

REMS di Casale di Mezzani: Sei anni e mezzo di esperienze e nuovi Modelli Operativi

Giuseppina Paulillo, Cecilia Paraggio, Ilaria De Amicis, Pietro Pellegrini

1. La REMS di Casale di Mezzani

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) in esecuzione delle leggi n.9/2012 e n.81/2014, ha dato inizio al processo di cambiamento verso una nuova cultura operativa basata sul dialogo sinergico tra giustizia e psichiatria e non più sbilanciata verso l'asse custodiale¹. Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) sono residenze socio-sanitarie che nascono all'interno dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e rispetto agli OPG cambiano non soltanto il luogo fisico ma anche lo spazio della dimensione di cura nell'ambito di una cornice giudiziaria, realizzando percorsi di cura e di riabilitazione secondo i principi della psichiatria di Comunità, per i pazienti autori di reato che sono stati prosciolti in base ad una perizia psichiatrica.

La REMS provvisoria di Casale di Mezzani è stata strutturata per accogliere 10 persone di sesso maschile, provenienti dalla Area Vasta Emilia Nord (AVEN). L'equipe di lavoro all'interno della residenza era composta da differenti figure operative, in numero di 23, (psichiatri, psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, operatori socio sanitari, assistenti sociali e coordinatori infermieristici, amministrativo e sorveglianza sulle 24 ore con agente IVRI, su tre turni) che hanno effettuato nel corso degli anni briefing quotidiani del mattino e riunioni allargate settimanali, permettendo in questo modo una evoluzione delle competenze professionali e personali, che hanno costituito il core del gruppo di lavoro, con l'obiettivo di sostenere la salute psicofisica del paziente. Le attività quotidiane con gli ospiti sono state strutturate mediante colloqui clinici, psicofarmacologia, psicoterapia e interventi riabilitativi attraverso attività individuali e di gruppo. Nessuna delle attività è stata resa obbligatoria, a ciascuno è stato lasciato il tempo di maturare una propria e specifica domanda di cura in una cornice di attività gruppali "caldamente consigliate" per il loro valore di dialogico, la possibilità di rappresentazione, ascolto, espressione e talora confronto. Le attività interne erano: la Riunione Residenziale settimanale in cui si

discutevano organizzazioni e regole di convivenza, il Gruppo “Oltre la REMS” che tendeva a favorire l’acquisizione di una consapevolezza di malattia e di riflessione sulla condizione giuridica, e il Social Skills Training per il recupero, mantenimento, creazione e potenziamento delle abilità sociali. Sono state poi affiancate alle attività riabilitative con cooperative, che da anni collaborano con il nostro Dipartimento di Salute Mentale, quali attività di shiatzu, a cadenza quindicinale e con una ricaduta estremamente positiva sullo stato psicofisico di ospiti ed operatori. Per questa attività in particolare è stato organizzato uno specifico corso di formazione con acquisizione di un attestato di primo livello per “operatore shiatzu”, rivolto sia agli operatori che ai pazienti. Si sono tenute attività di teatro Jolly a sostegno dell’espressività, corsi base per l’utilizzo del computer e lezioni di cucina vegana. Inoltre sulla base dei progetti terapeutici individualizzati ciascun ospite ha potuto costruire attività personalizzate per il sostegno e potenziamento delle competenze soggettive, nell’ambito di un laboratorio di musicoterapia e di pet-therapy.

2. Modello Operativo

Pur ereditando alcune prassi, specie giudiziarie attive in OPG, il lavoro clinico e riabilitativo nel contesto della REMS ha scelto di discostarsi il più possibile dal modello penitenziario, a partire dalle caratteristiche strutturali della residenza, resa anche più confortevole e piacevole, dai lavori di ristrutturazione svolti da gennaio a metà aprile 2015. La REMS, che ha aperto il 27 aprile 2015 è stata pensata come un’occasione di vita da cui ripartire, dove favorire l’esperienza del cambiamento personale e funzionale, e non come un luogo di punizione. Nell’ambito della collaborazione interistituzionale sono stati stilati diversi protocolli e la logica dei diritti e doveri è stata recepita nel Regolamento della struttura¹, constatata l’impossibilità di applicare nella REMS il Regolamento penitenziario.

