano dell'applicazione della riforma, riconducibili in parte a una non completa accettazione del passaggio stesso. Fra i principali problemi rilevati dagli intervistati: il conflitto con l'opinione sociale diffusa, che si ritiene sia ancora in larga parte aderente al mandato custodiale, specie

---

<sup>21</sup> CHARMAZ K. (2014), *Constructing Grounded Theory*, Sage Publications, London

quando si tratti di soggetti “sradicati socialmente” (*Noi siamo quelli che devono tenere chiuse le persone che sono socialmente pericolose e quindi devono star chiuse, o quell'altra cosa?*); la non facile cooperazione con gli altri attori di sistema (Magistratura, Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze), comunità e servizi territoriali) coinvolti nella presa in carico dei “folli rei” (*Va potenziata la presa in carico fuori di qua, questo è il punto. Se hai una revisione per gli invii ..e fuori c'è un sistema che tiene, allora il lavoro (in REMS)diventa proprio diverso*).

**L'elemento di più difficile soluzione è rappresentato dalla declinazione del concetto e della pratica della cura nelle condizioni di privazione della libertà**, con risvolti innanzitutto soggettivi (la percezione di sé come malato/recluso), ma anche oggettivi, nella non coincidenza dei tempi della cura coi tempi della misura di sicurezza (*Anche se porti i detenuti a ragionare sul “sei qua per curarti”, la risposta è “ma adesso io sto bene e adesso che ci sto a fare qua?”*).

*Fra carcere e REMS, fra terapia e custodia*

A monte, emerge il problema dell'accettazione da parte della persona della designazione di malato di mente, più difficile per certi versi di quella di colpevole di reato (*già la malattia mentale è molto difficile..così i soggetti si sentono ancora più emarginati e messi da parte*); così come risulta più accettabile la punizione in carcere con una pena temporalmente ben definita in sentenza, rispetto a una permanenza in REMS meno temporalmente certa (*Qua soffrono molto la questione della proroga*). In più, si riporta il giudizio degli utenti, per i quali il regime carcerario lascia più spazio di libertà nei comportamenti, rispetto alle prescrizioni del “regime terapeutico” (*In carcere tu aspetti il fine pena..a parte la fatica di accettare il percorso di cura, il patto terapeutico e e degli stimoli è difficilissimo, invece in carcere io mi leggo un libro e aspetto il fine pena*).

La questione della “incertezza” vissuta dal paziente rispetto alla permanenza in REMS è rilevante anche dal punto di vista del terapeuta, poiché si ricollega alla peculiarità della cura in condizioni di “obbligo”, che sarà affrontata più avanti (il problema della “chiusura” dei pazienti, e i suoi riflessi sui terapeuti).

Nonostante la netta cesura sancita dalla legge 81 fra terapia e custodia, la contiguità e sovrapposizione fra pena carceraria e terapia in misura di sicurezza si palesa nel caso dei seminfermi, che possono scontare la pena per il reato in carcere prima di essere destinati alla cura in misura di sicurezza, oppure viceversa (*I seminfermi, quando stanno direttamente in REMS si pone il problema che dopo un percorso di cure e riabilitazione devi trovare le condizioni per cui la misura del carcere sia scontata con forme alternative (alla detenzione).. Quando invece (le persone) sono primariamente in carcere e poi devono passare alla cosiddetta misura della casa di cura e custodia da eseguirsi in REMS, per quello che è il nostro osservatorio, ci sono troppi automatismi.. ”*).

*La REMS come extrema ratio: un dettato difficile*

I “troppi automatismi” appena denunciati svelano che la REMS, contrariamente al mandato della l.81, non è nella pratica la *extrema ratio*, onde alla detenzione in carcere segue “automaticamente” la detenzione in misura di sicurezza: vuoi perché persiste la coincidenza fra malattia mentale e pericolosità sociale; vuoi perché non è ancora sviluppata la necessaria interlocuzione istituzionale (fra istituzioni giudiziarie e sociosanitarie) per trovare soluzioni alternative di cura sul territorio, in affidamento delle persone alle agenzie terapeutiche, o in misure di sicurezza attenuate (libertà vigilata). E’ perfino citato il problema che i servizi del carcere non sempre hanno accesso ai fascicoli dei pazienti, dunque non sanno che dopo il carcere la persona deve aspettarsi una misura di sicurezza (*mi dicono gli psichiatri che lavorano in carcere che loro non hanno facilmente accesso ai fascicoli giudiziari. Se questo è vero, significa che uno psichiatra sta curando una persona in carcere, sa che starà in carcere 3 o 4 anni ma non ha contezza del fatto che dopo, nel dispositivo della sentenza, è prevista la Casa di Cura e Custodia*)

L’eccessivo ricorso alle misure di sicurezza è una delle ragioni della pressione attuale per gli ingressi in REMS.

### **Area - Il microsistema REMS**

Passando al **funzionamento** della REMS, in coerenza col mandato istituzionale è centrale la categoria di cura, nelle sue molteplici dimensioni, a iniziare dalla tipologia di utenza delle persone in REMS. L’utenza è caratterizzata per prima cosa da condizioni di estrema emarginazione sociale (*siamo diventati un centro di raccolta di emarginazione di persone disperate*), che richiede un modello di presa in carico incentrato sulla *care* e l’accoglienza (*..la capacità di entrare in contatto con l’altro, di conquistare la fiducia è il primo passo fondamentale*). Quanto alle patologie, si sottolinea la marcata eterogeneità e i mutamenti recenti, sia per tipologia che per gravità (*mentre prima c’era la schizofrenia pura, adesso abbiamo disturbi di personalità e doppia diagnosi.. hanno esigenze completamente diverse questi qua..sono persone che hanno un bisogno tremendo di relazione e di contatto*).

Si avanzano anche perplessità rispetto al fatto che la REMS risponda davvero alle esigenze curative di alcune tipologie di utenti, come quelli diagnosticati affetti da disturbi di personalità. In altri termini, anche le caratteristiche variegata dell’utenza rinviano alle ambiguità nel rapporto fra la ratio clinica e il regime giudiziario (*il concetto di infermità di mente..è piuttosto giuridico e poi clinico*). Rispetto a tale ambiguità, il punto cruciale è rappresentato dalla cura “obbligata” in condizione di perdita della libertà.

#### *La cura “obbligata al chiuso”*

E’ l’aspetto più difficile da accettare per il paziente (*..il senso di difficoltà grande per la persona che entra qui ad accettare l’obbligatorietà di questo luogo*), e di conseguenza anche per il terapeuta perché condiziona lo strutturarsi della relazione terapeutica (*è uno scoglio molto importante che crea una difficoltà iniziale rispetto al rapporto, molto più semplice, legato alla volontarietà di essere trattato e curato che tu hai al di fuori*). Si tratta di una cura in luogo chiuso, dove l’obbligatorietà della cura si sovrappone/confonde

**con la chiusura che deriva dalla misura di sicurezza.** L'idea che domina il paziente è *“di un luogo chiuso come luogo di cura... in cui per il reato che ha commesso e per l'ipotesi di sofferenza mentale a esso collegata viene obbligato ad accettare”*.

Questa sovrapposizione accompagna l'intero percorso in REMS del paziente, che deve affrontare una serie di passaggi: in primis, la comprensione della misura di sicurezza, nel significato e nelle conseguenze, (nella differenza con la pena carceraria); la consapevolezza rispetto al reato; l'accettazione del fatto che il raggiungimento di obiettivi di recupero di salute mentale non coincide, anzi spesso diverge, con la fine della “cura obbligata” in REMS. Si presenta cioè *“la questione molto grande di dove collocare la necessità di cura rispetto al processo di uscita di qua. Queste sono questioni importantissime e sono quelle in realtà che per esperienza appesantiscono tutto il percorso di cura”*. Perché il recupero/abilitazione della persona porti al reinserimento nella comunità, c'è bisogno da un lato di una rete territoriale efficiente, che lavori in modalità proattiva e integrata fra differenti agenzie sociosanitarie; dall'altro di una comunità accogliente, che liberi la persona dal “doppio stigma”, legato al reato e alla malattia mentale.

#### *Fra la logica del “recovery” e la logica giudiziaria*

Più alla radice, si confrontano la logica dell'obbiettivo terapeutico legato al “recovery” (in cui si riconoscono gli operatori della ricerca) con la logica del controllo, che discende dalla categoria giuridica della “pericolosità sociale”<sup>22</sup>. Quest'ultimo è con ogni evidenza lo scoglio principale, di natura esistenziale per il paziente, di natura anche concettuale per il terapeuta, poiché **mette a nudo il conflitto fra le due logiche che governano le REMS, clinica ma anche giudiziaria.**

E infatti, nel contesto del mandato della REMS, il *recovery* del paziente trova la sua misura (finale) nel rilascio legato alla valutazione della capacità di ritorno nella comunità, vista sia come capacità individuale - del paziente e della sua tenuta psichica e relazionale -, sia come capacità della collettività - di accoglienza e reintegrazione dei soggetti più fragili e stigmatizzati- (*dobiamo lavorare per individuare una serie di indicatori rispettati i quali possiamo certificare che il paziente è pronto. Non solo per uscire, ma per immaginare che la dimissione con una misura alleggerita dia una prospettiva abbastanza probabile di riuscita*).

Nonostante questo conflitto di scenario, gli operatori si sono sforzati di seguire la logica terapeutica nelle REMS attraverso alcuni passaggi chiave: il “patto terapeutico” attraverso cui terapeuti e pazienti si uniscono

---

<sup>22</sup> È utile analizzare la definizione di *recovery*, come un “processo attivo, di conquista di padronanza sulla propria vita, attraverso sviluppo di strategie volte non solo a fronteggiare il sintomo ma anche le ricadute psicosociali della malattia in termini di stigma, discriminazione, esclusione sociale” (fra la ricca letteratura, cfr. I. Marin, S. Bon (2018), *Guarire si può*, edizioni alphabeta verlag, Merano). A partire da questa, meglio si colgono i contorni del conflitto con la logica della “pericolosità sociale” della misura di sicurezza (in primis per il suo focus squisitamente individuale). Rispetto al paradigma della “guarigione” (intesa come eliminazione del fattore bio-psichico alla base della malattia), il paradigma del *recovery* è ancora più in conflitto con la categoria giuridica di pericolosità sociale, proprio perché la “pericolosità” è vista come il risultato di una interazione fra individuo e contesto.

per concordare obiettivi e tappe della terapia, premessa per la responsabilizzazione del paziente (rifacendosi al principio generale del “consenso informato”). Come si vedrà più avanti, questo elemento segna una cesura rispetto alla modalità impositiva della terapia del vecchio OPG (*Si tratta di mollare un certo tipo di procedure e un modo di fare che è legato a una storia e spostarsi verso il recovery... per arrivare a una responsabilizzazione rispetto ai trattamenti. Invece magari una volta era più sono io che ti dico che cosa devi fare*).

Il primo passo del percorso per il paziente è di riconoscere “che sta facendo qualcosa per sé” (*Io sento che all'interno del rapporto terapeutico i pazienti, costruendo una buona alleanza, si donano tanto. L'idea..è che non stiamo facendo queste cose perché lo scopo finale è semplicemente la dimissione*). In questa ottica, i percorsi terapeutici diventano individualizzati. Per il paziente, comprendere la logica della differenziazione in una struttura collettiva è un ulteriore passaggio di conoscenza e consapevolezza di ciò che significa lo stare in REMS (*Fa sempre parte del discorso della fatica del paziente all'inizio ad accettare un contratto terapeutico, quanto il paziente poi si è accorto che era un percorso individualizzato e che non facciamo tutti uguale, facciamo qualcosa per te perché ti chiami così, all'inizio per loro è una gran fatica*).

*La cura, le differenti competenze professionali, il modello “ospedalocentrico”*

Congruente e conseguente al modello *recovery* è la presenza di una pluralità di competenze professionali (ancora una cesura rispetto al vecchio OPG). Si è cercato di approfondire il significato che le diverse figure assumono per il paziente (medici, psicologi, educatori, OS, infermieri etc.). Emerge la dimensione del “potere” percepito del medico, la cui parola può influire sul possibile rilascio (*C'è sicuramente un'attribuzione del lavoro sporco al medico psichiatra..immaginano il medico psichiatra come quello che prevalentemente dà il benessere o meno alla possibilità di accesso esterno, quindi nel fare una buona relazione al magistrato*). All'assenza di “potere” può però corrispondere un maggiore potenziale di relazione fra curante e paziente, come nel caso della figura “nuova” degli psicologi (*magari con me riescono anche ad aprirsi tanto e a instaurare una buonissima relazione, una buonissima alleanza, ma perché tutto sommato io non conto niente a livello di accesso ai servizi*).

La pluralità di figure è importante per una diversa organizzazione della vita quotidiana in REMS rivolta a un rafforzamento delle funzioni riabilitative. In questo quadro, si ragiona sul **modello operativo**, e sui limiti dell'attuale modello, ancora largamente ospedaliero e medico-centrico. Con diverse ricadute, sia sulla strutturazione della vita quotidiana che sulla percezione del paziente della natura del luogo che lo ospita.

La turnazione del personale secondo l'organizzazione ospedaliera è pensata per un degente più che per una persona da stimolare/accompagnare/attivare nella quotidianità nella prospettiva riabilitativa (*abbiamo tutto il personale dell'assistenza che è su base verticale nell'organizzazione del lavoro..non è facile cambiare l'organizzazione ospedaliera*). Anche il personale non medico o infermieristico (psicologi, educatori, OS) è

risucchiato nel modello e nella “rappresentazione” ospedaliera della REMS (*nella tua quotidianità tu hai l’infermiere in divisa, lo OS in divisa..forse una delle cose, insieme ai pasti assolutamente imprescindibili sono le tre somministrazioni della terapia, qui fai presto a renderlo un ospedale questo posto*). Come vedremo, la modifica di questa tipologia organizzativa è una delle innovazioni più auspiccate.

#### *Sicurezza/insicurezza percepita: dell’operatore, del paziente*

Nel modello operativo rientra l’aspetto delle regole di “sicurezza” e della percezione di sicurezza/insicurezza degli operatori. Si noti che le due dimensioni non appaiono direttamente correlate. Alcuni operatori sottolineano come la caratteristica di “luogo chiuso” della REMS e la privazione della libertà costituisca il sottofondo della “insicurezza” percepita, in primis del paziente e anche dell’operatore (*qui hai quella sensazione claustrofobica che il paziente ti mette dentro, per cui c’è un’esplosività.. se ci fosse una porta aperta sarebbe diverso, per noi come per il paziente, te la giocheresti più sul senso di responsabilità..e poi l’antisociale sfida, il border sfida, per cui più chiudi più la sfida si alza*).

Sono considerazioni che orientano verso una “normalizzazione”, per quanto possibile, del luogo e delle relazioni all’interno. Diversamente, le regole “speciali” ancora in vigore sembrano ispirate alla visione classica della pericolosità quale caratteristica puramente individuale, del malato psichiatrico. Come risultato, il paziente si trova davanti ulteriori restrizioni rispetto a quelle che incontrerebbe in una comunità (*si aggiungono regole molto più difficili da mandare giù per i pazienti, la mancanza di libertà, tutta una serie di regole da come posso uscire, a come posso vedere i parenti, a cosa posso tenere in stanza*); per certi versi perfino più stringenti di quelle carcerarie, dove è permesso cucinare da sé (*è anche vero che i ragazzi spesso chiedono di poter cucinare qualcosa nella cucina che abbiamo, ma lì è una questione di sicurezza*).

#### *Vita quotidiana in REMS e autonomia del paziente*

Nella vita quotidiana, i pazienti vengono indirizzati verso l’autonomia ad iniziare dal prendersi cura di sé; scontando però il fatto che l’unità abitativa REMS non offre la possibilità di una serie di attività di base (*ci sono attività che vengono fatte dentro la REMS, altre che per necessità vengono fatte fuori, nel polo educativo, perché nella REMS non ci sono gli spazi, non c’è la lavatrice, lo stendibiancheria per dire*). Accanto a un problema di spazi, c’è anche un problema di personale e di organizzazione in grado di dare risposte all’utenza molto differenziata. Il risultato è che l’offerta di attività privilegia alcune tipologie di pazienti (*una tipologia di pazienti selezionata..persone molto tranquille*) e rischia di “lasciare indietro altri” (*Probabilmente potrebbero beneficiare dei percorsi sull’autonomia anche dei pazienti magari che hanno non so un discontrollo degli impulsi o un ritardo mentale, per esempio, dove la necessità di riprendere in mano la propria quotidianità è proprio una delle necessità fondamentali*).

In conclusione, anche la struttura “di base” della vita quotidiana e l’offerta di attività svelano una incertezza – si potrebbe dire- nell’identità della REMS, fra “comunità terapeutico-riabilitativa”- e struttura ospedaliera quale eredità del vecchio OPG (su questa linea l’osservazione circa i percorsi lavorativi e i tirocini, giudicati

insufficienti). Ciò non toglie che l'orientamento generale sia verso un luogo dove ***far convivere un aspetto peculiare con un aspetto più di base che dovrebbe semplicemente attenere alla cura e al vivere comune delle persone, indipendentemente dal concetto di paziente psichiatrico o meno.***

#### *Continuità/discontinuità con l'OPG*

Rispetto alla categoria cruciale “discontinuità/continuità percepita con l'OPG”, già si sono visti alcuni aspetti, che cerchiamo di ricapitolare: se lo sforzo più significativo di rinnovamento è nell'adozione del modello terapeutico di psichiatria di comunità orientato al *recovery*, è di freno il modello organizzativo ospedaliero, che non facilita la quotidianità comunitaria e rende difficoltosa la proiezione all'esterno della REMS; e un insieme di regole “di sicurezza” (***quello che possono avere o non avere i pazienti***) e di procedure (***più strettamente legate al regolamento carcerario***). In più, si osserva un retaggio di atteggiamento custodiale in settori di operatori già presenti ai tempi dell'OPG (***..c'è chi, magari memore di antichi retaggi, fa prevalere l'aspetto custodiale di controllo rispetto ad altre esigenze del paziente e questo crea malumori, dissapori..***);

Peraltro, “è il luogo che ti porta ad agire in un certo modo”- si nota (sulla specificità di Castiglione delle Stiviere si ragionerà tra poco); anche perché ***“soprattutto nelle emergenze non c'è altro modo di fare lavori che come un OPG, perché non c'è altra metodologia codificata”***. Non vanno dimenticati gli ostacoli a monte e a valle delle REMS, dal canale normativo giudiziario che alimenta oggi la REMS (con persone dichiarate inferme di mente e private della libertà in quanto pericolose socialmente), così come prima alimentava lo OPG; alla insufficiente risposta dei servizi territoriali e della cultura della comunità (***Tu puoi fare il passaggio fra OPG e REMS ma se non hai una cultura territoriale adatta e attrezzata avrai sempre di più REMS sovraffollate e non solo non riesci a dimettere i pazienti sul territorio perché fanno fatica ad accoglierli, ma non hanno lavorato per prevenire che loro andassero in REMS*** ).

#### *Il “grosso addensamento” di Castiglione delle Stiviere*

Venendo alla categoria che focalizza la specificità percepita di Castiglione delle Stiviere, si deve ovviamente considerare che anche quanto detto in precedenza può essere letto in chiave di particolarità, visto che gli operatori parlano a partire dalla loro esperienza in quel luogo. In questa categoria sono stati perciò raccolti gli elementi di analisi che vengono riferiti alle caratteristiche (storiche, logistiche, funzionali) di quel luogo, a partire dalle caratteristiche strutturali di grande complesso, che in precedenza ospitava l'ospedale psichiatrico giudiziario.

La struttura di ***“grosso addensamento di 160 pazienti tutti insieme”*** non risponde alla missione terapeutica della REMS, e la suddivisione del complesso in più REMS, di dimensioni contenute, non sembra risolvere il problema (***è stato possibile mettere dei muri anche se provvisori, che però aiutassero, si chiamano REMS provvisorie, in altre no.. in una REMS da 20 persone stai in contatto tanto con i pazienti, fai attività, fai tante cose; se lavori in un reparto da 60 il tempo non ce n'è tanto***).

In più, la logica della grande concentrazione non risponde all'esigenza di integrazione della REMS nel sistema di rete (*Come fai a costruire un rapporto con un paziente del territorio di Varese, se sei a 250/300 Km da Varese?*). Come si è visto, il progetto della Regione Lombardia per le REMS definitive non tiene in considerazione le caratteristiche logistiche consone al buon funzionamento delle REMS.

Il retaggio del vecchio OPG è in primo luogo nelle mura e nella memoria storica (*Soffriamo rispetto alle REMS che sono nate ex novo proprio di un passaggio dall'OPG che fa la differenza.. perché a guardare dal di fuori ci si aspetta che funzioni come il vecchio OPG*).

