

## CHE COS'E' LA RESIDENZA PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA

La Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (**REMS**) è la struttura residenziale sanitaria nella quale devono essere accolti i pazienti sofferenti di patologie psichiche ed autori di reato per i quali la magistratura abbia disposto una misura di sicurezza di tipo detentivo, secondo quanto previsto dalla Legge 81/2014.

Queste strutture devono essere presenti in tutte le Regioni, devono rispondere a precisi requisiti organizzativi e strutturali e sono destinate ad accogliere sia i pazienti che alla data del 31 Marzo 2015 risultavano essere ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in chiusura, sia i pazienti sottoposti ad una misura di sicurezza detentiva dopo quella data.

## IL PERCORSO NAZIONALE

Il processo che ha portato al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e alla istituzione delle REMS è complesso e articolato e riconosce due radici principali:

La **prima** è costituita dal percorso che ha portato alla chiusura delle istituzioni manicomiali nel 1978 con la **Legge 180**, poi assorbita nella **Legge 833** dello stesso anno costitutiva del Sistema Sanitario Nazionale. Si tratta di una radice particolarissima, espressione dei fermenti di libertà e democrazia nati nel secondo dopo guerra e lievitati poi nelle esigenze sociali, culturali e politiche di cambiamento che hanno generato, dopo decenni di confronto aspro tra istanze di modernità e conservazione, le tre grandi leggi di rinnovamento del nostro Paese: la **898 sul Divorzio**, la **194 sull'Interruzione di Gravidanza** e appunto la **180**.

La **seconda** radice è costituita dalla stratificazione delle disposizioni di legge secondo le quali, a partire dall'articolo 32 della Costituzione (**La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana**), avviene nel nostro Paese la tutela della promozione, del mantenimento e del recupero della salute fisica e psichica.

Si tratta di due radici apparentemente distinte che in realtà si dispongono reciprocamente in un articolato gioco di rimandi e sollecitazioni.

La **Legge 180**, accogliendo quanto prodotto dalle esperienze di superamento delle grandi istituzioni manicomiali non soltanto a Gorizia e a Trieste, ma anche a Perugia, Parma, Reggio Emilia ed in altre realtà, stabilisce un principio fondamentale: la salute mentale non deve riconoscere percorsi di assistenza differenziati da quelli degli altri cittadini.

La dimensione stessa dei manicomi negava i due principi fondamentali ai quali si ispira ogni prassi sanitaria: la **sperimentazione** e il **cambiamento**. Non c'è infatti atto medico che non sia contemporaneamente un esperimento e una spinta al cambiamento.

La dimensione dei manicomi determinava il prevalere della **necessità di custodia**, fattore per sua natura **statico** e in opposizione ai principi di sperimentazione e cambiamento insiti nella **necessità di cura**. Gli internati nei manicomi si trovavano quindi in condizioni differenti da quanto sancito dalla Costituzione per tutti i cittadini: non potevano avere accesso, per l'intrinseca natura dell'Istituzione che li ospitava, a cure efficaci.

Nel 1978 la **Legge 180** sana dunque questa contraddizione anticostituzionale, rendendo accessibili anche per i disturbi mentali i comuni percorsi di cura.

L'esempio forse più evidente sotto il profilo simbolico è dato dalla collocazione del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC), con la nuova legge un normale reparto "all'interno" degli Ospedali Generali, come tutti i reparti.

Le vicende che hanno caratterizzato la storia della psichiatria in Italia (e non solo nel nostro Paese) illustrano bene come le istanze di rinnovamento si rispecchino, certo non senza resistenze, nelle disposizioni del legislatore.

E' con facilità che nello stesso 1978 la **180** viene assorbita nella **833**: questa Legge infatti, come sancito nel primo articolo (**Il Servizio Sanitario Nazionale e' costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino "l'eguaglianza" dei cittadini nei confronti del servizio**), altro non è, come la **180**, che un passo avanti verso l'accessibilità "in eguale misura" al diritto Costituzionale della Salute, così come in eguale misura devono essere accessibili ad esempio Libertà d'Opinione o Istruzione.

Come tutte le leggi la **833** costituisce un tentativo di riduzione del gradiente tra Costituzione e realtà concreta (si potrebbe dire tra Costituzione e Paese reale), ma pone anche immediatamente in evidenza contraddizioni latenti.