Il processo di cambiamento, rispetto alla precedente *vision*, è stato basato sul modello della “*Recovery*” in cui la persona è al centro del sistema di cura e diventa protagonista della sua storia e del percorso di cura e riabilitazione, facendo esperienza della malattia e del recupero, ritrovando fiducia in sé stessa e sviluppando aspettative di vita positive per trasformarsi e diventare anche una risorsa per la Comunità.

Nei sei anni e mezzo di lavoro clinico, a partire dalla esperienza della psichiatria di Comunità, l’ospite della REMS autore di reato è stato introdotto in un percorso di cura e riabilitativo condiviso nella multi-professionalità, dando spazio ed attenzione alla unicità e complessità di ciascuno. La dimensione di cura è stata costruita partendo da un accoglienza e ascolto non giudicante, da una relazione aperta e focalizzata sulle specifiche fragilità sia

¹ Protocolli e regolamenti sono reperibili al sito:

https://www.ausl.pr.it/azienda/psichiatria_adulti_1/residenza_esecuzione_delle_misure_sicurezza_rems.aspx. Voce allegati

affettive sia cognitive, all'interno di una visione globale di presa in cura del paziente per ogni aspetto di vita e di malattia. Il lavoro relazionale operato da ogni figura sanitaria è stato fondato in primo luogo sulla sicurezza relazionale e del gruppo di lavoro, nonchè sulla partecipazione attiva del paziente alla costruzione di uno spazio in cui maturare una domanda di cura individuale rispetto a bisogni concreti. In quest'ottica le porte degli ambulatori dello psichiatra, dello psicologo e dell'assistente sociale sono sempre rimaste aperte nell'arco della giornata a rappresentare una disponibilità all'accoglienza e alla relazione costante. La costruzione di una relazione fondata su un atteggiamento non giudicante (*che non significa giustificante*), rispettoso della individualità e dei vissuti soggettivi, e assertiva, ha permesso di affrontare gli elementi di aggressività in un contesto di chiarezza, di assunzione di responsabilità e rispetto reciproco. Il modello relazionale descritto si è avvalso anche del fatto di non voler/poter applicare regole dell'ordinamento penitenziario, ma di realizzare ad hoc concessioni specifiche ed individuali nel merito di ciascun percorso di cura.

La metodologia ha visto sistematiche attività di Assessment che si è articolata nei diversi ambiti con l'utilizzo di strumenti specifici per le valutazioni negli ambiti Cognitivo, Psicopatologico, Psicosociale e Forense.

L'aggressività eterodiretta, presente all'interno del quadro psicopatologico ed epifenomeno del quadro psichiatrico al momento del reato, è stata gestita attraverso una disamina puntuale per la prevenzione del rischio di manifestazioni aggressive espresse sia sul piano verbale che e comportamentale e la partecipazione del paziente alle scelte terapeutiche, in base alle sue risorse cognitive-affettive-relazionali e alle caratteristiche personologiche. Questo ha potuto determinare il verificarsi di sporadici episodi di conflittualità relazionale, esperita principalmente sul piano verbale tra gli ospiti o con l'equipe curante, e di ridurre al minimo le fasi di scompenso psicopatologico. La stanza della "decalation", individuata all'interno della residenza per la gestione dell'agitazione psicomotoria, è rimasta di fatto inutilizzata allo scopo. In una sola dimensione terapeutica non emergenziale né esplicitamente aggressiva ne è stato concordato l'utilizzo al fine di attenuare la reattività agli stimoli ambientali e relazionali di un ospite con beneficio. Di fatto è stata considerata una stanza "polivalente" in cui sono state svolte diverse attività riabilitative.

L'aggressività autodiretta di alcuni ospiti, come parte del quadro psicopatologico, relazionale e spesso aggravata dalla dimensione detentiva e di cura precedenti all'ingresso, non si è mai espressa nella nostra dimensione residenziale. I momenti di dichiarata fragilità e di spunti anticonservativi hanno coinvolto tutta l'equipe nella creazione di uno spazio di ascolto empatico e terapeutico, che ha permesso di contenere tali aspetti in modo funzionale alla salute della persona e alla sua cura.