Nonostante questo contesto sfavorevole, si sottolineano i punti forza: la buona capacità di dimissione dei pazienti (*il turn over è altissimo*), la lista d'attesa "*tutto sommato bassa*", il forte ricambio degli operatori (*la maggioranza sono operatori giovani*).

Queste parole bene riassumono il quadro in chiaroscuro: *Le risorse territoriali le sfruttiamo, tanti volontari, tanti enti. Però comunque lavorare a 60 km dal contesto di vita (del paziente n.d.r.) è faticoso e quindi non potrai mai, con queste distanze, fare lavori che sul territorio potresti fare.*

## **Area- Verso il cambiamento**

### *Modifiche normative*

L'area "verso il cambiamento" offre uno sguardo d'insieme circa le innovazioni (a breve e medio- lungo termine) ipotizzate. Circa la normativa, si cita la riforma "strutturale" del settore, cioè il superamento del "binario speciale" di giustizia per infermità mentale, con la decisione del giudice di "non imputabilità per incapacità di intendere e volere al momento del fatto" e il proscioglimento per vizio di mente: la premessa per essere avviati al sistema di presa in carico post-OPG, quale delineato dalla legge 81/2014. Si tratterebbe dunque di eliminare il concetto di "incapacità di intendere e volere" quale ragione di irresponsabilità penale (*si deve poter immaginare che tutti sono responsabili delle loro azioni e che poi sarà il percorso esecutivo a dare risposta finalizzata a livello di cura e non di controllo sociale*).

Da notare che il tema della responsabilità penale è affrontato nel collegamento con la "responsabilità" del paziente, quale elemento importante del percorso di cura orientato al *recovery* ( sono citati "la responsabilizzazione" del paziente rispetto alla malattia e al percorso di cura, il "patto terapeutico" che presuppone un'interlocuzione fra soggetti "responsabili", etc. ). Altre modifiche normative riguardano il superamento della seminfermità mentale e, come innovazione meno "radicale", l'ampliamento della possibilità di misure alternative al carcere per patologia psichiatrica (modifica 148 CP) (*Con la modifica del*

**148 c.p...ci sarebbe stato un ventaglio di soluzioni che consentiva di non utilizzare la misura di sicurezza in REMS).**

Ma si sottolinea anche che non tutte le possibilità di innovazione offerte dalla normativa attuale sono utilizzate: ad esempio si potrebbe privilegiare la cura sul territorio con misura attenuata di limitazione della libertà (libertà vigilata) - e far sì che la REMS sia effettivamente la *extrema ratio* del sistema di presa in carico per i prosciolti per infermità mentale- (***quasi mai il magistrato fa riferimento a elementi clinici per giustificare il fatto che dopo il carcere non è possibile effettuare altra misura alternativa***).

#### *Proposte alternative per Castiglione delle Stiviere*

Altre proposte avanzate riguardano la modifica del piano REMS definitivo della Regione Lombardia, che investe il futuro di Castiglione delle Stiviere: si ipotizza una collocazione territoriale decentrata di strutture più piccole (***Se la Regione Lombardia avesse deciso che questo sito lo chiudevi e aprivi 3 REMS - 40 e 40 e 40 o 50 e 50 e 50- in 3 siti diversi***).

#### *Per un miglior funzionamento della legge 81*

Molto si insiste sul potenziamento del sistema di rete e sull'adozione di una modalità proattiva di lavoro, in tutti i "nodi" della rete (DSM, servizi sociali territoriali, magistratura etc.) (***Devi fare investimenti sull'integrazione sociosanitaria, perché queste persone oltre che di cure hanno bisogno di sostegno alla persona perché sono affetti da elementi di svantaggio sociale***); (***In un sistema ben congegnato deve accrescersi il livello di collaborazione fra REMS e DSM***);

Si richiede anche un "governo" della Regione, in capo al servizio sanitario, con un sistema di incentivi che incoraggi le "buone pratiche" e scoraggi i servizi che ostacolano la presa in carico territoriale (***Ci sono servizi che sono più attivi, più propositivi, mentre ci sono servizi che latitano, che ostacolano, dicono: "Butta via la chiave"***).

Per ciò che riguarda il modello operativo, come già delineato in precedenza, si auspica il superamento del modello ospedalocentrico, sia con l'aumento di figure non-mediche (educatori, OS etc.), sia con alcune proposte specifiche circa la turnazione e l'utilizzo del personale che (***consentano di mettere in piedi rispetto al normale ciclo di lavoro qua dentro una serie di iniziative proiettate all'esterno***). Guardando al progetto regionale di "messa a regime" di Castiglione, in cui dovrebbero rimanere 6 REMS lì concentrate, si ipotizza di differenziare le REMS a seconda delle fasi terapeutiche-riabilitative (***E' ipotizzabile differenziare le REMS a seconda della fase, con una REMS finalizzata a implementare i percorsi di dimissione***).

Rimane aperta la questione di come elaborare-sedimentare un **modello operativo -REMS** che si sta costruendo nella pratica giorno per giorno, in modo da procedere ad una formazione organica, che coinvolga tutte le varie figure professionali della REMS, ma anche quelle che fanno capo alle agenzie territoriali coinvolte nel lavoro di rete.

La sintesi può ritrovarsi in queste parole: *si è previsto il passaggio (da OPG a REMS n.d.r.) però non è seguita nella prassi una vera formazione del personale piuttosto che una maggiore formazione dei servizi territoriali per cui si crei veramente un reinserimento, un aggancio con il territorio e le risorse*

## 2.6 Le interviste ai pazienti-illustrazione dell'analisi di contenuto

Come premesso nel paragrafo 2.3 e 2.4, sono state svolte interviste in profondità a un campione ristretto di pazienti partendo da una traccia che andasse a indagare le seguenti aree: la vita quotidiana del paziente in REMS; il significato della propria permanenza nella struttura; il ruolo delle diverse figure professionali e le aspettative della persona rispetto agli obiettivi terapeutici; i rapporti con l'esterno.

A Febbraio 2020 sono state svolte sette interviste in profondità a pazienti internati presso la REMS di Castiglione delle Stiviere. Il campione, composto da pazienti che hanno dato la propria disponibilità a partecipare all'intervista, selezionati nelle varie REMS che compongono il complesso residenziale di Castiglione, ha visto la presenza di cinque uomini e due donne. Il personale sanitario ha in principio spiegato scopi e obiettivi del progetto, raccolto le adesioni e poi fornito una lista di disponibilità.

Le interviste si sono svolte con l'aiuto di una traccia che è stata sottoposta al vaglio del comitato etico e della direzione della REMS. Ciascuna intervista è durata circa un'ora. Si è proceduto all'analisi di contenuto, attraverso l'individuazione degli alberi concettuali (aree, categorie, codici).

Considerate le peculiarità di espressione verbale - e in alcuni casi le difficoltà di linguaggio dei pazienti, l'analisi di contenuto ne ha dovuto tenere conto, cercando di integrare altri elementi di comunicazione non verbale, annotati dalla ricercatrice.

### *La vita in REMS*

Nell'indagare la quotidianità dei pazienti all'interno della REMS, siamo partiti con la ricostruzione di una "giornata tipo": come è strutturata? Quali regole cadenzano le loro giornate, in quali attività sono coinvolti, in quali si lasciano coinvolgere?

Generalmente, il tema principale emerso dai racconti dei pazienti è la dimensione temporale, sia riguardo la gestione quotidiana sia in merito alle prospettive di uscita. Già dalle parole del personale (vedi paragrafo precedente) si è ricavato che il tempo assume una rilevanza fondamentale rispetto alla capacità di tenuta: è difficile impiegarlo già nell'oggi, impossibile assumerlo in senso prospettico (*Se si sta bene qui? ...Il punto è che non sai quando esci*); (*belle le REMS ma sono una trappola*).

Il fatto di percepire "l'incertezza" relativa alla durata della misura di sicurezza pregiudica la proiezione verso il futuro e un'autonoma programmazione di vita. Infatti, lo strumento giuridico impone lo stato detentivo, ma non ne fissa la durata definitiva, potendo la misura essere prorogata o comunque trasformata in una libertà vigilata; mentre la valutazione psichiatrica incide nella decisione del magistrato di stabilire se e quando la pericolosità sociale sarà ridotta e potrà essere controllata in modo tale da permettere un reinserimento

sociale. Nella realtà normativa, la decisione è del magistrato sentito il parere dello psichiatra. Nella percezione dei pazienti, le due competenze si sovrappongono: spesso la “colpa” della mancata uscita passa dalla magistratura di sorveglianza alla psichiatria, e viceversa, in un processo che genera impotenza in chi vi è sottoposto.

Dalle parole dei pazienti si evince chiaramente un forte senso del passato, ma il futuro è lontano, incerto. La giornata si snoda su binari sempre uguali, in cui hanno rilevanza i rapporti tra pazienti e personale. Il sentimento prevalente è una sorta di rassegnazione, di accettazione rispetto alla parentesi di vita che, dato spazio e contesto, non può essere cambiata: *“sono qui, il resto (come e perché, ndr) non conta”*.

Si riconosce però che medici e personale fanno quello che possono con gli strumenti che hanno. L’ingiustizia maggiore che viene percepita non è legata alle modalità in cui viene gestita la loro permanenza nella struttura, ma verso il sistema che ce li ha condotti. Lo sguardo è prevalentemente rivolto al passato, alla loro storia, a che cosa è andato storto, che cosa non è stato capito. Poco importa cosa si fa dell’oggi, se il domani è ancora lontano.

Di certo, sarebbe un errore generalizzare: le attività di cucina e cucito, tra le altre, tengono occupati/e. Una donna intervistata aveva un’unica urgenza: recitare le poesie che aveva scritto e che voleva condividere, come un forte elemento identitario. Usa sempre la prima persona, scavando dentro ricordi e persone che la fanno sentire importante.

### *Il significato della permanenza in REMS*

Il momento dell’intervista è occupato per la maggior parte del tempo dalla giustificazione della propria presenza in REMS. L’elemento centrale dell’auto-narrazione è il vissuto circa il reato: si è stati spinti a compierlo da condizioni esterne non dipendenti da loro ma riferibili ad una particolare condizione mentale (*“ho sentito delle voci che mi hanno detto di uccidere una persona, ma non sono io che sento le voci, è una parente in nord-africa che mi ha fatto una fattura e per questo motivo io ho commesso il delitto”*); oppure il fatto è stato frainteso, è stato considerato pericoloso ma in realtà le intenzioni (almeno iniziali) erano differenti (*“ho messo un coltello al collo di mia madre ma solo perché volevo spaventarla, lo sa anche lei che non lo avrei mai fatto”*). Stanno male, per questo, dicono, si trovano lì, ma respingono il giudizio di pericolosità: in quello che è successo c’è sempre una causa scatenante, a volte ricondotta alla diagnosi psichiatrica, altre a una biografia particolarmente difficile e a un passato costellato da dinamiche complesse. Hanno commesso un reato, fatto conclamato e accettato da tutti gli intervistati, ma al contempo hanno capito di avere dei problemi di salute mentale. Ciò che costituisce il filo comune delle parole e dei pensieri degli intervistati è la difficoltà, non tanto a rielaborare il reato, quanto a dare senso alla permanenza in REMS e riconoscerne l’utilità. Ancora una volta, non c’è prospettiva, se non l’attesa di sentirsi meglio e di passare un tempo così tanto dilatato il più velocemente possibile.

Rispetto alla “doppia identità”, di malato/a psichiatrico/a e di autore/autrice di reato, si identificano più facilmente nel primo caso. Vivono un malessere e per questo devono essere curati, lo stigma in quanto persona che ha commesso un reato è meno accettabile di quello di individuo che ha bisogno di aiuto.

E’ interessante come è vissuto il rapporto con le diverse figure professionali: la figura di nuova istituzione lo psicologo, introdotta con l’innovazione delle REMS, non è capita e non ne viene compresa neanche la funzione. Pesa la percezione di non “utilità” dello psicologo, rispetto allo psichiatra: il quale/la quale non solo incarnano il potere di cura ma, soprattutto, si pensa siano decisivi rispetto alla durata della loro permanenza. Tuttavia, è riconosciuta l’importanza della relazione che si stabilisce con alcuni operatori, a prescindere dal ruolo: ci sono psicologi e psicologhe bravissime – si dice- così come OSS e infermieri e infermiere che aiutano molto. Gli intervistati e le intervistate distinguono fra “ruolo” dell’operatore (utile/non utile) e la qualità della relazione che fa sentire i e le pazienti più compresi/e.

Nell’insieme, è presente una “sovrapposizione” di senso del percorso terapeutico: lo “stare meglio” acquista valore quando serve a dimostrare di essere pronti per la dimissione.

### **Capitolo III**

#### **L’indagine su un campione di perizie psichiatriche: elaborazione dati, discussione**

##### Parte I - Premessa metodologica e fotografia del campione

La nostra indagine è stata svolta su un campione di perizie psichiatriche effettuate nel corso del processo di cognizione ed atte ad accertare la capacità di intendere e di volere e la pericolosità sociale, ai fini dell’applicazione provvisoria o definitiva di una delle misure di sicurezza previste dal nostro codice per i “semi-imputabili” o “non imputabili” per “vizio di mente”<sup>23</sup>.

Il campione è composto di perizie che riguardano 36 dei 160 pazienti presenti presso il sistema polimodulare di REMS di Castiglione delle Stiviere e comprende perizie effettuate su pazienti di sesso sia femminile che maschile<sup>24</sup>, con diverse posizioni giuridiche.

---

<sup>23</sup> Le espressioni riportate tra virgolette sono quelle utilizzate dal nostro codice penale.

<sup>24</sup> Le istituzioni penali sono informate ad un rigido binarismo di genere che «ha progressivamente definito il disegno, l’organizzazione, l’architettura, le modalità di segregazione e perquisizione dei detenuti e le relazioni tra loro» (F. Vianello, C. Peroni, *Il governo del penitenziario di fronte alla sfida delle soggettività transgender: riconoscimento,*

Nel nostro ordinamento il giudice è *peritus peritorum*<sup>25</sup>, ciononostante, è molto raro che in materia di accertamento della non imputabilità e della pericolosità sociale si discosti dalle conclusioni peritali. Inoltre, quando la perizia è relativa alla capacità di intendere e di volere e alla pericolosità sociale del soggetto, è altrettanto raro che il consulente tecnico della difesa, ove nominato, si discosti dalle conclusioni peritali, in ragione del fatto che spesso ottenere un giudizio di non imputabilità o semi-imputabilità è obiettivo proprio della difesa.

La perizia, perciò, costituisce di fatto il fondamento della misura di sicurezza del “ricovero in OPG” e dell’“assegnazione ad una casa di cura e custodia”, sebbene – vale la pena ricordarlo – la valutazione della pericolosità sociale venga sottoposta ad un ulteriore vaglio in fase di applicazione. Un fondamento fragile, se si tiene conto del grande dibattito sul valore della perizia in ambito psichiatrico che, seppure di recente ha visto tornare alla ribalta posizioni quasi positiviste (specie tra i fautori delle neuroscienze), è ed è stato ricco di voci critiche che della perizia hanno sottolineato la non scientificità e la scarsa attendibilità<sup>26</sup>.

A processo di superamento dell’ospedale psichiatrico giudiziario completato, sembra necessario volgere l’attenzione all’attività peritale ed al suo prodotto, concentrandoci su alcuni aspetti procedurali del lavoro del perito (numero di visite, tipologia del materiale consultato) e sull’argomentazione della perizia.

#### Fotografia del campione

Tutte le perizie che abbiamo esaminato riguardano pazienti presenti nella REMS alla data di inizio del nostro progetto di ricerca. La nostra indagine è stata svolta su un campione variegato, si tratta di perizie svolte in un arco di tempo ampio, da periti diversi, su persone di diverse età, nazionalità, generi, imputate per reati di varia gravità ed effettuate in fasi distinte del procedimento.

Nei paragrafi che seguono presenteremo alcuni dati ed elementi utili per avere una fotografia del campione. I dati che riguardano le caratteristiche demografiche dei periziandi e delle periziande,

---

*normalizzazione e resistenze*, in F. Vianello, R. Vitelli, et. al. (a cura di), *Che genere di carcere? Il sistema penitenziario alla prova delle detenute transgender*, Milano, Guerini Scientifica, p. 185). La popolazione detenuta o – come nel nostro caso – sottoposta ad una misura di sicurezza è collocata in istituti differenziati a seconda del sesso riconosciuto. In questa ricerca ci riferiamo al sesso maschile e femminile non potendo dar conto dell’eventuale presenza e della specifica posizione di persone non binarie.

La ricerca ha potuto comprendere sia uomini che donne in ragione del fatto che la REMS di Castiglione ospita entrambi.

<sup>25</sup> Con questa espressione latina traducibile come “perito dei periti” si esprime il principio della non vincolatività delle conclusioni peritali per il giudice.

<sup>26</sup> DELL’ACQUA, P., D’AUTILIA, S. (2013) “Abbandonare quei luoghi, abitare le soglie”, in *Rivista italiana di medicina legale*, 1357.

non possono ritenersi rappresentativi dell'intera popolazione reclusa presso la REMS di Castiglione, ma sono soltanto descrittivi del campione.

### **Chi sono i periti?**

Ai sensi dell'art. 220 c.p.p. quando occorre svolgere indagini, acquisire dati o valutazioni che richiedano specifiche competenze, il giudice può nominare un perito. Quando è disposta una perizia, sia il pubblico ministero che le parti private hanno la facoltà, ai sensi dell'art. 225 c.p.p., di nominare propri consulenti tecnici. La consulenza tecnica è ammessa anche fuori dei casi di perizia *ex art. 233 c.p.p.*

Tra gli atti esaminati, sono presenti perizie e consulenze tecniche richieste dal pubblico ministero, non sono presenti consulenze tecniche della difesa.

*Tabella 1: Perizie/Consulenze tecniche*

	NUMERO	PERCENTUALE
PERIZIA	25	69,44%
CONSULENZA TECNICA PM	11	30,56%
TOTALE	36	100,00%

Il nostro campione consta di perizie svolte in prevalenza (89%) da periti unici. Nell'11% dei casi, il giudice ha nominato un collegio peritale: in tre casi composto da due periti e in uno da 3.

Il perito unico ha la qualifica di psichiatra o psichiatra forense. Nei quattro collegi peritali, allo psichiatra si affiancano uno o due psicoanalisti o psicoterapeuti e non sono mai presenti criminologi.

*Tabella 2: frequenza incarichi*

	Percentuale di casi seguiti dallo stesso perito	Frequenza	% frequenza
1 incarico	2,78%	22	53,65%
2 incarichi	5,56%	8	19,51%
3 incarichi	8,33%	1	2,43%
Più di 3 incarichi	-	0	0%

I periti (tab. 1) sono diversi: il 54% di questi ha ricevuto un solo incarico, il 19% ha ricevuto 2 incarichi, il 2,43% ha ricevuto 3 incarichi, nessuno ha ricevuto più di 3 incarichi.

Soltanto nell'8% delle perizie esaminate, all'attività ha partecipato anche un consulente tecnico della difesa. In uno dei casi il consulente tecnico di parte aderisce in toto alle valutazioni del perito, in nessuno dei tre casi, il consulente fa rilievi sulla pericolosità sociale del periziando.

### **Quando è stata effettuata la perizia?**

Le perizie esaminate, pur essendo tutte relative a pazienti presenti nella REMS alla data di inizio di questa ricerca, sono state eseguite in un arco di tempo molto ampio che va dal luglio 1995 ad agosto 2019.

Abbiamo scelto di ricorrere ad una data spartiacque per classificare le perizie, a seconda del tempo di redazione: il 30 maggio 2014, data di promulgazione della L. 81/2014.

La legge 81/2014, di proroga del termine per il definitivo superamento dell'OPG, infatti, ha previsto alcune significative novazioni. In particolare, due risultano particolarmente rilevanti per il nostro esame: la previsione della misura di sicurezza detentiva come *extrema ratio* e la limitazione degli elementi di cui il giudice può tenere conto nell'accertamento della pericolosità sociale (esclusione delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4 e della mancanza di programmi terapeutici individuali).

Tabella 3: Quando?

	Numero	Percentuale
Pre L.81/2014	8	22%
Post L.81/2014	26	72%
ND	2	6%
Totale	36	100%

Quasi due terzi delle perizie del campione sono successive alla promulgazione della L. 81/2014.

### **Caratteristiche demografiche dei periziandi**

Il campione è composto da perizie che riguardano 26 uomini e 10 donne. È stato possibile rilevare l'età di 34 delle 36 persone del campione. In due casi non era riportata la data di nascita della persona o l'età al momento dell'esame peritale.

Tabella 4: Età

<b>Media di ETA'</b>	<b>Max di ETA'</b>	<b>Min di ETA'</b>
40	72	21

L'età media delle persone del campione è di 40 anni, il/la più giovane ha 21 anni, il /la più anziano/a ha 72 anni.