Per esempio: la negazione delle possibilità di cure efficaci si pone solo per i manicomi o per altri tipi di Istituzioni (totali)?

E' rilevando questa contraddizione che alla fine degli anni '90 si arriva ad assorbire all'interno del **SSN** la Sanità Penitenziaria col **Decreto Legislativo n° 230 del 1999** sul riordino della medicina penitenziaria, iniziando un percorso che verrà portato a compimento attraverso il **Decreto del Ministero della Salute del 21.04.2000** (Approvazione Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario) ed il **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del**



**01.04.2008** che dispone il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

E' quindi possibile affermare che se da un lato le istanze provenienti dalla società civile spingono il legislatore a dare risposte appropriate ed evolute, dall'altro sono gli atti del legislatore che creano contraddizioni con l'esistente, determinando i presupposti per ulteriori sviluppi del percorso giuridico.

Occorre ricordare che questo modello di sviluppo giuridico-amministrativo che parte dalla rilevazione di un'iniqua accessibilità ai diritti fondamentali non è specifico per la salute. L'eliminazione di percorsi differenziati nel godimento dei diritti ha riguardato per esempio l'Istruzione, con l'abolizione delle cosiddette "classi differenziali" o, più recentemente, il problema della fecondazione assistita e delle unioni di fatto.

Il riordino della medicina penitenziaria, con l'estensione del diritto alla salute per i cittadini in stato di reclusione, ha reso ancora più evidente la condizione differenziata per i cittadini internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Anche in questo caso la nascita sia nella società sia nelle istituzioni politiche di una nuova e diffusa sensibilità al problema si è intrecciata con lo sviluppo degli strumenti normativi. Basti ricordare l'attività della Commissione Bicamerale per il superamento degli OPG presieduta dall'allora Senatore Marino e la sistematica opera di denuncia da parte delle organizzazioni di pazienti e dei loro parenti, o da parte del **Comitato Stop OPG**.

Nel 1982 la sentenza n° 139 della Corte Costituzionale subordina il provvedimento di ricovero in OPG per l'imputato prosciolto per infermità mentale al previo accertamento della **persistenza** di uno stato di pericolosità sociale, dichiarando inoltre irragionevole la presunzione **assoluta** della persistenza dell'infermità e della pericolosità sociale accertata al momento del reato. Affine a questa sentenza è la n° 249 del 1983.

Il concetto viene ribadito dalla **Legge 663 del 1986**, cd Legge Gozzini, che abrogando l'art. 204 del CP definisce che le misure di sicurezza possono essere ordinate solo previo l'accertamento della pericolosità sociale della persona nel momento in cui il reato è stato commesso, cadendo così la presunzione della pericolosità sociale connessa "de iure" alla malattia mentale.

La sentenza della Corte Costituzionale n° **253 del 2003** sancisce la possibilità per il giudice di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, **una diversa misura di sicurezza**, idonea ad "assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale" **affermando la supremazia della cura sulla sorveglianza**.

La sentenza della stessa Corte n° **367 del 2004** dichiara l'illegittimità costituzionale dell'applicazione provvisoria della misura di sicurezza "nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, **una misura di sicurezza non detentiva**, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale."

Negli ultimi 15 anni emerge insomma con chiarezza per gli **OPG** la stessa contraddizione stridente rilevata per gli Ospedali Psichiatrici Ordinari: l'impossibilità per la natura stessa degli **OPG** (prevalenza degli aspetti statici di custodia su quelli dinamici di cura) di consentire agli internati l'accesso al diritto alla salute.

Il varo della **Legge 81 del 2014** si pone il compito di sanare e superare questa contraddizione.

## **LA PROSPETTIVA DELLA REGIONE SARDEGNA**

Riorganizzando i Servizi per la Tutela della Salute dei pazienti autori di reato e sottoposti a misure di sicurezza, l'Assessorato dell'Igiene e Sanità e

dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna, con **Deliberazione n°9/21 del 10/03/2015**, ha fornito le disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, in attuazione della **Legge Regionale n° 9/2012** e nel contesto della normativa nazionale che, come detto, prevede che le Regioni debbano realizzare per questi pazienti specifiche strutture residenziali sanitarie.

