



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA APPLICATA
CORSO DI LAUREA IN MANAGEMENT DEI SERVIZI EDUCATIVI E FORMAZIONE CONTINUA
Classe di Laurea Magistrale in Programmazione e gestione dei servizi educativi**

Tesi di Laurea Magistrale

**L'EDUCATORE NEI CONTESTI PSICHIATRICO FORENSI
THE EDUCATOR IN FORENSIC PSYCHIATRIC CONTEXTS**

RELATORE Prof.ssa Ghedin Elisabetta

CORRELATORE Prof.ssa Tino Concetta

LAUREANDA: Fattori Daniela

MATRICOLA 2016807

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

INDICE

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1: ALCUNI CONCETTI CHIAVE	
1.1. Responsabilità e imputabilità	7
1.2. Il concetto di pericolosità sociale e le misure di sicurezza	10
1.3. La Rems: misura di sicurezza psichiatrica detentiva	13
1.4. La libertà vigilata: misura di sicurezza non detentiva	14
1.5. Correlazioni tra imputabilità e pericolosità sociale	14
CAPITOLO 2: L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI PSICHIATRIA FORENSE	
2.1. Cesare Lombroso e i manicomi criminali	19
2.2. Dal manicomio criminale all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario	21
2.3. L'ospedale psichiatrico giudiziario: un'istituzione totale	22
2.4. Il superamento dell'Opg	23
2.4.1. 1904: Legge 36/1904 Prima Legge Organica sull'organizzazione dei Manicomi	24
2.4.2. 1930: Il Codice Rocco E L'invenzione Del Doppio Binario	25
2.4.3. 1978: La Grande Riforma Basaglia E Del Sistema Sanitario Nazionale	26
2.4.4. Gli Anni 2000 - Molteplici Discussioni, Pochi Fatti	27
2.4.5. 2010 - 2011: L'opg Su Rai 3	29
CAPITOLO 3: I LUOGHI DELLA PSICHIATRIA FORENSE	
3.1. La nascita delle Rems	30
3.2. Requisiti delle Rems	34
3.3. La Rems oggi	37

3.4. La nascita delle Comunità Psichiatriche	41
3.5. Le Comunità Psichiatriche oggi	42
3.6. I principi della Comunità Terapeutica Riabilitativa	47
3.7. Il progetto terapeutico riabilitativo	48
3.8. Salute mentale in carcere	50

CAPITOLO 4: I LUOGHI DELLA PSICHIATRIA FORENSE

4.1. Il concetto di Recovery in salute mentale	53
4.2. Il concetto di Cura in Salute Mentale	54
4.3. L'educatore professionale	56
4.4. L'agire educativo	60
4.5. Educatore o Terp?.....	64
4.6. Peculiarità del paziente psichiatrico autore di reato	69

CAPITOLO 5: L'EDUCATORE IN PSICHIATRIA FORENSE: PRESENZA NELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE: RUOLO, FUNZIONI, ATTIVITA'. UNA REVISIONE SISTEMATICA.

5.1. La ricerca	77
5.2. Prima analisi	82
5.3. Interventi educativi in psichiatria forense (non specificata presenza dell'educatore)	84
5.4. Interventi di tipo educativo nei quali è specificata la presenza dell'educatore	85
5.5. Analisi dei contributi ai fini della domanda di ricerca	93
5.6. Bias	95

CAPITOLO 6: RIFLESSIONI PERSONALI E IMPLICAZIONI ETICHE

6.1. Educazione, Pedagogia e il rapporto con le altre scienze: il contributo di Bertolini97

6.2. Considerazioni personali sulla revisione sistematica 101

6.3. Implicazioni etiche..... 104

CONCLUSIONI..... 107

BIBLIOGRAFIA..... 109

INTRODUZIONE

Sono un'educatrice e da dodici anni lavoro in comunità psichiatriche protette che accolgono pazienti psichiatrici autori di reato.

Ho avuto la possibilità di entrare nell'ospedale psichiatrico giudiziario e di conoscere gli internati, ho avuto il privilegio e la fortuna di collaborare all'apertura della prima comunità terapeutica protetta in Veneto, Casa Don Girelli, ideata per l'accoglienza dei pazienti autori di reato dimessi dall'Opg, ho visto nascere la Rems del Veneto e oggi ho l'onore (e l'onere) di coordinare la prima comunità femminile in Italia per donne con patologia psichiatrica autrici di reato, Casa Tezon.

I folli rei quindi, coloro i quali sono stati giuridicamente dichiarati incapaci di intendere e volere al momento della commissione del reato, non sono più internati, ma il Sistema Sanitario Nazionale ha il dovere di farsene carico, in collaborazione con la magistratura, affinché siano implementati per loro progetti terapeutici personalizzati, finalizzati al loro reinserimento sociale.

Il malato mentale, ancorché autore di reato, ha oggi il diritto di essere curato con interventi non solo assistenziali o sanitari, orientati alla riduzione della sintomatologia clinica, bensì realmente riabilitativi, in grado di rendere il paziente autonomo, capace di scegliere liberamente, lungi dai condizionamenti o dalle difficoltà dovute alla malattia, secondo un'idea di salute e benessere che parte da reali bisogni e che contempla nell'uomo non solo aspetti biologici, ma anche fattori psicologici, sociali, relazionali.

Tali processi risultano complessi poiché presuppongono una continua interlocuzione tra aspetti sanitari (legati quindi alla condizione patologica) e aspetti giuridici (afferenti alla sfera del controllo e della sicurezza sociale) la cui relazione non è sempre lineare e prevedibile.

I contesti psichiatrico-forensi sono i luoghi in cui oggi, mediante un articolato lavoro d'equipe multidisciplinare, si tentano di coniugare queste istanze riabilitative e il bisogno di sicurezza sociale.

Anche l'educatore è coinvolto in questa progettualità, quale portatore di un sapere pedagogico non categorizzabile in termini assoluti o normativi poiché continuamente ridefinito in funzione dell'esperienza, possibile solo nell'interazione che ha caratteristiche sempre uniche e irripetibili. Un sapere relazionale e situazionale, qualificato da concretezza

e propensione verso il futuro, che indirizza l'uomo verso il suo personale progetto di vita, nel rispetto della sua etica e della sua idea di sé e del mondo.

Tali obiettivi progettuali sembrano particolarmente ambiziosi se rivolti a persone la cui responsabilità, o capacità di scegliere se compiere o meno azioni illecite o violente, risulta compromessa dalla malattia mentale. Si aggiunga inoltre che la limitazione della libertà personale, dovuta alla misura di sicurezza alla quale sono sottoposte, riduce talvolta le possibilità reali di intervento e di conseguenza le probabilità di successo del progetto stesso.

Queste riflessioni influenzano la mia quotidiana esperienza professionale di educatrice con pazienti rei, rendendola oggetto di continue riflessioni in sede di confronto interdisciplinare, flessibile di fronte alle diverse situazioni e alle diverse soggettività con cui entro in contatto, ma allo stesso tempo salda a principi e orientamenti di senso che direzionano il mio agire e che lo rendono particolarmente incisivo in alcune aree d'intervento. Nasce quindi in me il bisogno di confrontare il mio lavoro con altre esperienze in contesti simili, per confermare o disconfermare la mia visione, nell'intento di trovarvi analogie o discrepanze, per cercare nuovi modi di interpretare o svolgere questo ruolo che mi è affidato.

Il lavoro qui presentato propone quindi una revisione sistematica che analizza, mediante la ricerca di recenti esperienze, ricerche, studi di caso e sperimentazioni, quale sia il ruolo dell'educatore nei contesti psichiatrico forensi, analizzando le funzioni e le attività a lui affidate. L'analisi di codesti contributi ha l'intento di confrontare le varie esperienze ai fini di una possibile categorizzazione, ma anche all'esplorazione di metodologie e strumenti attraverso i quali l'educatore si fa "messaggero" del sapere pedagogico e di come esso contribuisca, in concreto, alla comprensione e al successivo trattamento del paziente psichiatrico autore di reato.

Nel primo capitolo si presentano alcuni concetti di pertinenza prettamente giuridica, fondamentali per delineare la popolazione psichiatrica forense.

Nel secondo capitolo si propone una breve trattazione rispetto all'exkursus storico istituzionale che ha preceduto la creazione degli attuali contesti psichiatrico forensi, ambienti deputati al trattamento del paziente psichiatrico autore di reato, mentre nel terzo si analizzano tali luoghi tentando di comprendere quali siano le specificità che li distinguono e quali le analogie, con particolare riferimento al senso del progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

Nel quarto capitolo si approfondisce la questione educativa, delineando non solo la figura dell'educatore professionale, ma anche i principi e i dispositivi che caratterizzano il suo operare, il concetto di recovery e il concetto di cura pedagogica, relazionando tali assunti alla condizione specifica del folle reo.

Il quinto capitolo è dedicato alla revisione sistematica. La ricerca, condotta secondo il metodo Prisma, mira ad esplorare la presenza degli educatori nei contesti psichiatrico forensi, il ruolo e le funzioni ad esso affidati. Viene analizzato ogni contributo che presenti ricerche, studi, progetti in merito o che documenti quali attività svolge l'educatore, secondo quali strumenti e metodologie.

Gli esiti della revisione sistematica hanno confermato che la professione educativa, proprio per la sua caratteristica di adesione al contesto, difficilmente si può circoscrivere in prassi e definizioni troppo rigide, ma sono comunque emerse alcune aree d'intervento comuni tra le diverse esperienze analizzate.

Le caratteristiche stesse della professione educativa, la complessità e la multisetorialità del trattamento del paziente psichiatrico forense e la necessità di un dialogo con altre discipline coinvolte sono state oggetto di riflessioni e considerazioni personali, illustrate nel sesto capitolo, con particolare attenzione alle questioni etiche che concludono la nostra analisi.

CAPITOLO 1

ALCUNI CONCETTI CHIAVE

Il paziente psichiatrico forense è colui il quale, affetto da una patologia psichiatrica, commette un reato. In questa tesi verrà discusso il ruolo dell'educatore all'interno del trattamento riabilitativo del paziente psichiatrico autore di reato.

Questo tipo di trattamento implica un'interazione costante tra psichiatria clinica, psichiatria forense e diritto penale, richiedendo quindi una necessaria correlazione (e relativa interpretazione) tra definizioni cliniche e giuridiche. Si sviluppa in un dialogo complesso che oscilla tra l'obiettivo terapeutico, afferente all'area clinica, e la dimensione di controllo e limitazione di libertà afferente all'area giudiziaria, con il tentativo di bilanciare le opportunità riabilitative con l'esigenza di garantire la sicurezza personale e sociale.

Al fine di comprendere meglio la legislazione che si pone a fondamento di tale trattamento, è necessario però far riferimento ad alcuni costrutti del diritto che meglio fanno comprendere l'attuale situazione della psichiatria forense e del trattamento del paziente psichiatrico autore di reato.

1.1 RESPONSABILITA' E IMPUTABILITA'

Già il Codice Penale Napoleonico del 1810 citava all'art. 64: *“Non esiste ne' crimine ne' delitto allorchè l'imputato trovavasi in stato di demenza al momento dell'azione, ovvero vi fu costretto per una forza alla quale non potè resistere”*, riconoscendo quindi una sorta di specifica per coloro i quali commettono un crimine senza esserne pienamente coscienti.

Anche il codice Zanardelli, il primo Codice Penale italiano dopo l'unificazione, approvato il 30 giugno 1889, prevedeva norme speciali per coloro che avevano commesso un delitto in stato di infermità mentale che escludeva o diminuiva grandemente *“la coscienza o la libertà dei propri atti”*, e i pazienti considerati “infermi” e “pericolosi” venivano internati negli Ospedali Psichiatrici.

Si faceva quindi riferimento al principio del libero arbitrio, ovvero la piena capacità del soggetto di scegliere il proprio comportamento ed esserne pienamente responsabile.

Sulla scorta di questi costrutti, anche il Codice Rocco, ancor oggi fonte del diritto italiano, esprime all'art. 42 il concetto di **responsabilità** del fatto reato in questi termini: *“Nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e con volontà”*, prevedendo quindi una pena solo per coloro i quali, commesso un reato, siano in piena coscienza e volontà.

Viene quindi successivamente definito, sempre dal Codice Rocco, il concetto di **imputabilità**, nozione fondamentale per la valutazione del paziente psichiatrico autore di reato. Cita così l'art. 85 del codice penale: *“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato se, al momento in cui l'ha commesso, non era imputabile. E' imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere”*.

La “capacità di intendere” può essere definita come idoneità psichica a comprendere e valutare le proprie azioni od omissioni (Volterra, 2020), mentre la “capacità di volere” può definirsi come la capacità di scelta o di autodeterminazione della persona. Entrambi questi costrutti fanno riferimento a funzioni psichiche e cognitive che consentono all'individuo di conoscere i motivi delle proprie azioni, di sottoporle ad un'analisi critica e di scegliere una linea di condotta o una linea normativa a cui conformarsi, sia essa morale o giuridica.

Per quanto riguarda la normativa giuridica, nient'altro è che la comprensione e la consapevolezza di ciò che è lecito e ciò che non lo è.

La volontà è invece, per convenzione giuridica e sociale, libera, quindi colui che commette un fatto reato con capacità volitiva è considerato imputabile.

Coloro che siano, per patologia o per infermità, incapaci di tali valutazioni al momento della commissione di un fatto reato, possono essere dichiarati non imputabili o parzialmente imputabili secondo gli articoli 88 e 89 del Codice Penale:

- Vizio Totale di Mente: *“Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere”* (art. 88 cp).
- Vizio Parziale di Mente: *“Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente senza escluderla, la*

capacità di intendere e di volere, risponde al reato commesso, ma la pena è diminuita” (art. 89 cp).

In entrambi gli articoli viene citato il termine infermità. Una precisazione in merito è proposta da Fornari (2024) nel suo *Trattato di Psichiatria e Psicopatologia Forense*: *“il termine infermità è nozione prettamente giuridica e non equivale a quello di malattia, nozione prettamente clinica”*. Se la situazione di infermità non corrisponde ad una situazione di malattia, non è scontato affermare che tutti coloro i quali commettono un reato e soffrono di un disturbo psichiatrico sono di default incapaci di intendere e di volere. È necessario procedere quindi ad una valutazione delle condizioni di mente dell'indagato al momento del fatto reato è per indagare la capacità di intendere e di volere in quel preciso momento, e non constatare semplicemente che la persona è affetta da patologia psichiatrica.

Tale compito di diagnosi e valutazione è di competenza del perito, che nella fattispecie si tratta di uno psichiatra forense incaricato dal giudice che può, in caso di necessità, avvalersi di altre professionalità ritenute utili all'approfondimento diagnostico.

Esiste una lunghissima trattazione e varie sentenze della Corte di Cassazione che determinano quali disturbi mentali o psicopatologici costituiscano infermità ai fini dell'applicazione sul vizio di mente e si riferiscono, per esempio, alle patologie maggiormente inficianti la capacità di intendere e di volere, la complessa diatriba sulle capacità dei disturbi della personalità nata dalla famosa cosiddetta “sentenza Raso” (n. 9163/2005), o ancora l'esistenza di indicatori psicopatologici ricorrenti al momento del reato.

Per riassumere, Fornari sostiene che vizio di mente, incapacità decisionale e altre condizioni di incapacità esistono solo in quei casi in cui:

- l'agito può essere iscritto in documentate alterazioni psicopatologiche proprie di disturbi mentali specifici,
- questi, per l'intervento di fattori stressanti di natura individuale, situazionale o relazionale, si sono epifenomenizzati nel comportamento oggetto di indagine,
- hanno inciso in maniera significativa sul funzionamento dei meccanismi intellettivi e volitivi del soggetto in azione,
- si sono tradotti in un quadro giuridico di infermità di mente che può essere rilevante ai fini forensi. (Fornari, 2024)

Esplorare questi aspetti, come già detto, è compito del perito psichiatra forense. Ai fini della nostra trattazione è indispensabile esclusivamente ricordare che, colui che commette il reato, se sussistono tali caratteristiche, può essere dichiarato parzialmente incapace o totalmente incapace di intendere e di volere al momento del fatto, e ciò comporta una tipologia di trattamento differente rispetto alla pena prevista per colui che commette un reato in piena volontà e coscienza.

1.2 IL CONCETTO DI PERICOLOSITA' SOCIALE E LE MISURE DI SICUREZZA

È opportuno esplorare brevemente anche il concetto di pericolosità sociale in quanto nella nostra trattazione sarà più volte citato.

L'art. 203 del Codice Penale definisce socialmente pericolosa *“La persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati [...] ed è probabile che commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate all'art. 133”*

L'art. 133, di conseguenza, denominato *“Gravità del reato: valutazione agli effetti della pena”*, cita: *“Nell'esercizio del potere discrezionale [...] il giudice deve tener conto della gravità del reato desunta:*

- 1. dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione,*
- 2. dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato,*
- 3. dalla intensità del dolo o dal grado di colpa,*

“Il giudice deve tener conto altresì della capacità a delinquere del colpevole, desunta:

- 1. dai motivi a delinquere e del carattere del reo*
- 2. dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato,*
- 3. dalla condotta contemporanea o successiva al reato,*
- 4. dalle condizioni di vita individuale, familiare o sociale del reo.*

Questi sono gli indicatori ai quali il giudice deve attenersi quando si accinge a pronunciarsi sulla pericolosità sociale dell'autore di reato e può disporre una misura di sicurezza.

La misura di sicurezza può essere applicata soltanto alle persone socialmente pericolose che abbiano commesso un fatto ritenuto dalla legge come reato (art. 202 cp). Il giudice può revocare la misura di sicurezza qualora ritenga che la persona non sia più socialmente pericolosa (art 206 cp). Le misure di sicurezza non possono essere revocate se le persone ad esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose (art 207 cp).

Per stabilire o meno la sussistenza della pericolosità sociale il giudice è chiamato a riprendere in esame le condizioni della persona che vi è sottoposta, per stabilire se essa è ancora socialmente pericolosa (art.208). Qualora la persona risulti ancora pericolosa, il giudice fissa un nuovo termine per un esame ulteriore. Il giudice revoca l'ordine, quando ritenga che la persona non sia più socialmente pericolosa.

La misura di sicurezza è strettamente connessa al grado di pericolosità sociale di cui all'art. 133 che in alcun modo cita l'infermità ed è riferibile quindi sia alle persone risultate imputabili che non imputabili.

La giurisdizione penale è composta da tre diverse fasi, le indagini, il giudizio e l'esecuzione. Nonostante ognuna presenti caratteristiche proprie e peculiari, esse risultano essenzialmente collegate tra di loro, perché medesima è la finalità che perseguono: la prevenzione della recidiva attraverso la riabilitazione dell'autore del reato. Vediamo ora, nello specifico delle misure di sicurezza, come gli attori coinvolti intervengano nella definizione del processo.

In tema di misure di sicurezza la fase dell'esecuzione rappresenta il momento terminale di una sequenza in cui sono intervenuti: il pubblico ministero, che ne chiede l'applicazione provvisoria nell'immediatezza dei fatti; il giudice, che valuta la sussistenza della capacità di intendere e di volere e individua la misura di sicurezza che ritiene opportuna nel caso specifico.

La magistratura di sorveglianza subentra invece "a cose fatte", ossia contestualmente alla sentenza divenuta definitiva, atteso che per i soggetti non imputabili non vi è alcuna pena da espiare. La fase dell'esecuzione comprende ciò che attiene all'applicazione, sostituzione e revoca della misura di sicurezza disposta in sentenza, sottratta, però, alla competenza del giudice dell'esecuzione in quanto affidata al magistrato di sorveglianza.