La sicurezza relazionale è stata sempre oggetto di confronti intragruppali e di valutazione delle dinamiche instaurate tra il singolo operatore e l'ospite tenendo conto anche delle dinamiche relazionali degli ospiti tra loro e con gli operatori dei diversi turni. Il confronto continuo dell'equipe anche in merito alla componente controtransferale ha sostenuto fattivamente gli operatori (in prevalenza di sesso femminile), nella gestione delle criticità che di fatto, non sono mai esitate in momenti di scontro fisico o di grave conflittualità verbale.

Gli eventi critici che si sono verificati in REMS sono stati: effettuazione di 3 TSO e 2 TSO extraospedaliero e 5 allontanamenti non autorizzati di cui 3 messi in atto dalla stessa persona per craving ed angoscia intrapsichica. Nel 2016 si è verificato l'unico allontanamento di una persona straniera senza rientro. Ogni allontanamento ha avuto un certo risalto mediatico.

Dall'ottobre 2018 fino alla chiusura non se ne sono più avuti.

Relativamente ad episodi di aggressività si contano un episodio di aggressività autodiretta ed invio in SPDC e quattro episodi di aggressività eterodiretta (colluttazione tra ospiti) e soltanto uno verso il personale sanitario.

Nella dimensione relazionale e terapeutica di cura, fondate sull'ascolto e sulla fiducia reciproche, il tema del reato spesso correlato ad una marcata sofferenza intrapsichica, è stato affrontato in base all'effettiva disponibilità dell'ospite a parlarne ed a partecipare al confronto terapeutico, che è via via maturato, a partire dall'ascolto "del silenzio" nel contesto di un progressivo recupero del compenso psichico e della costruzione di una valida alleanza terapeutica per una nuova soggettivazione.

Le relazioni con i familiari e la rete dei legami affettivi e significativi per l'ospite, previa valutazione dall'equipe curante, fin dall'ingresso è stata sostenuta permettendo a loro stessi e alle figure di supporto di mantenere o riattivare anche nella residenza incontri e contatti telefonici. Si è curata anche la dimensione culturale, spirituale e religiosa nell'ambito del progetto di Vita. In questo quadro si sono sviluppate le attività e i programmi personalizzati con Budget di Salute.

Il lavoro con la dimensione del reato ha portato alla sua rappresentazione, all'esplicitazione dei vissuti e alla loro elaborazione. Il contatto con le persone vittime del reato, ove possibile, e i loro familiari sono state favorite e valorizzate, rispettando i tempi di ciascuno, in un'ottica di giustizia riparativa, sia attraverso incontri strutturati alla presenza dello psichiatra e dello psicoterapeuta, sia attraverso momenti di condivisione più informali.

La valorizzazione del tempo e della identità di ciascuno, attraverso la validazione delle competenze e delle risorse personali residue, sono stati elementi importanti nella costruzione di progetti personalizzati sull'asse lavoro/formazione (con la strutturazione per due ospiti di un corso formativo di agronomo interno alla residenza), sull'asse scuola (con il recupero

degli anni scolastici in un progetto sostenuto da una scuola privata), su progetti musicali con l'attivazione di un corso di musica con un professionista del settore, oltre che sostenendo la scrittura di testi e suoni, poi registrati con un fonico, fino all'organizzazione di spettacoli e concerti all'interno della residenza stessa. Inoltre significativa per il percorso terapeutico e riabilitativo è stata l'esperienza di concedere in accordo con l'equipe e la famiglia dell'ospite l'adozione di un cucciolo di Labrador. L'accudimento del cucciolo fin dalla tenera età si è iscritta in un progetto più ampio, denominato "PET FRIENDLY: adozione cucciolo" che ha visto coinvolte diverse figure professionali: i Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica per la valutazione degli aspetti riabilitativi attraverso testistica scelta ad hoc come parametro evolutivo, accanto alla figura dell'addestratore personale, di un veterinario dedicato e di due figure socio-assistenziali al fine del pieno rispetto degli aspetti igienico sanitari degli ambienti della struttura.