Come previsto dal citato **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'1/04/2008**, queste strutture devono essere realizzate e gestite dal Servizio Sanitario delle Regioni, e rispondere ai requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi indicati nel **Decreto Legge del Ministero della Salute dell'1/10/2012**.

Nella Regione Sardegna i percorsi terapeutico-riabilitativi residenziali per persone in stato di detenzione sono attivati in una **Struttura Residenziale Psichiatrica per Adulti per trattamento a carattere Intensivo (SRPAI) (DGR 53/8 29/12/2014)**.

La nuova struttura, centrale rispetto ad una rete di servizi e in posizione favorevole tenuto conto della viabilità regionale è affidata, al fine di favorire l'inserimento dei pazienti in percorsi alternativi, al Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze della ASL n°6 di Sanluri. Con la **Deliberazione n° 9/21 del 10/03/2015** sopra riportata, infatti, si è dato mandato alla ASL n°6 di Sanluri affinché provveda ad istituire, nella provincia del Medio Campidano, la **SRPAI** che dovrà ospitare i pazienti sardi attualmente ricoverati negli **OPG**, dotata dei requisiti di cui al citato **D.M. 1° ottobre 2012**.

Stante però la necessità di rispettare la disposizione contenuta nella Legge 81/14 di chiudere gli OPG il 31 Marzo 2015 è stata individuata, a seguito di valutazioni legate sia alle esigenze assistenziali che alla bassa complessità degli interventi di adeguamento, un'analogia struttura temporanea costituita da una porzione della Residenza Sanitaria Assistenziale di Capoterra di proprietà della ASL n° 8 di

Cagliari.

La **SRPAI** della nostra Regione non ha solo il compito prioritario di accogliere persone che presentano problemi psichiatrici e ai quali è stata applicata una misura di sicurezza detentiva, ma anche di fungere da centro promotore di innovazione e sviluppo di nuove metodologie di lavoro e di nuove procedure operative, di collaborare con l'Università per produrre evidenze scientifiche, di permettere le visite di supervisione e monitoraggio da parte delle Istituzioni preposte e delle Organizzazioni ed Associazioni di Interesse, e di promuovere la formazione per operatori di comunità.

In termini generali è quindi possibile affermare che l'obiettivo primario della residenza si articola attorno a due elementi: fornire agli ospiti protezione e sicurezza e promuovere una migliore qualità di vita, attivando processi di cambiamento attraverso la partecipazione alle attività della residenza e alla vita della comunità, la riduzione dei tratti patologici della personalità e lo sviluppo delle capacità individuali e di una personalità autonoma.

## LA NOSTRA SRPAI-REMS

Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza costituiscono dunque il tentativo di rendere possibile questi obiettivi, e non solo perché modificano la **forma dell'abitare** della persona sottoposta a misura di sicurezza in quanto non imputabile, perché questo elemento, pur importante, non sarebbe di per sé sufficiente e se ad esso ci si limitasse si finirebbe per dare ragione a chi definisce la Rems "un piccolo OPG".

Le Residenze già nella Legge Nazionale 81/14, e più ancora nei modi in cui la Regione Sardegna di questa legge ha accolto il dispositivo normativo, nascono come luogo di cura aperto a sperimentazioni terapeutiche, proteso verso le risorse del territorio non soltanto in termini di fruizione dei servizi di salute, ma piuttosto di

partecipazione. La soluzione adottata nella nostra Regione sorge in modo non isolato all'interno di un contesto urbano, ed è parte di una struttura sanitaria complessa (la Residenza Sanitaria Assistita di Capoterra) che accoglie cittadini portatori di molteplici bisogni di salute. Sorge inoltre in prossimità di un'altra struttura sanitaria nella quale sono accolti diversi servizi della ASL 8, compresa la Guardia Medica.

Non è prevista la presenza di agenti di Polizia Penitenziaria, essendo in maniera inequivocabile la gestione affidata al solo personale sanitario.

