

## RIFLESSIONI SULL'ESECUZIONE DELLA MISURA DI SICUREZZA IN REMS

## REFLECTIONS ON DETENTION SECURITY MEASURES FOR PSYCHIATRIC OFFENDERS IN REMS

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

### Abstract

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

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

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

### Riassunto

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

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

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

**Per corrispondenza:** Pieritalo M. POMPILI, email: [pieritalomaria.pompili@aslroma5.it](mailto:pieritalomaria.pompili@aslroma5.it)

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

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

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

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

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

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

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

Silvia CIARALLI, Psicologa, Roma

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

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

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

## Riflessioni sull'esecuzione della misura di sicurezza in REMS

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

Sono trascorsi ormai tre anni dall'avvio della seconda riforma psichiatrica in Italia. E prima di allora già sette anni erano trascorsi dall'inizio dei lavori della Commissione Parlamentare nel 2008<sup>1</sup>, che portò all'attenzione dell'opinione pubblica e politica lo stato di disfacimento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Sette anni che, secondo il legislatore e tutti coloro che hanno partecipato alla stesura dell'impianto normativo, sarebbero dovuti bastare per far camminare sulle proprie gambe un sistema di intersezione tra Salute e Giustizia, enormemente complesso e articolato.

Il fatto che le Leggi 9/2012 e 81/2014 non fossero sufficienti per soddisfare appieno gli obiettivi della riforma, sembrava chiaro anche al legislatore stesso che, delegando alla Conferenza Unificata (CU) Stato-Regioni-Province Autonome il compito di normare gli aspetti non affrontati nei testi di legge, già ne definiva l'incompiutezza. Ciò che però è divenuto evidente solo in corso d'opera, è stata l'impraticabilità di alcune procedure codificate nella CU del 26 febbraio 2015<sup>2</sup>, che ha lasciato il personale operativo nelle REMS a dover affrontare una moltitudine di serie problematiche di natura giuridica e medico legale, senza più avere la possibilità di un intervento politico a livello nazionale. Ad esempio, solo la concreta apertura delle prime Residenze ha reso evidente che il trasferimento del ruolo del Direttore dell'OPG al Responsabile della REMS, attribuiva a quest'ultimo non solo funzioni improprie dell'area sanitaria, ma soprattutto compiti non legittimati dal codice di procedura penale, come ad esempio la notifica di atti giudiziari o l'immatricolazione giudiziaria dei nuovi ingressi. D'altro canto, non è nemmeno stato affrontato il discorso sulla liceità dell'applicazione del regolamento penitenziario in REMS, rimasto ancora irrisolto, e che determina di volta in volta interpretazioni della norma del tutto personali.

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

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

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

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

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

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

1 [https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio\\_sanitario16/Relazione\\_OOPGG\\_doc\\_XXII-bis\\_4.pdf](https://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPGG_doc_XXII-bis_4.pdf)

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

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

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

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

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

Il fabbisogno stimato per i posti letto psichiatrico forensi in REMS è stato calcolato sulla base di un clamoroso errore analitico del flusso *in/out* degli internati in OPG a ridosso della loro chiusura, stabilita al 31 marzo 2015. Se si esaminano i dati resi dal Ministero della Giustizia, si può facilmente notare un decremento progressivo delle presenze in OPG che sono passati dai 1600 internati al 31.12.2010, ai 1051 del 31.12.2013<sup>4</sup>. Ciò ha lasciato intendere, attraverso una miope semplificazione storiografica, che la diminuzione dei ricoveri confermasse l'abuso del ricorso all'OPG, e che questo non replicasse altro che la funzione manicomiale dei vecchi ospedali psichiatrici civili, come contenitore di soggetti alla deriva sociale abbandonati dal Servizio Sanitario e Giudiziario: i cosiddetti *ergastoli bianchi*. C'è da ricordare che il punto 4 del comma 2 dell'art. 133 cp, poi abrogato, obbligava il Perito a valutare la pericolosità sociale del reo anche sulla scorta dell'assenza di servizi psichiatrici territoriali o di rete sociale/familiare. Di conseguenza, la possibilità di prorogare *ab libitum* il limite edittale per le misure di sicurezza, consentiva in alcuni casi il prolungamento del ricovero in OPG per un tempo abnorme rispetto alla fattispecie del crimine commesso, soprattutto per quei soggetti provenienti dai margini della società civile, spesso affetti da forme particolarmente gravi di patologia mentale, incluso lo spettro delle deficienze intellettive o altri stati psicorganici.

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

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

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

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

Al termine degli studi sul fabbisogno di posti letto per pazienti psichiatrico forensi, si è così passati da una capienza di 1332 posti nei sei OPG, all'attuale disponibilità di circa 625 posti letti REMS, 61 per donne e 564 per uomini, che alla data del 30 aprile 2018 erano giuridicamente distinti in 236 internati provvisori e 387 definitivi<sup>5</sup>.

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

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

Al 31 marzo 2018, la lista d'attesa per le REMS sull'intero territorio nazionale contava circa 450 soggetti<sup>6</sup>.

4 Rapporto del Coordinamento Interregionale della Sanità Penitenziaria, Marzo 2014

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

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

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

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

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

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

La Regione Lazio e il Ministero della Giustizia, a compimento dei lavori del Tavolo Tecnico appositamente costituito, hanno prodotto nel novembre 2017 un Protocollo d'Intesa siglato dal Ministro della Giustizia, dal Presidente della Regione, dal Presidente della Corte d'Appello di Roma e dal Procuratore Generale della Procura di Roma<sup>7</sup>, che all'art. 8 propone l'estensione del quesito peritale per tener conto da un lato della necessità di gradare il livello di pericolosità sociale e dall'altro di considerare ogni valida alternativa al ricorso alla REMS, anche in via temporanea nelle more dell'attesa:

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

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

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

## Il problema della violenza e la necessità di REMS differenziate

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

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

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

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

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

Le REMS, in sintesi, si compongono di una popolazione di utenti affetti da gravi disturbi mentali, ognuno dei quali ha già manifestato comportamenti violenti di rilevanza penale, e che verosimilmente continueranno a manifestare condotte aggressive sia contro gli operatori ma anche contro gli altri degenti, in attesa che il trattamento risulti efficace in tal senso. Gli strumenti di rilevazione del comportamento violento, specialmente la scala AIS-Harm<sup>8</sup> utilizzata nella REMS Merope di Palombara Sabina, mostrano nel I semestre dell'anno in corso la presenza di 218 episodi di livello compreso tra 1 e 3 (da polemica verbale a intimidazioni e minacce di violenza), 17 episodi di livello compreso tra 4 e 6 (da contatti fisici inappropriati a distruzione di proprietà), e 2 episodi compresi tra il livello 7 e 9 (assalto violento contro altre persone classificato in base alle lesioni prodotte).

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

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

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

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

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

## Conclusioni

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

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

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

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

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

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

## Riferimenti bibliografici

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