Secondo la vigente legislazione, la finalità della valutazione relativa all'applicazione, sostituzione, conferma o revoca della misura di sicurezza custodiale è quella di tutelare la collettività dal pericolo di recidiva e, pertanto, è richiesto alla magistratura di sorveglianza di accertare la sussistenza della pericolosità attuale dell'autore di reato. (Fadda, 2019).

Le misure di sicurezza si distinguono in detentive e non detentive.

L'art. 215 del Codice penale elenca le differenze tra misure detentive e non detentive, anche se ad oggi tale distinzione risulta del tutto inattuale dal momento che molte istituzioni citate dalla normativa non esistono più.

Sono misure di sicurezza detentive:

- l'assegnazione a una colonia agricola o a una casa di lavoro,
- il ricovero in una casa di cura e custodia,
- il ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario,
- il ricovero in un riformatorio giudiziario.

Sono misure di sicurezza non detentive:

- la libertà vigilata,
- il divieto di soggiorno in uno o più comuni, o in una o più province,
- il divieto di frequentare pubblici spacci di bevande alcoliche,
- l'espulsione dello straniero dallo Stato.

Nel caso dei pazienti psichiatrici autori di reato, la pericolosità sociale è correlata alla patologia mentale e non ad altri tipi di pericolosità sociale.

“Qualora si ravvisi (mediante una valutazione di tipo peritale) una patologia psichiatrica tale da costituire vizio parziale o totale di mente al momento dell'accertamento, la pericolosità sociale si identifica con la necessità di cura, tutela, protezione e di controllo dal rischio psicopatologico”. (Fornari, 2024, p.186)

Per questi motivi, l'applicazione della misura di sicurezza deve essere subordinata all'accertamento della presenza e persistenza della pericolosità sociale dell'imputato prosciolto per infermità psichica.

Le misure di sicurezza dovrebbero essere in grado di coniugare contemporaneamente esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale. È di fondamentale importanza avere chiaro il quadro della personalità dell'autore, così da poter inquadrare al meglio l'azione illecita commessa e valutare quale misura di sicurezza sia idonea a curare e prevenire il pericolo di recidiva (Fadda, 2019).

Nel caso del paziente psichiatrico forense le misure di sicurezza sono irrogate dal giudice della cognizione o dell'esecuzione e sono gestite nel loro svolgersi dalla sanità, con la supervisione del magistrato di sorveglianza che vigila, revoca o proroga la misura stessa. Il magistrato di sorveglianza ha competenza in diverse materie attinenti all'esecuzione della pena in carcere, delle misure alternative alla detenzione, delle misure di sicurezza e delle sanzioni sostitutive.

In particolare (per ciò che interessa alla nostra domanda di ricerca):

- sovrintende all'esecuzione delle misure alternative alla detenzione carceraria,
- provvede al riesame della pericolosità sociale e alla conseguente applicazione, esecuzione e revoca, delle misure di sicurezza disposte dal tribunale ordinario. (Fadda, 2019)

L'accertamento della presenza e persistenza della pericolosità sociale criminale spetta sempre al giudice (art. 203 cp).

Per i pazienti psichiatrici autori di reato, il magistrato può avvalersi della consulenza di figure sanitarie che forniscano indicatori clinici interni e anche psicosociali esterni, ma anche dell'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna – Uepe. (Legge 154/2005)

Non esiste alcuna distinzione in termini giuridici tra una pericolosità sociale criminale e una pericolosità sociale psichiatrica.

Le misure di sicurezza, come già citato, si differenziano in detentive e non detentive. Al paziente psichiatrico autore di reato che venga ritenuto socialmente pericoloso, verrà irrogata o una misura di sicurezza detentiva (ricovero in Rems) o una misura di sicurezza non detentiva (sovente la libertà vigilata).

1.3 LA REMS : MISURA DI SICUREZZA PSICHIATRICA DETENTIVA

Rems è l'acronimo di Residenza per l'esecuzione della misura di sicurezza. La Rems è stata istituita con la Legge 81/2014 e, come vedremo e analizzeremo nelle pagine seguenti, è una struttura di tipo sanitario e terapeutico.

L'internamento in Rems è ad oggi considerato una misura di sicurezza psichiatrica di tipo detentivo. In Rems non si sconta una pena, si accede a tale istituzione solo se considerati non imputabili per vizio totale o parziale di mente, e lo scopo finale dell'internamento in Rems è il trattamento terapeutico e riabilitativo del paziente (considerato tale e non detenuto).

1.4 LA LIBERTA' VIGILATA: MISURA DI SICUREZZA NON DETENTIVA

Art. 228 c.p. LIBERTA' VIGILATA

“La sorveglianza della persona in stato di libertà vigilata è affidata all'Autorità di pubblica sicurezza. Alla persona in stato di libertà vigilata sono imposte dal giudice prescrizioni idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati. Tali prescrizioni possono essere dal giudice successivamente modificate o limitate. La sorveglianza deve essere esercitata in modo da agevolare, mediante il lavoro, il riadattamento della persona alla vita sociale. La libertà vigilata non può avere durata inferiore a un anno.”

Al Magistrato di Sorveglianza spetta il compito di indicare in quale luogo possa essere applicata la misura di sicurezza, su indicazione e parere del Servizio Sanitario che ha in carico il paziente sottoposto a misura.

1.5 CORRELAZIONI TRA IMPUTABILITA' E PERICOLOSITA' SOCIALE

È importante conoscere la correlazione tra i concetti di imputabilità, pericolosità sociale e misura di sicurezza poiché tale nesso determina il trattamento al quale sarà destinato il paziente psichiatrico autore di reato. Tale aspetto involge il problema del rapporto intercorrente e del dialogo necessario tra diritto e psichiatria penitenziaria.

In passato, infatti, sussisteva un vero e proprio connubio, in quanto entrambe (diritto e psichiatria) muovevano verso una prospettiva di forte difesa sociale e vedevano nella malattia mentale una vera e propria disfunzionalità organica insita nel cervello. Oggi, invece, questa idea è radicalmente mutata, grazie all'evoluzione non solo della scienza psichiatrica ma anche della giurisprudenza, soprattutto della Corte costituzionale, in tema di pericolosità presunta e di adeguatezza della misura di sicurezza alla cura (sentenze n. 253/2003 e n. 367/2004) (Fadda, 2019).

Si presenta quindi una situazione nella quale il diritto chiede alla scienza medica un supporto tecnico alle sue decisioni. Il giudice, partendo da una propria autonomia di giudizio, ha la concreta possibilità di incaricare dei professionisti esperti, ovvero psichiatri specializzati in psichiatria forense, che avranno il compito di individuare le condotte di reale valenza di malattia (distinguendole ad esempio da quelle riconducibili al disagio sociale o all'adesione ad un modello culturale deviante), e di scegliere un percorso terapeutico adatto, anche in collegamento con i servizi territoriali.

Anche la valutazione della capacità di intendere e di volere al momento del fatto è rimessa al perito, ma, poiché spesso l'accertamento della pericolosità sociale dipende dalla presenza e gravità della malattia, allora, anche questa valutazione (inerente la pericolosità) finisce per essere rimessa al perito. Tutto ciò pare ricondursi ad un compito, quello del perito, di giudizio sulla responsabilità e quindi sulla libertà del soggetto, giudizio che invece dovrebbe essere in capo al giudice. Ma il perito non ha la competenza per esprimersi sulla responsabilità e sull'imputabilità e dovrebbe limitarsi alla comprensione clinico-fenomenologica dell'atto criminoso ed elaborare un programma di trattamento finalizzato alla risocializzazione.

Di fatto pare che la domanda a cui si cerca di rispondere con un'analisi peritale non sia tanto sul come curare un paziente, ma come salvaguardare la società da rischi e possibili recidive.

La pericolosità però non è il naturale effetto di una patologia, anzi, le malattie mentali gravi non sono predittive di violenza futura. Alla luce di questo la valutazione della recidiva non può basarsi sulle considerazioni delle sole caratteristiche psicopatologiche individuali, ma dovrebbe tenere in considerazione le componenti sociali, ambientali, culturali che possono essere determinanti per valutare il rischio di ulteriori fatti criminosi.

Dunque, la verifica circa la sussistenza di pericolosità sociale è una valutazione propria del giudice, a lui deve essere demandata e lui deve assumersene la responsabilità. Ciò avverrà,

poi, secondo i vari criteri andatisi a delineare nel tempo: la verifica circa la commissione di altri reati, il comportamento tenuto durante il tempo intercorso dall'inizio della detenzione o in misura di sicurezza, il rapporto con gli organi di pubblica sicurezza, le possibilità evolutive o peggiorative del disagio, la consapevolezza di malattia in quanto presupposto per la sottoposizione volontaria e continua alle cure (Fadda, 2019).

La previsione della misura di sicurezza deve rappresentare una conseguenza soltanto della presenza e attualità della pericolosità sociale e non della mera sussistenza di una malattia mentale.

Proponiamo di seguito la classificazione proposta da Fornari (2024) che riassume in modo schematico e conciso la relazione tra imputabilità, pericolosità sociale e misura di sicurezza, distinguendo il vizio di mente (al momento del reato) dalla necessità di cura e controllo e differenziando i gradi di pericolosità sociale.

Tale classificazione permette un dialogo tra le due discipline coinvolte, in quanto evidenzia come la pericolosità sociale psichiatrica, stabilita dal perito a prescindere dal vizio di mente rilevato al momento del fatto reato, influenzi di conseguenza l'applicazione della misura di sicurezza irrogata dal giudice.

IMPUTABILITA' E PERICOLOSITA' SOCIALE	MISURA DI SICUREZZA ADOTTATA
VIZIO TOTALE DI MENTE + NECESSITA' DI CURA, PROTEZIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO PSICOPATOLOGICO	ELEVATA PERICOLOSITA' SOCIALE: PROSCIoglimento, Internamento in REMS AFFERENTE AL DSM ATTENUATA PERICOLOSITA' SOCIALE: LIBERTA' VIGILATA TERAPEUTICA CON AFFIDAMENTO AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE
VIZIO TOTALE DI MENTE E ASSENZA DI NECESSITA' DI	PROSCIoglimento e ARCHIVIAZIONE DEL CASO. SE VI ERA UNA MISURA

<p>CURA, PROTEZIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO PSICOPATOLOGICO</p> <p>ASSENZA DI PERICOLOSITA' SOCIALE</p>	<p>CAUTELARE, NE VIENE ORDINATA LA CESSAZIONE. SEGNALAZIONE DEL CASO AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</p> <p>MANCANO I PRESUPPOSTI DI LEGGE PER UN INTERNAMENTO IN REMS</p>
<p>VIZIO PARZIALE DI MENTE + NECESSITA' DI CURA, PROTEZIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO PSICOPATOLOGICO</p> <p>PERICOLOSITA' SOCIALE PSICHIATRICA PRESENTE E PERSISTENTE</p>	<p>PENA DIMINUITA DI UN TERZO E LIBERTA' VIGILATA TERAPEUTICA CON AFFIDAMENTO AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE PER ATTENUAZIONE DI NECESSITA' DI CURA, DI PROTEZIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO PSICOPATOLOGICO</p>
<p>VIZIO PARZIALE DI MENTE E ASSENZA DI NECESSITA' DI CURA, PROTEZIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO PSICOPATOLOGICO</p> <p>NON PERICOLOSITA' SOCIALE PSICHIATRICA</p>	<p>PENA DIMINUITA DI UN TERZO E NESSUNA APPLICAZIONE COATTA DELLA MISURA DI SICUREZZA, ASSENZA DI NECESSITA' DI CURA, PROTEZIONE E CONTROLLO DEL RISCHIO PSICOPATOLOGICO.</p> <p>EVENTUALE SEGNALAZIONE AL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</p>

Classificazione contenuta in Fornari U., Trattato di Psicopatologia e di Psichiatria Forensi, 9a ed., Tomo primo, Milano, Utet, 2024, pp 191

Tale classificazione evidenzia che, qualora vi sia una necessità di cura, protezione e controllo del rischio psicopatologico per il paziente psichiatrico forense, è affidata ai

dipartimenti di salute mentale la responsabilità di implementare appositi progetti terapeutici aventi come obiettivo la diminuzione del rischio psicopatologico e, per logica conseguenza, la responsabilità di far scemare la pericolosità sociale del soggetto coinvolto poiché correlata a fattori psicopatologici. La misura di sicurezza è quindi strettamente collegata al bisogno di cura del paziente e alla necessità di controllo di eventuali recidive conseguenti ad una situazione psicopatologica considerata rischiosa.

Si nota inoltre che, in caso di vizio totale di mente dell'autore di reato e assenza di necessità di cura, controllo e protezione, il procedimento viene archiviato e la persona che ha commesso reato viene prosciolta. Si ricorda quindi che la persona con vizio totale di mente, attestato scientificamente dal perito, non è mai considerata responsabile del fatto commesso, in quanto incapace di intendere e di volere.

CAPITOLO 2

L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI PSICHIATRIA FORENSE

2.1 CESARE LOMBROSO E I MANICOMI CRIMINALI

La nascita degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari può essere ricondotta ufficialmente al 1876, anno di apertura del primo “reparto per maniaci” nell'ex convento di Aversa. Si trattava di un reparto *ad hoc*, istituito per accogliere i detenuti considerati “pazzi” secondo le categorie diagnostiche dell'epoca. Nasceva così il primo manicomio criminale del regno d'Italia.

Fu Cesare Lombroso, notoriamente considerato come il fondatore della classica criminologia, che nel 1872 coniò per la prima volta il termine **manicomio giudiziario**, dichiarando che alcuni delinquenti avevano bisogno di un luogo diverso: *“tra i delinquenti ve n'è tanti per cui la prigione è un'ingiustizia, la libertà un pericolo, a cui mal si provvede da noi con mezze misure che violano ad un tempo la morale e la sicurezza”* teorizzando di conseguenza la necessità per loro di appositi luoghi *“quelli che furono spinti al delitto da un abituale, evidente infermità [...] Gli alienati provenienti dalle carceri, che notoriamente passarono una parte della loro esistenza nei vizi, nei delitti, dovranno essere segregati in appositi compartimenti”* (Miravalle, 2015).

Il contributo di Lombroso appropria una prima ancestrale distinzione tra folli rei (coloro che commettono un reato e sono dichiarati non imputabili) e rei folli (coloro i quali sono stati dichiarati imputabili, quindi condannati, ma valutati in un secondo momento incompatibili con il carcere per disturbi psichiatrici o sopraggiunta infermità), conosciuta e così chiamata per la prima volta da Scarpa (2013), ma soprattutto pare porre le basi per ciò che sarebbe diventato poi il sistema a Doppio Binario del Codice Penale.

Aggiunge Lombroso nell'anno 1897, in “L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria: cause e rimedi” (Lombroso, 1897), una prima categorizzazione che potremmo definire “diagnostica”, importante citarla per comprendere poi le successive evoluzioni verso un approccio sempre più positivista, scientifico, avanzato dalla ricerca in medicina che ha successivamente introdotto categorie diagnostiche ben più puntuali rispetto a quelle dell'epoca: *“abbiamo veduto come l'isterico, l'alcoolista, il mitomane omicida, il dipsomane, il piromane, il cleptomane, l'affetto da follia transitoria, riproducano molti dei caratteri dell'epilettico, e presentino come questo una*

esagerazione del pazzo morale. E perfino nel mattoide, che nella calma abituale, nell'assenza di caratteri degenerativi e di eredità”

In quegli anni non esistevano istituti a gestione pubblica per pazienti psichiatrici, men che meno per gli autori di reato affetti da disturbo mentale. Costoro ricevevano trattamento solo nell'ambito del settore privato e, fino al XX secolo, non essendovi disposizioni pubbliche e controlli da parte delle autorità sanitarie, gli ordini monastici ed ecclesiastici della penisola garantivano luoghi di “affido” e collocazione per chi era affetto da queste malattie: tali contenitori (denominati, di volta in volta, “manicomî” o “frenocomî”) agivano con piena libertà sulle decisioni di internamento e sulle “cure” più appropriate.

Lombroso teorizza inoltre, per la prima volta, la necessità di un intervento “speciale” per i criminali che presentavano le caratteristiche sopra citate: *“Intanto dovunque mancano o difettano questi manicomî criminali, io chiederei almeno che si stabiliscano nelle grandi case di pena dei comparti per i condannati impazziti, in cui la sorveglianza esteriore pur restando eguale, mutasse la disciplina, il metodo del vitto, di convivenza, di lavoro; e che nei manicomî dei grossi centri, regionali almeno, si aprissero dei comparti speciali per le forme intermedie di pazzi criminali, sorvegliati da un apposito personale, in cui la dimissione non possa aver luogo se non con istraordinarie cautele.”*

Lombroso si fa anticipatore di quelle che oggi chiameremo “Articolazioni per la salute mentale” presenti nelle carceri previste dal DPR 230/2000 agli articoli 111 e 112 *“volte a garantire servizi di assistenza rafforzata per rendere il regime carcerario compatibile con i disturbi psichiatrici. Tali reparti sono destinati a condannati o internati che sviluppino una patologia psichiatrica durante la detenzione o a condannati affetti da vizio parziale di mente”* (Centonze, 2021). Queste sezioni speciali, attualmente presenti solo in alcune realtà detentive, sono pensate per raggiungere l'obiettivo formale di garantire a questi casi adeguati percorsi trattamentali e risocializzanti e la permanenza non è consentita per un periodo superiore a 30 giorni. Lungi dal disquisire se è possibile istituire percorsi trattamentali propriamente chiamati riabilitativi in 30 giorni e in contesti così limitanti come gli istituti di pena, il RAPPORTO ANTIGONE *“Salute mentale in carcere, o della solitudine”* del 2021 dichiara *“molto spesso infatti, l'approccio terapeutico nelle sezioni di osservazione si limita al contenimento del detenuto, spesso in acuzie, e alla somministrazione della terapia farmacologica, dando priorità a ragioni di ordine e sicurezza.”*

Aggiunge inoltre il Lombroso *“La direzione (dei manicomi giudiziari) dovrebbe essere medica, il personale carcerario. Gli individui riconosciuti abitualmente pericolosi e già sottoposti a vari processi non potranno essere dimessi mai; gli alienati, a follia istantanea, od intermittente, che offrano segni di perfetta guarigione, saranno segnalati per la dimissione dopo uno o due anni di osservazione, ma sottoposti, dopo la loro uscita, a visite mediche mensili per molti anni di seguito”*

Di fatto la composizione del personale così come prevista dal criminologo piemontese, rimase inalterata fino alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (che sarà analizzata successivamente). È importante osservare tale questione poiché, non essendo considerata minimamente l'accezione riabilitativa o rieducativa all'interno degli Opg, la figura dell'educatore non è mai stata contemplata.

2.2 DAL MANICOMIO CRIMINALE ALL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO

È con l'avvento dei cambiamenti culturali in campo medico, giuridico e sociale degli anni Settanta del 1900 che si assiste alla trasformazione da manicomi a Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Nel concreto, la Legge n. 354 del 1975 ha stravolto il sistema carcerario italiano, inserendo nell'ordinamento penitenziario italiano la finalità di rieducazione del detenuto con atti adeguati alla dignità umana. Le condizioni degli internati psichiatrici però, paiono non aver subito alcun cambiamento radicale: gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari risultarono essere un mero cambio di definizione, per una realtà – quella dei manicomi – sostanzialmente rimasta invariata.