3. Formazione e iniziative culturali in REMS

Negli anni la REMS ha portato avanti una formazione continua sia attraverso la partecipazione a convegni a tema forense sia aprendo le porte della residenza ad iniziative culturali. L'equipe di lavoro della REMS ha inoltre dato continuità e implementato la formazione professionale attraverso la partecipazione a convegni Regionali, Nazionali e Internazionali orientati all'acquisizione di competenze sull'assessment e sulla gestione dell'aggressività,. A cadenza annuale, le due REMS provvisorie dell'Emilia Romagna (REMS di Casale di Mezzani e Casa degli Svizzeri di Bologna) si sono confrontate su esperienze e proposte innovative in occasione di Convegni dedicati. Sono state favorite esperienze culturali di scambio e condivisione con il territorio, in continuità con il modello della psichiatria di Comunità. In particolare la REMS ha organizzato con le culture religiose internazionali locali la formazione relativa alla realizzazione della "Stanza del Silenzio e dei Culti" ed ha portato all'interno della residenza la dimensione dei culti e dei dialoghi interreligiosi, anche attraverso la condivisione di pasti con piatti tipici cucinati dai ministri di culto delle numerose religioni ospitate. Il progetto si è articolato con 2 cicli di lavoro (4 incontri ciascuno), il primo ciclo come aggiornamento, organizzato solo per gli operatori, il secondo ciclo si è caratterizzato per l'interazione e confronto tra operatori, esponenti delle comunità religiose e filosofiche e gli ospiti. Il presupposto era quello di sostenere l'identità migratoria degli ospiti provenienti da realtà culturali differenti e di ridurre gli elementi di solitudine, nostalgia, tristezza che già in sé appartengono all'adattamento ad un nuovo contesto di vita. L'obiettivo di questi incontri è stato quello di preservare i riferimenti culturali di appartenenza, valorizzarli ed eventualmente aggiornarli ai riferimenti della cultura ospitante, assecondando un processo di integrazione naturale nel contesto di una

convivenza tra realtà soggettive estremamente complesse. Al termine degli incontri la “Stanza del Silenzio” è stata identificata come un luogo fisico dove vivere la propria spiritualità all’interno della residenza nella stanza dedicata alla *deescalation* dei momenti di crisi degli ospiti. Nell’ottica della REMS come luogo aperto, spazio culturale per una ritrovata armonica convivenza e coesistenza nella comunità, sono state promosse “Giornate Aperte” alla cittadinanza durante il periodo natalizio in cui ogni anno sono stati organizzati concerti musicali a tema, che hanno visto anche partecipazione del sindaco e degli assessori locali. Inoltre per tre anni consecutivi a partire dal 2016 sono state realizzati momenti formativi e di condivisione sul tema della recovery e della residenzialità in ambito forense con la partecipazione Liceo socio-psico-pedagogico di Brescia, per le classi 4^a-5^a della scuola. Nel 2021 durante la pandemia l’incontro è stato richiesto dalla medesima scuola e realizzato on line.

La programmazione degli eventi formativi, delle giornate aperte, e le attività riabilitative svolte dalle cooperative in convenzione con l’inizio della fase pandemica sono state attuate con le restrizioni in osservanza alle direttive Nazionali, Regionali e Dipartimentali, mentre queste non hanno gravato sulla programmazione delle attività interne alla residenza né sulla progettazione di corsi, gruppi o attività riabilitative.

La REMS è quindi stata l’occasione per creare un ambito culturale riferimento sia per gli aspetti di tipo tecnico-scientifici, sia per costruire insieme il benessere di comunità. Sono stati pubblicati due libri, diversi articoli scientifici e un documentario “Lo Stato delle cose”.

4. Dati generali degli ospiti: anagrafici, clinici e giudiziari.

Dal 27 aprile 2015 al 27 ottobre 2021 nella REMS di Casale di Mezzani sono state effettuati 51 ricoveri che hanno riguardato 49 persone, in quanto due sono stati reingressi.

Gli ospiti, così denominati per il carattere di transitorietà del percorso residenziale REMS, erano provenienti prevalentemente da luoghi di custodia (IL.PP., ATSM Regionale, OPG Nazionali), in parte da luoghi di cura come i SPDC e Servizi Psichiatrici accreditati, mentre soltanto uno dal domicilio. L’età media al momento dell’ingresso in REMS era di circa 39 anni e di circa 37 anni al momento del reato. La cittadinanza degli ospiti era prevalentemente italiana e risultavano evidenti le carenze di relazioni affettive stabili, la scarsa scolarizzazione. (Tab. 1).