Tabella 5: Classi d'età

<b>Classi età</b>	<b>N° persone per classe</b>	<b>Percentuale</b>
<b>18-20 anni</b>	0	0,00%
<b>21-24 anni</b>	3	8,82%
<b>25-29 anni</b>	8	23,53%
<b>30-34 anni</b>	1	2,94%
<b>35-39 anni</b>	6	17,65%
<b>40-44 anni</b>	4	11,76%
<b>45-49 anni</b>	4	11,76%
<b>50-59 anni</b>	4	11,76%
<b>60-69 anni</b>	3	8,82%
<b>over 70</b>	1	2,94%
<b>TOT</b>	<b>34</b>	<b>100,00%</b>

Per esaminare i dati, abbiamo scelto di utilizzare i 10 cluster di età del Ministero della Giustizia per la popolazione detenuta: tra i 18 e i 20 anni; tra i 21 e i 24; tra i 25 e i 29; tra i 30 e i 34; tra i 35 e i 39; tra i 40 e i 44; tra i 45 e i 49; tra i 50 e i 59; tra i 60 e i 69; over 70.

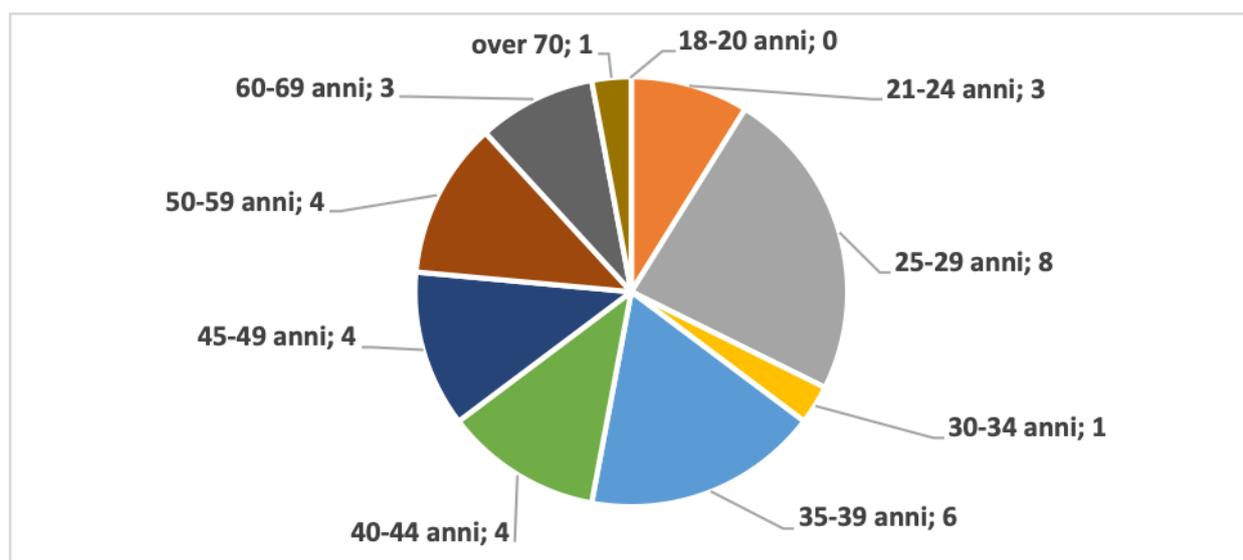


Figura 1: Grafico classi d'età

Nel campione esaminato, gli under 30 rappresentano il 32%, il 71% dei quali ha un'età compresa tra i 25 e i 29 anni. Circa il 21% del campione ha tra i 30 e 39 anni, l'84% di questi ha più di 35 anni. Complessivamente, il 53% del campione ha un'età inferiore a 40 anni. Tra gli over 40 (16 in totale), il 50% ha meno di 50 anni, il 25% tra i 50 e i 59 anni, il 19% tra i 60 e 69 anni, uno solo ha oltre 70 anni.

Per quanto concerne la nazionalità, si è scelto di adottare tre categorie: italiani, cittadini di paese dell'Unione Europea diverso dall'Italia, cittadini di paese terzo.

Nel nostro campione, è stato possibile ricavare la nazionalità di tutti i pazienti ai quali le perizie erano riferite.

Tabella 6: Nazionalità

Classi Nazionalità	N° persone per classe	Percentuale
ITA	31	86,11%
UE	0	0,00%
EXTRA UE	5	13,89%
TOT	36	100,00%

L'86% delle persone del campione sono italiane, il 14% provengono da paesi che non fanno parte dell'Unione Europea, non ci sono stranieri cittadini di un paese membro dell'Unione.

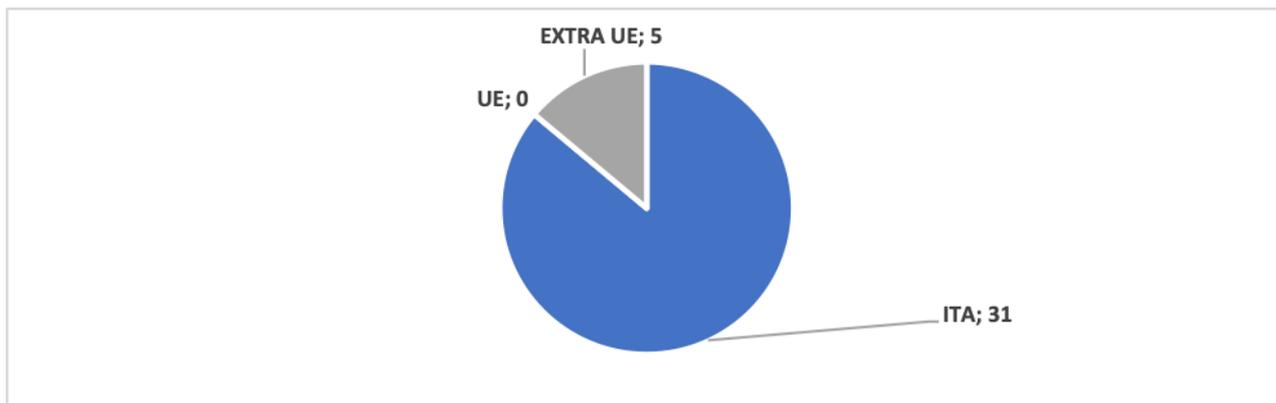


Figura 2: nazionalità

### **Che imputazione?**

In 35 delle 36 perizie esaminate sono riportati i capi di imputazione (97% di copertura); nel caso in cui non è riportato il reato commesso, si fa generico riferimento a condotte delittuose contro la madre. Nel 34% dei casi (12), la persona è imputata per la commissione di una pluralità di reati. Per ciascun periziando sono state analizzate tutte le imputazioni; abbiamo poi proceduto a conteggiare la frequenza di ogni imputazione.

Tabella 7: Reati

	Numeri	Percentuale
Maltrattamenti contro i familiari	8	22,86%
Rapina	3	8,57%
Minaccia	4	11,43%
Atti persecutori	3	8,57%
Furto	3	8,57%
Ingiuria	1	2,86%
Omicidio	9	25,71%
Violenza contro pubblico ufficiale	3	8,57%
Resistenza a pubblico ufficiale	2	5,71%
Lesione	3	8,57%
Incendio	1	2,86%
Porto d'armi	2	5,71%
Estorsione	1	2,86%
Evasione	1	2,86%

Violenza privata	1	2,86%
Occultamento cadavere	2	5,71%
Molestia	1	2,86%
Diffamazione	1	2,86%
Danneggiamento	1	2,86%

In un quarto dei casi (9), almeno una delle imputazioni è per omicidio. Di questi, 7 in forma compiuta e 2 tentata, 4 a danno di familiari. Il secondo reato per frequenza è maltrattamenti contro i familiari: 23% (8). Seguono: minaccia nell'11% (4); rapina, atti persecutori, furto, violenza contro pubblico ufficiale, lesioni nell'8,57% (3); resistenza a pubblico ufficiale, porto d'armi e occultamento di cadavere nel 5,71% (2); ingiuria, incendio, estorsione, evasione, violenza privata, molestia, diffamazione, danneggiamento nel 2,86% (1).

In 14 casi (39%), i reati sono commessi a danno di familiari.

### **A quale conclusione giunge il perito?**

La perizia psichiatrica è definita da Ferracutti e Lagazzi come “un atto cognitivo-affettivo complesso che comporta, a prescindere dal contesto medico-legale nel quale è inserita (...), perlomeno due momenti: una fase diagnostica e prognostica di tipo clinico psichiatrico e, nel caso, psicometrico e strumentale; una fase valutativa medico-legale e un conseguente giudizio, logicamente coordinato con la diagnosi e la prognosi formulate nella precedente fase”<sup>27</sup>. Le perizie parte del nostro campione si presentano differenziate sia sotto il profilo diagnostico che sotto quello valutativo.

### *Diagnosi*

Delle 36 perizie esaminate, 2 (numero esiguo, ma non trascurabile, dal momento che la diagnosi costituisce un elemento essenziale della perizia, su cui di norma lo psichiatra forense fonda le

---

<sup>27</sup> FERRACUTI, S., LAGAZZI, M., (2009) *La perizia psichiatrica e medico-psicologica*, in Giusti, *Trattato di medicina legale e scienze affini*, vol. IV, Padova, pp. 83-84;

successive valutazioni) non contengono una effettiva diagnosi, ma si limitano a richiamare la storia clinica del periziando, con le relative, successive diagnosi, spesso diverse.

Per accorpate le diagnosi, abbiamo utilizzato la classificazione di cui al DSM-V.

Tabella 8: Diagnosi

<b>DIAGNOSI</b>	Numero	Percentuale
ND	2	5,56%
Disordini da uso di sostanze	2	5,56%
Disturbi di personalità	16	44,44%
Disturbi dell'umore	3	8,33%
Disturbi neurocognitivi	1	2,78%
Disturbi dello spettro schizofrenico	12	33,33%
Totale	36	100,00%

Nel campione esaminato, i disturbi maggiormente rappresentati sono quelli della personalità (44,44% dei casi) e i disturbi dello spettro schizofrenico (33,33%).

Tabella 9: Disturbi di personalità

Disturbo	Numero	Percentuale	Percentuale sul totale
NAS	6	37,50%	16,67%
Borderline	4	25,00%	11,11%
Emotivamente instabile	1	6,25%	2,78%
Antisociale	2	12,50%	5,56%
Controllo degli impulsi	1	6,25%	2,78%
Misto borderline e antisociale	1	6,25%	2,78%
Misto ossessivo compulsivo e dipendente	1	6,25%	2,78%
Totale	16	100,00%	44,44%

Tra le diagnosi di disturbi della personalità, colpisce l'alta percentuale (37,5% tra i disturbi della personalità e 16,67% sul totale delle diagnosi) dei disturbi di personalità non altrimenti specificati (NAS), una etichetta nosografica residuale, a cui si ricorre quando la persona non rientri in nessun altro disturbo di personalità previsto dal DSM o da altra classificazione nosografica di riferimento.

Nella tabella 8, abbiamo indicato soltanto 2 casi di disordini da uso di sostanze alcoliche o psicotrope. Questi rappresentano i due casi in cui il disturbo correlato alla dipendenza era l'unico disturbo diagnosticato.

Tabella 10: Dipendenza

	Numero	Percentuale
Sì	23	63,89%
No	13	36,11%
Totale	36	100,00%

I casi complessivi di diagnosi di dipendenza da alcool o sostanze stupefacenti sono 23, il 63,89% del nostro campione.

Come abbiamo già chiarito in precedenza, i dati descrittivi del nostro campione non possono estendersi all'intera popolazione presente in REMS e non è possibile formulare alcuna conclusione rispetto all'incidenza di determinati disturbi (o determinate diagnosi) sulla popolazione complessivamente presente nella REMS. Ciononostante, dato che nel nostro campione emerge una percentuale molto significativa di diagnosi di Disturbi della Personalità (44%), appare opportuno accennare alle criticità di un'applicazione estesa e discutibile della c.d. "Sentenza Raso"<sup>28</sup>.

Molti psichiatri clinici, direttori e operatori di REMS sostengono che le persone con tale tipologia di disturbo traggano limitatissimi benefici dalla permanenza in REMS e determinino difficoltà gestionali, alterando profondamente il clima terapeutico. La REMS dunque non sembrerebbe essere misura idonea a garantire né cura né il contenimento del rischio di recidive. Nel caso di diagnosi di disturbo di personalità sarebbe quanto mai opportuno un attento vaglio da parte del perito di misure alternative alla REMS, idonee a garantire la cura di persone disturbanti, "stabilmente instabili", recidivanti anziché un mero loro contenimento.

### *Imputabile, semi-imputabile, non imputabile*

---

<sup>28</sup> La Corte di Cassazione, Sezioni Unite penali, con la nota "sentenza Raso" (n. 9163 dell'8 marzo 2005), è giunta a concludere: « anche i disturbi della personalità, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli artt. 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; per converso, non assumono rilievo ai fini dell'imputabilità le altre "anomalie caratteriali" o gli "stati emotivi e passionali", che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo»

Per individuare il nostro campione di perizie siamo partiti dalle persone recluse, a vario titolo, nella REMS di Castiglione delle Stiviere e non dalle perizie psichiatriche effettuate presso un determinato Tribunale o distretto di Corte d'Appello in un determinato lasso di tempo.

Ciononostante, le perizie esaminate non giungono tutte alla medesima conclusione, e il nostro campione si presenta variegato e comprende anche persone valutate imputabili<sup>29</sup>.

Tabella 11: esiti perizie

	Semi imputabili	Non imputabili	Imputabili	Totale
Uomini	12	11	3	26
Donne	5	5	0	10
Totale	17	16	3	36

Il 47% delle perizie riguarda persone ritenute semi-imputabili e sottoposte alla misura di sicurezza prevista dall'art. 219 c.p.; di queste 12 sono uomini e 5 sono donne; un altro 44% riguarda persone non imputabili e sottoposte alla misura di sicurezza di cui all'art. 222 c.p., di queste, 11 sono uomini e 5 sono donne; il restante 8% riguarda persone che si trovano in REMS ma non sono state ritenute non imputabili (art. 148 c.p.), tutte di sesso maschile.

## **Quale destino dopo la perizia?**

---

<sup>29</sup> Questo dato è significativo, in quanto dimostra che sono presenti in REMS anche i cosiddetti *rei folli* (art. 148 c.p.), a dispetto dell'interpretazione della riforma sul superamento degli OPG, offerta dalla Corte Costituzionale che nella sentenza n. 99 del 2019 ha chiarito che "tali strutture [*le REMS ndr.*] non sono però destinate ad accogliere i condannati in cui la malattia psichica si manifesti successivamente".

### *Provenienza*

È stato possibile estrarre un dato relativo alla provenienza al momento dell'applicazione della misura di sicurezza dal 50% dei fascicoli esaminati.

*Tabella 12: Provenienza*

PROVENIENZA	NUMERO	PERCENTUALE
CARCERE	13	72,22%
LIBERTA'	2	11,11%
COMUNITA'	3	16,67%
TOT	18	100,00%

Nel 72% dei casi analizzati (13), i pazienti provengono dal carcere, nel 17% da una comunità terapeutica (3), nell'11% dalla libertà (2).

### *Tipo di misura*

In 17 fascicoli su 36 è indicato se la misura di sicurezza, al momento dell'ingresso nella REMS di Castiglione, era definitiva o provvisoria.

*Tabella 13: Misure provvisorie/definitive*

	NUMERO	PERCENTUALE
PROV	14	82,35%
DEF	3	17,65%
TOTALE	17	100,00%

Nell'82% dei casi (14), al momento dell'ingresso nella REMS, la misura di sicurezza era provvisoria, nel restante 18% (3), la persona è entrata in REMS in esecuzione di una misura di sicurezza definitiva.

Il mancato riscontro del tipo di misura (provvisoria o definitiva) in 19 fascicoli su 36 nonché l'assenza della sua durata, la mancanza della provenienza della persona (rilevata solo nel 50% dei casi) consente di ipotizzare una certa distanza rispetto alla fase giudiziaria o processuale in cui si inserisce. In particolare sembra rilevare come la misura provvisoria diventi, dopo la perizia,

definitiva in una percentuale elevata di casi, segno di una possibile prassi “confermativa” della perizia rispetto ad azioni giudiziarie talora già attuate, ma non si sa nel caso specifico, dal magistrato senza alcuna consultazione psichiatrica.

#### *Durata della misura*

Soltanto in 11 dei 36 fascicoli è stato possibile reperire informazioni sull’inizio della misura di sicurezza. Da questa data, abbiamo ricavato la durata della misura di sicurezza fino al 19 maggio 2020. Questo esame fotografa la situazione al momento dell’analisi dei fascicoli e ci può mostrare quanto ciascuna delle singole misure si sia protratta sino ad oggi, ma non ci restituisce alcun elemento relativo alla durata effettiva e finale della misura, che potrebbe essere maggiore e si potrebbe ricavare soltanto esaminando i dati al momento della cessazione.

*Tabella 14: Durata misure di sicurezza*

GIORNI TOTALI	ANNI	MESI	GIORNI
818	2	2	28
1162	3	2	7
722	1	11	27
1112	3	0	17
1613	4	5	3
498	1	4	13
973	2	7	30
1001	2	8	31
846	2	3	26
826	2	3	6
425	1	1	30

Nel piccolo campione esaminato, la durata media della misura di sicurezza detentiva (ad oggi) è di 2 anni e 6 mesi, la durata minima è di 1 anno e 2 mesi, la massima è di 4 anni, 5 mesi e 3 giorni.

## Parte II - Esame delle perizie

La nostra analisi è stata articolata in due parti: una raccolta di dati quantitativi relativi allo svolgimento dell'attività peritale ed un esame qualitativo del risultato dell'attività (la perizia) nella sua argomentazione.

### Attività peritale

#### *Quesiti*

L'attività del perito è orientata dai quesiti che il giudice rivolge e i quesiti sono quasi sempre riportati nella perizia (nel nostro campione in 35 casi su 36).

I quesiti concernono la capacità di intendere e di volere al momento della commissione del fatto; la capacità di partecipare al processo; la pericolosità sociale e la misura di sicurezza adeguata a contenerla. In alcuni dei casi, il giudice ha sottoposto al perito quesiti ulteriori, concernenti: la valutazione della compatibilità dell'attuale stato di salute del periziando con la condizione detentiva e lo stato della patologia al momento della commissione del fatto.

*Tabella 15: Quesiti*

	CASI IN CUI È RIVOLTO IL QUESITO	PERCENTUALE
CAPACITÀ D'INTENDERE E DI VOLERE	34	97,14%
CAPACITÀ DI PARTECIPAZIONE AL PROCESSO	20	57,14%
PERICOLOSITÀ SOCIALE	32	91,43%
MISURA APPROPRIATA	17	48,57%
ALTRI QUESITI	3	8,57%
COMPATIBILITÀ CON LA DETENZIONE	2	5,71%
STATO DELLA PATOLOGIA AL MOMENTO DELLA COMMISSIONE	1	2,85%

La mancanza o diminuzione di capacità di intendere e di volere e la sussistenza e attualità della pericolosità sociale sono requisiti essenziali per l'applicazione della misura di sicurezza, per questo, è opportuno rilevare che non sono entrambi posti nel 100% dei casi, come ci si potrebbe attendere: non è posta la domanda sulla capacità di intendere e di volere in 1 caso e quella sulla pericolosità sociale in 3 casi.

Le perizie esaminate sono sia antecedenti che posteriori all'entrata in vigore della L. 81/2014 (ultima modifica all'art. 3 *ter* della L. 9/2012 sul superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), che ha sancito la natura di *extrema ratio* della misura di sicurezza detentiva, imponendo al giudice la valutazione sull'idoneità di misure non detentive.

Delle 36 perizie analizzate, 1 non riporta alcuna data, 29 sono successive e 6 precedenti all'entrata in vigore della L. 81/2014. Nelle perizie del nostro campione, posteriori al 30 maggio 2014 (28 in cui sono indicati i quesiti e 1 in cui i quesiti non sono riportati), il giudice ha sottoposto al perito il quesito sulla misura più idonea a contenere la pericolosità sociale nel 54% dei casi (15). In un caso, il perito ha posto il quesito in una data antecedente.

Tra le domande ulteriori, in due casi, il giudice ha posto al perito quesiti circa la compatibilità dello stato di salute del periziando con la condizione detentiva.