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia in quel momento erano sei:

- OPG “Filippo Saporito” ad Aversa (CASERTA)
- OPG Barcellona Pozzo di Gotto a (MESSINA)
- OPG Castiglione delle Stiviere (MANTOVA)
- OPG Villa Ambrogiana a Montelupo Fiorentino (FIRENZE)
- OPG Sant'Eframo (NAPOLI)
- OPG Reggio Emilia

Il folle era considerato incurabile, pericoloso, irresponsabile e quindi da isolare dalla società e da rinchiudere, spesso per sempre, in un'istituzione manicomiale. *“L’opg è diventato proprio la fusione del carcere e del manicomio, con la finalità di preservare la collettività dal pericolo di recidiva del “reo-folle”, senza considerare la possibilità di curare il paziente”* (Fadda, 2019). Il concetto di pericolosità sociale era insito in quello di malattia mentale. Le istanze di difesa sociale e un concetto di cura di tipo custodialistico-coercitivo superavano di gran lunga quelle di tipo terapeutico-riabilitativo.

Di seguito analizzeremo il lungo e travagliato percorso dalla chiusura degli OPG fino ad arrivare alle attuali Rems, fortemente intrecciato ai mutamenti dell'ordinamento giuridico e alle ideologie riformatrici emerse in seno alla psichiatria per quanto riguarda l'evoluzione del concetto di malattia mentale e i conseguenti obiettivi di cura e/o di custodia.

2.3 L'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO: UN'ISTITUZIONE TOTALE

“Sarebbe peccato originale approfondire il superamento dell’Opg senza conoscerne la storia e i suoi intrecci con un concetto saliente della sociologia del diritto penale come quello di istituzione totale”. (Miravalle, 2015)

Per parlare di istituzione occorrono quattro caratteristiche che la identifichino in quanto tale:

- la dimensione sovraindividuale: essere ente collettivo, ovvero mettere insieme più individui per raggiungere qualche scopo o svolgere qualche funzione;
- la stabilità e la persistenza nel tempo: una durata (anche non prestabilita) che garantisca certezza e ripetitività dei rapporti, tale da rendere l'istituzione stessa resistente ai cambiamenti;
- la strutturazione delle relazioni sociali, delle interazioni, dei comportamenti che vi si svolgono all'interno, perché diventino pratica.
- la regolamentazione e i vincoli di carattere normativo: regolamenti, convenzioni, norme, modelli di comportamento che esercitano sugli individui un potere coercitivo. (Gecchele & Dal Toso, 2019)

Alla luce di quanto esposto, non si può evitare la questione del potere, fenomeno sociale che in questi luoghi può raggiungere il suo livello estremo, trasformandosi in asimmetria tra

soggetti, benché ad esercitare tale potere siano autorità costituite e legittimate, con leggi, regole e competenze socialmente riconosciute.

Si può in questo caso parlare di istituzioni totali poiché in questi luoghi venivano quasi totalmente, anche fisicamente, impediti gli scambi sociali con l'esterno. Le istituzioni totali tendono ad impedire o limitare le interazioni sociali, le persone all'interno di un'istituzione di questo tipo, spesso non sono libere di frequentare posti diversi, persone diverse o scegliere di sottostare ad una diversa autorità, ma le sue relazioni e le sue possibilità sono solitamente eterodirette, da schedature orarie rigide e ripetitive, divieti e imposizioni. L'istituzione diviene così invasiva da far presupporre una limitazione della libertà personale.

Goffman, definisce così le istituzioni "totali": *"luogo di residenza e di lavoro di gruppi di persone che, tagliate fuori dalla società per un considerevole periodo di tempo, si trovano a dividere una situazione comune, trascorrendo parte della loro vita in un regime chiuso e formalmente amministrato"* (Goffman, 2010)

Ancora si possono definire istituzioni totali, coloro le quali hanno la "peculiarità di impadronirsi del tempo e dello spazio del soggetto, offrendo in cambio un certo modello di vita e impedendo il contatto con il mondo esterno, attraverso il controllo totale" (Gecchele & Dal Toso, 2019)

Nonostante l'obiettivo esplicito di rieducazione, non è inusuale che l'internato, con la lenta e graduale assimilazione delle norme dell'istituzione stessa, finisca con il perdere la capacità di autodeterminazione, autonomia e libertà di scelta.

E dove vi è una dimensione di potere o asimmetria, di limitazione della libertà di scelta personale, non può esservi spazio per l'educazione e la pedagogia, o per lo meno non possono esserne riconosciuti né raggiunti gli autentici frutti che essa può far raggiungere.

2.4 IL SUPERAMENTO DELL'OPG

Quando si parla di superamento degli Opg (destinati alla reclusione dei soggetti autori di reato dichiarati non imputabili a causa di problemi psichici), non si può non citare Franco Basaglia. Basaglia è stato un importante psichiatra, esponente del movimento antipsichiatrico e pioniere, fautore della famosa legge 180/1978 che si adoperò per la

chiusura dei grandi manicomi civili, dando il nome alla più significativa riforma nel campo della psichiatria. Egli avviò un vero e proprio processo di deistituzionalizzazione, chiudendo le porte dei manicomi e aprendo le frontiere verso una nuova psichiatria. Si è passati dall'ospedale Psichiatrico alla Psichiatria di Comunità che, attraverso la rete dei servizi del Dipartimento di Salute mentale, gestisce i percorsi terapeutico-riabilitativi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e per l'acuzie nei servizi ospedalieri.

La legge 180/78 che prevedeva la soppressione dei manicomi civili non riguardava, tuttavia, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), ovvero quegli istituti definiti prima della riforma dell'ordinamento penitenziario del 1975 (Legge 354/75) come Manicomi Giudiziari (Cimino, 2014).

Citare le tappe cruciali di tale percorso di superamento, analizzandone brevemente l'exkursus storico e legislativo, ci aiuterà a comprendere in modo molto più completo l'attuale situazione della cosiddetta psichiatria forense.

2.4.1. 1904: LEGGE 36/1904 PRIMA LEGGE ORGANICA SULL'ORGANIZZAZIONE DEI MANICOMI

L'art 1 cita: *“debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo e non siano o non possano essere convenientemente custodite o curate fuorché nei manicomi. Sono compresi sotto questa denominazione, agli effetti della presente legge, tutti quegli istituti, comunque denominati, nei quali vengono ricoverati alienati di qualunque genere”*.

Si riscontra una tendenziale omogeneità tra i malati di mente e i malati di mente autori di reato, all'infuori della denominazione degli istituti (manicomi civili per i primi, manicomi giudiziari per i secondi).

È escluso il ricovero in manicomio per tutte le persone che, nella manifestazione della loro malattia, non rappresentino pericolo di ordine sociale per sé o per gli altri.

2.4.2. 1930: IL CODICE ROCCO E L'INVENZIONE DEL DOPPIO BINARIO

Il Codice Rocco inserisce per la prima volta il principio del “doppio binario” nell’ordinamento giuridico italiano. Alle classiche pene, si affiancano le cosiddette misure di sicurezza (tra cui il ricovero in OPG), destinate alle persone non imputabili per vizio di mente totale o parziale ritenuti però socialmente pericolosi.

Vi sono tre elementi da considerare:

- la misura di sicurezza del ricovero in manicomio è di esclusiva competenza penale (non sanitaria), quindi prerogativa di assegnazione esclusiva da parte di un giudice penale;
- nel sistema penale la follia è considerata in base al grado di pericolosità sociale, concetto non altrimenti ben definito con assenza di indicatori;
- l’art 222 fissa dei termini minimi di durata della permanenza in manicomio giudiziario: *“Nel caso di proscioglimento per infermità psichica [...] è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a due anni” [...] “La durata minima dell'internamento è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena di morte o l'ergastolo”* (Art. 222 cp)

Da ricordare che l’articolo 222 del codice penale è stato dichiarato incostituzionale con sentenza della Corte Costituzionale n. 253/2003 del 18/07/2003, ma di questo parleremo più tardi.

Fino al 1975 non vi sono stati fondamentali mutamenti alla situazione fin qui proposta, ma vale la pena citare:

- Nel 1948 viene promulgata la Costituzione Italiana. All’articolo 32, *“La repubblica tutela la Salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”*, l’Assemblea costituente riconosce dignità alla condizione di malato, tutelandone la salute e garantendo la dignità della persona.
- Alla fine dello stesso anno, 1948, la Dichiarazione Universali dei Diritti dell’Uomo, documento sui diritti della persona adottato dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite, ribadisce gli stessi diritti alla persona (Art. 25 Diritto alla Salute).

- Negli stessi anni l'evoluzione della scienza psichiatrica aumenta l'uso di psicofarmaci e si sperimentano le prime forme di psicoterapia individuale per far fronte ai gravi sintomi della malattia mentale, tra cui l'aggressività e la violenza. *“La scoperta di sostanze neuroattive, ha in certo qual modo cambiato radicalmente la psichiatria nella misura in cui ha reso più gestibile il malato rispetto al passato, diventando una disciplina che cura e talvolta guarisce”*. (Fadda, 2019)
- La legge 431/1968 (Legge Mariotti) introduce la possibilità di ricovero volontario in manicomio civile su richiesta del malato. L'art 4 della stessa legge cita: *“L'ammissione in ospedale psichiatrico può avvenire volontariamente, su richiesta del malato, per accertamento diagnostico e cura, su autorizzazione del medico di guardia. In tali casi non si applicano le norme vigenti per le ammissioni, la degenza e le dimissioni dei ricoverati di autorità”*. Questa legge apparentemente marginale, di fatto è stata anticipatrice di capisaldi della successiva Legge Basaglia, poiché ha consentito l'ampliamento dei budget per l'assistenza sanitaria all'interno degli ospedali psichiatrici, accomunandoli ai classici ospedali, ha istituito l'apertura dei CIM (centri d'igiene mentale) e aprendo di fatto la strada all'idea che la gestione della salute mentale potesse avvenire anche al di fuori delle mura del manicomio, lasciando a quest'ultimo solo una funzione di tipo custodialistico.
- Nel 1975 con legge 354 il manicomio criminale diviene Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Comincia a farsi spazio l'idea che tale istituzione debba essere meno custodialistica e meno coercitiva, ma più orientata alla cura e riabilitazione del paziente. Un'altra importante novità riguarda l'inserimento nel nostro ordinamento della figura del Magistrato di Sorveglianza, quale organo di garanzia della legalità nell'esecuzione della pena, sia essa detentiva o non.

2.4.3. 1978: LA GRANDE RIFORMA BASAGLIA E DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

La legge 180 del 1978, poi ripresa nella Legge 833/1978 (*Riforma del Sistema Sanitario Nazionale*), ha sancito un primo realistico cambiamento del modello di trattamento delle malattie mentali.

La rete dei servizi del Dipartimento di Salute mentale è chiamata a gestire i percorsi terapeutico-riabilitativi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e per l'acuzie nei servizi

ospedalieri. L'idea di territorialità della presa in carico del paziente e di psichiatria di comunità, assunta accanto al riconoscimento del principio di responsabilizzazione del malato, cominciano a generare un nuovo punto di vista sulla salute mentale, ma purtroppo la mancata inclusione degli ospedali Psichiatrici Giudiziari nell'ambito delle strutture ospedali Psichiatrici da superare, ha determinato un diverso regime di cura per i malati di mente autori di reato (Zanalda & Mencacci, 2012).

Il modello di manicomio entra in crisi, non solo grazie al nuovo modello di psichiatria proposto da Franco Basaglia, ma anche a causa di numerosi casi di mala gestione ed abusi all'interno delle strutture.

Miravalle (2015) cita lo stesso Basaglia: *“La legge del 1904 [...] con l'alibi della “pericolosità” di certi individui suggellava l'abbraccio mortale tra psichiatria e giustizia, favorendo segregazioni e torture”*, ma dal momento che la sua riforma riguardava principalmente la sanità e non la giustizia, non si è potuto creare un dialogo proficuo tra le due istanze e la questione OPG è rimasta pressoché irrisolta fino ai primi anni 2000.

2.4.4. GLI ANNI 2000 - MOLTEPLICI DISCUSSIONI, POCCHI FATTI

Nel 2003 con sentenza n. 253 la Corte Costituzionale si pronuncia sull'incostituzionalità dell'art. 222 del codice penale *“in contrasto con l'articolo 3 della Costituzione e a sua volta denunciato nella parte in cui, nei riguardi del soggetto prosciolto per infermità psichica, giudicato socialmente pericoloso, impone sempre di adottare la misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, senza consentire [...] di adottare altre misure, e in specie quella della libertà vigilata, con eventuali prescrizioni”*. Vi è di fatto l'impossibilità del giudice di stabilire per il folle reo socialmente pericoloso, un'alternativa al ricovero in OPG.

La Corte osserva che *“incostituzionale è il vincolo rigido imposto al giudice di disporre comunque la misura detentiva [...] anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata [...] appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale.”*

A proposito di questo, Brandi e Iannucci dichiarano: *“I servizi di salute mentale, ormai da taluni anni, in specie dopo le innovazioni della Corte costituzionale in materia di applicabilità delle misure di sicurezza non detentive per infermi di mente con una pericolosità sociale*

contenuta, debbono ora pronunciarsi sulla possibilità di adottare per tali pazienti misure terapeutiche adeguate, anche di tipo residenziale". (Volterra, 2020)

Comincia a farsi spazio l'idea che, anche grazie all'evoluzione della farmacologia, ai nuovi interventi terapeutici possibili, l'internamento in OPG può risultare anti-terapeutico e debbano necessariamente essere ipotizzate alternative più dignitose, più riabilitative e meno contenitive.

E' proprio in questi anni che cominciano, grazie anche ad un più minuzioso lavoro peritale di diagnosi e prognosi in fase processuale, che si prospettano misure di sicurezza della libertà vigilata più flessibili. La libertà vigilata inizia ad essere concessa dal giudice anche in apposite cliniche, in comunità terapeutica e, ove fosse possibile, al domicilio del soggetto o di un familiare.

Nel 2005, una visita ispettiva all'OPG di Aversa da parte del Commissario per i diritti umani del consiglio d'Europa, si concluse con una relazione che sottolineava le strutture vetuste, condizioni di vita al limite della decenza, sovraffollamento (Gil-Robles, 2005). Il problema degli OPG comincia così ad avere rilevanza extra nazionale.

Il primo aprile 2008 per la prima volta, con il decreto della presidenza del Consiglio dei Ministri denominato *"Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"* sono di fatto trasferite alle Regioni tutte le funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Viene previsto quindi, in virtù del principio di territorialità, il passaggio di competenze sugli OPG dall'Amministrazione penitenziaria alle Regioni, con l'obiettivo di stilare per ogni internato programmi terapeutici riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza (art. 115 comma 1 decreto Presidente della Repubblica n. 230/2000). Sembrano così in via di estinzione i cosiddetti "ergastoli bianchi".

La presa in carico del paziente internato in Rems da parte di equipe territoriali evidenziò non poche difficoltà: mancata conoscenza degli internati fino a quel momento in carico ad altra istituzione nonostante la loro residenza nel territorio, la visita all'internato che costringeva spesso le équipes a lunghe trasferte, bias normativi in merito principalmente ai "senza fissa dimora" o con residenza fittizia, mancata formazione del personale sanitario nell'affrontare la specificità della "doppia direzione", sanitaria e penitenziaria, che rispecchia da un lato

l'esigenza di cura della persona ma allo stesso tempo l'esigenza contenitiva di sicurezza pubblica.

Anche la convivenza delle due figure direttive di riferimento previste in ogni OPG, un Direttore nominato dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, con poteri sanciti dal regolamento penitenziario, e un referente sanitario, responsabile della funzione sanitaria dell'istituto, chiamato a coordinare il personale medico e paramedico e responsabile dei percorsi riabilitativi degli internati, crearono non poche difficoltà e spesso subordinazione dell'uno sull'altro.

2.4.5. 2010 - 2011: L'OPG SU RAI 3

Tra il 2010 e il 2011, l'allora senatore Ignazio Marino, indagò approfonditamente la questione OPG con la Commissione d'inchiesta del Senato sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, procedendo con visite ispettive a sorpresa negli Opg di tutta Italia. Queste visite vennero filmate e le immagini raccolte divennero un film documentario: *“Lo Stato della Follia”* di Francesco Cordio.

Fu la prima volta che le telecamere entrarono negli OPG (fatto salvo il servizio *“Pazzi Criminali”* andato in onda nel 2007 sul TG Dossier). Il 20 marzo 2011 uno stralcio di questi video andò in onda su Rai3 nella trasmissione PRESA DIRETTA, scegliendo un approccio per così dire “scandalistico” che diede inizio ad un dibattito tra modelli abolizionisti (della corrente antipsichiatrica, trascinata dal furore ideologico basagliano) e revisionisti (determinati a rivedere la disciplina sanzionatoria per gli internati). Entrambi però condividevano un'idea chiara: per i folli rei doveva esserci più sanità e meno giustizia.

Da qui l'idea delle nascenti REMS Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza, le nuove istituzioni regionali destinate a sostituire gli OPG; istituite nel 2014, strutture esclusivamente sanitarie, ove la presenza del personale di custodia è limitata esclusivamente alla sorveglianza esterna.

Le Legge n. 81 del 2014 *“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”*, ha scritto la definitiva parola fine a un trattamento – sovente disumano – degli internati.

CAPITOLO 3

I LUOGHI DELLA PSICHIATRIA FORENSE

3.1 LA NASCITA DELLE REMS

Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), previste dall'[articolo 3-ter del Decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211](#), convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e successivamente modificato da ultimo con [Decreto legge 31 marzo 2014, n. 52](#), convertito in **legge n. 81 del 30 maggio 2014**, sono le strutture residenziali che, in concreto, hanno sostituito gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ma con diversi criteri di inserimento e di trattamento.

Il **comma 1** dell'articolo 3-ter del Decreto legge 22 dicembre 2011, prevede il definitivo superamento degli **Ospedali psichiatrici giudiziari**. Il termine per il completamento del processo di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari è stato fissato in prima battuta il 1° febbraio 2013, termine poi prorogato a maggio dello stesso anno per evitare eventuale commissariamento, e modificato da ultimo al 31 marzo 2015 dal Decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito con modificazioni dalla legge 30 maggio 2014, n. 81.

Inoltre, fissa al 30 novembre 2013 il termine entro cui rendicontare alla Commissione Parlamentare lo stato di attuazione dei programmi regionali per il superamento degli Opg.

Legge 81, comma 1, art. 3-ter (Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari).

La legge 09/2012, conosciuta come "Legge svuota-carceri" dedica un intero articolo (ter) alla questione superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. È stata successivamente integrata dalla famosa Legge 81 che ha avuto il merito di stabilire tempi e modi concreti del superamento degli Opg mediante l'istituzione delle Rems, definendone principi e linee guida, ma delegando la responsabilità di tale processo alle Regioni, a fronte della loro autonomia in ambito di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali.

8-bis. Entro il 30 novembre 2013 il Ministro della salute e il Ministro della giustizia comunicano alle competenti Commissioni parlamentari lo stato di attuazione dei programmi

regionali, di cui al comma 6, relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e in particolare il grado di effettiva presa in carico dei malati da parte dei dipartimenti di salute mentale e del conseguente avvio dei programmi di cura e di reinserimento sociale.

9. Nel caso di mancata presentazione del programma di cui al comma 6 entro il termine del 15 maggio 2013, ovvero di mancato rispetto del termine di completamento del predetto programma, il Governo, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4. Nel caso di ricorso alla predetta procedura il Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nomina commissario la stessa persona per tutte le regioni per le quali si rendono necessari gli interventi sostitutivi.

Già precedentemente, nel 2011, erano stati identificati e delineati i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi delle nascenti Rems.

Il **comma 2**, dell' articolo 3-ter del Decreto legge 22 dicembre 2011,, dispone che, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della Salute, adottato di concerto con il Ministro della Giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sono definiti, i **requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi**, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

3. Il decreto di cui al comma 2 è adottato nel rispetto dei seguenti criteri:

a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;

b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;

c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

art, TER PUNTO 4. A decorrere dal 31 marzo 2013 le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono

essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale.