L’ingresso degli ospiti è avvenuto prevalentemente con misure giudiziarie provvisorie che spesso sono diventate definitive durante la permanenza in REMS. La misura giudiziaria nella quasi totalità dei casi risultava essere conseguente al proscioglimento per infermità mentale totale al momento del reato cui aveva fatto seguito il riconoscimento della pericolosità sociale; solo un ospite è entrato in REMS in seguito ad una misura di sicurezza per la semi

infermità e un altro in una forma mista.

I reati imputati agli ospiti erano contro la persona, violenza o minaccia, avvenuti soprattutto in ambito familiare, e contro il patrimonio o altri beni giuridici (Tab.4).

La pertinenza territoriale era indicata principalmente per il luogo di domiciliazione-residenza anagrafica al momento del fermo, ma anche in base al luogo del reato, soprattutto per i soggetti di nazionalità straniera.

La presa in cura da parte dei servizi territoriali psichiatrici precedente al reato, era presente nell'84% (41/49) della popolazione ospite della REMS. I pazienti risultavano noti ai Centri di Salute Mentale e/o Servizi Dipendenze Patologiche, alla N.P.I.A e spesso anche ai Servizi Sociali, mentre solo il 16% degli ospiti risultava senza alcuna presa in carico da parte dei servizi o senza una anamnesi psichiatrica nota (Tab.2). La natura e le difficoltà incontrate dai servizi territoriali è un importante elemento di riflessione per individuare più efficaci forme di prevenzione e cura.

Le diagnosi psichiatriche peritali, confermate all'ingresso in REMS, si orientavano principalmente nella dimensione dei Disturbi dello spettro schizofrenico (Tab. 3) e Disturbi di Personalità; la comorbidità era rappresentata maggiormente dai deficit cognitivi e dall'abuso di sostanze stupefacenti.

Per quanto riguarda le dimissioni: sono avvenute con la realizzazione di PTRI concordati con i DSM di riferimento territoriale e sono state 49 (di cui un decesso per motivi internistici). Le dimissioni sono monitorate attraverso uno "studio di valutazione degli esiti" attualmente in corso e di cui in questa relazione forniamo dei dati preliminari raccolti a distanza di un anno dalla dimissione per ciascuno ospite (Tab.5).

La raccolta dati ha permesso di avere notizie di 33 pazienti dimessi su 38 (87%) e si evidenzia il mantenimento di un buon compenso nel 69,7% dei casi e il mantenimento della terapia farmacologica nel 81,8%. Gli episodi di aggressività complessivi sono 9/33 e solo nella metà dei casi fisica. Al momento non abbiamo dati relativi alla recidiva di reato, in quanto la raccolta dati è avvenuta durante la permanenza dei pazienti in progetti residenziali.

La misura di sicurezza detentiva in REMS è stata trasformata per 36 persone in quella della Libertà vigilata a seguito di un'attenuazione della pericolosità sociale, attraverso le udienze promosse dal Magistrato di Sorveglianza di Reggio nell'Emilia, di cui 30 sono state collocate presso altre residenze psichiatriche, e 6 sono rientrate presso il domicilio familiare. Una sola misura detentiva è stata revocata, un'altra persona è stata trasferita ad altra Rems per aspetti giuridici di competenza territoriale.

Alla chiusura della nostra REMS provvisoria in data 27 ottobre 2021, una persona del Dipartimento di Salute Mentale di Parma è stata trasferita in Licenza finale Esperimento

presso la Residenza Santi e le altre nove come indicato nella comunicazione regionale sono state inviate presso la REMS definitiva di Reggio Emilia. La durata media di permanenza in REMS è stata di circa un anno e le dimissioni sono sempre avvenute nella maggior parte dei casi anticipatamente alla scadenza della misura di sicurezza detentiva.