Le formulazioni dei quesiti possono essere molto diverse e per garantire uniformità e una proficua collaborazione tra gli attori a vario titolo coinvolti nel processo di applicazione delle misure di sicurezza, alcuni Tribunali e Distretti hanno previsto dei protocolli operativi in cui sono delineati i quesiti tipo che il giudice può sottoporre al perito. Ad esempio, il Protocollo Operativo del Distretto di Milano<sup>30</sup> all'art. 9 prevede la seguente formulazione:

- Accerti il perito/consulente, sottoponendo a visita l'indagato/imputato ed acquisendo tutta la documentazione medica attinente alla sua condizione psichica (..), contattati i servizi che hanno in cura l'indagato/imputato o quelli territorialmente competenti in relazione alla residenza del soggetto:
- se l'indagato/imputato sia affetto da disturbo mentale e in caso positivo, di quale tipo;
  - se lo stesso fosse capace d'intendere e volere al momento del fatto;

---

<sup>30</sup> Protocollo Operativo in tema di misure di sicurezza psichiatriche per il Distretto di Milano stipulato tra Corte di Appello, Procura Generale presso la Corte di Appello, Tribunale di Sorveglianza, Tribunali del Distretto, Procure della Repubblica presso i Tribunali del Distretto, Ordine distrettuale degli Avvocati di Milano, Camere Penali distrettuali di Milano, Regione Lombardia Direzione Generale del Welfare, Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, UIEPE di Milano, 12 settembre 2019.

- specifichi in dettaglio il rapporto tra infermità accertata, la genesi e la dinamica della condotta;
- dica se lo stato mentale dell'esaminando sia tale da consentirgli l'attuale cosciente partecipazione al procedimento e se l'eventuale incapacità a partecipare sia da ritenersi reversibile o irreversibile e in base a quali fattori di natura clinica prognostica;
- nel caso di accertata incapacità d'intendere e di volere, indichi il perito/consulente la persistenza del rischio psicopatologico rilevante ai fini dell'apprezzamento, da parte del giudice, della pericolosità sociale;
- in caso di accertata persistenza del rischio psicopatologico, dica il perito/consulente se il periziando 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 perito/consulente il percorso terapeutico più idoneo alla cura del periziando ed eventualmente in grado di incidere sulla pericolosità di questo, d'intesa con i servizi sanitari territoriali (DSMD) e tenendo conto che il ricovero in REMS "può essere disposto solo quando risulti che ogni altra misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla sua pericolosità sociale" (art.3 ter. co.IV, D.L. 221/11)
- nel caso in cui il consulente/perito ritenga necessario il ricovero in REMS specifichi gli elementi in base ai quali altri percorsi terapeutici, anche di tipo residenziale, non possono ritenersi idonei;
- nel caso in cui ritenga necessario un percorso terapeutico di tipo residenziale il perito concordemente con il DSMD suggerisca la tipologia di strutture idonee che saranno reperite dai referenti dell'equipe che ha in carico il paziente;
- qualora il ricovero in REMS sia ritenuto l'unica misura idonea e sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediato ricovero individui il perito/consulente, in accordo con il DSMD, i percorsi terapeutici alternativi, anche temporanei, considerando il ricovero in SPDC solo in condizioni di acuzie psicopatologica.

Sulla stessa linea anche il Protocollo d'intesa Ministero della Giustizia –Regione Lazio<sup>31</sup> che all'art. 8 propone una formulazione nuova del quesito peritale e prevede come buona prassi la collaborazione con i DSM.

---

<sup>31</sup> Protocollo d'intesa Ministero della Giustizia Regione Lazio "Per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti dei soggetti affetti da vizio totale o parziale di mente", 7 novembre 2017

Nei casi che abbiamo esaminato, sono spesso presenti le formulazioni previste dal Protocollo operativo del Distretto di Milano o formulazioni molto simili, ma limitatamente al primo gruppo di quesiti. Sono del tutto assenti i riferimenti al coordinamento con i DSM, ricorrenti nelle formulazioni dell'ultimo gruppo di quesiti.

Come abbiamo anticipato, il quesito peritale dovrebbe essere aggiornato secondo la L.81/2014 e contenere, oltre alla richiesta di valutare la capacità di intendere e di volere al momento del fatto, la pericolosità sociale e la capacità di stare in giudizio, anche indicazioni circa la misura più idonea (uno specifico piano terapeutico), da individuare d'intesa con i servizi sanitari territoriali competenti. Qualora il ricovero in REMS sia ritenuto l'unica misura idonea ma non sia realizzabile, il perito d'intesa con il DSM potrebbe individuare percorsi terapeutici alternativi, anche temporanei. Per rendere efficace ed effettiva la previsione della misura di sicurezza detentiva come *extrema ratio*, oltre alle classiche domande relative all'imputabilità, pericolosità sociale e capacità di stare in giudizio, dovrebbero essere posti quesiti relativi ai bisogni di cura in termini realistici e non ideali, tenendo presente anche il punto di vista del paziente.

#### *Attori*

L'attività peritale contempla la presenza di almeno due soggetti: il perito e il periziando. Altri attori potrebbero prendere parte al processo: la difesa potrebbe nominare un consulente di parte, il difensore potrebbe partecipare ai colloqui, i DSM potrebbero essere interlocutori del perito.

Come abbiamo avuto già modo di constatare, in una percentuale bassissima dei casi esaminati è nominato un consulente tecnico, che spesso si limita ad aderire alle conclusioni del collega, non solo in relazione alla non imputabilità ma anche alla pericolosità sociale. In nessuno dei casi, è annotata la presenza del difensore ai colloqui con lo psichiatra. L'assistenza del legale in questa fase potrebbe garantire una maggiore serenità della persona sottoposta a perizia, che avrebbe la percezione della presenza di qualcuno che stia solo dalla sua parte. Inoltre, per il percorso di cura e abilitazione sarebbe essenziale rendere sempre la persona consapevole dello stato del procedimento, tutelarla nei suoi diritti, garantire chiarezza e agevolare mediazioni.

Nei casi esaminati, non manca solo una partecipazione attiva della difesa, ma non sono neppure coinvolti i DSM. La partecipazione dei DSM sarebbe utile ai fini sia della valutazione che della predisposizione del progetto che renda residuale, ai sensi della legge 81/2014, la misura di sicurezza detentiva. I DSM potrebbero esplicitare le caratteristiche delle strutture, l'intensità di cura, i regolamenti interni e le carte dei servizi.

Nei sistemi complessi non è sufficiente considerare solo i problemi gestionali all'interno di una specifica struttura (ad es. di uno specifico dipartimento), quanto piuttosto le criticità derivanti dall'interazione tra più sistemi e istituzioni, ciascuno dei quali ha suoi riferimenti normativi, organizzazione, visioni e tempi. È quindi essenziale considerare gli aspetti interorganizzativi con tutti i servizi che hanno un ruolo importante per la cura della persona con disturbi mentali autrice di reato. Questo non solo relativamente al "cure", ma soprattutto al "care", come la disponibilità di mezzi e di tutele assistenziali, la formazione-lavoro, il reddito, la disponibilità di soluzioni abitative, la qualità delle comunicazioni, la vivibilità. In questo hanno un ruolo molto rilevante anche gli operatori di giustizia e delle forze dell'ordine in quanto garanti dei diritti della persona e della sicurezza dei cittadini.

Le buone pratiche in salute mentale attivate dal sistema pubblico, privato e privato sociale sono esperienze significative ed efficaci se danno piena realizzazione al mandato di cura che si sostanzia in un miglioramento delle condizioni di salute del paziente nella sua *recovery* e inclusione sociale. Gli ambiti più significativi sono quelli del funzionamento psicosociale nelle relazioni, nella formazione-lavoro, abitare, socialità, cura, prevenzione e promozione della salute.

Per questo, sarebbe positiva la cooperazione di altri attori (pubblici e privati) alla perizia. Nel campione esaminato, non sono mai presenti quali interlocutori, operatori dei servizi sociali e assistenziali, che potrebbero partecipare alla costruzione di alternative alla misura di sicurezza detentiva.

### *Visite e colloqui con il paziente*

La perizia è di norma condotta da psichiatri che non conoscono il soggetto sul quale sono chiamati ad esprimere una valutazione ed inoltre è richiesto loro di formulare giudizi sulla capacità di intendere e di volere di una persona in un momento diverso da quello in cui effettuano la perizia e probabilmente abbastanza lontano nel tempo. Alcuni autori hanno individuato questi aspetti come critici<sup>32</sup>. Come osservava Manacorda, già nel 1987, la conoscenza del paziente da parte del perito è spesso rimessa alle informazioni che egli ricava dai documenti processuali e clinici e ad un numero esiguo di colloqui diretti<sup>33</sup>. Abbiamo, dunque, scelto di raccogliere i dati relativi al numero di visite del perito, per verificare se ancora oggi, nel campione esaminato, il perito formuli le sue valutazioni

---

<sup>32</sup>STRANO, M., (2003) *Manuale di criminologia clinica*, Firenze, SEE editrice, p. 208.

<sup>33</sup>MANACORDA, A., (1987) "La perizia psichiatrica: spunti critici e nodi irrisolti", in M. G. Giannichedda e F. Ongaro Basaglia (a cura di), *Psichiatria Tossicodipendenze, Perizia. Ricerche su forme di tutela, diritti, modelli di servizio*, Milano, Franco Angeli, p. 352.

sulla base di una conoscenza diretta e approfondita del paziente o prevalentemente sulla conoscenza mediata dai documenti.

Tabella 16: visite peritali

Min	1
Max	6
Media	1,5
Moda	1

In una delle perizie esaminate non era riportata alcuna notizia relativa ai colloqui con il paziente. Nel nostro campione, i periti effettuano in media 1,5 colloqui, con un minimo di 1 colloquio ed un massimo di 6.

Tabella 17: numero di visite peritali per classe

	Numero	Percentuale
ND	1	2,78%
1 visita	20	55,56%
2 visite	12	33,33%
3 visite	2	5,56%
4 visite	0	0,00%
5 visite	0	0,00%
6 visite	1	2,78%
Totale	36	100,00%

Nel 56% dei casi, il perito effettua un solo colloquio con il paziente, nel 33% le visite sono due; soltanto l'8% sono il frutto di un lavoro articolato su un numero di visite superiore a due.

Nel 75% casi in cui i colloqui sono più di uno, il secondo o i successivi colloqui sono destinati alla somministrazione di test psicodiagnostici (come il test di Rorschach, il test WAS, l'MMSE, etc...).

I colloqui sono quasi sempre riportati nella perizia in forma sintetica e quasi mai con un verbale dettagliato. Nelle sintesi dei colloqui sono preponderanti le osservazioni e le valutazioni del perito.

Nessun perito dà atto di aver illustrato al paziente le possibili alternative che si prospettano ed il parere della persona su eventuali futuri percorsi terapeutici è preso in considerazione soltanto per valutare il livello di compliance.

### *Lunghezza della perizia*

Il numero di pagine di cui è composta la perizia non è un elemento da cui poter direttamente giungere a conclusioni sulla qualità e accuratezza dell'attività peritale, ma è senz'altro un indice da tenere in considerazione, soprattutto nei suoi estremi.

*Tabella 18: Pagine perizia*

Media	20,47
Min	3
Max	61

La perizia più corta è lunga soltanto 3 pagine, mentre la più lunga è di 61. La lunghezza media delle perizie è di 20,47 pagine.

*Tabella 19: perizie per lunghezza*

Classi	Numero di perizie per classe	Percentuale di perizie per classe
<5	1	2,78%
tra 5 e 9	7	19,44%
tra 10 e 14	9	25,00%
tra 15 e 19	4	11,11%
tra 20 e 24	6	16,67%
tra 25 e 29	1	2,78%
tra 30 e 34	2	5,56%
tra 35 e 39	2	5,56%
tra 40 e 44	0	0,00%
tra 45 e 49	0	0,00%
tra 50 e 55	1	2,78%
tra 55 e 59	2	5,56%
60 e oltre	1	2,78%
totale	36	100,00%

Oltre il 58% delle perizie ha una lunghezza inferiore alla media: il 19,44% delle perizie ha una lunghezza compresa tra le 5 e le 9 pagine, il 25% tra le 10 e le 14 pagine.

La lunghezza delle pagine non sembra avere alcuna correlazione con la gravità del reato.

Tabella 20: N° pagine perizia nei casi di omicidio

Min	3
Max	61
Media	28

Se esaminiamo le perizie nei casi di omicidio, la lunghezza media è un po' superiore alla lunghezza media in generale (28 pagine rispetto alle 20,47), ma la perizia più lunga e la più corta sono proprio quelle effettuate per i casi di omicidio. Nel 44,44% delle perizie per omicidio, la lunghezza è inferiore a 20 pagine.

Tra le tre perizie più lunghe, una riguarda un caso di omicidio, una un caso di incendio e un'altra di lesioni. Tra le 8 perizie inferiori alle 10 pagine, si riscontrano reati di varia natura e gravità: lesioni, resistenza a pubblico ufficiale (in 2 casi), evasione, rapina, porto abusivo d'armi, maltrattamenti in famiglia.

## Argomentazione delle perizie

Le certezze scientifiche su cui la perizia psichiatrica si fondava sono entrate in crisi da decenni. Con realismo, si deve però riconoscere che la perizia è ad oggi un'attività ancora necessaria. Per questa ragione, a livello internazionale, sono stati individuati criteri per l'acquisizione delle prove scientifiche in ambito giudiziario. Tra questi: la verificabilità del metodo, esperimenti, test di falsificazione, revisione tra pari, tasso di errore accertato o potenziale<sup>34</sup>. È opportuno tenere conto di questi criteri nella nostra indagine.

### Fase diagnostica

Dalla nostra lettura e analisi del campione di perizie, abbiamo riscontrato che la parte della perizia dedicata alla diagnosi è di norma la più corposa e articolata. Quasi tutte le perizie esaminate sono così strutturate: descrizione dei fatti di reato per cui si procede, ricostruzione della storia personale e clinica del soggetto, valutazioni del perito relative al colloquio. Tralasciando la parte di ricostruzione della vicenda penale e processuale, abbiamo scelto di concentrare l'esame sulle altre due parti.

### *Storia del soggetto*

Seppure con un diverso grado di dettaglio, il 75% dei periti ricostruisce la storia di vita del soggetto. Nella maggioranza dei casi, tale ricostruzione ha inizio dal momento della nascita, della quale è frequentemente specificato se attraverso parto eutocico o distocico.

Tabella 21: Elementi storia del soggetto

ELEMENTI PRESENTI	NUMERO	PERCENTUALE
FAMIGLIA D'ORIGINE	27	100,00%
SVILUPPO FISICO/PSICOFISICO	16	59,26%
SCOLARIZZAZIONE/ISTRUZIONE	17	62,96%
LAVORO	11	40,74%
RELAZIONI AFFETTIVE	9	33,33%
STILE DI VITA	11	40,74%
in particolare rispetto regole	5	18,52%
in particolare dipendenza	11	40,74%

<sup>34</sup> PELLEGRINI, P., (2018) "Il paziente psichiatrico suicida od autore di reato. Contenuti e limiti nei doveri di cura" Rassegna Italiana di Criminologia 2/2018, 96-104

in particolare vita sessuale	4	14,82%
STORIA CLINICA	12	44,44%
PRECEDENTI PENALI	1	3,70%

La ricostruzione della storia personale, quando presente, comprende sempre una descrizione dei rapporti e delle relazioni nella famiglia d'origine. Altri elementi spesso frequenti sono: l'andamento dello sviluppo psicofisico (59,62%); il livello di scolarizzazione ed istruzione (62,92%); la carriera lavorativa (40,74%); le relazioni amichevoli, affettive, sentimentali e le relazioni familiari con la famiglia che il soggetto si è eventualmente costruito (33,33%); riferimenti a caratteristiche dello stile di vita (40,74%); ricognizione della storia clinica (44,44%); precedenti penali (3,70%).

Nella nostra analisi abbiamo evidenziato la mera presenza di questi elementi, che possono essere sia funzionali alla diagnosi, che valutati "normali".

Rispetto allo stile di vita, sembra opportuno porre l'attenzione su una significativa differenza di genere: tutti e 4 i riferimenti alle condotte sessuali sono relativi a donne. Su un totale di 10 perizie effettuate su persone di sesso femminile, il 40% riporta elementi, sempre connotati negativamente, relativi alla condotta sessuale (precocità del primo rapporto, condotta disinibita, pluralità di partner, frequenza della masturbazione), nessuna delle 26 perizie su persone di sesso maschile presenta riferimenti alla vita sessuale del soggetto, alle sue abitudini, alla sua disinibizione. Data l'esiguità dei casi, non sembra possibile giungere a conclusioni nette, ma l'elemento pare indicativo di un forte bias di genere.

### *Elementi emersi dal colloquio*

Il resoconto dei colloqui è quasi sempre presentato in un'apposita sezione della perizia. Solo in 2 delle 36 perizie esaminate, è riportata una trascrizione completa del colloquio. Negli altri casi, sono presenti le impressioni e osservazioni del perito che si muovono secondo uno schema standard riscontrato in gran parte delle perizie.

Le osservazioni concernono: l'aspetto della persona, l'abbigliamento e la cura di sé; il contegno tenuto nel corso del colloquio, il livello di collaborazione e partecipazione, la comprensione della situazione e del contesto; le capacità e proprietà di linguaggio; la proprietà di pensiero, la capacità di seguire un ragionamento; l'integrità della memoria; l'intelligenza; la lucidità; l'affettività; il tono dell'umore; la consapevolezza della patologia; la consapevolezza del reato; l'accettazione della terapia e la partecipazione attiva.

## Fase valutativa

### **Indicazioni metodologiche**

*Il risultato del lavoro peritale costituisce sempre un parere, professionale e il più possibile svincolato da pregiudizi ed elementi esterni che possono avere un'influenza sull'opinione che il perito si costruisce, ma pur sempre un parere, dunque dotato di «un fisiologico ed inevitabile grado di soggettività»<sup>35</sup>. Proprio per questa ragione, sarebbe necessaria un'espressa dichiarazione delle teorie che suffragano la valutazione peritale e dei presupposti metodologici.*

Tabella 22: indicazione metodologica

Indicazione metodologica	Numero	Percentuale
Presente	8	22,22%
Assente	28	77,78%
Totale	36	100,00%

La dichiarazione dei presupposti metodologici è presente soltanto nel 22%. Nei restanti casi, gli unici riferimenti alla letteratura scientifica presenti riguardano la parte diagnostica e sono limitati all'indicazione di un'unica fonte: il DSM.

### **Non imputabilità**

Il nostro codice prevede tra le cause di esclusione dell'imputabilità il vizio di mente, ovvero la presenza di un'infermità che abbia dato luogo, al momento della commissione del fatto, ad una totale (o parziale) incapacità di intendere e di volere. Nello svolgimento di questo accertamento peritale si pongono alcune problematiche. In primo luogo il perito non è semplicemente chiamato a riconoscere la sussistenza di una patologia psichiatrica, ma a valutare se questa patologia abbia inciso sulle capacità menzionate.

Il dato nosografico ha assunto, nei vari contesti storico-culturali, un diverso rilievo e la maggiore o minore importanza attribuita a questo elemento ha prodotto l'effetto di estendere o di ridimensionare la nozione di capacità. All'epoca della promulgazione del codice penale, era diffusa una nozione di malattia mentale di stampo positivista, biologico-determinista, secondo la quale, essendo l'attività mentale frutto del funzionamento cerebrale, in presenza di una malattia, il soggetto doveva automaticamente ritenersi affetto da vizio di mente e non imputabile. Allo psichiatra, nel processo

---

<sup>35</sup> FERRACUTI S. E LAGAZZI M., *op.cit.*, p. 84.

penale, era semplicemente richiesto di individuare la patologia, iscrivere il soggetto in una categoria nosografica.

Nel corso degli anni, il concetto di malattia mentale è andato subendo un notevole mutamento e alle certezze scientifiche della scuola positiva si sono progressivamente sostituite accezioni diverse della patologia psichiatrica, psicologiche e sociologiche<sup>36</sup>. Questo mutamento ha prodotto degli effetti sulla valutazione di imputabilità.

Da un lato questa è andata progressivamente espandendosi, ricomprendendo disturbi che non rientrano nelle tradizionali forme psicotiche. Dall'altra, alcuni autori hanno sostenuto la necessità di abolire la distinzione tra imputabili e non imputabili, e alcuni psichiatri forensi hanno scelto di adottare una concezione riduttivista della non imputabilità, esprimendosi per l'incapacità del soggetto solo in presenza di patologie talmente gravi da comportare una totale alienazione dell'Io<sup>37</sup>. Del resto, anche in presenza di patologie psichiatriche gravi, un tempo considerate automaticamente cause di esclusione dell'imputabilità, è stata rilevata la necessità di prendere in considerazione il nesso causale tra la malattia e il fatto commesso, ritenendo che anche patologie gravi non compromettano sempre e comunque la capacità di intendere e di volere.

Sulla carta, questo mutamento teorico avrebbe dovuto produrre conseguenze dirette sull'accertamento della capacità di intendere e di volere. Non dovrebbero essere più ritenute ammissibili forme di accertamento fondate sul nesso deterministico: malattia mentale-incapacità-pericolosità.

Ciononostante, non tutte le perizie esaminate contengono argomentazioni articolate circa la mancanza di capacità di intendere e di volere che non siano semplici e dirette derivazioni del giudizio diagnostico.