La residenza è orientata a strutturare, attraverso la molteplicità delle sue attività e le cadenze della vita gruppale quotidiana, uno spazio e un tempo per lo sviluppo della vita mentale. I percorsi terapeutico riabilitativi orientati alla acquisizione degli strumenti di conoscenza e gestione delle individuali caratteristiche emotive e di personalità, insieme al recupero delle competenze sociali, in questa prospettiva si attuano nel contesto dell'ambiente sociale della residenza e della comunità, che diviene parte integrante del processo anche attraverso la realizzazione di "laboratori di solidarietà". Sono previsti percorsi di cura e riabilitazione indirizzati a valorizzare, attraverso la realizzazione di spazi di relazione, le risorse della persona.

Il personale è costituito da uno psichiatra a tempo pieno e tre psichiatri che divideranno il loro servizio tra la REMS e il Dipartimento di Salute Mentale della ASL 6, uno psicologo, un tecnico della riabilitazione psichiatrica, dieci infermieri, cinque OSS, un amministrativo e un assistente sociale. E' inoltre prevista la partecipazione di personale esterno specificamente dedicato a particolari progetti riabilitativi: musicoterapia, calcio a cinque, arte-terapia, laboratorio multimediale, giardinaggio e altre attività pratico-manuali.

La sicurezza e la protezione per gli ospiti e per la struttura sono garantiti dalla presenza di un servizio di Guardie Giurate, con due unità di personale per

ciascuno dei tre turni nei quali è organizzata l'attività della Residenza.

## **GLI OSPITI DELLA REMS E LE RELAZIONI TRA LA RESIDENZA E LE ISTITUZIONI**

La REMS è dunque il luogo dove garantire sicurezza e protezione, nel contesto di un percorso terapeutico, per i pazienti ai quali sia stata assegnata una misura di sicurezza detentiva.

Ma sia sotto il profilo della tipologia dei pazienti da accogliere che delle relazioni che la struttura deve mantenere con la costellazione delle Istituzioni la REMS si pone in modo radicalmente differente rispetto agli OPG.

Questi ultimi infatti in maniera acritica accoglievano ogni tipologia di pazienti in un ambiente in cui prevalevano gli omologanti aspetti di custodia, e con scarso riguardo alle specificità che i percorsi terapeutici devono riconoscere ai differenti inquadramenti diagnostici.

La mancanza nel precedente strumento di legge della norma invece attualmente presente che vieta che la misura di sicurezza possa durare più della pena massima prevista per il reato per il quale è stata disposta (la cosiddetta pena edittale), favoriva inoltre negli OPG un atteggiamento autoreferenziale caratterizzato dalla scarsa propensione a mantenere relazioni valide con le istituzioni esterne.

Questa realtà si poneva in forte contrasto con il principio secondo il quale i cittadini non solo hanno il diritto costituzionale alla salute, ma a questo diritto devono poter accedere secondo specifiche esigenze determinate dalla peculiarità dei bisogni di cura (**principio di appropriatezza delle cure all'origine del concetto di Progetto Terapeutico Individualizzato e di Budget di Salute, Legge 328 del 2000**).

Ne consegue la necessità di porsi un interrogativo: quali tipi di cure possono

essere fornite nella **REMS**, ovvero per quali cittadini sono appropriati i percorsi di cura forniti nella **REMS**?

Che non tutti i cittadini riconosciuti incapaci d'intendere e di volere al momento del compimento di un reato richiedessero lo stesso tipo di percorso terapeutico era già esplicito nei dispositivi di legge ora superati dall'attuale normativa del 2014, che prevedevano due tipi di intervento, l'invio in OPG oppure in Casa di Cura e Custodia, riservando il primo a certe tipologie di reato e di realtà clinica, il secondo ad altre (Artt. 212 e 222 CP).

Le citate sentenze della Corte Costituzionale n° 253 del 2003 e n° 367 del 2004 ampliano e diversificano queste possibilità, sancendo che il giudice può adottare, in luogo del ricovero in OPG, una diversa misura di sicurezza, idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale.

Quando si affronta la questione sotto questa prospettiva è impossibile prescindere dalla fondamentale problematica della diagnosi differenziale tra Disturbi Psichiatrici Maggiori (Schizofrenia, Paranoia, Malattia Maniaco-Depressiva) caratterizzati dalla **prevalenza di sintomi psichici quali deliri ed allucinazioni**, e Disturbi di Personalità (in modo particolare Borderline e Antisociale) caratterizzati dalla **prevalenza di disturbi del comportamento**.