Lo shock legislativo della legge 22/2011 e successivamente della Legge 09/2012, ha inciso notevolmente sul numero di dimissioni dall'ospedale psichiatrico giudiziario, contribuendo a un notevole ridimensionamento della popolazione internata (Miravalle, 2015), interrompendo di fatto gli internamenti in Opg. Il dettato legislativo aveva due obiettivi: da una parte vi era l'incentivo a svuotare l'OPG dai pazienti dimissibili, per i quali la pericolosità sociale era scemata o cessata e che potevano dunque essere ri-accolti sul territorio e presi in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale e ospitati in strutture meno contenitive dell'OPG, dall'altra si incentivavano le Regioni a prevedere la costituzione sui loro territori di nuove Residenze per l'esecuzione della Misura di Sicurezza (Rems).

La legge n. 81 del 30 maggio 2014 ha integrato i precedenti provvedimenti legislativi specificando alcune questioni che non erano state esplicitate.

Al comma 1, lettera B, in primis vieta il ricovero in OPG. Definisce che la pericolosità sociale è stabilita sulla base delle qualità soggettive (e psicopatologiche) della persona, non in funzione del reato commesso. Inoltre, specifica che l'assenza di programmi terapeutici individuali non può essere giustificazione al mantenimento della pericolosità sociale, costringendo di fatto i servizi territoriali ad una reale presa in carico.

“Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”. (Legge 81/2014)

Con la legge 81 è data anche la possibilità alle Regioni di provvedere alla riqualificazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, al fine di rafforzare i servizi territoriali in vista dell'accoglimento sul territorio degli internati dimessi. È importante questo passaggio poiché

ogni Regione si possa adeguatamente attrezzare per accogliere i finora internati, anche sul territorio, con adeguati spazi e personale dedicato.

“A tal fine le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale. Entro il 15 giugno 2014, le regioni possono modificare i programmi presentati in precedenza al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche”.

L'articolo 8 della legge 81, comma 1 ter, definisce come transitorio ed eccezionale il prosieguo del ricovero oltre la pena massima edittale (ovvero la pena che la persona imputabile dovrebbe scontare per il medesimo reato). Il cosiddetto “ergastolo bianco”, ovvero il ricovero in OPG protratto per tanti anni e talvolta senza adeguata motivazione, doveva essere superato. Le continue proroghe della misura di sicurezza dovevano essere necessariamente documentate e l'internamento doveva essere solo uno strumento da utilizzare come extrema ratio.

“Per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero. 1-quater. Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo».

Possiamo quindi concludere affermando che vi sono dei presupposti, meritevoli di essere sottolineati, che hanno condotto alla creazione delle Rems, talvolta in continuità, talvolta in completa antitesi con i trattamenti propri dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

In primis, dobbiamo sottolineare che viene conservato il principio del doppio binario, ovvero un sistema sanzionatorio connotato dalla presenza di pene accanto a misure di sicurezza per i folli rei. Rimane ovvero sostanzialmente invariata la disciplina penale in tema di

imputabilità e di pericolosità sociale. Unico correttivo rimane la durata massima della misura di sicurezza, per evitare gli “ergastoli bianchi”.

Una fondamentale virata avviene invece con la sanitarizzazione delle misure di sicurezza, ovvero con l’affidamento dei folli rei a istituzioni di tipo esclusivamente sanitario e non penitenziario, pur rimanendo l’idea che per alcuni pazienti psichiatrici l’unica soluzione possibile rimanga l’internamento (non in OPG ma in Rems), strumento da utilizzare però solo in extrema ratio.

3.2 REQUISITI DELLE REMS

Ai fini della nostra ricerca, è opportuno soffermarci sui requisiti previsti per le Rems dalla normativa del 2012, che riguardano il personale.

Per la prima volta compare la figura dell’educatore nella dotazione organica dell’equipe che si occupa del paziente psichiatrico autore di reato.

Fino a quel momento in OPG, erano presenti personale medico e paramedico, non altrimenti specificato, ma difficilmente si contemplavano educatori coinvolti in un progetto terapeutico riabilitativo. In molti casi, questa professionalità non era nemmeno contemplata nei criteri di assegnazione del personale previsti per tali strutture.

Solo successivamente al riconoscimento di una visione progettuale fondata sui concetti di riabilitazione, reinserimento sociale e sulla reale possibilità di uscita dall’istituzione, il ruolo dell’educatore è diventato imprescindibile. La sua presenza è stata finalmente riconosciuta come essenziale nell’organico dedicato al raggiungimento di questi obiettivi.

Di seguito riportiamo i requisiti organizzativi della Rems definiti nel 2012 che, oltre a garantire l’inclusione dell’educatore nell’equipe multiprofessionale, indicano anche i principi organizzativi ai quali la Rems deve necessariamente attenersi.

Requisiti organizzativi (decreto 1 ottobre 2012)

Ci si riferisce al tipo e al numero di operatori sanitari impegnati nella struttura, e all’organizzazione del lavoro sulla base di criteri di efficienza ed efficacia per una buona pratica clinica, tenendo anche presenti le restrizioni della libertà degli ospiti, in quanto sottoposti a provvedimento giudiziario.

Personale

Il personale è organizzato come equipe di lavoro multiprofessionale, comprendente medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori, OSS.

Per l'assistenza e la gestione di un nucleo di 20 pazienti, è necessaria la seguente dotazione di personale:

12 infermieri a tempo pieno;

6 OSS a tempo pieno;

2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva;

1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno;

1 psicologo a tempo pieno;

1 assistente sociale per fasce orarie programmate;

1 amministrativo per fasce orarie programmate.

Nelle ore notturne è garantita la presenza di almeno 1 infermiere e 1 OSS.

La responsabilità della gestione all'interno della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra.

Organizzazione del lavoro

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (governance clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Strumenti del governo clinico sono le linee guida professionali e i percorsi assistenziali.

In base a quanto sopra, le strutture residenziali, nell'ambito delle direttive dei Dipartimenti di salute mentale, adottano linee guida e procedure scritte di consenso professionale.

Le procedure scritte si riferiscono almeno alle seguenti tematiche:

- definizione dei compiti di ciascuna figura professionale;*
- modalità d'accoglienza del paziente;*
- valutazione clinica e del funzionamento psico-sociale;*

- *definizione del programma individualizzato;*
- *criteri per il monitoraggio e la valutazione periodici dei trattamenti terapeutico/riabilitativi;*
- *gestione delle urgenze/emergenze;*
- *modalità di raccordo col Dipartimento Cure primarie per garantire l'assistenza di base ai pazienti ricoverati nella struttura;*
- *modalità e criteri di raccordo con gli altri servizi del Dipartimento di salute mentale, i servizi per le tossicodipendenze, altri servizi sanitari, i servizi degli enti locali, le cooperative sociali, l'associazionismo, al fine di programmare le attività di recupero e di inclusione sociale dei pazienti, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva;*
- *modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza.*

Le Regioni adottano un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali oggetto del presente documento, mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza, specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato.

È opportuno a mio avviso fare alcune considerazioni in merito ai requisiti specificati dalla norma.

Il gruppo di lavoro viene inteso come equipe multidisciplinare, ovvero un gruppo di persone che, ognuna con le proprie specifiche competenze, concorre al raggiungimento dell'obiettivo finale che, nella fattispecie, è il percorso riabilitativo della persona in misura di sicurezza detentiva in Rems.

Considerando il quantitativo di personale presente in organico, si può notare che vi è una particolare propensione all'impiego di figure di tipo medico-infermieristico, a discapito di figure propriamente riabilitative, come l'educatore o il tecnico della riabilitazione psichiatrica. Tutto ciò potrebbe far pensare ad un'eccessiva medicalizzazione a discapito del reale obiettivo, ovvero quello riabilitativo.

La figura dell'educatore è equivalente alla figura del terapeuta della riabilitazione psichiatrica. Sarà nostra cura durante questo lavoro analizzare se le due figure sono equivalenti, anche in base al loro percorso formativo e alle competenze acquisite grazie al loro piano di studi e/o esperienze professionalizzanti proposte dai relativi corsi di laurea.

E' stabilito dalla legge chi ha la responsabilità all'interno della struttura, ma tale chiarimento normativo non è garantito per le procedure. Non vi è specifica a chi siano affidati determinati compiti o incarichi poiché ogni Rems è chiamata a definire i compiti di ciascuna professionalità mediante apposita procedura. Sarà nostra cura comprendere, grazie alla nostra ricerca, quale ruolo ha l'educatore all'interno della realtà Rems, considerato contesto psichiatrico forense assieme alle comunità terapeutiche riabilitative.

3.3 LA REMS OGGI

Con l'apertura delle Rems si è sancito il principio della priorità della cura e il principio della territorialità (in base al quale la presa in carico dei servizi di salute mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato, onde evitare un eccessivo e inutile sradicamento del malato psichico dal proprio territorio), la centralità del progetto terapeutico individualizzato (la cui assenza è stata espressamente ritenuta elemento sulla base del quale non può fondarsi un perdurante giudizio di pericolosità sociale) ed, infine, il principio più significativo della residualità e transitorietà della misura di sicurezza detentiva, dovendosi ritenere il ricovero in REMS. uno strumento di extrema ratio, utilizzabile soltanto laddove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili.

Le REMS funzionanti in Italia sono 30 e la gestione delle loro struttura dipende dalle Regioni.

Denominazione	Città
REMS ABRUZZO BARETE	BARETE (AQ)
REMS BASILICATA PISTICCI	PISTICCI (MT)

REMS CALABRIA SANTA SOFIA D'EPIRO	SANTA SOFIA D'EPIRO (CS)
REMS CAMPANIA CALVI RISORTA	CALVI RISORTA (CE)
REMS CAMPANIA MONDRAGONE	MONDRAGONE (CE)
REMS CAMPANIA SAN NICOLA BARONIA	SAN NICOLA BARONIA (AV)
REMS CAMPANIA VAIRANO PATENORA	VAIRANO PATENORA (CE)
REMS EMILIA-ROMAGNA BOLOGNA	BOLOGNA (BO)
REMS EMILIA-ROMAGNA CASALE DI MEZZANI	MEZZANI (PR)
REMS FRIULI V.G. AURISINA	AURISINA (TS)
REMS FRIULI V.G. MANIAGO	MANIAGO (PN)
REMS FRIULI V.G. UDINE	UDINE (UD)
REMS LAZIO CECCANO	CECCANO (FR)
REMS LAZIO PALOMBARA MEROPE	PALOMBARA SABINA (RM)
REMS LAZIO PALOMBARA MINERVA	PALOMBARA SABINA (RM)
REMS LAZIO PONTECORVO	PONTECORVO (FR)
REMS LAZIO SUBIACO CASTORE	SUBIACO (RM)
REMS LIGURIA GENOVA PRA	GENOVA (GE)

REMS LOMBARDIA CASTIGLIONE	CASTIGLIONE DELLE STIVIERE (MN)
REMS MARCHE CASA GEMELLE	MONTE GRIMANO TERME (PU)
REMS PIEMONTE ANTON MARTIN	S.MAURIZIO CANAVESE (TO)
REMS PIEMONTE BRA CASA DI CURA SAN MICHELE	BRA (CN)
REMS PUGLIA CAROVIGNO	CAROVIGNO (BR)
REMS PUGLIA SPINAZZOLA	SPINAZZOLA (BT)
REMS SARDEGNA CAPOTERRA	CAPOTERRA (CA)
REMS SICILIA CALTAGIRONE	CALTAGIRONE (CT)
REMS SICILIA NASO	NASO (ME)
REMS TOSCANA VOLTERRA PADIGLIONE MOREL	VOLTERRA (PI)
REMS TRENTO A.A. PERGINE VALSUGANA	PERGINE VALSUGANA (TN)
REMS VENETO NOGARA	NOGARA (VR)

A più di dieci anni dall'apertura delle Rems, vi sono ancora parecchi dubbi in merito all'efficacia e all'appropriatezza di tali istituzioni. Proponiamo di seguito alcune considerazioni.

Fornari (2024), nel suo ultimo *Trattato di Psicopatologia e Psichiatria Forensi*, dichiara: *“Nonostante le diverse accezioni a cui la Rems deve rispondere, finalità terapeutiche e socio riabilitative, la REMS rimane una misura di sicurezza detentiva”.*

Ancora aggiunge: *“Vi sono dei fattori che ostacolano il percorso terapeutico in ambito giudiziario: le Rems sono strutture in cui prevale l’esigenza della sicurezza e non luoghi dedicati all’esercizio primario di istanze terapeutiche. Va aggiunto che vi sono alcuni pazienti che, per caratteristiche intrinseche alla loro malattia, poco o nulla possono beneficiare degli interventi terapeutici attuali e altri, che per il sommarsi di esperienze negative che hanno segnato la loro storia di vita, possono recuperare poco o nulla delle loro abilità sociali e relazioni perdute [...]. Per alcuni pazienti non esistono risorse sufficienti sul territorio [...] in molti casi, pur in presenza di adeguati strumenti terapeutici e organizzativi da parte dei servizi del territorio, esistono situazioni di difficilissima gestione e soluzione, molti pazienti non responder (ovvero non rispondono alle terapie proposte), molti di loro non vogliono assumere i farmaci prescritti [...]. La permanenza in una struttura detentiva di sicurezza di un autore di reato affetto da disturbi mentali gravi può favorire un radicamento e una cronicizzazione del quadro psicopatologico in atto.”*

Anche il Dipartimento di Giurisprudenza dell’Università di Torino, nel *Rapporto “Dieci anni di Rems: un’analisi interdisciplinare”* (Pelissero, 2022), sembra non essere affatto aderente ad un’idea positiva della Rems: *“Pertanto essa, unica in Europa, non rappresenta altro che una forma di deistituzionalizzazione manicomiale giudiziaria mascherata, anche se, come dice la legge 81/2014, la gestione interna di tali strutture è di esclusiva competenza sanitaria e deve essere fornita dal servizio sanitario nazionale S.S.N. con persistente binomio custodia/cura”* (Pelissero, 2022).

Castelletti invece, nello studio condotto nel 2023, *“Places of care in italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system”*, si focalizza principalmente su un aspetto di criticità emerso dall’apertura delle Rems, ovvero la disponibilità su base regionale di posti letto. *“La riduzione di più della metà dei posti letto rispetto al periodo degli OPG ha inevitabilmente prodotto un eccesso di domanda rispetto alla disponibilità effettiva di residenzialità, provocando rapidamente l’instaurarsi del fenomeno delle cosiddette “liste d’attesa”* (Castelletti, 2023). Ciò comporta la difficoltà a rendere realmente eseguibili tutte le ordinanze di attuazione delle misure di sicurezza detentive. Recentemente è venuto in aiuto il documento licenziato dalla Conferenza Stato Regioni (2022) che sulla questione stabilisce la necessità di istituire Punti Unici Regionali

(PUR) fungenti da regia per il sistema forense regionale nel rendere più fluidi ed appropriati i percorsi di cura forensi, ma non tutte le Regioni hanno già provveduto con l'istituzione del Pur.

3.4 LA NASCITA DELLE COMUNITA' PSICHIATRICHE

Una breve trattazione sulle comunità psichiatriche e sul lavoro che viene svolto al loro interno è necessaria, in quanto la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata del paziente psichiatrico autore di reato è sovente disposta anche presso una comunità terapeutica.

“La Comunità Terapeutica nasce come cultura, movimento e sistema di cura negli anni Quaranta in Inghilterra. Il primo esperimento fu quello di Northfield, all’Hollymoor Hospital con il colonnello Rickman e il maggiore Wilfred Bion, con un notevole successo clinico nella cura delle nevrosi traumatiche derivanti dalla guerra, ma con un discredito da parte dei colleghi psichiatri e dei superiori militari.” (Castelletti, 2023)

Nello stesso ospedale, fu condotto da un altro psicoanalista, Tom F. Main, un esperimento analogo con l’obiettivo di rendere partecipi i pazienti e quindi di responsabilizzarli, nella gestione dell’istituzione psichiatrica presso la quale erano ospitati.

“Lo stesso Main scrisse: l’esperimento è un tentativo di utilizzare l’ospedale come una Comunità, con l’obiettivo immediato di una piena partecipazione di tutti i suoi membri nella vita quotidiana, il cui scopo ultimo è la risocializzazione dell’individuo nevrotico per permettergli di vivere nella società normale” (Castelletti, 2023).

Il vocabolo comunità terapeutica fu ufficializzato nel 1953 dall'[Organizzazione mondiale della sanità](#) (OMS), in uno studio sulle organizzazioni psichiatriche internazionali.

“Secondo Jones (1953; 1976), la caratteristica saliente della Comunità sta nel suo essere un sistema aperto, con un assetto egualitario e democratico, in cui “la responsabilità del trattamento non è limitata allo staff medico, ma riguarda anche gli altri membri della Comunità, cioè i pazienti”, in cui il processo trasformativo avviene in ambiente gruppale con un focus sulle tensioni che nascono “qui e ora”, in cui, infine, l’unico obiettivo terapeutico è “l’inserimento dell’individuo all’esterno dell’ospedale, [...] La metodologia di lavoro si

fondava, dunque, su una comunicazione aperta, una minor rigidità nei rapporti gerarchici tra medici, infermieri e pazienti, riunioni strutturate quotidianamente di tutta l'unità ospedaliera e numerosi sottogruppi di attività. Ciò che soprattutto veniva valorizzato era il significato globalmente terapeutico dell'impianto comunitario (Castelletti, 2023).

La spinta verso la deistituzionalizzazione avvenuta in Italia proprio in quel periodo, tra gli anni 60 e 70, la propensione a ricercare metodologie di gestione del paziente psichiatrico con approcci più umanizzanti e orientati alla cura e al reinserimento, e la promulgazione della Legge del 13 maggio 1978, n.180 con conseguente chiusura dei manicomi, ha portato a ricercare nuove forme alternative di cura e riabilitazione per le persone con malattie psichiche. La stessa legge 180 stabiliva, per i pazienti psichiatrici, l'istituzione di posti letto per acuzie in ospedali generali (reparti da massimo 15 posti letto) e di posti letto in residenzialità (Strutture Riabilitative psichiatriche) per percorsi a lungo termine.

Veniva quindi, da quel momento, riconosciuta la legittimità e appropriatezza di un tipo di intervento residenziale, ovvero comunitario, per percorsi terapeutici.

3.5 LE COMUNITA' PSICHIATRICHE OGGI

Proponiamo di seguito uno stralcio dell'Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 che definisce con precisione cosa sono in Italia le strutture residenziali psichiatriche e a quali caratteristiche normative debbano conformarsi.

Il ministero della Salute, con Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013 si propone di fornire indirizzi omogenei nell'intero territorio nazionale, mirati a promuovere, all'interno del sistema di offerta dei Dipartimenti di Salute Mentale, una residenzialità funzionale ai percorsi individualizzati e strutturata sia per intensità di trattamento (dal trattamento intensivo al sostegno socio riabilitativo), sia per programmi e tipologie di intervento correlati alla patologia ed alla complessità dei bisogni. Le strutture residenziali costituiscono una risorsa del Dipartimento Salute Mentale (DSM), dedicata al trattamento di pazienti affetti da disturbi psichiatrici che necessitano di interventi terapeutico riabilitativi o di interventi di supporto sociosanitario, effettuabili in regime residenziale.