Tabella 23: Valutazione capacità intendere e volere

	Casi	Percentuale
Valutazione capacità	17	53,13%
Mancanza valutazione autonoma	15	46,88%

<sup>36</sup> BANDINI, T., (1985) "Il contributo del clinico al dibattito sulla psichiatria e sugli ospedali psichiatrici giudiziari", in O. De Leonardis, G. Gallio, D. Mauri, T. Pitch (a cura di), *Curare e punire. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*, Milano, Unicopli, 1985, p. 114.

<sup>37</sup> PONTI, G., MERZARGORA BETSOS, I., (1985) "Imputabilità e pratiche della perizia psichiatrica", in O. De Leonardis, G. Gallio, D. Mauri, T. Pitch, *Curare e punire. Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*, Milano, Unicopli, 1985, p. 81.

Totale	32	100,00%
--------	----	---------

In 3 delle perizie esaminate, la persona è giudicata pienamente capace d'intendere e di volere; in una delle perizie esaminate, il giudice non ha sottoposto al perito il quesito sulla capacità. Tra le restanti 32 perizie, si riscontra che nel 47% non è presente una valutazione completa e articolata, circostanziata e riferita al momento di commissione del fatto, ma un mero riferimento alla patologia diagnosticata, da cui è ricavata direttamente l'incapacità (o la scemata capacità).

Nel restante 53% dei casi, si riscontrano varie argomentazioni, quali: la sospensione di terapie al momento della commissione del fatto; l'accertamento di manifestazioni psicotiche al momento della commissione; la giustificazione dei propri agiti con moventi del tutto irragionevoli; una sequenza di fatti disorganizzata; la ricostruzione di una serie di condotte irragionevoli commesse nei giorni precedenti; la possibilità di iscrivere il reato nell'espressione sintomatologica della patologia; l'inesistenza di un vantaggioso rapporto costi-benefici del fatto commesso.

### **Pericolosità sociale**

Secondo la letteratura, i metodi di accertamento della pericolosità sociale sono essenzialmente ascrivibili a tre categorie:

- *Il metodo clinico anamnestico*, che si basa sul colloquio clinico, sulla sottoposizione a test psicologici, psicodiagnostici e neurobiologici, al fine di cogliere le modalità di reazione del soggetto a particolari situazioni, nonché i fattori che lo hanno motivato all'azione delittuosa;
- *Il metodo statistico*, che consiste nella verifica della possibilità di ascrivere il soggetto ad una specifica categoria delinquenziale;
- *Il metodo intuitivo*, che è fondato sul senso comune e sulle conoscenze ed esperienze pregresse del giudice.

Progressivamente, questi metodi sono entrati in crisi: il metodo intuitivo porta con sé l'elemento positivo della maggiore individualizzazione possibile della valutazione, del resto però non può propriamente definirsi un metodo scientifico; il metodo statistico, riportando il soggetto a determinate categorie delinquenziali, rischia di produrre una sovrastima dei soggetti pericolosi, oltre a presentarsi come una lesione del diritto alla libertà personale di un soggetto fondata su un pregiudizio legato alla sua appartenenza ad una particolare categoria di soggetti; il metodo clinico anamnestico ha risentito della progressiva messa in discussione della criminologia positivista e della concezione del delitto come una malattia; inoltre con l'avvento del movimento basagliano e di un

nuovo punto di vista sulla malattia mentale, il nesso causale che si riteneva sussistere tra malattia e pericolosità è stato progressivamente messo in discussione.

Rilevati i limiti dei metodi di accertamento della valutazione della pericolosità sociale (clinico-anamnestico, statistico e intuitivo) attualmente pare preferibile fare riferimento al concetto di “rischio di recidiva” nei reati, che può essere valutato con strumenti diversi che si sono evoluti nel tempo:

I generazione: approccio clinico e non strutturato;

II generazione: approccio attuariale e statistico (PCLR, Static 99, LSI-R);

III generazione: approccio professionale strutturato (HCR 20-V3);

IV generazione: approccio professionale strutturato di valutazione del rischio (C-VRR).<sup>38</sup>

La valutazione anziché statica deve essere relazionale e dinamica e quindi deve tenere conto anche delle risposte. A questo proposito si può fare riferimento ad esempio al “*Good Lives Model*”, che in Italia è sperimentato soprattutto in ambito minorile: “un tipo di intervento che è fondato sul presupposto che gli individui commettano reati soprattutto per mancanza di opportunità e di capacità di realizzare i propri obiettivi in modo socialmente accettabile. Il GLM ridefinisce i *criminogenic needs*, sottolineando che è importante distinguere i bisogni veri e propri (come il bisogno di avere un valore sociale), dai problemi o modi inadeguati per soddisfare i bisogni (come l’impulsività). Di conseguenza, quando si progetta un trattamento penale, bisogna soprattutto domandarsi che cosa aiuti una persona che ha commesso un reato a migliorare la propria vita e a crescere, presupponendo che proprio il raggiungimento di questi obiettivi porti a una riduzione del rischio. Questa prospettiva aumenta l’alleanza con il minore sottoposto a procedimenti penali e il suo coinvolgimento attivo”<sup>39</sup>.

Il *Risk-Need-Responsivity* (R-N-R)<sup>40</sup>, che individua tre principi:

- Valutare il livello di rischio di recidiva (principio del rischio).
- Individuare i bisogni che sono alla base del reato, i *criminogenic needs* (principio dei bisogni).
- Prendere in considerazione la responsabilità dell’autore di reato, la sua possibilità di collaborare in modo attivo all’intervento (principio della responsabilità).”

---

<sup>38</sup> ZARA, G., (2016) Valutare il rischio in ambito criminologico. Procedure e strumenti per l’assessment psicologico Il Mulino

<sup>39</sup> MAGGIOLINI, A., LEONI, A., PICASSO, M. (2018) *L’efficacia degli interventi penali con gli adolescenti*, in “Rivista Minotauro”, I, 8, 81-97

<sup>40</sup> ANDREWS, D.A., BONTA, J. (2018) *The Level of Service Inventory-Revised*, Toronto: Multi-Health Systems

Il coinvolgimento attivo, la responsabilizzazione diventano la chiave dell'intervento. Ne deriva che accanto alla perizia psichiatrica, risultano importanti le perizie psicologica e criminologica sull'imputato vietata dal c.p.p del 1988, all'art. 220 come, già sancito dall'art. 314, secondo comma, c.p.p. 1930. Tuttavia proprio per le persone con disturbi mentali potrebbe essere utile un'analisi più accurata anche nella fase di cognizione oltre che ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza. In altre parole le perizie psichiatriche dovrebbero essere iscritte in quadro più ampio ove vengono prese in considerazione tutte le variabili biologiche, psicologiche e sociali al fine di stabilire rischi di recidiva nei reati, l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche anche indipendenti da cause patologiche, le condizioni di vita.

Se nell'ottica deterministica dei criminologi positivisti, il giudizio di pericolosità era scientificamente fondato ed obiettivo, per cui si sarebbe potuto ricorrere alla predisposizione di categorie legali di soggetti pericolosi, con la crisi del determinismo ed il crescente diffondersi di incertezze sull'attendibilità dei metodi di accertamento esistenti, oggi il giudizio di pericolosità non dovrebbe ricavarsi in modo automatico dalla diagnosi psichiatrica.

Tabella 24: pericolosità sociale

	Casi	Percentuale
Valutazione pericolosità	19	59,38%
Mancanza valutazione autonoma	13	40,63%
Totale	32	100,00%

Nel 41% dei casi esaminati, la valutazione di pericolosità non tiene conto di alcun altro elemento, se non della diagnosi.

Nel restante 59% dei casi sono presenti elementi quali: l'attuale fase della patologia; la presenza di revisione critica; la rete sociale di supporto; la *compliance* terapeutica; le relazioni familiari; i rapporti con i servizi; la fragilità; la persistenza di manifestazioni persecutorie; i precedenti penali; la persistenza di una condotta violenta.

### Qualche provvisoria conclusione

La nostra indagine, svolta su un campione tanto piccolo quanto variegato di perizie, mette in luce alcuni nodi critici dell'attività peritale e del suo prodotto conclusivo.

Il perito, che non ha una pregressa conoscenza del soggetto, procede quasi sempre da solo nell'attività, affidandosi ad un esame per lo più documentale e concentrando il confronto con il periziando a pochi esigui colloqui. Non sono in alcun modo coinvolti i dipartimenti, né altri agenti che possano contribuire alla costruzione di un percorso alternativo al ricovero in REMS.

Quando il perito è chiamato a valutare l'idoneità delle misure non detentive, si limita ad un'esclusione in linea teorica e in generale e non effettua un vaglio di progetti concretamente predisposti.

Il periziando è oggetto della perizia e non soggetto con dignità e diritto di parola. Non è presa in considerazione la sua volontà e non è messo al corrente delle prospettive.

La sua vita, la sua storia, le sue relazioni rilevano solo ove possano essere letti come elementi sintomatici di un disturbo o cause eziologiche dello stesso. L'idea che la rimozione di alcuni fattori di svantaggio sociale, educativo, lavorativo possa incidere sulla riduzione del rischio di recidiva non è contemplata, come non è contemplata l'idea che la misura di sicurezza adeguata possa essere delineata entro un patto di cura alla cui elaborazione la persona prenda parte.

Il soggetto periziando non è tutelato neanche dall'intervento di persone che lo assistano e ne tutelino i diritti: non sono presenti avvocati, non è quasi mai presente un consulente di parte, non sono presenti neppure i medici che seguono la persona.

Il perito non si sente quasi mai in dovere di esplicitare la propria metodologia, né di argomentare dettagliatamente e separatamente sui singoli quesiti sottoposti.

Le perizie si concentrano prevalentemente sulla parte diagnostica, da cui le altre valutazioni seguono, in buona parte dei casi, come logiche conseguenze, senza necessità di ulteriori valutazioni, a conferma del nesso inscindibile malattia mentale – incapacità – pericolosità, su cui il doppio binario trova storicamente fondamento.

## **Conclusioni**

### **Piste per riflettere (e agire)**

Questo progetto nasce dalla consapevolezza del momento delicato rispetto all'attuazione della legge 81/2014 che ha decretato la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e ha delineato un nuovo sistema di trattamento dei "folli rei" (gli autori di reato prosciolti per "infermità di mente"): se da un lato la legge è conseguente al nuovo modo di guardare alla persona affetta da patologia psichiatrica inaugurato dalla lontana legge 180 (e dunque assolutamente "matura"), dall'altro si colloca "solitaria"- nel terreno normativo che riguarda il nesso patologia mentale/reato, dominato da paradigmi antecedenti e conflittuali con la riforma psichiatrica: non solo non è stata ripensata la questione "a monte" del nuovo sistema di trattamento della legge 81 (il percorso giudiziario che conduce al proscioglimento per "infermità mentale" connessa alla "incapacità di intendere e volere al momento del reato", alla dichiarazione di "pericolosità sociale e alla conseguente misura di sicurezza); ma neppure è stato affrontato il problema degli altri soggetti che in precedenza finivano in OPG (a cominciare dal trattamento dei "rei folli"<sup>41</sup>). E poiché dal 2014 buone occasioni di modifiche normative per favorire l'applicazione della l.81 non sono state colte, si è a buona ragione ipotizzato che le radici culturali dell'OPG non siano state completamente recise.

A partire da qui, la ricerca ha cercato di individuare le contraddizioni dall'interno di una REMS, attraverso le percezioni e le aspettative di chi la REMS la vive quotidianamente, da paziente e da operatore; e di gettare luce su un passaggio chiave "a monte" della REMS, la perizia psichiatrica.

### ***Le contraddizioni "di sistema"***

*Tu puoi fare il passaggio fra OPG e REMS ma se non hai una cultura territoriale adatta e attrezzata...*

Rispetto al cambio di paradigma della l.81 (decretato con la *mission* terapeutica della REMS), la ricerca porta alla luce alcune contraddizioni, di particolare rilievo nella percezione degli operatori: la REMS non è utilizzata come "extrema ratio", così come la legge vorrebbe e come sarebbe congeniale a una struttura di alta intensità terapeutica, pensata come l'ultimo anello di una presa in carico da attuarsi - di regola - attraverso strumenti e presidi terapeutici del territorio. In altri termini, nell'applicazione della legge circa il trattamento dei prosciolti il funzionamento dei servizi di salute mentale e il coinvolgimento dell'intera rete territoriale dei servizi sociosanitari è essenziale e dovrebbe essere al centro dell'attenzione dei *policy maker*:

---

<sup>41</sup> Come già illustrato nella nota 7 p.6, sono definiti "rei folli" le persone con patologia psichiatrica sopravvenuta durante la detenzione

sia a monte, come capacità di intercettare e prendere adeguatamente in carico socialmente le persone a rischio di reati, sia a valle, come capacità di seguire, insieme al personale delle REMS, il percorso curativo dei pazienti “dentro” e di preparare il percorso “fuori”, in vista della dimissione dalla REMS; ma anche per aiutare il giudice ad avere una visione completa delle offerte terapeutiche sul territorio, che potrebbero essere utilizzate con una misura di sicurezza non detentiva. Sembra però che la rete non sia ancora pienamente in grado di assolvere alla sua funzione cruciale: sia per una debolezza pregressa della sanità territoriale e per l’indebolimento del welfare, sia per la complessità dei meccanismi che chiamano in causa molte agenzie a decidere i percorsi giudiziari-curativi delle persone autrici di reati con patologie psichiatriche gravi: in primis la magistratura – di cognizione e di sorveglianza- , ma anche lo UIEPE ( l’incrocio di competenze è particolarmente intricato per i soggetti che transitano dal carcere alla misura di sicurezza in REMS, o viceversa, come i cosiddetti “seminfermi”).

In breve, si può dire che, in settori dell’opinione pubblica ma anche delle agenzie che presiedono al funzionamento del nuovo sistema, la legge 81 è tuttora intesa, in maniera semplificata e distorta, come la “sostituzione dell’OPG con la REMS”, facendo dunque implicitamente prevalere la valenza custodiale della misura di sicurezza in luogo “chiuso”, rispetto alla valenza curativa. Da qui il giudizio che abbiamo incontrato circa gli eccessivi “automatismi” che spingono la Magistratura a disporre la misura di sicurezza in REMS. In tal modo sulla REMS si determina una pressione per l’accoglimento di una utenza che riproduce un agglomerato di disturbi di diversa natura e gravità e di marginalità sociale (più consoni al vecchio OPG che alla ratio della riforma). Sulla stessa linea la percezione di un clima sociale di non sostegno allo sforzo degli operatori verso la dimissione e il reinserimento delle persone sul territorio.

### ***Il modello recovery e la cura “obbligata” in misura di sicurezza detentiva***

#### *Un luogo chiuso come luogo di cura che la persona viene obbligata ad accettare*

Se da un lato il coordinamento inter- istituzionale, la rete socioassistenziale, il contesto comunitario non sono ancora pienamente allineati al modello delineato dalla legge 81, dall’altro un punto forza è rappresentato dall’adesione convinta degli operatori alla mission curativa della REMS e al modello di interpretazione della malattia bio-psico-sociale, incentrato sul *recovery* . In tal senso va letta anche la valorizzazione del “patto terapeutico” fondato sulla responsabilizzazione della persona (identificato come discontinuità rispetto alla pratica impositiva dell’OPG, vedi in dettaglio p.24). Allo stesso sforzo dello staff di corrispondere al mandato curativo sono ricondotti i buoni risultati di gestione in termini di pazienti dimessi e di turn over elevato della struttura.

Tuttavia, nella quotidianità della pratica clinica si riscontrano problemi che non permettono di dispiegare al meglio la potenzialità terapeutica: fra questi, la composizione differenziata dell’utenza, con un riferito forte aumento di “disturbi di personalità” e “doppia diagnosi” per i quali perfino si avanza il dubbio che la cura

“obbligata in luogo chiuso” possa essere la risposta adatta. Peraltro, l’utenza è differenziata non solo per le patologie, ma anche per le abilità e i gradi di autonomia, rendendo più complessa l’offerta di risposte adeguate a tutti e tutte, in specie le persone potenzialmente più autonome. Rimane alto il numero delle persone con prioritari bisogni sociali, per soddisfare i quali un forte collegamento con le istituzioni e i servizi locali appare fondamentale. La presenza massiccia di persone in grave disagio sociale solleva in primo luogo un interrogativo sulla selezione sociale del sistema giustizia, che sembra operare a monte in continuità con quella che era una volta la risposta contenitiva dell’OPG. Secondariamente, pone un problema sull’operatività della REMS (la localizzazione accentrata di Castiglione delle Stiviere rende ovviamente difficile il collegamento con la rete di sostegno sociale nei diversi territori della Lombardia di provenienza dei pazienti).

L’elemento per certi versi più interessante (e indubbiamente un punto forza dell’esperienza di questa REMS) è l’atteggiamento riflessivo e la tensione di ricerca degli operatori verso un “modello di intervento REMS”, identificato in un modello di cura per pazienti non volontari “al chiuso”, coi limiti imposti dal dispositivo giudiziario delle misure di sicurezza: si veda l’individuazione di fasi del percorso terapeutico, dall’elaborazione della persona circa la sua identità di malato/colpevole, all’accettazione della cura “obbligata”, alla comprensione della finalità della cura “per sé” oltre la finalità di riconquista della libertà, alla (difficile) accettazione della non coincidenza dei tempi della cura con i tempi della misura di sicurezza. I tempi della misura di sicurezza determinano una particolare sofferenza per il paziente in ragione della loro “incertezza” (infatti la durata è in parte determinata *in fieri*, per decisione del magistrato sentito il medico psichiatra). Proprio tale “incertezza” esistenziale si trasforma in uno scoglio sul percorso terapeutico perché ostacola lo sguardo progettuale verso il futuro e si insinua nella relazione con le diverse figure professionali (distinguendo e per certi versi discriminando fra chi detiene “il potere” e chi invece no).

Rientrano nella stessa tensione verso l’innovazione la riflessione circa la dimensione comunitaria della vita in REMS (da valorizzare); l’offerta di attività espressive e lavorative (da incrementare), l’autonomia dei pazienti (da potenziare); il significato delle “regole di sicurezza” e del modello organizzativo medico-centrico e ospedaliero (da rivedere criticamente negli elementi di continuità con l’organizzazione del vecchio OPG).

Tuttavia, lo sforzo di adempiere al mandato curativo non attenua la percezione del conflitto fra la ratio della cura e il mandato custodiale della misura di sicurezza detentiva. Da qui possiamo ricavare un’indicazione di lavoro: *se è vero che il nuovo sistema di trattamento dei “folli rei” in cui sono inserite le REMS rappresenta un passo importante verso il superamento dell’OPG, tuttavia non esaurisce il percorso.* In altre parole la REMS non è un punto di arrivo, ma di transito, verso il superamento della cultura del vecchio OPG. In questa luce, la proposta di eliminare il “binario speciale “di giustizia per i “folli rei” si rafforza come l’obiettivo prossimo, per lasciarsi alle spalle il paradigma di “cura e custodia”.

***Sulla via della REMS: la perizia psichiatrica***

L'analisi delle perizie offre uno spaccato interessante sull'adeguamento di questo strumento alla nuova prospettiva della legge 81 (su 36 perizie esaminate, solo 8 sono state redatte prima della legge 81). Ciò a cominciare dai quesiti posti dal magistrato al perito, poiché accanto a quelli "tradizionali" (circa la capacità di intendere e volere al momento del fatto, alla pericolosità sociale, alla capacità di stare in giudizio), dovrebbe aggiungersi anche un quesito circa la misura più idonea, che tenga conto della caratteristica "residuale" della misura in REMS (dal campione questo quesito risulta in circa la metà dei casi). Allo stesso modo, si richiederebbero anche indicazioni sul progetto terapeutico, per il quale sarebbe necessario un rapporto coi servizi di salute mentale (che nella maggioranza dei casi già hanno in carico la persona o che comunque dovranno prendere in carico. Invece, i quesiti appaiono spesso poveri e le perizie statiche, poco progettuali.

Soprattutto colpisce lo scarso ascolto dedicato al paziente (il 55% delle perizie registra un solo colloquio con la persona). Questa disattenzione alla soggettività del paziente da parte del perito sembra inserirsi nei tradizionali dispositivi di "passivizzazione" della persona, che scandiscono altri momenti della vicenda giudiziaria verso il proscioglimento (dall'assenza del consulente della difesa e spesso della difesa stessa, e quindi anche della persona imputata al giudizio). Va precisato che, nella prospettiva terapeutica e in particolare della futura "alleanza terapeutica", il paziente dovrebbe essere attivato e responsabilizzato quanto più possibile, posto in grado di comprendere i passaggi giudiziari e informato quanto prima del futuro che lo aspetta. L'incertezza e lo stress peggiorano il quadro psicopatologico, minano la relazione di fiducia coi terapeuti e l'adesione alle cure. Inoltre, considerati i bisogni sociali di larga parte dei pazienti, anche il soddisfacimento dei diritti sociali è parte importante del processo di "abilitazione" della persona, ad iniziare da quelli basilari (residenza, accesso a pensione, sussidi etc.). Al contrario, guardando alle perizie, sembra che la storia e l'attualità sociale e relazionale della persona sia poco considerata (questo è un tratto generale delle perizie, segnalato dal personale sociale nel corso della ricerca).