Tabella 1. Dati Anagrafici

	N pazienti sul totale (49 + 2)	Valore percentuale
Età media al momento dell'ingresso	38.8 anni	
Età media al momento del reato	37 anni	
Stato civile	Celibe 34/49	70%
	Separato/divorziato 4/49	8%
	Coniugato 7/49	14%
	Convivente 3/49	6%
	Vedovo 1/49	2%
Nazionalità	Straniera 7/49	14%
Scolarità	Laurea 2 /49	4%
	Diploma superiore 6/49	12%
	Licenza Media inferiore 31/49	63%
	Licenza Elementare 9/49	18%
	Sconosciuto 1/49	3%

Tabella 2. Dati socio-sanitari

Invalidità civile	Riconosciuta prima dell'ingresso 19/49	39%
	Richieste fatte in REMS 3/49	
Amministrazione di Sostegno / Tutore	Presente Prima della REMS 5/49	
	Richiesta durante la REMS 1/49	
Presenza in cura territoriale precedenti alla REMS	Presente per 41 /49 di cui	84%
	CSM 30/49	
	NPI 4/49	
	SERD 7/49	
	Psicologo privato 1/49	
	Mai 1/49	

Tabella 3. Dati clinici

Diagnosi Psichiatriche Principali (DSM 5)	n. pazienti (49 +2)	Valore percentuale
Disturbi dello SPETTRO SCHIZOFRENICO e altri DISTURBI PSICOTICI	30	60 %
DISTURBO DELL'UMORE con sintomi psicotici	2	4 %
DISTURBI DI PERSONALITA'	10	20 %
DISTURBO DA USO DI SOSTANZE	4	8 %
DISABILITA' INTELLETTIVA GRAVE	3	6 %
DIST. NEUROCOGNITIVO MAGGIORE	1	2 %

Tabella .4 Reati

Reati*	N° pazienti	%pazienti
Contro la persona	40	82%
di cui omicidi	8	16,3%
tentati omicidi	6	12,2%
Contro il patrimonio	5	10%
stalking	1	2%
Lesioni e/o minacce a P.U	2	4%
Incendio doloso	1	2%

*Ingresso in REMS e avvenuto per 41 persone come CONSEGUENZA DEL REATO e per 8 persone come VIOLAZIONE DELLE PRESCRIZIONI durante le misure non detentive, soprattutto in Libertà Vigilata.

Tabella 5. Studio valutazione degli Esiti

Esiti valutati	N° PAZIENTI (33)*	% PAZIENTI
COMPENSO CLINICO	SI=23 NO=9 PARZIALE= 1	69,7% 27,3% 3%
ASSUNZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA	SI=27 NO= 6	81,8% 18,2%
DISPONIBILITA' AL PROGETTO DI CURA	SI=27 NO= 6	81,8% 18,2%
EPISODI DI AGGRESSIVITA'	SI= 9 : 4 solo di tipo verbale 2 eterodiretta solo fisica 1 di tipo eterodiretta sia fisica che verbale 1 eterodiretta non specificata 1 non specificata NO=23 NON SO= 1	27,3% 12,1% del tot. 6,1% del tot. 3% del tot. 3% del tot. 3% del tot. 69,7% 3%
Percezione della pericolosità sociale da parte degli operatori	SI=11 NO=9 PARZIALE=12 NON SO= 1	33,3% 27,3 % 36,4% 3%
PROGETTO ALTERNATIVO	SI=24 NO=2 NON SPECIFICATO= 7	72,7% 6,1% 21,2%

* N° TOTALE UTENTI: 38 (1 deceduto) N° RISPOSTE da parte dei CSM di area AVEN: 33 (87%)

Conclusioni

L'esperienza della REMS dimostra che si può fare a meno degli OPG: un altro percorso per le persone con disturbi mentali autrici di reato e prosciolte si può realizzare con risultati nel complesso positivi.