Il percorso territoriale di un paziente con difficoltà di funzionamento personale e sociale, con bisogni complessi, ivi comprese problematiche connesse a comorbidità somatica, e con

necessità di interventi multi professionali, deriva da una presa in carico da parte del Centro di Salute Mentale (CSM) che elabora un Piano di trattamento individuale (PTI); nell'ambito di detto piano può essere previsto l'invio e il temporaneo inserimento in una struttura residenziale psichiatrica per un trattamento riabilitativo con un supporto assistenziale variabile. L'inserimento in una struttura residenziale, nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, avviene esclusivamente a cura del Centro di Salute Mentale, tramite una procedura di consenso professionale per una buona pratica clinica, relativa a criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscono il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non autorizzazione "passiva".

L'équipe degli operatori deve prevedere la presenza di medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari (OSS), la cui dotazione è esplicitata negli standard assistenziali definiti, per ciascuna delle tipologie di struttura, dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e di Bolzano. L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (governance clinico assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati. Le strutture residenziali psichiatriche, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale. Ciascuna struttura adotta, inoltre, una propria Carta dei Servizi in cui definisce le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione / trattamento / dimissione, le modalità di relazione con altre strutture, i piani di formazione e aggiornamento del personale.

È necessario sottolineare e analizzare due aspetti citati dall'Accordo. In primis il concetto di trattamenti terapeutici riabilitativi, la temporalità dell'inserimento in comunità e la variabilità dell'intensità di trattamento.

Con il termine riabilitazione possiamo intendere un processo che ha come obiettivi quelli di identificare, prevenire e ridurre le cause di inabilità e nello stesso tempo aiutare la persona a sviluppare ed usare le proprie risorse e capacità, facendo leva su ciò che vi è di sano e non sulla patologia. La riabilitazione è un trattamento che ha lo scopo fondamentale di attivare processi di cambiamento finalizzati ad aumentare il potere della persona, le sue possibilità di scambio di risorse e di affetti, la sua autonomia, il suo senso di responsabilità verso sé stessi e verso gli altri (Ba, 2002), e quindi la sua libertà. Castelletti ancora la

definisce così: *“Nella sua accezione classica, ri-abilitare è rendere di nuovo abile, capace di svolgere determinate funzioni e attività, dar facoltà o porgere i mezzi di fare una cosa a un soggetto che, a causa di un disturbo, non ha acquisito oppure ha perduto o messo tra parentesi tali abilità. Se il disturbo ha creato delle disabilità, allora riabilitare significa anche aiutare ad adattarsi, con nuove strategie, ai limiti imposti dalla nuova condizione di vita”* (Castelletti, 2023).

La conseguenza più grave della malattia mentale è costituita dal fatto che il soggetto perde la capacità di articolarsi in modo armonico con l'ambiente e non è più in grado di soddisfare, con successo, i suoi bisogni, né di rispondere alle richieste e ai bisogni degli altri. Queste incapacità e questo impoverimento, lo espongono a isolamento, frustrazione, sentimenti di disistima e inadeguatezza, tendenze emarginanti e isolamento che spesso annullano o inficiano anche la dimensione comunicativa a tal punto da determinare gravi vulnerabilità anche nel sistema sociale del paziente psichiatrico. Il concetto di riabilitazione (e in particolar modo quello afferente al modello biopsicosociale) porta a riconsiderare il concetto di malattia, l'obiettivo infatti non è più in senso stretto la guarigione, ma la “guarigione sociale” (Bruschetta et al., 2016), ovvero il raggiungimento di una sorta di equilibrio e di adattamento che consentano la possibilità di un'integrazione armonica, accettabile e possibile in ambito sociale. Anche il concetto di cura non va inteso come terapia o medicalizzazione tout-court, ma essenzialmente come “prendersi cura”, lontano dalle categorizzazioni di curabilità o incurabilità della malattia, ma come un processo terapeutico multidimensionale che tenga in considerazione non solo deficit e disabilità, ma le conseguenze sociali che queste comportano, sia in termini di adattamento all'ambiente, che in termini di bisogni e desideri personali. Viene posta l'attenzione non solo sulla cura della malattia, ma sulla qualità di vita, concetto non esclusivamente oggettivo, ma eminentemente soggettivo, dove il ruolo della cura è essenzialmente quello di aiutare ogni paziente a coltivare la propria vita nel migliore modo che esso ritiene possibile. L'obiettivo fondamentale della riabilitazione non si limita a far acquisire abilità o migliorare le prestazioni della persona, ma tende al miglioramento della “qualità di vita”. In psichiatria non è possibile delineare i confini della riabilitazione in modo chiaro e netto, poiché spesso il malato di mente non ha consapevolezza dei suoi deficit o l'esperienza psichica di malattia lo conduce ad una sorta di esperienza isolante in cui si alterano i parametri fondamentali di rapporto con la realtà come lo spazio, il tempo, le relazioni. La riabilitazione necessita quindi di un setting allargato in cui l'impianto teorico fa solo da traccia a strategie che si delineano di volta in volta in relazione alle caratteristiche della persona, del suo contesto di vita naturale, familiare, relazionale. In una tale

complessità di variabili talvolta è necessario un intervento complesso in un ambiente adeguato e protetto come può essere la comunità terapeutica riabilitativa.

Cita Castelletti nel suo trattato [Places of care in italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system](#): *“La gran parte degli ospiti di queste Comunità soffrono di disturbi mentali persistenti, ovvero condizioni cliniche che hanno già superato le fasi acute o subacute e, per la loro gravità a più livelli (biologico, psicologico, relazionale, sociale), non hanno configurato una “restitutio ad integrum” ma una lenta progressione verso uno stabile equilibrio, cionondimeno sempre delicato e passibile di riacutizzazioni”* (Castelletti, 2023).

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 07 aprile 1994, Approvazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996". (GU n.93 del 22-4-1994) che norma la residenzialità psichiatrica in Italia, stabilisce al punto D (LE STRUTTURE PSICHIATRICHE RESIDENZIALI): *“Per quanto riguarda i caratteri delle strutture riabilitative residenziali, in via pregiudiziale si respingono soluzioni che prevedano eccessive concentrazioni di popolazione assistita e una residenzialità in cui non sia garantita un'adeguata assistenza medico-psico-sociale dal D.S.M. L'accesso può avvenire solo sulla base di uno specifico programma concordato fra i servizi, i pazienti e i familiari, tenendo conto della presenza di rilevanti problemi di salute mentale, della assenza o dannosità della rete familiare o sociale di supporto, delle disabilità che non consentano autonomia nell'abitare e nelle attività della vita quotidiana. [...] I principi cui si ispira la gestione delle strutture residenziali sono quelli di una dimensione "familiare" capace di aderire ai bisogni di vita delle persone, di permeabilità agli scambi sociali. I programmi riabilitativi sono individualizzati e debbono prevedere un respiro temporale adeguato ai bisogni ed alle capacità dei pazienti. Alla luce di questi enunciati, le strutture residenziali avranno caratteristiche, che variano a seconda delle esigenze della popolazione servita e del territorio su cui insistono. Esse potranno pertanto ospitare per periodi medio-lunghi pazienti in trattamento riabilitativo che necessitino dell'intermediazione dell'assistenza psichiatrica per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana. [...] È da prevedere, infine, la costituzione di gruppi-appartamento con pazienti giunti in una fase avanzata del loro reinserimento sociale. I presidi dell'area semiresidenziale e residenziale potranno essere garantiti sia direttamente dal servizio pubblico, sia dalla partecipazione del privato sociale o del privato imprenditoriale o di associazioni di volontariato familiare attraverso un rapporto di convenzione con il S.S.N. In questi casi, essi saranno sottoposti alla programmazione, al controllo e alla verifica di qualità da parte della*

direzione del Dipartimento e la presa in carico di pazienti potrà avvenire solo su indicazione del Dipartimento stesso.”

Attualmente in Italia il Ministero della Salute suddivide le Strutture Residenziali Psichiatriche in base all'intensità assistenziale sanitaria, con la seguente classificazione:

- SRP.1 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo.
- SRP.2 Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo.
- SRP. 3 Strutture Residenziali Psichiatriche per interventi socio riabilitativi,

ma è possibile evidenziare una sorta di eterogeneità dovuta ai singoli assetti normativi regionali. Possono variare quindi, di regione in regione, denominazioni e tipologia delle strutture residenziali, criteri per l'inserimento, tipologia degli aspetti trattati, requisiti di accreditamento, parametri per il personale, tariffe, a parità di impegno assistenziale, durata della permanenza nelle strutture, compartecipazione alla spesa, numero di ore di assistenza sanitaria settimanale offerto per il singolo paziente, la tipologia di titoli di studio della varie figure professionali in struttura, etc...

Il secondo aspetto dell'Accordo su cui si soffermerà questa trattazione stabilisce che debbano esserci *criteri di appropriatezza e condizioni che suggeriscano il ricorso ad un trattamento in regime residenziale, come processo attivo e non “passivo”, ma come già precedentemente citato, spesso il paziente psichiatrico ha scarsa consapevolezza dei propri deficit e dei rischi in cui potrebbe imbattersi qualora non fosse sostenuto in alcuni ambiti della sua vita, può essere diffidente circa l'aiuto che gli altri rivolgono lui o addirittura, anche per la stessa patologia, rifiutare le interazioni. Talvolta la malattia può inficiare l'aspetto comunicativo (e di conseguenza relazionale), rendendo nulli o vani i tentativi riabilitativi. Tutto ciò è reso ancor più complesso nel caso in cui una persona si trovi in “costretto” in un percorso sanitario non richiesto, in forza di un provvedimento giuridico. In questo caso sarà necessario un processo di chiarificazione e di definizione delle condizioni minime per l'intervento diagnostico terapeutico. Una situazione clinica assai difficile in quanto si tratta di prendersi cura in modo proattivo di chi non esprime domande e per farlo occorre ascoltare, capire, motivare, iniziare a definire una base comune, le norme di rispetto reciproco, assicurare il “minimo vitale” con il sostegno ai bisogni di base”* (Corleone, 2018).

Tale questione sarà discussa nei prossimi capitoli, possiamo però riassumere che, in ogni caso, ricondurre la persona ad un accettabile grado di conoscenza di sé, in grado di assumere la responsabilità della propria esistenza e di condurla in maniera soddisfacente, rimane il fine ultimo e obiettivo auspicabile di ogni azione terapeutica.

3.6 I PRINCIPI DELLA COMUNITA' TERAPEUTICA RIABILITATIVA

Vi sono alcuni principi base che caratterizzano il lavoro comunitario. In primis l'accoglienza, la sospensione del giudizio e un approccio mirato alla comprensione; tutto ciò consente di creare un ambiente sicuro, che favorisce il dialogo e l'espressione delle proprie emozioni.

La comunicazione e la partecipazione sono aspetti finalizzati al sostegno reciproco tra i membri della comunità e all'assunzione di responsabilità, tutti sono chiamati a prendere coscienza delle proprie azioni e delle relative conseguenze in un'ottica di crescita individuale e comunitaria. L'aspetto della democraticità è rilevabile in una struttura di regole condivise e nella comunione di obiettivi tra ospiti e personale, raggiungibili solo con il contributo di ogni membro. Il rapporto con l'utente dovrebbe essere basato sulla costante indicazione di come il suo comportamento venga vissuto dagli altri, al fine di favorire le relazioni e di conseguenza il processo di integrazione nella società, fine ultimo del progetto comunitario. La comunità, così facendo, aspira a preparare i membri a vivere in modo funzionale e indipendente anche al di fuori della struttura, in modo consapevole. I membri, all'interno di un gruppo così strutturato, potranno essere capaci di influenzarsi reciprocamente, in un'atmosfera comunitaria di reciproco aiuto e cooperazione, diventando così Comunità Terapeutica e l'istituzione a sua volta potrà trasformarsi in "ambiente curante".

Barone, grande ricercatore sul tema della psichiatria e psicoterapia di comunità, promotore e sostenitore delle comunità democratiche, descrive così la comunità residenziale:

“La comunità terapeutica residenziale, nel quadro della cura del disagio mentale grave, rappresenta lo sforzo più significativo per realizzare una presa in carico clinico-sociale [...]. La comunità terapeutica, in quanto dispositivo di cura, può essere pensata come un grande setting, ossia come un “campo esperienziale nel quale la relazione si va strutturando e intrecciando, all'interno di particolari coordinate formali, istituisce un campo mentale specifico, una matrice in continua evoluzione” (Barone, 2021).

Ancora, Correale identifica alcuni fattori terapeutici del gruppo (inteso come gruppo di comunità) che, in ambito residenziale e semiresidenziale, possono essere fondamentali nella gestione dei casi più gravi: lo spirito di gruppo ed alcune caratteristiche in esso quali la coesione, la continuità, la stabilità e il clima emotivo, il sentimento di appartenenza e la rete di relazioni, tutti elementi che influiranno sul cambiamento emotivo e psichico del soggetto coinvolto nel progetto di gruppo (Correale, 2001).

3.7. IL PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO

Ciò che accomuna Rems e Comunità Terapeutiche, entrambi luoghi deputati al trattamento del paziente psichiatrico forense, è la presa in carico totale del paziente, “costretto” non ad una pena, ma ad una cura.

Già negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari la normativa prevedeva un trattamento rieducativo secondo un principio di individualizzazione in rapporto alle specifiche caratteristiche dei soggetti internati, teso al reinserimento sociale degli stessi; ora la normativa che istituisce e disciplina le Rems stabilisce l'obbligo di progettare e organizzare percorsi terapeutico riabilitativi.

Quando si parla di progettazione, si intende l'unità minima di un intervento, che ha una realizzazione diretta nel mondo empirico, caratterizzata da obiettivi specifici, da un'organizzazione indivisibile e da una gestione unitaria delle sue attività; il progetto è lo strumento operativo dotato di coerenza interna e finalizzato al raggiungimento di un numero limitato di obiettivi in un tempo circoscritto, attraverso un insieme di attività chiaramente definite. Il progetto nient'altro è che un percorso complessivo delineato per raggiungere determinati traguardi. Vi sono alcuni elementi quindi che caratterizzano un progetto: la concretezza, il fine condiviso, l'equilibrio e l'uniformità degli interventi messi in atto per realizzarlo, la temporalità (Visentin, 2022). Vediamo però nella fattispecie, quali altre caratteristiche peculiari ha un progetto terapeutico riabilitativo per la salute mentale.

Secondo le *“Linee di indirizzo per la Salute Mentale”* pubblicate dal Ministero della Salute (2008) *“il progetto terapeutico è la risposta che caratterizza un approccio non riferito alle strutture e alle offerte, ma centrato sulle persone e sui processi con un'attenzione alle potenzialità di ripresa e al desiderio di guarigione che ognuno porta con sé”*. Il Ministero

della Salute nell'Accordo Conferenza Unificata del 17 ottobre 2013 stabilisce che i PTI (Piano di Trattamento Individuale) o PTRP (Piano di Trattamento Riabilitativo Personalizzato) devono essere proposti dai Centri di Salute Mentale, riferirsi a specifici criteri diagnostici, considerare la gravità e complessità del quadro clinico, la compromissione del funzionamento personale e sociale del paziente, da stabilire sulla base di strumenti di valutazione standardizzati, le risorse o potenzialità riabilitative, le resistenze al cambiamento, la stabilità clinica. Le risultanze di tali valutazioni orientano, da un lato, sull'intensità del trattamento riabilitativo e, dall'altro, sul livello assistenziale e tutelare da prevedere. L'obiettivo è quello di individuare una risposta appropriata ai bisogni specifici del paziente, tenendo opportunamente conto della natura non permanente del percorso "istituzionale" del paziente.

Barone (1992) definisce il progetto terapeutico personalizzato tanto un documento clinico quanto una prassi terapeutica, che pone il paziente e la sua guarigione al centro del lavoro di un gruppo curante e che, di conseguenza, programma interventi clinici e sociali, fissa gli obiettivi a breve, medio e lungo termine, monitora e valuta il processo e gli esiti.

Si possono identificare alcune caratteristiche cruciali di tali progetti:

- Individualità: progetto centrato sull'utente, sulla sua domanda e sui suoi bisogni, non sull'offerta dei servizi;
- Personalizzazione: progetto tarato sulle reali abilità ed inabilità dell'utente, sulle sue parti sane e sulle sue parti malate;
- Condivisibilità: progetto pensato e progettato con l'utente stesso, rispondente ai suoi personali obiettivi, che prenda in considerazione anche il suo funzionamento personale e sociale e quindi, necessariamente, il coinvolgimento di tutti gli attori con cui il paziente entra in relazione.

È interessante osservare che nonostante il punto di partenza sia la diagnosi, ovvero una malattia mentale (la quale, nella fattispecie del paziente psichiatrico autore di reato, ha potenzialmente inficiato sulla capacità di intendere e di volere in un determinato momento), il trattamento terapeutico di cura previsto non si esaurisce in una medicalizzazione, ma si estende a vari altri ambiti che possono contribuire al miglioramento dello stato di salute e di benessere del paziente. La comprensione del funzionamento globale, deficit e risorse della persona, contribuisce a definire interventi clinici e sociali per il paziente, rispondenti ai suoi personali obiettivi.

Un Progetto Terapeutico di questo tipo, sempre secondo Barone (1992) integra la comprensione del paziente in termini psicodinamici con un modello bio-psico-sociale dell'eziologia, della diagnosi e del trattamento della sofferenza mentale, mirato alla comprensione del paziente, in grado di spiegare il suo quadro clinico ed essere guida per il successivo trattamento.

Secondo il modello bio-psico-sociale la diagnosi medica deve tener conto dell'interazione tra aspetti biologici (genetica, fisiologia, patogeni, condizioni mediche), psicologici (emozioni, pensieri, comportamenti, livelli di stress che possono incidere sulla salute) e sociali (influenze culturali, familiari, ambientali, socio-economiche che contribuiscono al benessere o alla malattia). Si parte dall'assunto che l'alterazione della salute non ha esclusivamente origini organiche, ma multifattoriali. Mentre il modello medico tiene conto esclusivamente della deviazione standard rispetto ad un funzionamento ritenuto "normale", "sano", nel modello bio-psico-sociale invece, il concetto di salute non è stabilito in termini scientifici e obiettivi, ma è un concetto attivo (in quanto il paziente stesso dovrebbe appropriarsi e controllare la propria salute), dinamico e relazionale in quanto ogni persona ha potenziali e bisogni differenti.

Coerenti con tali assunti, anche gli interventi inseriti nei progetti dovranno essere quindi multifattoriali e comprendere, di conseguenza, professionalità differenti a seconda delle azioni richieste, ritenute idonee al raggiungimento degli obiettivi. Le figure che solitamente all'interno delle istituzioni psichiatriche forensi si occupano della progettazione sono psichiatra, infermiere, psicologo, educatore, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale, ma, considerata la primaria importanza che possono avere anche gli aspetti sociali, possono essere coinvolti nel PTRI anche familiari, persone di riferimento del paziente, enti territoriali, stakeholder progettuali istituzionali. La persona, quindi, non viene considerata astrattamente, ma calata in un determinato contesto sociale e relazione (Rivelli, 2021).

3.8. SALUTE MENTALE IN CARCERE

Per quanto riguarda la salute mentale nelle carceri, lo spostamento di competenze dal Ministero della Giustizia a quello della Sanità ha determinato l'apertura di spazi potenziali di cura per il disagio psichico all'interno degli istituti di pena. Le Articolazioni per la Salute

mentale in carcere (art. 65 dell'Ordinamento penitenziario), normate dall'art. 112 DPR 230/2000, sono specifiche sezioni destinate alla tutela intramuraria della salute mentale. Ogni Regione, in almeno un istituto penitenziario del suo territorio, dovrebbe aver creato un'articolazione (ATSM) organizzata per assicurare l'espletamento delle osservazioni sanitarie e destinata ad ospitare condannati *“soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche”, con infermità psichica sopravvenuta durante l'esecuzione della pena oppure condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente, evitando il loro invio in Opg o in Casa di Cura e Custodia* (art. 111, co. 5 e 7 DPR 230/2000).