La possibilità che anche le persone affette dai secondi possano essere dichiarate non imputabili al momento del compimento di un reato, purché il disturbo sia riconosciuto grave, è stata accolta dal nostro Sistema Giudiziario (Sentenza della Corte di Cassazione, sezioni penali unite, n° **9163 del 2005**) ed è un segno del cambiamento della sensibilità sociale e giuridica del nostro Paese, ma pone la questione di quali siano i provvedimenti terapeutici e le eventuali strutture comunitarie da utilizzare in questi casi.

Il dibattito concettuale sull'argomento è ancora molto aperto all'interno della

Psichiatria che tuttavia, recedendo negli ultimi anni da posizioni forse troppo condizionate da un approccio semplicisticamente biologico nella valutazione della complessità dei processi psichici, incomincia a riconoscere come necessari per le due tipologie di disturbi (Psicosi e Disturbi di Personalità) **modalità di intervento terapeutico differenziato**, improntate nel primo caso prevalentemente a **prassi terapeutico-riabilitative**, nel secondo caso affiancando a queste anche necessarie **prassi correttivo-rieducative**.

Tenendo presente il diversificato ventaglio di soluzioni alternative a cui può far riferimento il giudice in sede di disposizione della misura di sicurezza, è opportuno quindi valutare le diverse soluzioni in base alle peculiarità di cura di cui necessita il singolo, tenendo presenti tutte le tipologie di strutture residenziali e semiresidenziali chiamate ad offrire servizi di cura, riabilitazione e rieducazione mirati sulla natura e sulla gravità del disturbo e sugli obiettivi da raggiungere.

La SRPAI-REMS è destinata ad accogliere pazienti con gravi compromissioni del funzionamento personale e sociale, per i quali si ritengono efficaci interventi ad alta intensità riabilitativa. I trattamenti a carattere intensivo sono indicati in presenza di **compromissioni considerate trattabili** nelle aree della cura del sé e dell'ambiente, della competenza relazionale, della gestione economica, delle abilità sociali, in presenza di livelli di autonomia scarsi ma con **disponibilità ad un percorso di cura e riabilitazione**, e con bisogni di osservazione e accudimento da attuarsi in ambiente idoneo a favorire i processi di recupero.

La SRPAI ed il suo modulo REMS in questa visione sono quindi votati a progettare percorsi di salute fondati su prassi terapeutico-riabilitative fondamentalmente inadatti ad utilizzare metodi pedagogico-correttivi, e non possono quindi essere concepiti come **collettore unico indifferenziato** di bisogni di cura diversi, come invece avveniva per l'OPG, ma come un **nodo di una rete di Servizi** nei quali ogni tipologia di utenza, vedendo accolti i propri specifici

bisogni di salute, possa trovare la giusta accoglienza ed il corretto orientamento terapeutico.

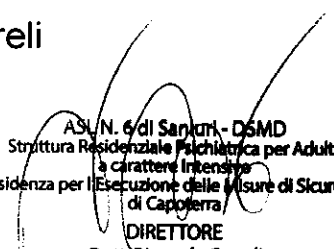
Questi Servizi devono essere fortemente interconnessi ed operanti in modo sinergico e complementare, suddivisi in Istituzioni nelle quali l'intervento sanitario è offerto all'interno di una struttura (**REMS, Centro Clinico delle Case Circondariali, SPDC negli Ospedali Generali, Comunità a diversa Intensità Terapeutica**), ed Istituzioni che possano invece garantire l'accesso alla salute con programmi di assistenza sul territorio, utilizzando le risorse personali, sociali e familiari del cittadino e facendo eventualmente ricorso alle soluzioni offerte dalle Case Famiglia e dai Gruppi Appartamento (**Dipartimenti di Salute Mentale in collaborazione con i Servizi di Assistenza Sociale delle Amministrazioni Locali e con le altre Istituzioni socio-sanitarie del caso**).

Capoterra, 23 Luglio 2015

A Nome del Gruppo di Lavoro della REMS

Il Responsabile della Residenza

Riccardo Curreli



ASL N. 6 di Sanluri - DSMD  
Struttura Residenziale Psichiatrica per Adulti  
a Carattere Intensivo  
Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza  
di Capoterra  
DIRETTORE  
Dott. Riccardo Curreli