In conclusione, la perizia (passaggio cruciale nel percorso giudiziario) rivela una visione del malato di mente come "oggetto" di imposizione di trattamento: come se per il paziente psichiatrico non valessero la logica e l'etica generali della cura, basata sull'accordo fiduciario e su un impegno fondato su responsabilità e reciprocità. In sintesi, le perizie mostrano un approccio più in linea con la cultura e le prassi del vecchio OPG che con la ratio della legge 81. A ciò può ricollegarsi anche l'alta percentuale di diagnosi di "Disturbi di Personalità" ai fini del riconoscimento di non imputabilità (il 44%). Come già detto, è una tipologia di pazienti che poco giovamento traggono dalla cura in REMS: la loro destinazione in quel luogo sembra perciò guidata perlopiù da esigenze di contenimento (per persone recidivanti e disturbanti, psicologicamente e socialmente "instabili").

Ancora, non si rilevano perizie per verificare lo stato clinico ai fini della revisione della pericolosità sociale del soggetto e della misura di sicurezza. Il che riporta al problema del prolungarsi nel tempo delle misure di libertà vigilata, per le quali non esiste un limite temporale: col rischio che il paziente psichiatrico resti

permanentemente designato come “pericoloso socialmente” e mantenuto sotto controllo, senza mai tornare cittadino libero. Il che implicitamente richiama la vecchia visione del “malato di mente” pericoloso in quanto tale (peraltro riconfermata in una parte delle perizie esaminate che argomentano la pericolosità direttamente dalla diagnosi). Infine, sono degne d’attenzione *le differenze di genere nella ricostruzione biografica* della persona: l’insistenza sulla descrizione dei comportamenti sessuali delle donne (a differenza che per gli uomini) difficilmente potrebbe rivestire un qualche valore per il giudizio di pericolosità sociale; piuttosto, riporta alla mente le forme storiche di controllo sociale femminile, in cui il vecchio manicomio svolgeva un ruolo di rilievo.

### ***Continuità/discontinuità con l’OPG e proposte per “andare avanti”***

Come si evince da quanto sin qui scritto, la “continuità/discontinuità con l’OPG” è un modo di guardare all’esperienza REMS che abbiamo voluto privilegiare in questo lavoro, piuttosto che un tema specifico: che ci permette di inquadrare immediatamente la parte propositiva, come un “guardare avanti”, lasciando alle spalle ciò che ancora “tira indietro” e cercando di individuare le priorità.

Di queste, la prima: una battaglia ideale di ampio respiro per il superamento di quanto rimane della cultura custodiale che vorrebbe “i disturbati e disturbanti” rinchiusi a oltranza. Rimettere in moto il dibattito pubblico potrebbe dare una spinta alla creazione di una “concordanza di intenti” fra agenzie della giustizia e di ambito sociosanitario (e all’interno delle diverse agenzie che compongono la rete sociosanitaria). Questo avanzamento culturale può agire da volano per una più solida strutturazione di un “contesto comunitario” accogliente, di cui la REMS è solo uno dei tasselli – per quanto fondamentale- verso l’obiettivo di abilitazione psicosociale della persona. Esperienze per un miglior raccordo fra i vari stakeholder esistono e le troviamo citate nella prima parte di questo Report (si vedano ad esempio i protocolli di intesa fra diversi enti)<sup>42</sup>.

In questo quadro di complesso coordinamento inter e intra istituzionale, è prioritario trovare “uno spazio di terreno comune nei linguaggi e nelle pratiche” fra psichiatria e magistratura (prendiamo a prestito l’incisiva espressione di un operatore). In effetti, colpisce la divaricazione dei linguaggi: espressioni come “vizio di mente”, “totale infermità mentale” o “seminfermità mentale”, o anche “incapacità di intendere e volere” sono ben lontane dalla visione dinamica della “disabilità psicosociale”, così come oggi è nominata nel testo fondamentale della Convenzione delle Nazioni Unite sulla disabilità del 2006: il termine sottolinea che anche in campo psichico la disabilità non è solo, né tanto, una caratteristica dell’individuo, quanto il frutto di condizioni, credenze, atteggiamenti sociali “incapacitanti” nell’interazione con l’individuo e le sue

---

<sup>42</sup> Si veda ad esempio 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. Più in generale la “Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche” del 21 settembre 2018, del Consiglio Superiore della Magistratura.

vulnerabilità. Per superare i quali, la Convenzione indica la via della parità nel riconoscimento dei diritti e dei doveri, anche nel campo della giustizia.

In questo quadro, l'indicazione verso "uno spazio di terreno comune" si allarga, dalle pratiche di coordinamento fra istituzioni e agenzie, alla revisione dei paradigmi con cui il mondo della giustizia guarda alla disabilità psicosociale, per una migliore consonanza col mondo della salute mentale, nelle acquisizioni più avanzate. Sta in questo scenario di ripensamento paradigmatico la discussione su una possibile riforma di superamento della non imputabilità per vizio di mente e incapacità di intendere e volere al momento della commissione del reato, abolendo così il "binario" speciale di giustizia per i "folli rei". Questa proposta riflette una dialettica fra diverse concezioni del diritto, ma anche fra diversi modi di guardare al soggetto portatore di un disturbo psichiatrico. Oggi, a partire dalla esperienza della REMS, si possono mettere in campo argomenti più puntuali. A cominciare dalla designazione di "irresponsabile" conseguente al proscioglimento per "incapacità di intendere e di volere": che mal si concilia con il processo terapeutico che deve al contrario far leva sulla "responsabilità" della persona, come già detto. Responsabilità che può certo fluttuare e attenuarsi, seguendo le circostanze della vita e le fasi del disturbo di cui soffre la persona, ma che non può mai scomparire. O per meglio dire: è "l'attribuzione di responsabilità" e lo sforzo di riconoscimento di questa caratteristica che non possono mai mancare nella prospettiva di "abilitazione psicosociale", pena il rischio di ulteriore "incapacitazione" del soggetto, proprio quella cui si vorrebbe rimediare.

### ***La differenza di genere***

E' un aspetto che troviamo poco approfondito nelle prime indagini sulle REMS che abbiamo riportato nel I capitolo: ancora una volta, il fatto di essere poco rappresentate numericamente, paradossalmente penalizza le donne. Sotto questo importante aspetto è carente anche il presente studio, che tuttavia offre alcune "piste" per ulteriori ricerche. Intanto, andrebbero studiate le differenze fra uomini e donne, sia per i reati che conducono in REMS (e la durata delle misure di sicurezza), sia per i quadri psicopatologici. Come appena notato (p.50), già l'analisi delle perizie permette di rintracciare alcuni "fili" dello storico controllo sociale sulla sessualità femminile esercitato tramite la giustizia, ma anche tramite la psichiatria: vale dunque la pena di vedere se e come questi fili ancora si intreccino nell'intero percorso giudiziario e di cura<sup>43</sup>. Infine, va ricordato che la grande struttura di tipo ospedaliero ha aspetti negativi anche per la differenza femminile. In particolare, viene meno uno dei punti-forza delle REMS in quanto strutture-comunità di piccole dimensioni, dove è possibile superare i reparti divisi uomini e donne, tipici della istituzione totale (dal carcere all'ospedale). Tale divisione in genere penalizza le donne, che spesso hanno più difficoltà ad accedere alle attività formative e riabilitative (il carcere insegna).

### ***La specificità di Castiglione delle Stiviere***

---

<sup>43</sup> Per una discussione sulle forme storiche di controllo sociale e di "psichiatrizzazione" del femminile, cfr. anche Ronconi, S, Zuffa, G. (2014), *Recluse*, Ediesse, Roma, pp.17-30 e 239 sgg.

Come già chiarito nei paragrafi precedenti, le “piste di riflessione” sin qui proposte sono ovviamente “collocate”, poiché originano dalla ricerca condotta nella REMS di Castiglione delle Stiviere. Tuttavia, molte considerazioni possono essere generalizzabili (vedi sopra le contraddizioni di sistema, il modello di “cura obbligata in luogo chiuso”, il difficile raccordo di linguaggi e pratiche fra salute mentale e giustizia, le incongruenze delle perizie). Ulteriori ricerche che allarghino il campo delle esperienze delle REMS potranno dare una risposta più definita in tal senso.

Tuttavia, per Castiglione delle Stiviere vi è una ineludibile specificità, che attiene alla configurazione logistica e architettonica del “sistema polimodulare di REMS provvisorie”, ospitato nei locali del vecchio OPG. Sebbene alcune modifiche siano state fatte per venire incontro al modello delle piccole unità (indicativamente di 20 posti), Castiglione delle Stiviere si porta dietro l’eredità del vecchio OPG in primo luogo simbolica, legata alla memoria storica: *“perché a guardare dal di fuori ci si aspetta che funzioni come il vecchio OPG”*, come nota una operatrice. Sempre guardando “dal di fuori”, si impone il “grosso agglomerato”, che in quanto tale si porta dietro numerose criticità: la principale delle quali è l’accentramento dei pazienti, con relativa difficoltà a mantenere rapporti con i loro territori di provenienza; ma anche l’accentramento degli spazi, con carenze di luoghi “decentrati” in ciascun modulo REMS per attività varie. In altre parole, l’architettura non aiuta la dimensione comunitaria della vita in REMS. Inoltre, anche il modello “medico-centrico e ospedaliero” - di cui si lamentano gli inconvenienti- è più difficile da modificare in una grande struttura di quel genere, di configurazione ospedaliera appunto. In più, il fatto “che dal di fuori ci si aspetti che funzioni come il vecchio OPG” può influenzare anche le agenzie esterne (in primis la magistratura) a riprodurre quei meccanismi (negli invii “indifferenziati” ad esempio, con larga presenza di “disturbi di personalità” che sembrano poco adatti ad essere trattati in REMS; oppure nella considerevole quota di persone disagiate e private dei diritti sociali e di immigrati) .

In altri termini, non è da escludere che una parte delle “contraddizioni di sistema” e di residui di cultura ante legge 81 siano più difficili da superare nel contesto di Castiglione delle Stiviere, proprio per la sua “eredità scomoda”. E ciò nonostante i punti-forza già evidenziati, dagli sforzi dello staff per aderire al mandato terapeutico e di riabilitazione della REMS, al rinnovamento del personale, con l’immissione di operatori giovani con esperienze varie nella rete socio-sanitaria.

Dunque, molte delle criticità potrebbero risolversi se le REMS provvisorie fossero sostituite da un progetto di piccole strutture a norma, decentrate sul territorio della Lombardia, così come suggerito dagli operatori stessi. Purtroppo, il progetto definitivo della Regione Lombardia non va in questa direzione, poiché prevede ancora la concentrazione territoriale a Castiglione delle Stiviere, con 6 REMS costruite ex novo per 120 posti. E rimane la valenza simbolica della collocazione delle nuove REMS, a pochi metri dal vecchio edificio dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario.

## Appendice

### Allegato 1 – Flyer di presentazione della ricerca

#### **INVITO a partecipare alla ricerca ideata e promossa dalla Società della Ragione onlus (attraverso la disponibilità a concedere una intervista )**

Titolo della ricerca: *Dopo l'OPG (Ospedale Psichiatrico Giudiziario): un approfondimento circa la cultura e il funzionamento delle REMS (Residenze per Esecuzione di Misure di Sicurezza) nell'esperienza di Castiglione delle Stiviere.*

#### **Il contesto**

La ricerca è originata dall'interesse per il carattere innovativo della riforma che ha chiuso l'OPG e ha delineato, con la legge 81/2014, il nuovo sistema di presa in carico delle persone autrici di reato e affette da patologia psichiatrica (di cui le REMS rappresentano un anello).

Sappiamo però che la riforma non è esente da contraddizioni: in particolare, non è cambiata la normativa penale a monte delle REMS (in specifico, il giudizio circa la non imputabilità con proscioglimento dei soggetti per vizio di mente, l'erogazione delle misure di sicurezza); né sono state previste misure specifiche per facilitare il collegamento con la rete esterna dei servizi (in specie col Dipartimento Salute Mentale compresa la sua articolazione nel carcere), così importante per il buon funzionamento delle REMS.

#### **Obbiettivo**

La ricerca si propone perciò di esplorare e di approfondire gli aspetti di funzionamento della REMS e della cultura che li guida, nell'incrocio col funzionamento della giustizia e nel collegamento con la rete socio-sanitaria esterna e con la più larga comunità territoriale. Approfondire la

contraddizione appena descritta, al fine di individuare le strade per completare il percorso di riforma.

## Metodologia

Il presente studio si propone di valutare il funzionamento della REMS attraverso il vissuto degli operatori e delle operatrici da un lato, dei pazienti e delle pazienti dall'altro. Per interrogare la **soggettività** di chi quotidianamente vive la REMS, si è scelto la **ricerca di tipo qualitativo**.

La ricerca sarà svolta attraverso **interviste** a operatori di diversa professionalità, e successivamente a pazienti. Saranno anche svolti focus group con diverse figure professionali.

## Le interviste

Si tratta di **interviste in profondità** (diverse sia dalle interviste strutturate con questionari a risposta chiusa, sia dalle interviste semi-strutturate, con una parte di domande a risposta aperta). L'intervista in profondità si presenta come spazio "libero" di confronto fra il ricercatore e l'intervistato, alla ricerca delle domande, prima ancora delle risposte, che il fenomeno da indagare pone.

## Ci si propone di effettuare interviste che coprano tutte le figure professionali della REMS.

Seguendo il modello sopra descritto, l'intervista in profondità non seguirà una lista di domande specifiche: intervistatore e intervistato saranno però guidati da un elenco di **aree di indagine**, che elenchiamo brevemente. Sarà indagata **la percezione** dell'operatore/operatrice circa:

- La *mission* terapeutica della REMS e la sua operatività (riflessione sul percorso del paziente, dal progetto terapeutico individualizzato, allo svolgimento, alla dimissione, caratteristiche utenti, l'approccio individuale nel rapporto con la dimensione di vita comunitaria della REMS etc.)
- La particolare relazione con l'utente in stato di privazione della libertà (come l'operatore viene percepito dall'utente, la responsabilità dell'operatore rispetto al paziente, le aspettative del paziente etc.)
- Il proprio ruolo professionale e il suo esercizio (i concreti ambiti operativi, percezione di sicurezza/insicurezza, il rapporto con gli operatori di diversa professionalità etc.)
- I rapporti con le agenzie esterne (famiglia, servizi psichiatrici, servizi sociali, Magistratura, la comunità territoriale e le sue aspettative etc.)
- Differenze rispetto al precedente OPG (per chi già lavorava in OPG)
- Punti forza e aree problema della REMS a partire dalla propria esperienza
- Eventuali proposte

Le interviste saranno trattate nel rispetto totale dell'anonimato, né saranno rese pubbliche in quanto tali. Esse costituiranno il materiale per una analisi tematica, al fine di individuare categorie di lettura del fenomeno oggetto della ricerca (il che significa che nel report compariranno solo citazioni dalle interviste, in forma assolutamente anonima).

Per questioni di economia della ricerca e di disponibilità di tempo delle ricercatrici, si prevede un numero limitato di interviste per ogni figura professionale. Nel caso ci fossero numeri superiori di persone disponibili a essere intervistati, si procederà pur con rammarico al sorteggio.

L'analisi tematica delle interviste costituirà la base di un report della ricerca, che sarà oggetto di **restituzione** ai partecipanti, prima della sua divulgazione. Il report conterrà anche una seconda parte dello studio, imperniato sull'analisi di un campione di perizie psichiatriche, per seguire il percorso giudiziario che ha condotto le persone al ricovero nelle REMS.

-

**Per ulteriori informazioni:**

le responsabili del progetto, Serena Franchi e Grazia Zuffa (graziazuffa@me.com)

### **Interviste e focus group con operatori e operatrici**

2 interviste a rappresentanti dell'area dirigenziale, 3 focus group, di cui 1 con coordinatori delle diverse aree professionali e altri operatori di varia professionalità; e 2 con operatori e operatrici di varia professionalità afferenti alle equipe 3 moduli REMS (totale partecipanti: 43).

Per rispettare l'anonimato, i partecipanti sono indicati con sigle:

Le sigle.

Sono indicate per prime le aree professionali di provenienza dei partecipanti:

AD: area Dirigenziale

APT: area medica psichiatrica

APS: area psicologica

AED: area educatori

AINF: area infermieristica e di ausilio sociosanitario

Per ogni area, i partecipanti vengono identificati per numero in sequenza (es. APT1, APT2; AINF1, AINF2 etc.)

In sequenza è indicato il sesso (m-f) (es. APT1-f-; AINF1-f-)

In ultimo, è indicato il focus group cui hanno partecipato:

FG- Focus Generale (con partecipanti di diversa professionalità provenienti da tutti i moduli REMS)

F1- Focus group con rappresentanti di diversa professionalità dell'equipe di due moduli REMS

F2- Focus group con rappresentanti di diversa professionalità dell'equipe di un singolo modulo REMS

Esempio: APT1-m-FG; APS2-f-F1 etc.

I due appartenenti all'area dirigenziale sono così indicati: AD-m-1; AD-m-2.

**ANALISI DI CONTENUTO (Alberi concettuali- Aree-categorie-codici): Allegato [2 link](#)  
[Alberi per analisi qualitativa](#)**

**AREA - FUNZIONAMENTO DEL MACROSISTEMA** (legge 81, contraddizione della legge, sua applicazione da parte delle istituzioni competenti, il doppio binario dei folli rei e dei rei folli)

Categoria- **Fra mandato della legge (curativo) e pressione sociale (custodiale)**

*Da una parte abbiamo un mandato legislativo per cui la REMS è misura estrema..fortemente riabilitativa finalizzata al fatto che tu devi star qui il minor tempo possibile..e c'è un'opinione che va in questa direzione (StopOpg..le associazioni), dall'altra c'è un sentire sociale -complessivo, culturale-che invece va in altra direzione..(AD-m-1)*

*Non ci prendiamo in giro..qua dentro abbiamo 40 o 50 persone..tutti quelli che a Milano c'è la sera il telegiornale che dice "gira con il coltello in Stazione Centrale" ...immigrati clandestini, i più fragili, i più deboli che si portano già dietro tutto il percorso della immigrazione quasi clandestina, un discorso di patologia psichiatrica, totalmente sradicati, totalmente in balia di se stessi, che girano in Stazione Centrale e fanno quello che fanno..quando arrivano alla REMS il mandato non è quello di cura, il sentire sociale è "teneteli chiusi lì". .Noi siamo quelli che devono tenere chiuse le persone che sono socialmente pericolose e quindi devono star chiuse, o quell'altra cosa? (AD-m-1)*

Categoria- **REMS e rete dei servizi territoriali**

*Tu puoi fare il passaggio fra OPG e REMS, ma se non hai una cultura territoriale adatta e attrezzata, avrai sempre di più REMS affollate e non solo non riesci a dimettere i pazienti sul territorio perché fanno fatica ad accoglierli, ma non hanno lavorato per prevenire che loro andassero in REMS (AINf1-f-F2)*

Codice- **Rapporto con la comunità territoriale e i servizi sociali**

*Devi fare investimenti sull'integrazione sociosanitaria perché queste persone, oltre che di cure hanno bisogno di sostegno alla persona perché sono affetti da elementi di svantaggio sociale rispetto agli altri cittadini (AD-m-2).*

#### Codice- **Rapporti col Dipartimento Salute mentale e Dipendenze-DSMD**

*La legge è chiara ma perché funzioni con appropriatezza e coerentemente al dettato della legge bisogna fare un passaggio culturale e ci vuole il suo tempo..in un sistema ben congegnato deve accrescersi il livello di collaborazione fra REMS e DSM: noi della REMS dobbiamo dimettere quando ci sono fuori buone possibilità che il paziente regga, loro (i DSM), quando quel livello è stato raggiunto, devono impegnarsi a tenerseli (AD-m-2)*

*E poi c'è il grande capitolo delle sostanze.. oggi siamo ancora che sul paziente che ha una storia di dipendenza patologica e quindi a intermittenza anche di interventi della psichiatria tradizionalmente intesa, fai fatica – pur avendo a riferimento un unico Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze – **non è infrequente che lo psichiatra del CPS è qua, ma non viene quello del Serd.** Il concetto “il paziente in carico al DSM” - nelle regioni che hanno riaccorpato i Serd nel DSM- diventa un obbligo che viene sentito dalla psichiatria tradizionalmente intesa ma non ancora dal Serd (AD-m-2)*