Si aggiunge inoltre che *“in tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio”*.

I servizi di salute mentale si trovano così a giocare un ruolo primario nei percorsi di cura dell'utenza psichiatrica dislocata negli istituti di pena nelle varie articolazioni per la salute mentale. *“è sorta la necessità di provvedere ad introdurre nei penitenziari i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). Tale iniziativa si è resa necessaria per passare, da un'organizzazione di tipo ambulatoriale-consulenziale, precedentemente seguita dal servizio sanitario dell'Amministrazione Penitenziaria, ad un'organizzazione aziendale USL in grado di elaborare interventi di cura efficaci e, ove possibile, di attuare percorsi terapeutico-riabilitativi utili non solo a garantire un migliore stato di salute mentale ma anche a consentire l'attivazione di una misura alternativa alla detenzione”*. (...) I Dipartimenti di Salute Mentale si trovano quindi a dover intervenire all'interno dell'istituzione carceraria con proprie risorse, personale specialistico, medici psichiatri, psicologi e in taluni casi con educatori o tecnici della riabilitazione psichiatrica. (Castelletti, 2023)

Argomenta così Marco Pelissero, in merito al trattamento della malattia mentale in carcere:

“La sanità penitenziaria costituisce oggi un nervo scoperto del mondo carcerario, come confermano i suicidi, anche recenti, che costituiscono la punta drammatica di un iceberg: il carcere deforma sempre, in modo più o meno significativo, i diritti individuali fondamentali, e tra questi il diritto alla salute che dovrebbe avere valore preminente, perché la privazione della libertà personale non può comportare anche privazione del diritto alla salute. In particolare, è la salute mentale a risultare fortemente compromessa dalle condizioni di vita detentiva, specie in contesti – come l'attuale – connotati da sovraffollamento carcerario. Così il carcere diventa collettore, amplificatore e produttore di forme più o meno gravi di

disagio psichico (...) l'idea di fondo era garantire ai detenuti, per i quali non fossero possibili percorsi di cura fuori dal carcere per imprescindibili esigenze di sicurezza, spazi che, pur all'interno del carcere, garantissero la prevalenza del supporto terapeutico su quello meramente custodiale. Oggi quelli che la legge di Ordinamento penitenziario qualifica, con terminologia oramai antiquata, «istituti per infermi e minorati» (conosciute oggi come «Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere»), sono del tutto inadeguati alle esigenze poste dall'urgenza di far fronte alla salute mentale in carcere. Il Governo ha chiaramente fatto una scelta di depotenziamento della sanità penitenziaria in tema di infermità mentali, concepita solo in termini intracarcerari e senza valorizzare gli interventi di supporto in favore dei detenuti con infermità psichica: non considera che i percorsi terapeutici al di fuori delle mura del carcere non solo garantiscono in modo più efficace ed effettivo il diritto fondamentale alla salute, anche mentale, dei detenuti (e questo già basterebbe a giustificare il loro potenziamento), ma contribuiscono in modo determinante anche alla prevenzione del rischio di recidiva” (Pelissero, 2018)

L'attenzione al tema della salute mentale e del diritto alla salute in carcere, allo scopo di attuare azioni di cura e di prevenzione del disagio e della patologia psichiatrica, riconduce ad un'idea di cura di tipo terapeutico e riabilitativo, in controtendenza all'idea custodialistica. La cooperazione con i servizi territoriali, la definizione ed attuazione di percorsi Terapeutico Riabilitativo finalizzati alla dimissione, laddove ne sussistano le condizioni giuridico penitenziarie, la promozione e l'integrazione tra le diverse professioni che concorrono alla presa in carico, alla cura ed alla riabilitazione, ci fanno propendere a considerare le ATSM con contesti di trattamento psichiatrico forense. Non esiste però un modello standard o un regolamento specifico. La complessità del disagio psichico richiede analisi e valutazioni puntuali (Mancinelli et al., 2022), contestualizzazioni del suo svilupparsi e del suo futuro (diagnosi e prognosi), continuità degli operatori di riferimento, contestualizzazioni ambientali, sociali e relazionali, difficilmente realizzabili nel contesto carcerario. Inoltre, si rammenta che in carcere è spesso del tutto impossibile la gestione di persone in stato di acuzie psicopatologica per cui è inevitabilmente necessaria l'attuazione di TSO ospedalieri all'esterno, con frequenti problemi di accompagnamento e di sorveglianza nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

Vedremo, all'interno della nostra ricerca, se l'educatore ha un ruolo nel trattamento del paziente all'interno delle Articolazioni per la Salute Mentale in Carcere.

CAPITOLO 4

LA QUESTIONE EDUCATIVA IN PSICHIATRIA FORENSE

4.1. IL CONCETTO DI RECOVERY IN SALUTE MENTALE

Tenuto conto della multisetorialità del progetto terapeutico, della centralità e della soggettività del paziente nel suo percorso riabilitativo, negli ultimi vent'anni si ricorre sempre più spesso all'adozione di pratiche Recovery Oriented. "Recovery" ha nella lingua inglese un significato che può essere reso in italiano con il termine "guarigione". Tuttavia, il termine inglese ha una maggiore ampiezza semantica, che si estende ad altre differenti accezioni e con un'enfasi sul processo piuttosto che sull'esito: in medicina, oltre che guarire, "to recover" può significare riprendersi, ristabilirsi, recuperare (Maone & D'Avanzo, 2015).

In psichiatria vi sono alcuni criteri di guarigione operazionalmente definiti come la remissione dei sintomi, il parziale o totale miglioramento dello stato di salute, il ripristino del funzionamento personale o sociale, ma il focus centrale del concetto di Recovery può essere compreso se ci si discosta dall'esito esclusivamente clinico e si prende in considerazione la soggettività del paziente e la sua esperienza personale di malattia, poiché il disturbo psichiatrico è considerato solo uno degli aspetti della persona nella sua totalità. Si parla quindi di Recovery Clinica, per lo più finalizzata alla scomparsa dei sintomi o alla valutazione della risposta ai trattamenti farmacologici, ma anche di Recovery Sociale, che potrebbe, per esempio, essere valutata con indicatori quali indipendenza economica, abitativa, bassa compromissione sociale, ma anche di Recovery Personale intesa come benessere soggettivo e qualità di vita percepita dal soggetto in trattamento. Non sempre, infatti, una riduzione dei sintomi esita in una riduzione della "disabilità" intesa come limitazione delle autonomie, delle attività e restrizione alla partecipazione. Secondo alcuni studi condotti dall'Associazione CHIARO DEL BOSCO ETS (2024) deputata alla formazione all'utilizzo della *MENTAL HEALTH RECOVERY STAR (trademark)* sui disturbi dello spettro psicotico, la remissione clinica è significativamente associata a un migliore funzionamento personale e sociale ma, in misura più relativa, ad una migliore qualità della vita e a migliori performance cognitive. Non sempre quindi la remissione dei sintomi esita in un benessere e in una migliore qualità di vita.

Lo spostamento da un concetto di salute inteso in termini positivi (ovvero assenza di malattia) a un concetto di salute intesa come condizione di benessere fisico, psichico e sociale, quindi complessivo, comporta necessariamente un cambiamento di paradigma in termini di cura, che dovrebbe comprendere approcci centrati su processi autenticamente personali di sviluppo, miranti ad accrescere l'empowerment (dal momento che la condizione di malattia mentale implica spesso processi di "dis-empowerment" su aree quali il senso d'identità personale o sull'autostima) e calibrati non più su un concetto di "normalità" estrinsecamente definito e categorizzante, bensì sull'idea che ogni persona ha di sé.

Il Recovery riguarda quindi la costruzione di una vita soddisfacente e dotata di senso così come definita dalle persone stesse, nonostante la presenza o meno di sintomi o problemi ricorrenti. Il Recovery rappresenta un progressivo distanziamento dalla patologia e dalla malattia verso la salute e lo star bene. Essa risponde al bisogno evolutivo di affermarsi come soggetto in grado di prendere delle decisioni per sé, ma è soprattutto un nuovo modo sociale di intendere la "guarigione" (Barone et al, 2021, p.55).

L'eterogeneità dei decorsi e degli esiti e la difficile prevedibilità delle scelte e del sentire soggettivo, rende questo approccio Recovery difficilmente standardizzabile e misurabile, rendendolo un principio guida più che un modello d'intervento.

4.2. IL CONCETTO DI CURA IN SALUTE MENTALE

Discostarsi da una visione di trattamento riabilitativo meramente tecnicistica o basata su strumenti standardizzati e relativi esiti attesi, ed accostarsi ad un concetto di cura che coinvolga un certo grado di soggettività, di senso e significato così come proposto dal concetto di Recovery, ci conduce inevitabilmente a prendere le distanze dal modello medico tradizionale che pone le sue basi sul modello di scienza positivista. Il riduzionismo della malattia ad aspetti puramente biologici, con l'esclusione o la marginalizzazione di fattori psicologici e sociali, l'oggettività del trattamento e la relativa controllabilità degli esiti e la focalizzazione sugli aspetti di patologia piuttosto che su una visione olistica della persona, sembrano essere messi in discussione qualora ci si accosti alla malattia mentale.

Il corpo vivente non si adegua alla norma perché qualsiasi fenomeno umano è imprevedibile, sia esso fisico, psichico o sociale. In medicina ciò che rientra nella norma

viene definito fisiologico, ciò che si discosta viene definito patologico, ma la medicina stessa può esprimersi non solo nell'indagine diagnostica o prognostica, ma nell'atto concreto della cura, o nel suo tentativo di cura. Perché ciò accada, la medicina deve essere interpretata, quindi deve essere vista e considerata come una miscela di conoscenza scientifica e interpretazioni soggettive del medico, ovvero nella capacità di ogni terapeuta di applicare quel sistema di conoscenze dato e certo (Benini, 2016); un sapere scientifico che consideri però la singolarità e le peculiarità di ciascuna persona, sia esso medico o paziente. Va da sé che anche le credenze, le opinioni, i vissuti soggettivi dei singoli operatori orientano, seppur inconsapevolmente, le pratiche di cura. Ciò non significa che la cura è esclusivamente affidata alla discrezionalità e soggettività dell'operatore, poiché tutti i professionisti sanitari sono chiamati ad aderire a linee guida, protocolli, procedure ritenute affidabili, in una logica di standardizzazione delle cure, secondo norme e modelli e i trattamenti di cura dovrebbero essere esplicitati al fine di un confronto e valutazione, in una logica di verificabilità e di equità nella qualità delle prestazioni rese (Codice Etico Sip, 2024). I processi e gli strumenti di standardizzazione si propongono di diminuire la variabilità dei comportamenti verso una sempre più efficace evidence based medicine, paradigma che si mette al servizio di un percorso di conoscenza che privilegia tutto ciò che è già stato testato, analizzato, controllato e sistematizzato, a scapito di ciò che invece ha lasciato l'immediatezza, e procedere empirico o alla tradizione non sempre esaminata (Benini, 2016). Possiamo considerare l'evidence based medicine come una garanzia di tutela dello stato di salute, garanzia di un *pout pourri* di cure di provata efficacia. La conoscenza scientifica è quindi fondamentale, ma non può da sola orientare la pratica sanitaria perché rischierebbe di snaturare lo specifico campo delle attività di cura. Affinché vi sia una reale azione terapeutica, il sistema delle aspettative, di valori, di desideri delle persone che entrano a far parte di un percorso di cura devono essere considerati, potendo dilatare lo sguardo sanitario verso gli orizzonti esistenziali delle persone stesse, e non solo verso ciò che la ricerca scientifica ritiene fino a quel momento valido. Le persone si sentono malate non soltanto perché riconosciute tali sulla base di nomenclatori pretenziosi d'essere scientifici e assoluti.

Tali considerazioni ci conducono e ci invitano a riflettere non tanto sul concetto di terapia, bensì sul concetto di cura, in termini meno scientifici e più antropologici.

Il concetto di cura riguarda più ambiti semantici, quello medico con il significato di terapia, guarigione, trattamento, quello più strettamente "pedagogico" riguarda l'attenzione,

l'interesse, la preoccupazione per l'altra persona, nella sua totalità e nella sua irriducibile unicità. Mortari (2002) definisce la Cura come una mossa esistenziale complessa verso l'altro, affinché questi possa avvertire tutto il sostegno vitale di cui ha bisogno per realizzare il possibile del suo esserci. Ancora Benini (2016) definisce la Cura come disposizione interna affettiva di sollecitudine, premura, interesse che un soggetto nutre per qualcun altro o per qualcosa. Avere cura significava "preoccuparsi", stare in pensiero per, senza necessariamente mettere in atto comportamenti e azioni concrete e definite. Stare al servizio non solo con la tecnica, ma anche con la mente e con il cuore. È un movimento interiore di preoccupazione. Questo vale per tutti i curatori (Benini, 2016).

L'essenza del concetto di cura così definita, correlata alla numerosità e la complessità delle variabili in gioco proposta dal modello bio-psico-sociale, la dimensione soggettiva e volitiva dei soggetti in trattamento, l'ascolto dell'individualità della persona e la percezione che essa stessa ha del proprio stato di benessere psicofisico, delinea senza dubbio un possibile incontro tra la scienza medica che si è tradizionalmente occupata di salute mentale e le scienze umane, tra le quali la pedagogia. Entrambe, scienza medica e pedagogica, sono considerate da Pietro Bertolini Scienze dell'uomo e per l'uomo (Bertolini, 2015), accomunate dal loro essere formulate per aiutare le persone lungo il corso del loro vivere. Seppur da prospettive disciplinari differenti, focus per entrambe è l'uomo, i suoi bisogni, la sua salute, il suo essere in relazione con gli altri, la sua crescita e la sua progettualità esistenziale; ma laddove la scienza medica è chiamata a proporre ricercare leggi, la scienza pedagogica si profila come un approccio critico, aperto e dinamico nel rispetto della relatività, della complessità e della problematicità che connotano i fenomeni sanitari. La pedagogia quindi si propone alle scienze mediche come un luogo di scambio e di produzione di un sapere mai dato, ma sempre in divenire e perciò aperto al possibile (Benini, 2021).

Ma un sì tale carattere di ipoteticità non può tradursi in una pedagogia pensata come direttamente traducibile in regole universali spendibili nell'azione, bensì come nuove continue interpretazioni sempre legate alla pratica educativa.

4.3. L'EDUCATORE PROFESSIONALE

Il riconoscimento giuridico del lavoro educativo, contraddistinto fino agli anni Ottanta da caratteristiche esclusivamente volontaristiche e vocazionali, è relativamente recente. Una Commissione Nazionale di studio istituita dal Ministero dell'Interno nel 1982 ha per la prima

volta definito e normato grazie alla proposta Battaglia (dall'omonimo ministro che la propose), il profilo professionale e i requisiti di formazione dell'educatore professionale (assieme alle figure di assistente sociale e l'operatore sociale, ovvero l'attuale figura dell'Oss). È solo alla fine degli anni 90 però che il Consiglio Superiore di Sanità riconosce a livello nazionale il profilo dell'educatore professionale nell'ambito sanitario pubblico (DECRETO legislativo 8 ottobre 1998, n. 520, art.1).

Il decreto legislativo 8 ottobre 1998, n. 520, art.1 cita:

“1. E' individuata la figura professionale dell'educatore professionale, con il seguente profilo: l'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà.

2. L'educatore professionale:

a) programma, gestisce e verifica interventi educativi mirati al recupero e allo sviluppo delle potenzialità dei soggetti in difficoltà per il raggiungimento di livelli sempre più avanzati di autonomia;

b) contribuisce a promuovere e organizzare strutture e risorse sociali e sanitarie, al fine di realizzare il progetto educativo integrato;

c) programma, organizza, gestisce e verifica le proprie attività professionali all'interno di servizi sociosanitari e strutture socio-sanitarie riabilitative e socio-educative, in modo coordinato e integrato con altre figure professionali presenti nelle strutture, con il coinvolgimento diretto dei soggetti interessati e/o delle loro famiglie, dei gruppi, della collettività;

d) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei pazienti, allo scopo di favorire il reinserimento nella comunità;

e) partecipa ad attività di studio, ricerca e documentazione finalizzate agli scopi sopra elencati.

3. *L'educatore professionale contribuisce alla formazione degli studenti e del personale di supporto, concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e all'educazione alla salute.*

4. *L'educatore professionale svolge la sua attività professionale, nell'ambito delle proprie competenze, in strutture e servizi sociosanitari e socio-educativi pubblici o privati, sul territorio, nelle strutture residenziali e semiresidenziali in regime di dipendenza o libero professionale”*

Attualmente, vi è un doppio canale di formazione per la figura dell'educatore.

Da una parte vi è la specificità educativa e sociale, caratteristica delle classi di laurea triennale L19 in Scienze dell'Educazione. Tale corso di laurea comprende *“attività formative finalizzate all'acquisizione di conoscenze e competenze fondamentali di ambito pedagogico e metodologico-didattico; conoscenze e competenze di base nelle scienze psicologiche, filosofiche, sociologiche e antropologiche, volte a fornire un sistema di saperi differenziati ma concorrenti allo studio dei processi educativi e formativi nelle loro diverse dimensioni, comprese quelle di genere; conoscenze e competenze nel più ampio quadro delle discipline caratterizzanti delle scienze umane e sociali e di altre scienze volte a fornire un sistema di saperi differenziati ma concorrenti allo studio dei processi educativi e formativi; conoscenze e competenze caratterizzanti di didattica e pedagogia speciale e di altre scienze volte alla predisposizione e gestione di contesti educativi inclusivi”* (Allegato al Decreto Ministeriale n.1648 del 19/12/2023).

Dall'altra vi è la specifica formazione sanitaria che viene proposta all'interno del corso di laurea triennale di educatore professionale LSNT2 (Professioni sanitarie e della riabilitazione), afferente alle Scuole di Medicina e Chirurgia, che consente di sviluppare, oltre ad una base nelle scienze sociali, psicologiche, educative, anche competenze e conoscenze in ambito medico-sanitario, con corsi quali anatomia, fisiologia, patologia, scienze biomediche, con materie caratterizzanti quali tecniche di riabilitazione, terapia occupazionale, metodologie cliniche. Particolare rilievo, come parte integrante e qualificante della formazione professionale, riveste l'attività formativa pratica e di tirocinio clinico.

La distinzione tra educatore sanitario e non sanitario è stata formalizzata dalla Legge di Bilancio 2018 (Legge n. 145/2018). Questa normativa ha introdotto quindi nuove regole per l'esercizio delle professioni educative, specificando che gli educatori professionali socio-pedagogici (laurea L-19 Scienze dell'Educazione e della Formazione) operano

principalmente in contesti educativi, sociali e formativi, come scuole, comunità per minori, servizi per l'infanzia; mentre gli educatori professionali socio-sanitari (laurea abilitante SNT/2 Professioni Sanitarie della Riabilitazione) lavorano in ambiti sanitari e riabilitativi, quali ospedali, centri di riabilitazione e comunità terapeutiche. Per questi ultimi è obbligatoria l'iscrizione all'Ordine TSRM e PSTRP.