Una riforma che va sostenuta con adeguate risorse e nuovi strumenti e va completata rivedendo la norme sull'imputabilità per un pieno riconoscimento dei diritti alle persone con disturbi mentali e dall'altro l'intero assetto terapeutico assistenziale andando oltre le REMS. Occorre affermare la priorità del mandato di cura, il superamento della visione custodiale e la posizione di garanzia dello psichiatra. La riforma va applicata in un quadro di collaborazione interistituzionale, dove ciascuno opera nell'ambito delle proprie competenze. Tuttavia, in questi anni il "peso psicologico" dell'intera riforma ha gravato soprattutto sulla psichiatria, sia in relazione agli eventi critici, alle liste di attesa e carenze, lasciando spesso nell'ombra quelle di altri sistemi che in modo non sistematico si stanno adeguando all'applicazione della riforma. Osservatori nazionali, tavoli e cruscotti regionali, protocolli di collaborazione interistituzionale sono necessari per trovare nuovi e più avanzati punti di incontro tra i diversi attori chiamati a dare realizzazione alla legge.

Se questo non avverrà la riforma resterà incompleta, il rischio imminente di una sua involuzione può diventare reale e l'OPG, in altre forme mini OPG o nelle ATSM può tornare.

L'esperienza ha evidenziato la necessità di un adeguamento delle prassi giudiziarie e del DAP, dell'avvocatura e dei periti al nuovo contesto operativo.

I progetti hanno risentito delle difficoltà relative a determinate condizioni di determinanti sociali (la mancanza di documenti identificativi, senza fissa dimora, soggetti privi di famiglia e reti relazionali, con povertà economica e culturale, disoccupati), che non hanno adeguati riferimenti né nei servizi sociali dei Comuni, né nel sistema di protezione dei migranti. A questo si aggiunge spesso la diffidenza dei contesti sociali, nonché la sofferenza delle famiglie, specie se, come spesso accade, il reato avviene nell'ambito intrafamiliare. I Dipartimenti di Salute Mentale vanno sostenuti nella presa in carico dei pazienti autori di reato superando le carenze di risorse umane ed economiche, i pregiudizi e migliorando la formazione professionale. Larga parte delle persone autrici di reato sono note ai servizi (84% dei pazienti) e pertanto andrebbero sviluppate e implementate azioni preventive più mirate. I primi dati sugli esiti indicano che i CSM hanno difficoltà nel mantenimento della presa in cura e nel determinare efficaci piani di trattamento dopo la dimissione dalla REMS per una percentuale del 20-30% dei pazienti. Sembra invece limitata la recidiva nei reati. Tutto questo apre riflessioni su un tema rimasto nell'ombra e cioè sugli strumenti da utilizzare nel territorio

e la definizione delle competenze delle diverse istituzioni (psichiatria, servizi sociali, forze dell'ordine, prefetture, UEPE, magistratura, avvocatura) chiamate a collaborare.

Vanno pensati nuovi percorsi specifici, anche per gli autori di reati di femminicidio, violenze sui minori e stalking, nonché per le persone affette da psicopatologia, disturbi da uso di sostanze e gravi disturbi della personalità, che spesso sono imputabili ma non idonei per il percorso di cura in REMS. La riforma può trarre beneficio da un più attivo coinvolgimento e protagonismo degli utenti, delle associazioni e dallo sviluppo di forme nuove di giustizia, attenta anche alla conciliazione e riparazione possibile.

Bibliografia

- Il percorso di chiusura degli OPG e le nuove REMS: stato dell'arte e prospettive future / De Fazio, Giovanna Laura; Sgarbi, Chiara. - In: RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA. - ISSN 1121-1717. - 11:3(2017), pp. 158-166.
- Il seme e l'albero. Rivista di scienze sociali, psicologia applicata e politiche di Comunità 2017, Anno III, N. 3, pp. 174-180. doi:10.17386/SA2017 003025
- Cilento, A., Costi, D., Ugolini, P. (2015). Intervista ai professionisti delle REMS di Bologna e Parma. Sestante, 1, 17-21.
- Pellegrini, P. (2015). Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari. Milano: Franco Angeli.
- The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: Determinants, current status and future perspectives. A scoping review Claudio Di Lorito, Luca Castelletti, Ilaria Lega, Barbara Gualco, Franco Scarpa, Birgit Völlm. Int J Law Psychiatry Nov-Dec 2017.
- Pellegrini P. (2018). Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari. Alfabeta Verlag, Merano.
- **Ellen Vorstenbosch, Luca Castelletti** 4 Exploring Needs and Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implications for Care and Safety. Front Psychiatry 2020 Apr.