#### Codice- **Rapporti con la Magistratura**

*C'è da fare un grosso lavoro e quindi **bisogna mettere intorno a un tavolo vari soggetti, fra cui anche la magistratura..** probabilmente anche la competenza dei magistrati di sorveglianza deve essere aumentata, nella capacità di conoscere (la problematica), nella sensibilità clinica interagendo con i DSM (AD-m-2)*

*(Bisogna che) l'invio (in REMS) non sia semplicemente il fatto che io magistrato intanto lo metto in REMS a scopo difensivo (come succede per il magistrato di sorveglianza che per non correre rischi che fuori compia reati lo lascio dentro). **Va potenziata la presa in carico fuori di qua, questo è il punto. Se hai una revisione per gli invii ..e fuori c'è un sistema che tiene, allora il lavoro (in REMS)diventa proprio diverso** ( AD- m-1)*

*Si sa che la Magistratura e la Salute Mentale parlano lingue diverse, è normale, ma è necessario che trovino lo spazio di terreno comune sui linguaggi e sulle pratiche (AD-m- 2)*

#### Categoria- **Fra REMS e carcere**

Codice- **Pena detentiva più misura di sicurezza, i seminfermi**

**REMS e carcere devono rimanere nettamente distinti perché fanno funzioni completamente diverse, però è vero che abbiamo i seminfermi..** (AD-m-2)

*I seminfermi, quando stanno direttamente in REMS si pone il problema che dopo un percorso di cure e riabilitazione devi trovare le condizioni per cui la misura del carcere sia scontata con forme alternative (alla detenzione).. Quando invece (le persone) sono primariamente in carcere e poi devono passare alla cosiddetta misura della casa di cura e custodia da eseguirsi in REMS, per quello che è il nostro osservatorio, ci sono troppi automatismi.. ”...(AD-m-2)*

#### **Codice- Reo/malato, il vissuto dei pazienti**

*Beh del carcere in maniera molto più semplice quasi naturale si ragiona: “io commetto un reato-vado in carcere”, perché in questo modo sono come tutti gli altri..invece qui l’obbligo di cura inteso come problematiche psichiatriche/ psicologiche che rendono tutto difficilissimo (APT 2-f-FG)*

*(il carcere) fa parte anche della nostra cultura, già **la malattia mentale è molto difficile**..così i soggetti si sentono ancora più emarginati e messi da parte (APT 1-m-FG)*

#### **Codice - Regime carcerario/ “regime” terapeutico**

*Nella mia esperienza **quasi prediligono il carcere**..perché tutto sommato c’è un fine pena certo mentre qui devi stare più alle regole comunitarie e poi la difficoltà della proroga (APS1-m-F2)*

*..A parte la fatica di accettare il percorso di cura, il patto terapeutico e e degli stimoli è difficilissimo, invece in carcere io mi leggo un libro e aspetto il fine pena..Anche accettare di contrattare con l’equipe un percorso di cura per molti pazienti è difficile da accettare. **In carcere nessuno ti rompe**, te lo dicono i pazienti, lo stimolo nostro li mette in difficoltà (op. AEd2-f-F2)*

#### **Codice -Tempi della terapia/tempi della misura di sicurezza**

*Anche se porti i detenuti a ragionare sul “sei qua per curarti”, la risposta è “**ma adesso io sto bene e adesso che ci sto a fare qua?**”, e quindi subentra l’aspetto che no, **sei qua perché hai una pena e una misura**..poi la*

persona non sa la differenza fra pena e misura ...qua soffrono molto la questione della proroga (APS2-m-F1)

## **AREA FUNZIONAMENTO DEL MICROSISTEMA REMS**

Categoria **Finalità della REMS (alta intensità curativa, di estrema ratio)**

*Il punto di forza delle REMS è l'intensità terapeutica e in termini di relazione terapeutica che non c'è in un carcere. Vi è un accesso al personale di cura h.24, psichiatri, psicologi, supporto sociale e questo fa la differenza (AD-m-1).*

*Il contratto che tu fai esplicito è "ti do una mano per", l'obiettivo finale è..il maggior grado di autonomia possibile per te. Questo è l'obiettivo esplicito che è fondante del patto terapeutico (AD-m-1)*

*Da una parte abbiamo un mandato legislativo per cui la REMS è misura estrema, non solo sanitaria, fortemente riabilitativo finalizzata al fatto che tu devi stare qui il minor tempo possibile – addirittura quando sei qua dentro la presa in carico vera, il titolare della presa in carico è il DSM (AD-m-1)*

*Sembra che il mandato sociale sia quello di dire: "è extrema ratio" e stacci il minor tempo possibile". A volte dico: "Ma questo non deve starci il minor tempo possibile, ha bisogno di fermarsi". Sembra che sia un'onta stare qua (AD-m-1)*

Codice- **Utenza ed emarginazione sociale**

*..siamo diventati un centro di raccolta di emarginazione di persone disperate che non hanno più nessuna disponibilità di trovare fuori delle soluzioni ai loro problemi. Arrivano a commettere reati in uno stato di disperazione assoluta (APT1-m-FG)*

*..stanno aumentando in maniera impressionante gli ingressi di persone extracomunitarie, nuovi giunti da altri paesi..persone sole di altri continenti, di altre culture..arrivano da noi nella disperazione più assoluta e si trovano in difficoltà assoluta..quindi la loro disperazione, la loro voglia di risolvere i loro problemi li porta a commettere reati a volte assurdi (APT1-m-FG)*

Categoria- **La cura**

## Codice- *Accoglienza*

..inizialmente il paziente non vede un senso, dopodiché ci sono altri pazienti che **riconoscono i benefici non del posto ma che è la prima volta che qualcuno si prende cura di loro**..i pazienti lo colgono..perché in molti casi è il paziente designato perché le relazioni familiari piuttosto che sociali non hanno funzionato (APT2-f-F2)

*L'operatore che lavora con queste persone qua come deve essere? Deve avere **la capacità di accoglienza, la capacità di percepire l'altro come una persona in uno stato di sofferenza che ha bisogno di un aiuto**..un operatore dei nostri servizi, ma anche del carcere, deve avere la capacità di leggere quello che l'altro vorrebbe dire ma non sa dire..la capacità di entrare in contatto con l'altro, di conquistare la fiducia è il primo passo fondamentale (APT1-m-FG)*

## Codice- *Riconoscersi come autore di reato e paziente obbligato alla cura*

*..il senso di difficoltà grande per la persona che entra qui ad accettare **l'obbligatorietà di questo luogo** (APT2-f-FG)*

*Una questione aperta per me e sempre presente è proprio questa idea del paziente ..che arriva qui con l'idea che qui non ci dovrebbe stare, che ha subito un'ingiustizia. Questo pensiero, non (è) necessariamente legato a una consapevolezza del reato o meno, **ma quanto all'idea di un luogo chiuso come luogo di cura**... "cura" come un luogo in cui per il reato che ha commesso e per l'ipotesi di sofferenza mentale a esso collegata **viene obbligato ad accettare**. Già questo è uno scoglio molto importante che crea una difficoltà iniziale rispetto al rapporto, molto più semplice, legato alla volontarietà di essere trattato e curato che tu hai al di fuori. (APT2-f-FG)*

*Già la difficoltà nello spiegare quella che è la differenza fra misura di sicurezza e carcere..ci si impegna ma non sempre viene compresa da subito ..qualcuno arriva e per limiti anche di tipo linguistico, culturale in senso lato, non parla neanche l'italiano (APT1-f-F2)*

*..dopo un certo tempo anche relativamente breve..a quel punto comincia la parte difficile che è quella di motivare un percorso che non è tanto solo di cura..ha a che fare coi colloqui psicologici..**subentra tutto un lavoro di consapevolezza rispetto al reato** come punta di iceberg di tutto un contesto di vita, di pensiero, di comportamento (APT2-f-F1)*

*Anche il posto, lo stop, il fatto di dire “caspita non lo sapevo di essere malato!”, soprattutto nelle patologie maggiori alcune persone prima di capire che quella cosa si chiama “voce”, si chiama sintomo e non è reale, non è così scontato..magari neanche io stessa me ne accorgerei, quindi in realtà **il reato diventa occasione per scoprire una parte di sé** (AED2-f-F2)*

*Chi fa quel passaggio (riconoscersi come malato e autore di reato) poi dopo **ha il problema di capire la differenza fra pena e misura di sicurezza** e a quel punto uno dice: “Va beh faccio quel passaggio, io la mia pena l’ho scontata e adesso cosa ci sto a fare? Dopo c’è **il problema delle proroghe**, è anche vero che quando mi dicono: “Adesso io sto bene e potrei uscire”, io rispondo: “Tu stai bene qui, fuori non lo sai come stai, sei esposto a tutti gli stimoli, la vita di prima..” (APS2-m-F1)*

*E’ anche una vittoria terapeutica **quando il paziente riesce a dire “forse io in qualche modo mi sento libero di dire certe cose (con lo psicologo n.d.r.) che mi procurano problemi, ma che andando fuori di qua si riproporranno, tanto vale che invece mi aiuto e veramente utilizzo il tempo** in modo terapeutico e curativo. In alcuni casi arrivano anche a questa consapevolezza e io sono anche molto contenta (APS1-f-F2)*

**Codice- Eterogeneità dei pazienti, fra diagnosi clinica e classificazione giuridica**

*Abbiamo delle **REMS** che sono state previste come luoghi di cura di una grande eterogeneità di pazienti con **bisogni completamente diversi**..il concetto di infermità di mente è prima filosofico che clinico..piuttosto giuridico e poi clinico (AD2-m-FG)*

*C’è una grande fatica a capire che **il grado di autonomia di alcuni pazienti è diverso da altri**..non riusciamo a garantire a chi ha un grado di autonomia più alto quello che gli spetterebbe (AINF3-f-FG)*

*Nel reparto ci sono persone con diverse patologie, quindi abbiamo dal disturbo di personalità alla psicosi, allo schizofrenico, piuttosto che il paziente che ha il ritardo mentale..che ha delle capacità residue, delle abilità inferiori a un paziente con disturbo di personalità. **Nel sistema organizzativo c’è difficoltà a garantire delle attività superiori a chi ha le abilità maggiori** (AINF2-f-FG)*

*Stiamo lavorando nel progredire a **migliorare l’assetto organizzativo dell’assistenza infermieristica**..faccio un esempio pratico: la terapia la prendono tutti i pazienti alla stessa ora, in realtà ci sarebbe la necessità di personalizzare anche la somministrazione della terapia (AINF3-f-FG)*

***Sono cambiati gli utenti, mentre prima c'era la schizofrenia pura, adesso abbiamo disturbi di personalità e doppia diagnosi che sono delle bocche di rana, ovvero si allarga e si stende.*** Il border non è come un binario del treno, hanno dei comportamenti che sono improvvisi e cambiano completamente modalità se si trova in un sistema rigido..hanno esigenze completamente diverse questi qua..sono persone che hanno un bisogno tremendo di relazione e di contatto (APT1-m-FG)

*Non è detto che chi arriva qui sia già stato paziente psichiatrico..ci sono due gruppi che andrebbero distinti: **pazienti che sono già stati seguiti sul territorio** o che comunque hanno già avuto esperienze di un certo tipo, e **pazienti che invece non hanno mai avuto esperienza e rapporti con il trattamento psichiatrico** (oper APT2-f-FG)*

Codice- ***Recovery, riabilitazione e dimissione dalla REMS***

*..la questione molto grande di **dove collocare la necessità di cura rispetto al processo di uscita di qua.** Queste sono questioni importantissime e sono quelle in realtà che per esperienza appesantiscono tutto il percorso di cura..il trattamento e soprattutto tutto il discorso del rapporto col territorio nella continuità del trattamento. Queste sono questioni grosse per noi e anche per il paziente (APT2-f-FG)*

*dobbiamo lavorare per individuare una serie di indicatori rispettati i quali possiamo certificare che il paziente è pronto. Non solo per uscire, ma per immaginare che la dimissione con una misura alleggerita dia una prospettiva abbastanza probabile di riuscita (AD-m-2)*

***Se vogliamo dimettere una persona, dobbiamo capire che la terapia farmacologica è un elemento, non unico, ma importante .. L'assunzione stabile della terapia aiuta a ridurre sensibilmente alcuni aspetti della sintomatologia o a ridurre alcune punte reattive caratteriali di alcuni pazienti ma il punto è mettere in atto una valutazione sulla reale capacità del paziente di aderire più consapevolmente all'offerta della terapia farmacologica (AD-m-2)***

*La letteratura ci dice che ancor più che la compliance farmacologica è importante la compliance su un programma di approccio psicologico ai problemi di una persona. (AD-m-2)*

### Codice - *Patto terapeutico e individualizzazione dei percorsi terapeutici*

*Fa sempre parte del discorso della fatica del paziente all'inizio ad accettare un contratto terapeutico, quanto il paziente poi si è accorto che era **un percorso individualizzato e che non facciamo tutti uguale, facciamo qualcosa per te perché ti chiami così, all'inizio per loro è una gran fatica.** All'inizio è solo una gran fatica, perché devono mettersi in gioco, perché non c'è solo il diritto alla libertà ma anche il dovere di viverla in modo adeguato, e spesso fanno fatica ad accettarlo (oper APs1-f-F1)*

*Io sento che all'interno del rapporto terapeutico i pazienti, costruendo una buona alleanza, si donano tanto. L'idea..è che **non stiamo facendo queste cose perché lo scopo finale è semplicemente la dimissione.** Perché un paziente che arriva qua , nella maggior parte dei casi il suo primo interesse è "quando esco", anche se devono restare un anno, due anni (APS1-f-F2)*

*E' ipotizzabile differenziare le REMS a seconda della fase, con una REMS finalizzata a implementare i percorsi di dimissione, per cui i 20 pazienti che stanno lì, dovrebbero essere in autoterapia. (AD-m-2)*

*Fatta un'analisi del funzionamento mentale condiviso con tutta l'equipe, poi capire sul ventaglio di possibilità che gli psicologi hanno in mano, di stabilire quelli per cui ci sarà un percorso individualizzato, chi in terapia di gruppo, chi invece non ne vuole sapere e quindi cerca di sottrarsi all'intervento dello psicologo.. (AD-m-2)*

### Codice- *Ruolo percepito delle (diverse) figure professionali*

*La sensazione mia è che ci percepiscono come **quelli che controllano la loro vita**, che possono condizionare la loro vita, farli andare a destra e sinistra, su e giù...se fai qualcosa il medico ti aumenta la terapia ( APS2-m-F1)*

*L'idea è che se scrivi una bella relazione riesci ad accelerare il percorso per uscire di qua, quindi c'è un po' **questa componente di vederci come quelli che mettono le regole**, quelli che mettono la terapia o quelli che insomma esercitano il potere, però anche quelli da compiacere "se mi comporto bene e resto tranquillo anche senza crederci troppo ma tollero questa fase (APT2-f-F1)*

*Un po' i pazienti secondo me ci associano per categorie e per quello che nella loro mente è il retaggio dell'istituzione. **C'è sicuramente un'attribuzione del lavoro sporco al medico psichiatra..immaginano il***

*medico psichiatra come quello che prevalentemente dà il benessere o meno alla possibilità di accesso esterno, quindi nel fare una buona relazione al magistrato (APS1-f-F2)*

*L'educatore talvolta è visto anche da parte di alcuni pazienti come il "rompi" della situazione perché è un po' quello che sta dietro, almeno nel nostro sistema, alla situazione economica, quindi alla valutazione del budget e tutta una serie di altre regole più di stampo educativo. Quindi molto spesso l'educatore si confronta con pazienti disorganizzati, in alcuni casi è una continua discussione..(APS1-f-F2)*

*Con la figura dello psicologo, forse da un lato sei chi in qualche modo sostieni la loro intimità, però alcune volte non sei nessuno..- può essere anche un vantaggio- che magari con me riescono anche ad aprirsi tanto e a instaurare una buonissima relazione, una buonissima alleanza, ma perché tutto sommato io non conto niente a livello di accesso ai servizi, per cui divento quel campo neutro in cui poter magari dire delle cose (APS1-f-F2)*

*Prima non c'era lo psicologo..fino al 2015 non c'era o c'era uno psicologo per quasi 300 persone, per cui non c'era questo tipo di trattamento. Allora i pazienti che erano lì da tanto tempo sono quelli che ho fatto più fatica a ingaggiare, perché sembrava la ciliegina sulla torta che puoi avere o non avere..sono quelli con cui ho fatto più fatica. Quelli che sono arrivati con me o meglio ancora negli anni successivi..partiva in modo diverso (APS2-f-F2)*

**Categoria -Modello organizzativo**

**Codice- Organizzazione ospedaliera e medico-centrica**

*L'organizzazione aziendale non facilita la trasversalità dell'equipe.. oggi abbiamo tutto il personale dell'assistenza che è su base verticale nell'organizzazione del lavoro..non è facile cambiare l'organizzazione ospedaliera. Io per esempio sempre in termini organizzativi mi piacerebbe -quando sarà il momento però il mio obiettivo è questo – portare a una **microequipe organizzata sul giornaliero**.. (AD-m-2)*

*Mettiamoci poi che il sistema, non so se è giusto o non è giusto, è abbastanza medico-centrico..nell'immaginario del paziente c'è la centralità dello psichiatra (cui attribuiscono) il potere e il rapporto col magistrato (AD-m-2)*

*C'è un'altra questione importante..tutto questo personale è tutto sanitario, **anche chi non nasce come figura sanitaria di per sé, lo psicologo, l'educatore, entra a far parte di un sistema sanitario per cui spessissimo***

*noi ci troviamo a fare ragionamenti come se fossimo un ospedale.* Questo non sempre aiuta, però di fatto è così, *vieni in divisa, i bisogni sanitari anche routinari sono da ospedale* e per carità va benissimo così. Detto questo, dovrebbe essere qualcosa in più..non così strutturale come viene visto qua dentro proprio per il retaggio proprio dell'ospedale, psichiatrico ma ospedale (APS1-f-F1)

Sì però nella tua quotidianità tu hai l'infermiere in divisa, lo OS in divisa..forse una delle cose, insieme ai pasti assolutamente imprescindibili sono le tre somministrazioni della terapia, *qui fai presto a renderlo un ospedale questo posto..* per esempio, rispetto a un fuori dove tutte le comunità hanno la autosomministrazione della terapia, non sarebbe possibile qui, i numeri non lo consentono..(APS2-m-F1)

Codice- *Percezione di sicurezza/insicurezza (di pazienti e operatori)*

*La sicurezza e insicurezza dipendono dai momenti, qua la certezza matematica non ce l'hai, immagino anche in psichiatria fuori* (APS2-m-F1)

Qua la questione è molto più sviluppata rispetto a fuori..*qui hai quella sensazione claustrofobica che il paziente ti mette dentro, per cui c'è un'esplosività.* Certe modalità aggressive sono proprio il risultato di questi vissuti che comunque esistono..c'è questo senso un po' di allerta che secondo me è in parte reale e in parte istericamente vissuto, cioè una sorta di ridondanza nostra, io la percepisco così, *se ci fosse una porta aperta sarebbe diverso, per noi come per il paziente, te la giocheresti più sul senso di responsabilità..* e poi l'antisociale sfida, il border sfida, per cui più chiudi più la sfida si alza (APT1-f-F1)

*Al di là della cultura che vede il paziente psichiatrico portatore di istanze che possono incidere sull'incolumità dei dipendenti, il punto è..che comunque la perdita della libertà comporta inevitabilmente..(l'aggressività n.d.r.) è una reazione difensiva di chi ne è privato* (AD2-m-FG)

*Magari ci sono pazienti più sregolati e ci sono quelli che, seppur gravi (gli psicotici) non creano un clima di irrequietezza, insomma c'è più tranquillità. Senso di sicurezza mai, però c'è più tranquillità* (APS2-m-F1)

Codice- *Regole "speciali" (di sicurezza)*

*qui però noi chiudiamo le stanze..i pazienti non li puoi lasciare da soli..se una persona sta male non può non avere vicino qualcuno del personale che può soccorrerlo, impedirgli di farsi male, impedire di far del male a qualcun altro (APT1-f-F1)*

*Ci sono regole comunitarie molto simili a tutte le comunità territoriali, però a queste regole di buona comunità si aggiungono regole molto più difficili da mandare giù per i pazienti, la mancanza di libertà, tutta una serie di regole da come posso uscire, a come posso vedere i parenti, a cosa posso tenere in stanza (APt1-m-F2)*

*..comunque un ricovero forzato presuppone una pericolosità sociale alla quale va fatto fronte e se metto una regola che il paziente non può tenere vetro in camera...scommetto che se il paziente va in una realtà comunitaria non la trova, ma da noi la trova ancora (AED2-f-F2)*