Ai fini della nostra ricerca, è opportuno sottolineare che nelle Rems, quali strutture afferenti al Sistema Sanitario Nazionale, vi è l'obbligo di impiegare educatori socio-sanitari, afferenti quindi alla classe di Laurea LSNT2. La presenza di educatori all'interno di strutture residenziali psichiatriche, siano esse intensive (SRP1), estensive (SRP2) o destinate ad interventi socio-riabilitativi (SRP3), è regolamentata dalla Legge 55/2024, la quale ha recentemente disciplinato le professioni pedagogiche ed educative. Questa legge ha introdotto l'obbligo di iscrizione agli albi professionali per educatori e pedagogisti, distinguendo tra educatori socio-pedagogici e socio-sanitari. Gli educatori socio-pedagogici possono operare anche in contesti socio-sanitari, come le SRT1 e SRT2, ma il loro ruolo deve essere limitatamente circoscritto agli aspetti educativi e riabilitativi, senza coinvolgimento diretto in attività sanitarie (Albo TSRM e PSTRP).

La diversità del percorso formativo crea quindi anche una sostanziale differenza nelle possibilità lavorative e, soprattutto, nel riconoscimento professionale. Questa ambiguità di fondo in relazione alla formazione dell'educatore comporta una difficoltà a definire, identificare e valutare la specificità delle competenze che caratterizzano tale professione, rendendo talvolta difficilmente riconoscibile e poco valutata nel dialogo con le altre discipline umanistiche.

Vanna Iori, deputata e pedagoga che si è impegnata in prima persona nel riconoscimento delle professioni pedagogiche, sottolinea che nel percorrere la strada per consolidare e rendere più robusta la pedagogia, non si deve dimenticare che le ragioni di questa minorità epistemica e professionale trovano origine nel fatto che l'attività educativa è multiforme e complessa, così come i suoi ambiti di applicazione si estendono a più livelli, intersecandosi con lo sviluppo del pensiero pedagogico (Iori, 2018).

Sulla falsa riga della Iori, il Centro Studi Riccardo Massa di Milano definisce il corpus fondante di tale professione: *“questo mancato riconoscimento di uno statuto epistemologico prima e di uno statuto professionale dopo, del ruolo dell'educatore è grave. Esiste un sapere che istituisce un dominio collettivo specifico sul piano delle conoscenze e sul piano delle*

competenze professionali, che hanno un sapere pedagogico trasversale, e che proprio nella sua trasversalità esprime una specificità (Gambacorti-Passerini, 2016).

4.4. L'AGIRE EDUCATIVO

Parlare di Recovery, cura, progetti riabilitativi in ambito istituzionale e in particolar modo di istituzioni che si occupano di psichiatria forense pone quindi una questione cruciale, che si insinua tra il bisogno (e il mandato) di controllo e protezione sociale e la piena responsabilizzazione ed emancipazione del paziente ovvero il recupero del potere sulla propria vita.

La cura educativa propriamente detta, si propone proprio in tal senso, fondante per l'esistenza dell'uomo. Si propone non solo di soddisfare bisogni o indirizzarsi all'apprendimento di competenze e abilità, bensì tenta di promuovere nell'individuo la capacità di conoscere sé stesso in relazione ad un fenomeno, ad un bisogno, ad una situazione, in un discorso legato anche alla morale e all'etica dei comportamenti in quanto connessi al mondo sociale.

Oggetto dell'educazione è la formazione dell'uomo nella sua interiorità, si interroga criticamente su come i soggetti diventano ciò che sono, promuove, orienta, corregge, indirizza intenzionalmente percorsi di sviluppo e di crescita, in vista della realizzazione del progetto che l'uomo stesso ha di sé. La cura educativa ha quindi la caratteristica di avere un'attenzione particolare all'unicità, alle azioni, agli altri e ad un particolare sguardo sul mondo.

Questa complessità e articolazione dell'educare, presuppone l'esigenza di avere ben chiari non solo i fondamenti epistemologici o orientamenti prettamente filosofici che possono indirizzare l'agire educativo, siano essi più di stampo idealista, esistenzialista, empirico o pragmatico, ma anche gli strumenti concettuali e operativi propri della pedagogia a servizio della cura, che caratterizzano e distinguono l'agire educativo da altri interventi appartenenti ad altre discipline.

Blezza (2007) identifica questi strumenti in: mediazione, dialogo, problema, interlocuzione pedagogica, rapporto tra idee e fatti, ruolo dell'esperienza futura.

La **mediazione** è intesa come la caratteristica intrinseca dell'esercizio professionale educativo e pedagogico, che consente di collocarsi in un piano intermedio, per favorire e garantire un continuo dialogo tra il piano della teoria e della prassi.

Questa mediazione vede nella riflessione l'elemento centrale che consente alla teoria di fruire del feedback della prassi. *“L'azione pedagogica non può quindi meramente esaurirsi in un dualismo Teoria-Prassi che rischia di ridursi a mero condizionamento dell'una sull'altra, ma in quella dimensione di mezzo che ne consente la comunicazione e l'integrazione reciproca, per farne qualcos'altro di sostanzialmente differente”* (Blezza, 2007, p.45). L'azione, intesa come competenza e conoscenza messa in atto, diviene continuamente oggetto di pensiero, di azione intellettuale, di ripensamento, di significazione, nell'intento di trasformarla, ricrearla, criticarla, reindirizzarla o semplicemente prenderne consapevolezza. Tutto ciò validifica la conoscenza, garantendone la democraticità, la scientificità e l'evolutivezza.

L'intreccio indissolubile di conoscere e agire, tra sapere e saper fare, è quindi dispositivo pedagogico, per giungere ad una pratica che ci permette di andare oltre alla tradizionale suddivisione tra lavoro pratico e mentale/intellettuale (Wenger, 2006). Se così non fosse, l'educazione si ridurrebbe da un lato a mera riflessione, dall'altro a mera esecuzione, limitando le possibilità di apprendimento che solo i feedback esperienziali possono generare mediante una retroazione e retrovisione dell'accaduto e della teoria che ha motivato l'accadere.

Il **dialogo** è lo strumento mediante il quale si instaura la relazione, elemento essenziale dell'azione educativa che, per definirsi tale, deve necessariamente essere volta al cambiamento, allo sviluppo di possibilità e potenzialità del soggetto.

Il dialogo e la relazione sono quindi da direzionare, costruire e progettare, problematizzare, affinché siano coerenti con le finalità di cura e vi si riconoscano in esse possibilità educative, ovvero potenzialità trasformative.

Per quanto riguarda il **problema**, Blezza distingue le situazioni problematiche, ovvero quel complesso di situazioni di difficoltà, ostacolo, crisi, conflitto nelle quali il soggetto può trovarsi nella sua interazione con la realtà, e i problemi che null'altro sono che le situazioni problematiche alle quali il paziente decide di reagire, operandosi per trovarne una soluzione. Ecco, quindi, che il problema non si può collocare nella malattia, ma nella difficoltà che ha talvolta il paziente in termini di consapevolezza, volontà, desiderio, capacità

nell'identificazione della situazione problema e nella relativa risoluzione, poiché, conclude Blezza, "la guarigione è atto del paziente".

L'**interlocuzione pedagogica** (Blezza, 2009), è intesa come una particolare relazione d'aiuto nella quale si cerca di favorire l'interlocutore a traslare dalla situazione problematica alla situazione problema. È un'azione intenzionale nella quale non possono essere espressi consigli, giudizi, opinioni, pareri, punti di vista, ma invita semplicemente al confronto rispettando solo regole di metodo. Può indirizzare ma mai risolvere. Presuppone esclusività, ascolto, presenza costante e responsabilità solo in termini metodologici, poiché finalizzata ad un reale cambiamento che avviene solo se interiorizzato, non se consigliato.

L'ultimo strumento concettuale con il quale, secondo Blezza, la pedagogia contribuisce ad un'autentica cura di tipo educativo ed esistenziale è il **rapporto tra idee e fatti e il ruolo dell'esperienza futura**. Il concetto di esperienza futura rimarca la necessità di osservare ciò che accadrà in seguito a determinate azioni per poterlo normare in termini metodologici, con lo scopo di avere una controllabilità e una sorta di scientificità. Questo assunto però è assolutamente da ritenersi infondato se si considerano le innumerevoli idee e sistemi di pensiero entro i quali una certa situazione si presenta, rendendo così ogni tentativo, seppur validato scientificamente, ipotetico, fallibile, transitorio, vago. Tutto ciò apre lo scenario a temi quali la relatività, la libertà, il rischio, l'interpretatività che sono questioni di ordine esistenziale, e quindi afferenti l'area educativa.

Iori (2018) identifica la peculiarità dell'agire educativo nella capacità di proporre esperienze e relative riflessioni. Tali esperienze dovrebbero avere la caratteristica di sollecitare la coscienza, l'intenzionalità, *"un'attitudine interrogante che si lascia abitare anche dall'angoscia"*, che *"non chiuda, riduca, imbrogli o standardizzi la condizione umana"*, in una sempre apertura a nuovi orizzonti. Vi si evince quindi un carattere creativo dell'agire educativo, che rifiuta i caratteri di improvvisazione e/o opinionismo, poiché ha *"alle spalle una visione antropologica sicura ma aperta a ogni riflessione sull'umano"*.

Anche Porcarelli (2012) conviene sulla necessità che i paradigmi pedagogici siano fondati su una chiara concezione antropologica, poiché nell'agire educativo è insito un *"ideale politico"*. Ogni azione educativa dovrebbe tendere a trasmettere una *"tensione progettuale e propositiva verso il futuro"*, fondata sulla speranza, su obiettivi credibili intorno ai quali costruire la propria vita. Vi si evince quindi una componente di tipo valoriale, che invita l'educazione ad agire non solo sulla formazione dell'identità individuale, quanto sul fronte

delle responsabilità sociali. Ecco, quindi, la valenza politica identificata da Porcarelli nell'agire educativo, il suo dovere di poggiare le sue basi su un'ideale sociale verso cui tendere, nel rispetto dei principali valori di libertà, uguaglianza sociale, ma soprattutto democrazia.

Delors (2021) sembra essere concorde nel considerare l'educazione come strumento indispensabile per lo sviluppo di valori comuni verso cui tendere, che potranno consentirci di affrontare i rischi e le sfide del futuro. Identifica quattro pilastri fondanti dell'educazione: *imparare a conoscere, imparare a fare, imparare ad essere, imparare a vivere insieme*. Sostiene che solo sviluppando una comprensione reciproca, mediante l'acquisizione, l'attualizzazione e l'uso dei saperi, sarà possibile una migliore convivenza e, di conseguenza, una società più democratica.

L'attenzione all'esperienza e al suo aspetto prettamente sociale è stata lungamente trattata da Massa (1994) nel suo libro *"Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione"* che ha riservato una lunga trattazione sia al pensiero di Durkheim, che per primo identifica l'evento educativo come fatto sociale, sia a quello di Dewey che definisce l'esperienza come punto di accesso alla spiegazione del mondo e l'educazione come la continua riorganizzazione dell'esperienza. Entrambi paiono avere una sincera fiducia nell'educazione, mediante la quale l'uomo può imprimere una direzione alla sua stessa evoluzione, generando quindi reali processi di empowerment.

Per processi di empowerment si intendono percorsi attraverso i quali l'individuo acquisisce maggiore controllo sulla propria vita, sviluppando competenze, consapevolezza e autonomia. Improntare interventi educativi finalizzati all'accrescimento dell'empowerment presuppone l'intervento di educatori che non orientino né direzionino, bensì si mettano in posizione dialogica, rinunciando alla pretesa di conoscere destinazione e strada migliori, ma si collochino in una posizione di esclusivo supporto (Marchisio, 2019) per sostenere la persona nella costruzione e nel raggiungimento del suo ideale di futuro, realmente desiderato.

Tali ambiziosi (e complessi) obiettivi dell'azione educativa possono essere fraintesi con ideali, se non sono sostenuti da una coerente e concreta progettazione per il loro raggiungimento. Milani (2017) identifica proprio nella progettualità educativa la *"capacità di passare da un piano ideale a quello reale"*, nella sua possibilità di determinare le condizioni e le opportunità di tale compimento, nella capacità di effettuare scelte e/o inventare modelli

di riferimento mai neutri ma teoricamente determinati. Il progetto, quindi, è il risultato dell'ideazione, che iscrive il "reale educativo" in un processo, finalizzato, mai statico perché sempre in attuazione. Milani ritiene inoltre che la progettazione sia un atto democratico, capace di concretizzarsi in una proposta condivisa, poiché solo in questo modo è possibile promuovere riflessività, processi di partecipazione attiva e autentica responsabilità.

La progettualità, inoltre, prevede una metacompetenza che può essere esemplificata come la capacità di analizzare le proprie azioni e le proprie condotte verso la gestione delle competenze, uno sforzo continuo di calarsi "in situazione", osservando le ricadute del proprio agire, considerandone le variabili, immaginandone la praticabilità, nella ricerca di sempre nuove soluzioni. Si privilegiano quindi approcci partecipati, continui collegamenti tra teoria e prassi e l'utilizzo di metodologie learning by doing.

Dall'analisi di questi contributi, possiamo quindi delineare ciò che caratterizza l'agire educativo: la costante circolarità tra esperienza e riflessione su di essa e la sua continua problematizzazione, l'attenzione alla libertà e alla soggettività, l'attitudine interrogante e aperta alle possibilità, la consapevolezza dell'idea di persona che sottende l'azione, la dimensione valoriale, l'imprescindibile dimensione intersoggettiva (e quindi sociale e politica), l'attenzione alla partecipazione, la caratteristica di concretezza in un'ottica progettuale sempre generativa.

Scopo della nostra ricerca è quindi analizzare come questi contributi pedagogici concorrano ai piani di trattamento riabilitativo del paziente psichiatrico autore di reato, considerato il fatto che alcuni concetti basilari dell'area educativa, quali la libertà e la responsabilità, possono essere, in questi casi, limitati o non riconosciuti.

4.5. EDUCATORE O TERP?

L'educatore sanitario e il terapeuta della riabilitazione psichiatrica sono figure professionali il cui riconoscimento è relativamente recente e sono stati entrambi categorizzati come professioni sanitarie "ausiliarie", ovvero non mediche.

Spesso queste due professionalità vengono "confuse", rendendole di fatto intercambiabili, non riconoscendo loro, di fatto, legittimità dell'unicità della loro formazione che, nonostante molto abbia in comune, differisce su molti aspetti.

Il Veneto, per esempio, con Deliberazione della Giunta Regionale n. 1673 del 12 novembre 2018, quantifica lo standard di personale previsto per le comunità terapeutiche riabilitative protette (CTRP) di tipo A, che corrispondono a livello nazionale alle strutture residenziali psichiatriche a carattere intensivo (ovvero le SRP1 che possono accogliere anche pazienti forensi) e prevede la possibilità di avere in organico educatori o terapisti della riabilitazione psichiatrica, indistintamente, lasciando a discrezione delle singole organizzazioni la scelta dell'una o dell'altra professionalità.

E' bene però interrogarsi sulla liceità di questa "intercambiabilità", iniziando da ciò che le accomuna ma analizzando anche ciò che le distingue.

L'educatore viene descritto dal D.M. 520/1998 come *"l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativo/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psicosociale dei soggetti in difficoltà"*. L'intervento educativo, come già specificato al capitolo 4, si articola in diversi ambiti, tra i quali quello della riabilitazione psichiatrica, che, nella fattispecie, comprende interventi volti a favorire il re-inserimento dell'utente nella vita quotidiana; percorsi volti al recupero e/o acquisizione di capacità, autonomie; interventi volti all'inserimento lavorativo, l'attivazione di strategie dedicate all'adesione dell'utente al programma terapeutico-educativo-riabilitativo e percorsi volti alla promozione dei servizi territoriali (D.M. 520/1998).

La figura del Terapista della Riabilitazione Psichiatrica, denominato TeRP, viene regolato e riconosciuto con il decreto ministeriale del 29 marzo 2001, Legge n. 182, che lo definisce come *"l'operatore sanitario che, in possesso del Diploma Universitario abilitante, svolge, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'equipe multidisciplinare, interventi riabilitativi ed educativi sui soggetti con disabilità psichica"* (art. 2).

Il tecnico della riabilitazione psichiatrica:

a) collabora alla valutazione della disabilità psichica e delle potenzialità del soggetto, analizza bisogni e istanze evolutive e rileva le risorse del contesto familiare e socio-ambientale;

b) collabora all'identificazione degli obiettivi formativo-terapeutici e di riabilitazione psichiatrica nonché' alla formulazione dello specifico programma di intervento mirato al recupero e allo sviluppo del soggetto in trattamento;

c) attua interventi volti all'abilitazione/riabilitazione dei soggetti alla cura di se' e alle relazioni interpersonali di varia complessità nonché, ove possibile, ad un'attività lavorativa;

d) opera nel contesto della prevenzione primaria sul territorio;

e) opera sulle famiglie e sul contesto sociale dei soggetti, allo scopo di favorirne il reinserimento nella comunità;

f) collabora alla valutazione degli esiti del programma di abilitazione e riabilitazione nei singoli soggetti, in relazione agli obiettivi prefissati (Legge 182/2001).

Entrambe le definizioni contengono funzioni di tipo “educativo e riabilitativo” ed entrambe le professionalità interagiscono nell’area del disagio psichico con azioni e interazioni rivolte alla vita quotidiana dell’utente psichiatrico, al fine di raggiungere un livello di inserimento (o re-inserimento) sociale tale da poter esprimere le proprie competenze e capacità, nell’obiettivo di una migliore qualità di vita percepita. Essendo l’utente parte integrante del processo di cambiamento e quindi di fondamentale importanza il suo coinvolgimento, si presume che entrambi questi professionisti della cura possiedano abilità comunicative e di relazione interpersonale necessarie per costruire una relazione di fiducia con l’utente affinché cooperi nella progettualità per lui pensata.

Possono, di conseguenza, risultare medesimi alcuni strumenti e strategie, come gli interventi di gruppo, i colloqui, le attività che contemplino la creazione di una relazione che coinvolga direttamente il paziente nel suo trattamento, programmando i loro interventi sulla base della gravità e della compromissione del funzionamento personale e sociale dell’utente stesso. Possono altresì entrambi servirsi di strumenti di valutazione standardizzati. È possibile, anzi normale, che tra le due figure professionali avvenga una sovrapposizione delle azioni; infatti, i confini non sono ben distinti (Fuga, 2021). Educatori e Terp contribuiscono alla stesura del PTRI (Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato) in equipe multidisciplinari, solitamente affiancati dalle figure dello psichiatra, psicologo, infermiere, operatore socio-sanitario.

Entrambe le professioni hanno l’obbligo di iscrizione alla Federazione Nazionale Ordine dei TSRM e PSTRP, “Federazione Nazionale degli Ordini Sanitari di Radiologia Medica e delle

Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione” al quale afferiscono.

Ciò in cui differiscono sono gli insegnamenti previsti dai relativi Corsi di Laurea. Prendendo come esempio i Corsi di Laurea offerti dall’Università degli Studi di Padova, si può osservare che entrambi sono afferenti alla Scuola di Medicina e Chirurgia, entrambi prevedono un corso di studi di anni tre, ma nel Corso di Educazione Professionale (abilitante alla professione sanitaria di educatore professionale) sono previsti, nel triennio, tre insegnamenti specifici nell’area psichiatrica, mentre nel Corso di Laurea in Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica ve ne sono previsti nove. Potremmo pertanto, su tali basi, affermare che il TeRP pare essere più “specializzato” nel campo della psichiatria, unico ambito nel quale può operare, in qualità di tecnico, promuovendo attività volte al ripristino del funzionamento delle aree menomate dalla malattia psichica, valutando quanto quest’ultima influenzi la qualità di vita dell’utente, sia in termini di difficoltà che in termini di mantenimento di risorse e potenzialità.