*..è anche vero che i ragazzi spesso chiedono di poter cucinare qualcosa nella cucina che abbiamo, ma lì è una questione di sicurezza. Comunque capita che nell'area riabilitativa cucinino insieme agli operatori, in molti reparti li vorrebbero fare e credo che sarebbe certamente una cosa che apprezzerebbero. Anche cucinarsi una pasta insieme..ma non tutti i giorni (AINF1-f-F1)*

**Codice- Spazi, attività, autonomia dei pazienti**

*La giornata del paziente cerchiamo di organizzarla con un'attenzione alla cura di sé, alla cura della propria stanza, alla cura personale (AINF1-f-F1)*

*Il salone dove mangiano coincide col salone dove stanno e dove ci sono le televisioni, però non a tutti piace guardare la televisione, poi abbiamo un giardino – con le giornate belle qualcuno sta anche fuori, ma l'inverno è più difficile da affrontare, no? Abbiamo creato una stanza del silenzio, ma spesso diventa la stanza dove mi alzo dal letto, faccio colazione, mi infilo nella stanza del silenzio a dormire ..credo che le attività ci siano però il problema è che abbiamo tanti pazienti. La possibilità di inserirli non è..(APT3-m-F1)*

*Ci sono tante attività..c'è il gruppo cucina e fanno attività in cui guardano alle attività della vita quotidiana, dell'autonomia di base, quindi fare la lavatrice, cucinare, stirare..c'è il gruppo del giornalino, la biblioteca, la palestra ci sono attività che vengono fatte dentro la REMS, altre che per necessità vengono fatte fuori, nel polo educativo, perché nella REMS non ci sono gli spazi, non c'è la lavatrice, lo stendibiancheria per dire (AED2-f-F1)*

*Secondo me sono attività studiate per una tipologia di pazienti..ecco accedono persone molto tranquille, una tipologia di pazienti selezionata. Probabilmente potrebbero beneficiare dei percorsi sull'autonomia anche dei pazienti magari che hanno non so un discontrollo degli impulsi o un ritardo mentale, per esempio, dove la necessità di riprendere in mano la propria quotidianità è proprio una delle necessità fondamentali (AED2-f-F1)*

*Il punto è che non si capisce fino a che punto siamo una REMS nel senso di comunità..perché poi c'è tutto un aspetto legato alla Magistratura, giuridico, però poi nella quotidianità è una vita comunitaria..riuscire a far convivere un aspetto peculiare con un aspetto più di base che dovrebbe semplicemente attenersi alla cura e al vivere comune delle persone, indipendentemente dal concetto di paziente psichiatrico o meno..occorrerebbe oggettivamente più personale perché se ci fossero un paio di OS in più, un paio di educatori in più, cioè persone che accompagnano gli specialisti (APT3-m-F1)*

*(Il lavoro n.d.r.) c'è, ma non è sicuramente paragonabile a quello del carcere, perché lì hai una risorsa rispetto a questo molto più ampia. Noi, facendo capo a una struttura sanitaria, offriamo sì percorsi lavorativi e tirocini, ma sicuramente non abbondanti e ricchi come il carcere, perché siamo una struttura sanitaria e abbiamo regole completamente diverse..adesso ad esempio abbiamo 12 posti su questo bacino di 160 ragazzi. Sono pochissimi (AED2-f-F2).*

#### **Categoria- Discontinuità /continuità con OPG**

*Si tratta di mollare un certo tipo di procedure e un modo di fare che è legato a una storia e spostarsi verso il recovery.(Le procedure del vecchio OPG n.d.r) sono le procedure che erano più strettamente legate al regolamento carcerario ..da quando arrivano i parenti all'ingresso, quello che possono avere o non avere i pazienti ..per arrivare alla contrattazione di un percorso ..neanche la contrattazione è termine giusto..per arrivare a una responsabilizzazione rispetto ai trattamenti. Invece magari una volta era più sono io che ti dico che cosa devi fare.*

*Adesso no, la logica è quella centrata sul consenso informato (AD-m-1)*

*Ma a volte sento gli operatori che dicono: eh ma dieci anni fa le regole erano più chiare (AD-m-1)*

*Le condizioni a livello di conformità del luogo che ti porta ad agire in un certo modo, perché, soprattutto nelle emergenze non c'è altro modo di fare lavori che come un OPG, perché non c'è un'altra metodologia codificata (APS2-m-F1)*

*Le persone che lavorano qui da tanti anni e che sono abituate a fare in un certo modo , c'è un atteggiamento puramente custodiale..e quelle nuove non hanno avuto formazione (APT2-f-F2)*

*Il personale si trova in difficoltà rispetto a questo cambiamento e alla tolleranza del comportamento spesso violento del paziente. Tu puoi avere un operatore che a fronte di una difficoltà che il paziente porta nel suo comportamento, comunque riesce a procedere nella sua mansione; mentre c'è chi, magari memore di antichi retaggi, fa prevalere l'aspetto custodiale di controllo rispetto ad altre esigenze del paziente e questo crea malumori, dissapori..(APS1-f-F1)*

*Non è che il passaggio OPG-REMS abbia risolto la questione, comunque un ricovero forzato presuppone una pericolosità sociale..se metto una regola che il paziente non può tenere vetro in camera, sarà regola carceraria ma comunque regola è..è una regola da OPG (AED2-f-F2)*

*Il passaggio REMS lo fai se c'è il passaggio dei servizi territoriali. Io mi trovo qui e vedo arrivare pazienti, perché non è il problema delle dimissioni ma anche degli arrivi..arrivano pazienti che il CPS non è riuscito a tenere, a gestire. Tu puoi fare il passaggio fra OPG e REMS ma se non hai una cultura territoriale adatta e attrezzata avrai sempre di più REMS sovraffollate e non solo non riesci a dimettere i pazienti sul territorio perché fanno fatica ad accoglierli, ma non hanno lavorato per prevenire che loro andassero in REMS (AED2-f-F2)*

**Categoria- Specificità di Castiglione delle Stiviere**

**Codice- Caratteristiche della struttura**

*..160 pazienti tutti insieme no. Un po' perché da una parte ricrei la logica dell'agglomerato di pazienti, e quindi poi inevitabilmente, tutti insieme nello stesso posto, ricrei una logica del grosso addensamento; poi perché sei **decentrato in Regione Lombardia** (AD-m-1).*

*Come fai a costruire un rapporto con un paziente del territorio di Varese, se sei a 250/300 Km da Varese? (AD-m-1)*

*Certo oggi, se io decidessi che nella REMS 4 e 5 , che sono funzionalmente separate, ma stanno nel vecchio contenitore ..ammodernato e messo in sicurezza.. ma stanno nel vecchio contenitore del classico padiglione ospedaliero, nel momento in cui io decido che una quota di 10 o 15 pazienti che però stanno nello stesso*

sistema possono andare in autoterapia, è chiaro che posso fare delle previsioni che possono non essere adeguate e di colpo vado sul rischio.. (AD-m-2)

Se stai in una **REMS da 20 persone** stai in contatto tanto con i pazienti, fai attività, fai tante cose; se lavori in un reparto da 60 il tempo non ce n'è tanto..c'è la REMS 3 che sono già 20, la REMS 1, che è l'area dell'accoglienza, sono 20, la 4 e la 5 no, sono 60. Si è continuato ad accogliere le persone da altre regioni nel frattempo che si attrezzavano per avere ognuna la loro REMS, quindi nel frattempo le persone sono rimaste qui (AED 2-f-F2)

Anche la capienza in termini di spazi..è stato possibile mettere dei muri anche se provvisori, che però aiutassero, si **chiamano REMS provvisorie**, in altre no, quindi non potendo dividere in modo accogliente (APT1-m-F2)

Le risorse territoriali le sfruttiamo, tanti volontari, tanti enti. Però comunque lavorare a 60 km. Dal contesto di vita (del paziente n.d.r.) è comunque faticoso e quindi non potrai mai, con queste distanze, fare lavori che sul territorio potresti fare. Qui attorno noi lavoriamo molto bene con il territorio che dà una mano, sicuramente, **però rimane il problema che comunque tu non lavori nel contesto di vita del paziente- a parte quella piccola percentuale che vive in provincia di Mantova, al massimo Brescia** (AED2-f-F2)

#### **Codice -Fra Retaggio e superamento del vecchio OPG**

Il turn over è altissimo, la lista d'attesa tutto sommato è bassa ..(la maggioranza) sono operatori giovani, hanno esperienza in altri settori.. (AD-m-1)

**Soffriamo rispetto alle REMS che sono nate ex novo** proprio di un passaggio dall'OPG che fa la differenza..in termini di memoria storica, il personale che prima lavorava in un modo e poi si è trovato a dover lavorare in un altro e magari fa molta fatica ad affrontare questo cambiamento. Mi sembra un po' come la ruota di un criceto anche se in realtà ci sono stati dei cambiamenti positivi nella strutturazione (APS1-f-F1)

(Rispetto a REMS nate ex novo) , la differenza n.d.r.) crea un problema non solo all'interno, ma anche dall'esterno perché **a guardare dal di fuori ci si aspetta che funzioni come il vecchio OPG** (APS2-f-F2)

#### **AREA “VERSO IL CAMBIAMENTO”**

## Categoria -**Soluzioni normative**

### Codice- **Superamento non imputabilità per infermità mentale**

*Se si privilegia una cultura della responsabilità sempre e comunque mantenuta a qualsiasi livello, si deve poter immaginare che tutti sono responsabili delle loro azioni e che poi sarà il percorso esecutivo a dare risposta finalizzata a livello di cura e non di controllo sociale (AD-m-2)*

*E' chiaro che ci deve essere un **dibattito molto lungo e articolato** che recuperi i punti di vista più diversi, che vanno dai giuristi agli psichiatri, ma non solo gli psichiatri, i filosofi etc (AD-m-2)*

### Codice -**Superamento della seminfermità mentale**

*Vale fare la battaglia per una modifica del codice penale per togliere di mezzo la seminfermità..ci potrebbe essere il rischio che qualcuno finisca in carcere pur avendo dei profili di infermità..ma tu non puoi pensare una riforma così importante basandoti sui rischi di possibile distorsione..il processo legislativo deve guardare avanti, ai soppesamenti dei grandi temi e degli ideali..(AD-m-2)*

### Codice **Ampliamento delle possibilità di misura alternativa al carcere per patologia psichica**

*Con la modifica del 148 CP visto che c'è la possibilità di una misura alternativa con affidamento al DSM..ci sarebbe stato un ventaglio di soluzioni che consentiva di non utilizzare la misura di sicurezza in REMS..se ti facessi vedere l'archivio..tiro fuori 15 persone che, appena arrivata la perizia di seminfermità, erano in carcere, ce le hanno mandate qua e il processo non è ancora concluso (AD-m-2)*

### Codice- **Migliore utilizzo della normativa esistente per misure alternative e revisione invii**

*Arrivano da noi, 8 casi su 10, finita la carcerazione i seminfermi, abbiamo l'assegnazione sulla base dell'ordinanza del magistrato di sorveglianza che quasi mai fa riferimento a elementi clinici **per giustificare il fatto che dopo il carcere non è possibile effettuare altra misura alternativa** (AD-m-2)*

*..arrivare a riformare-non so come dire-la procedura dell'invio. Ci vogliono degli esperti che ragionino sull'invio e che **l'invio non sia semplicemente il fatto che io magistrato intanto lo metto in REMS a scopo difensivo** (AD-m-1)*

Categoria- **Inserimento/integrazione nel sistema socio-sanitario**

Codice- **Struttura e collocazione territoriale della REMS**

*Se la Regione Lombardia avesse deciso che questo sito lo chiudevano e aprivano 3 REMS (40 e 40 e 40 o 50 e 50 e 50) in 3 siti diversi, a quel punto con dentro tutto personale nuovo, le mura sono nuove, allora magari questa contraddizione (fra vecchio modello OPG e nuovo modello REMS) (gli operatori) la vivevano meno (AD-m-1)*

*Un conto è avere una REMS di 20 persone..e lì ragioni nel piccolo e puoi fare tante cose, qua ragioni sull'urgenza del quotidiano che è costante e sul fatto che complessivamente stiamo ancora lavorando sul passaggio..(APT2-f-F1)*

*Come fai a costruire un rapporto con un paziente del territorio di Varese, se sei a 250/300 km da Varese ?(AD-m-1)*

Codice - **Potenziamento sistema di rete e modalità proattiva di lavoro**

*Va potenziata la presa in carico fuori di qua, questo è il punto. Se hai una revisione per gli invii e quindi hai meno pazienti in REMS e fuori c'è un sistema che tiene, allora il lavoro diventa proprio diverso (AD-m-1)*

*Devi fare investimenti sull'integrazione socio-sanitaria, perché queste persone oltre che di cure hanno bisogno di sostegno alla persona perché sono affetti da elementi di svantaggio sociale rispetto ad altri cittadini (AD-m-2)*

*In un sistema ben congegnato deve accrescersi il livello di collaborazione fra REMS e DSM (AD-m-2)*

*Devi mettere in atto strategie proattive costanti (non puoi aspettarti che quel paziente giudiziario venga spontaneamente alle visite territoriali) (AD-m-2)*

*Quando invece le persone sono primariamente in carcere e poi devono passare alla cosiddetta misura della casa di cura e custodia da eseguirsi in REMS..ci sono troppi automatismi: fatti i 3, 6, 8 anni di carcere ci sarebbe tutto il tempo per ..fare un abboccamento con la Salute Mentale per capire se si può fare la misura della libertà vigilata (AD-m-2)*

*C'è una quota di avvocati importante che, una volta fatti gli anni di carcere, non si impegnano a trovare soluzioni per la Casa di Cura e Custodia che seguirà al carcere. Dovrebbero essere più proattivi (AD-m-2)*

*Posso anche capire che non ci sia una proattività tempestiva quando si sta arrivando a fine pena **per attivarsi all'interno del DSM per percorsi alternativi alle REMS, però lo UEPE lo conosce..lo UEPE che è sovraccarico di lavoro, quando il cittadino è fuori sul territorio svolge la sua funzione, sui detenuti fa fatica a fare la sua funzione all'interno degli istituti..nella riforma non è stato previsto un potenziamento dello UEPE (AD-m-2)***

#### **Codice -*Governo complessivo del sistema***

*Finché la Regione non mette **un sistema di responsabilità chiare all'interno dei DSM sulla gestione dei casi giudiziari, con anche una differenziazione tariffaria, con politiche di svantaggio quando la persona torna in REMS o sta in REMS, alla fine la persona sta in REMS..bisognerebbe mettersi intorno a un tavolo con dati epidemiologici certificati e con un sistema di monitoraggio, allora lo svantaggio economico porterebbe i dipartimenti a fare delle politiche più virtuose (AD-m-2)***

***Ci sono servizi che sono più attivi, più propositivi, mentre ci sono servizi che latitano, che ostacolano, dicono: "Butta via la chiave" (APS2-m-F1)***

#### **Categoria -*Modello organizzativo***

##### **Codice- *Superamento modello medico-ospedaliero***

*In termini organizzativi..il mio obiettivo è questo (di) portare a una microequipe organizzata sul **giornaliero..riuscire che in ogni REMS ci sia un infermiere che fa 8-16, un educatore che fa 8-16, ma anche un OS, che è importante, che sta su 8-16. Per cui lo psicologo, insieme con l'educatore ma anche con lo OS e un infermiere consentono di mettere in piedi rispetto al normale ciclo di lavoro qua dentro una serie di iniziative proiettate all'esterno (AD-m-2)***

##### **Codice -*Differenziazione delle REMS***

*E' ipotizzabile differenziare le REMS a seconda della fase, con una REMS finalizzata a implementare i percorsi di dimissione, per cui i 20 pazienti che stanno lì, dovrebbero essere in autoterapia (AD-m-2)*

*Occorrerebbe oggettivamente più personale, perché se ci fossero un paio di OS in più, un paio di educatori in più, cioè persone che accompagnano anche lo specialista, lo psicologo, l'educatore..ci sarebbe più spazio per tutti (APT1-f-F1)*

Codice- *Elaborazione di un nuovo modello operativo/formazione del personale*

*Il problema è che il paradigma su cui andiamo ad agire non c'è. Si sta costruendo strada facendo, per prove e errori, non c'è un paradigma di REMS (APS2-m-F1)*

Si è previsto il passaggio (da OPG a REMS n.d.r.) però *non è seguita nella prassi una vera formazione del personale piuttosto che una maggiore formazione dei servizi territoriali* per cui si crei veramente un reinserimento, un aggancio con il territorio e le risorse (APT2-f-F2)

### **Allegato 3 - Tracce interviste**

#### **Interviste a operatori vari della REMS di Castiglione delle Stiviere**

*Traccia delle aree tematiche da indagare (nella percezione dell'operatore)*

##### ***A- Mission della REMS e del proprio ruolo professionale***

- 1) Storia personale, competenze professionali, precedenti esperienze e approdo alla REMS, eventuale precedente esperienza in OPG
- 2) Compiti professionali e condizioni concrete di svolgimento dei compiti in REMS
- 3) Rapporti con le altre figure professionali
- 4) La peculiarità terapeutica della REMS rispetto a pazienti privati della libertà
- 5) La peculiarità della REMS come “destinazione eccezionale e transitoria”, verso la ricollocazione territoriale
- 6) La peculiarità delle REMS, di vicinanza alle agenzie del territorio (famiglia, servizi, volontariato, figure di garanzia per le persone private della libertà)
- 7) La responsabilità (responsabilità verso la persona, verso i colleghi, verso le istituzioni giudiziarie etc.)
- 8) Percezione di sicurezza/insicurezza

##### ***B- La vita del paziente in REMS***

- 1) Strutturazione della giornata, regole, attività
- 2) Spazi e tempi di rapporto del paziente con le diverse figure professionali
- 3) Coesistenza di pazienti con problematiche diverse
- 4) Percorsi individuali e convivenza in una struttura comunitaria
- 5) Caratteristiche della forma comunitaria (ritagliata sulla comunità terapeutica o sull'ospedale etc.)
- 6) Attività a valenza specifica in vista del reinserimento (attività lavorative, formazione, etc.)

### ***C- L'utente e la relazione dell'operatore con il paziente internato***

- 1) Tipologia delle persone in REMS: situazione giuridica, inquadramento diagnostico, sovrapposizione dei disturbi a problematiche sociali.
- 2) La differenza femminile: tipologia, comportamenti, rapporti con le famiglie, specificità di reinserimento
- 3) Come la persona percepisce se stessa nella REMS(fra paziente e internato; l'accettazione della designazione psichiatrica; l'accettazione della cura in condizione di privazione della libertà; l'accettazione dell'incertezza dei tempi della permanenza in REMS etc.)
- 4) Come la persona percepisce il ruolo dell'operatore
- 5) Le aspettative della persona rispetto al periodo in REMS
- 6) Gli strumenti della relazione
- 7) Spazi e tempi per costruire una relazione
- 8) Quale cultura e quale formazione per gli operatori a contatto con i malati che hanno compiuto reati

### ***D- Il tempo della cura, il tempo della giustizia, il tempo della dimissione***

- 1) Tempi giudiziari e tempi della cura
- 2) Forme di accompagnamento nella dimissione e nel reinserimento
- 3) La cura dopo la fine della misura di sicurezza

### ***E- Rapporti con le agenzie esterne (differenziati anche a seconda delle diverse professioni)***

- 1) Rapporti con le famiglie
- 2) Rapporti coi servizi di salute mentale
- 3) Rapporti con la rete sociosanitaria del territorio
- 4) Rapporti con la Magistratura

**F- *Punti forza e aree problema dell'esperienza in REMS***

**G- *Percezione della differenza fra l'attuale REMS e il precedente OPG***

**H- *Percezione della differenza fra l'attuale REMS provvisoria e il progetto definitivo***

**I- *Proposte specifiche***

**Interviste a utenti della REMS di Castiglione delle Stiviere**

*Traccia delle aree tematiche da indagare (nella percezione dell'utente)*

**A- *La vita del paziente in REMS***

- 1) Strutturazione della giornata, regole, attività
- 2) Spazi e tempi individuali e di convivenza con gli altri / le altre
- 3) Vissuti del paziente rispetto alla quotidianità e alle regole della REMS

**B- *Il significato della permanenza in REMS***

- 1) Come la persona percepisce sé stessa nella REMS (paziente oppure internato; il vissuto circa la designazione/stigma di malato psichiatrico; il vissuto circa la cura in condizione di privazione della libertà; il vissuto circa l'incertezza dei tempi della permanenza in REMS etc.)
- 2) Come la persona percepisce il ruolo delle diverse figure professionali
- 3) Le aspettative della persona rispetto agli obiettivi terapeutici
- 4) Le aspettative della persona rispetto all'uscita e al reinserimento

**C- *Rapporti con l'esterno***

- 1) Esperienze e vissuto del rapporto con i familiari

2) Esperienze e vissuto del rapporto con la comunità territoriale

**D- *Punti forza e aree problema dell'esperienza in REMS***

**E- *Proposte specifiche, suggerimenti***