L’educatore invece, il cui operato è rivolto anche ad altre aree di fragilità (per esempio: minori, anziani, disabilità...), sembra essere portatore di un sapere più articolato e multidisciplinare, in quanto gli insegnamenti afferenti all’area psichiatrica “mancanti” nel piano di studi, sono sostituiti da insegnamenti afferenti all’area pedagogica (in particolare della progettazione educativa), psicologica e sociale. Proponendo l’apprendimento (e l’attuazione) di strategie e tecniche, l’educatore formula progetti educativi volti allo sviluppo della personalità, al raggiungimento di autonomie, al reinserimento psicosociale e/o lavorativo, obiettivi volti all’inclusione, all’integrazione, all’inserimento.

Si deduce quindi che il TeRP potrebbe essere più idoneo a svolgere funzioni tecniche, di tipo pressoché analitico, di programmazione, volte alla conoscenza e all’analisi dei deficit dovuti alla malattia e dei relativi bisogni che ne scaturiscono, in termini di valutazione e rendicontazione al termine dei trattamenti o in itinere. Il suo focus è la malattia, l’identificazione dei sintomi e la valutazione della loro diminuzione o remissione, utilizzando strumenti solitamente standardizzati, scientificamente validati, che comprendono una serie di azioni dalle quali ci si attende una relativa risposta. *“Al Terp vengono affidate funzioni di tipo riabilitativo, che solitamente vengono intese come quell’insieme di tecniche e programmi atti a ridurre la disabilità derivante dalla malattia e l’handicap derivante del contesto sociale in cui vive la persona affetta da malattia”* (Vita et al.,2019). Ricerca certezze

e definitezza in un'ottica categoriale, mirante a determinare "leggi" e "azioni" che, se esattamente applicate, contribuiscono al benessere della persona.

L'educatore, a differenza, è chiamato a svolgere una funzione che potrebbe definirsi più multidimensionale e creativa, perché rivolta all'interiorità dell'uomo nella sua complessità, nel tentativo di promuovere (intenzionalmente) percorsi di sviluppo e di crescita individuale e sociale, nei quali la malattia è solo una piccola parte, non sempre determinante nella percezione di una sempre singolare qualità di vita percepita.

Il TeRP utilizza strumenti, l'educatore utilizza dispositivi difficilmente categorizzabili poiché aperti all'imprevedibilità della soggettività dell'interlocutore.

Basti pensare a tutte le volte in cui le strategie, i training, gli strumenti standardizzati ed evidence based, seppur validati, non diano i risultati attesi. Gli interventi non possono ridursi a esclusivo tecnicismo, poiché vi sono ulteriori diversi fattori che possono interferire o facilitare il raggiungimento di obiettivi, quali i fattori motivazionali, gli stati emotivi, i fattori ambientali (Nicolò, 1997).

Le conoscenze che gli strumenti offrono, divengono "viventi" nel momento in cui sono esperite, e solo la dimensione educativa, con la sua apertura all'unicità, la sua attitudine a stare nell'indeterminatezza senza volerla o doverla necessariamente categorizzare, può offrire ulteriori strumenti di conoscenza che possono validare o meno, ricreare o ripensare, gli strumenti di cui sopra. Ciò potrebbe condurre alla falsa credenza che vede l'educatore come più operativo, più vicino al paziente e al suo concreto vivere quotidiano, con competenze più pratiche, mentre il TeRP come professione più afferente all'ambito teorico, di studio, di ricerca, ma non vi è nulla di più errato. Ciò che li distingue infatti non è il grado di operatività, bensì lo scopo degli interventi stessi. Scopo del TeRP, anche negli interventi operativi, è quello di identificare deficit considerati elementi di vulnerabilità ed intervenire affinché questi non siano invalidanti o ostacoli ad una vita soddisfacente, oppure valorizzare risorse che possono essere utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi riabilitativi; scopo dell'educatore è significare in termini esistenziali l'accadere, in un continuo dialogo tra "dentro e fuori", dove i deficit e le risorse giocano talvolta un ruolo ininfluenza. Il suo focus non è la sintomatologia, bensì le risorse e i desideri del paziente.

Proprio per questi motivi ritengo che le funzioni del TeRP e dell'Educatore non possano essere "intercambiabili", a meno che non siano incrementate nell'uno insegnamenti propriamente educativi/pedagogici, nell'altro conoscenze più strettamente psichiatriche.

L'uno non può sostituire l'altro, se non con ulteriori specializzazioni. L'educatore senza il contributo del TeRP correrebbe il rischio di improvvisazione o idealizzazione, sottovalutando alcuni aspetti propri della malattia o addirittura negandoli, il TeRP senza l'educatore rischierebbe di rendere impersonale la progettazione, standardizzando interventi con scarsi o dubbi esiti in termini di valore e efficacia.

4.6. PECULIARITA' DEL PAZIENTE PSICHIATRICO AUTORE DI REATO

Cerchiamo di comprendere in questo paragrafo quali siano le specificità del lavoro educativo con il paziente psichiatrico autore di reato. Esso si trova in una situazione di limitazione della libertà personale (sia essa una misura di sicurezza detentiva, non detentiva, misura cautelare o arresti domiciliari per patologia insorta) e il suo trattamento di cura e riabilitativo può essere particolarmente complesso per questioni di correlazione tra patologia e agiti, di controllo sociale o di sicurezza del personale che se ne occupa in quel preciso momento. Improntare prassi cliniche ispirate alla Recovery nelle Rems o nelle comunità che lavorano con pazienti rei apre quindi scenari innovativi che talvolta si discostano dai classici trattamenti implementati per le persone malate ma non sottoposte a misura di sicurezza.

Volterra (2020) sintetizza così la popolazione dei pazienti psichiatrici forensi:

“Esistono almeno tre categorie di internati analizzandoli sotto il profilo dei bisogni clinico assistenziali:

- gli autori di reati minori spesso recidivanti, espressione di deriva sociale e/o di un insufficiente rete di sostegno per i quali la giurisdizione rappresenta una soluzione impropria al disadattamento;*
- gli autori di reati gravi sintomo di uno scompenso psicopatologico acuto che non di rado rientra con un adeguato programma di cure più frequentemente sconosciuti ai servizi psichiatrici;*
- gli autori di reati gravi legati ad una condizione persistente di patologia psichica associata ad elevata pericolosità e ad un'alleanza terapeutica problematica; si tratta di pazienti problematici anche prima del reato e dell'internamento, afferente a un'area di presa in carico complessa e densa di vicissitudini non solo sanitarie ma anche di ordine pubblico, di fronte*

ai quali spesso i servizi territoriali hanno dovuto ammettere la propria incapacità, rinviandole in sostanza all'agenzia di controllo di natura giudiziaria."

Tale categorizzazione è una prima conferma del fatto che la presa in carico del paziente autore di reato non può essere univoca, ma deve considerare l'intera persona nella sua storia di vita, unica e irripetibile, non esclusivamente la diagnosi, il grado di compromissione del funzionamento mentale o il fatto reato. *"La lettura integrata del comportamento umano prevede lo studio di una molteplicità di aspetti che individuano modalità personali e irripetibili di declinarsi nella realtà psicosociale, non riconducibile a una causalità unilineare, che vanno oltre il modello categoriale, per completarsi con quello psicopatologico e con quello funzionale."* (Fornari, 2024, p.1301)

Così Fornari tenta di spiegare la complessità della valutazione e conseguentemente dell'approccio al paziente forense, poiché la classica clinica e le categorie nosografiche legate alla psichiatria classica sembrano non bastare quando ci si avvicina al folle reo. Conoscere la teoria della clinica (sapere), usarla sotto il profilo metodologico (saper fare) e saperla collocare nella relazione interpersonale (saper essere) non permette di identificare con certezza il nesso tra il disturbo mentale e il grado di pericolosità (ovvero il disturbo mentale rilevante ai fini forensi), poiché esso deve essere di volta in volta stabilito e mai presunto, né tanto meno il trattamento che dovrebbe conseguire.

Anche Ferracuti & Lagazzi (2010) sono concordi che nella valutazione e relativo trattamento del paziente forense, debba sempre e comunque essere *"considerata l'eccezionale ampiezza e varietà delle categorie esistenziali, cliniche e comportamentali"*, prendendo in considerazione non solo i fattori di carattere clinico, ma anche i fattori di natura attuariale, come le risorse logistiche del soggetto, e i fattori di protezione dell'ambiente che possono influire sul decorso della malattia e sulla commissione di nuovi reati nella prospettiva di limitare il più possibile il rischio di recidiva.

Per prendersi cura del paziente forense non è sufficiente garantirgli un iter diagnostico e terapeutico avvalendosi di molteplici strumenti, tecniche e metodologie; è indispensabile che si instauri con lui una relazione attenta e partecipata, una *"relazione che è di per sé strumento terapeutico"* (Fornari, 2024), che si avvalga di una varietà di approcci differenti, per consentire al paziente di comprendere quali aree di autonomia, capacità, abilità possono ancora essere sviluppate, nonostante le aree sintomatologiche o di sofferenza psichica che lo hanno condotto a tale situazione. Il momento reato è un momento di rottura, dentro e fuori

dal paziente, e quest'ultimo, in seno ad un percorso riabilitativo, ha bisogno di riguadagnarsi uno spazio d'identità funzionale, mediante un percorso che parta sì dal miglioramento della sintomatologia clinica, ma che preveda anche esperienze psico educative che gli restituiscano autostima, nuove competenze relazionali e sociali, anche mediante la ricostruzione o rielaborazione di reti socio familiari, quando disponibili. L'obiettivo ultimo di tale approccio è la "formazione del paziente recluso: per transitare dal sentirsi *in disease* al sentirsi *at ease*" (Brandi & Iannucci, 2013).

Tale percorso non è quasi mai lineare, le ricadute, le riacutizzazioni e le regressioni che si verificano durante il percorso possono essere anche fonti di ulteriori agiti, che devono divenire occasioni per nuove riflessioni condivise e riassetto progettuali. Non sempre l'agito in psichiatria forense deve essere sanzionato, poiché potrebbe essere valutato come espressione di un disagio interiore non altrimenti comunicabile. Le nozioni di cura e protezione sanitaria nel trattamento del paziente psichiatrico autore di reato devono integrarsi vicendevolmente, tenendo sempre ben presente che la riduzione di un sintomo psicopatologico e la protezione non possono essere confusi con la neutralizzazione del comportamento delinquenziale, l'autoritarismo e l'imposizione che non sono afferenti all'area sociosanitaria, bensì al controllo giudiziario.

È per questo necessaria la condivisione e cooperazione tra saperi che entrano in relazione con il paziente, poiché ogni situazione, all'interno di un percorso di trattamento terapeutico riabilitativo, deve essere letta e interpretata alla luce non solo della patologia del paziente, ma del suo unico modo di leggere e affrontare quella medesima situazione, come dev'essere anche considerato il libero arbitrio della persona che non sempre e non in ogni situazione è compromesso dalla patologia.

Una presa in carico così definita è un processo di ristrutturazione vero e proprio, che consente, mediante la valutazione di svariati parametri (funzionamento cognitivo, riflessivo, affettivo e intrapsichico, consapevolezza e valutazioni di sé realistiche, controllo dell'emotività e degli agiti, abilità relazionali, interessi sociali, capacità lavorative e/o occupazionali), la costruzione di un modello di cura (e protezione) integrato e multisetoriale, assolutamente personalizzato e costruito ad hoc su quella persona. *"La personalizzazione degli interventi deve cominciare accogliendo, analizzando e comprendendo il punto di vista del paziente, portatore di una cultura e di una lettura del disturbo e del reato: egli, infatti, ha idee proprie sui concetti di cura, pena, giustizia, vita."* (Castelletti, 2023)

Ne consegue che la responsabilità della cura non può essere esclusiva del medico psichiatra che si occupa della gestione della sintomatologia psichiatrica, ma risulta una vera e propria costruzione interdisciplinare. Ogni specifica azione, riferibile ad uno specifico sapere, è un piccolo tassello che contribuisce alla ri-costruzione della persona in quanto tale, e non riconducibile esclusivamente alla dimensione patologica. Conoscere il più possibile le istanze interne del paziente, lavorare con lui per riequilibrarle e per renderle compatibili con la realtà è il delicato lavoro che consente l'assunzione di misurati rischi in seno ad un progetto riabilitativo, e solo mediante una relazione aperta, autentica, fatta di ascolto e partecipazione, è forse possibile raggiungere gradualmente obiettivi quali l'adattamento del paziente a nuovi modelli in funzione di una sempre più crescente autonomia e responsabilizzazione. L'ex garante dei detenuti, Franco Corleone, sostiene che *“senza responsabilizzazione (del paziente) non vi è riabilitazione in psichiatria ma nemmeno sicurezza sociale”* (Corleone, 2018).

Tentare di restituire al paziente la responsabilità della propria cura è un atto di educazione alla libertà, non intesa soltanto nell'essere svincolati dalle incombenze giudiziarie, ma una libertà connessa al principio di autonomia e alla capacità di poter scegliere senza condizionamenti in termini di libero arbitrio e in termini di rispetto della sua capacità di autodeterminarsi. *La libertà esteriore è limitata dal provvedimento giudiziario, mentre la libertà interiore è limitata dalla propria “assenza di norma”* (Castelletti, 2023).

Tale processo può risultare particolarmente complicato perché appesantito dai meccanismi giuridici che prevedono rigide prescrizioni e cicliche valutazioni di ordine giudiziario (es. processi, perizie, revisioni della pericolosità) che talvolta interferiscono o ostacolano i percorsi.

La responsabilità dei progetti per gli autori di reato è tale non solo nei confronti del malato, ma anche del tessuto sociale che potrebbe essere messo a rischio da tentativi riabilitativi che possano sì risultare utili per il paziente ma potenzialmente rischiosi in termini di sicurezza. Il progetto del folle reo è un rischio, perché si è chiamati di volta in volta a valutare (e quindi mettere in atto), tentativi riabilitativi che prevedono esiti incerti, in un costante equilibrio tra progressione e tutela sia del paziente, in quanto le ricadute sono spesso segnale di sofferenza interna, sia del suo tessuto relazionale in quanto tale sofferenza, se si è già espressa in agiti illeciti, può ripresentarsi nei medesimi modi. Si può definire quindi un trattamento bidirezionale, che ha come obiettivo non solo il singolo paziente e le sue

opportunità riabilitative, ma anche la sicurezza sociale e delle persone che entrano in contatto con lui.

Il livello di sicurezza nelle strutture psichiatriche forensi è solitamente definito in tre macrocategorie: relazionale, procedurale e fisico. La sicurezza relazionale si riferisce alle relazioni tra personale e paziente, la sicurezza procedurale riflette le politiche e la sicurezza fisica descrive la struttura fisica dei servizi (Jewella et al., 2024). Il cosiddetto 'trinitarian model' prevede una serie di indicatori che permettono di garantire che la situazione di restrizione del paziente non precluda la sua possibilità di trattamento e che la sicurezza non sia una barriera alla reintegrazione sociale. Un grado di sicurezza troppo elevato potrebbe prolungare il trattamento più del necessario con il rischio di istituzionalizzazione, mentre un grado di rischio troppo basso potrebbe comportare problemi in termini di tutela per il paziente stesso, per gli altri pazienti che convivono con lui, per il personale e/o per il pubblico in generale, con un evidente rischio di recidiva. L'accuratezza della valutazione del rischio clinico è quindi una questione chiave nel trattamento del paziente psichiatrico autore di reato, che va considerato alla stregua delle possibilità riabilitative e di reinserimento sociale. In termini di recupero e qualità delle cure si può intuire che le misure di sicurezza relazionale, intese come qualità delle relazioni terapeutiche, siano le più importanti e possono essere determinanti in particolar modo quando i curanti sono chiamati a prendersi cura del paziente a prescindere dalla sua richiesta.

Pensare a progettualità di questo tipo presuppone alcune attente valutazioni che sono passibili di continue modifiche, anche a causa della complessità del quadro psicopatologico che spesso caratterizza i pazienti psichiatrici autori di reato. Innanzitutto bisogna sempre chiedersi dove finisce il condizionamento della malattia e dove inizia la scelta di vita del paziente, se il paziente può essere separato dalla sua malattia, se e quanto le persone che hanno in carico il paziente possano preservarlo dalle conseguenze della malattia che non sempre sono prevedibili in quanto profondamente collegate allo scorrere e alle vicissitudini dell'esistenza non sempre controllabili e nello stesso tempo tentare di sviluppare in lui le aree ancora funzionali non compromesse. Inoltre, va ricordato che non di rado i pazienti forensi inseriti in strutture psichiatriche forensi *“hanno come obiettivo quello di ridimensionare il più possibile la propria responsabilità e ottenere in modo opportunistico tutti i vantaggi secondari possibili, primo fra tutte la riduzione della pena. Di conseguenza la relazione terapeutica, più che essere ricercata per chiarire i motivi per cui si è commesso un reato e approfondire le proprie problematiche psichiche, può essere mercificata e diventare oggetto*

di manipolazione o essere vissuta in modo giudicante e persecutorio” (De Mari, 2018), interpretando come sanzionatorie (e non in quanto possibilità riabilitative) le conseguenze occorse dopo la commissione del reato.

Vi sono poi casi in cui la domanda di trattamento non è avanzata dal soggetto stesso, ma è sostituita dal mandato sociale, emblematicamente dall'ordinanza di un magistrato. Tutto ciò può condurre a situazioni di vero e proprio rifiuto in quanto il soggetto, privato coercitivamente della libertà, difficilmente svilupperà una domanda di cura e investirà sul cambiamento, piuttosto sarà tendenzialmente indirizzato ad investire tutte le sue energie in un falso (e patologico) ideale di sé, possibile alternativa ad una reale consapevolezza del “fallimento”. Rapportarsi con questi pazienti diviene quindi molto complesso, poiché si è chiamati a “prenderli in carico”, a prescindere dalla loro domanda di cura. Ma se ciò che caratterizza la relazione di cura è la reciprocità, cioè un *“acconsentire reciproco a stare in quella specifica relazione di cura”* (Mortari, 2002, p.9), come è possibile che la “presa in carico” diventi realmente terapeutica? È un dovere raggiungere il soggetto, anche attraverso la coazione della legge, per “prendersi cura” di lui, nonostante non vi sia una domanda stabile.

L'equipe curante deve avere ben chiari gli ambiti di intervento, consapevolezza dei rischi di un sì tale percorso, non solo in termini di agiti, scompensi, ricadute, ma anche di scivolare in un mero custodialismo o assistenzialismo, o addirittura eccessivo prudenzialismo. Si ricordi infatti che compito della psichiatria classica è la guarigione o remissione dei sintomi avente come obiettivo una migliore qualità di vita del paziente, mentre la psichiatria forense ha, ulteriormente, il compito di comprendere e osservare ed eventualmente migliorare lo stato patologico anche in relazione al reato commesso o alla possibilità di recidiva. Vi sono doveri verso il paziente e verso la collettività. Aleo (2013) dichiara che *“il parametro della difesa sociale non può che essere la gravità del reato commesso (...) che non è sempre in correlazione lineare con quello della malattia”*.

Ne scaturisce un trattamento interdisciplinare di grande responsabilità che non è solo questione di buona volontà o comprensione, poiché se fatto senza adeguata consapevolezza può condurre a rischi per il paziente, per gli operatori che lo hanno in carico o per la società stessa. E' necessario discostarsi da una logica di responsabilità rivolta quasi esclusivamente al passato, ovvero la responsabilità “di” aver fatto qualcosa che costituisce la logica della pena, ma direzionarsi verso una teoria della responsabilità rivolta anche al futuro, responsabilità “per”, nella logica di un reale recupero che necessariamente deve

essere mirato a costruire un senso di responsabilità dell'individuo nel rapporto con la società e viceversa (Aleo, 2013), ovvero di una società che deve farsi carico della malattia mentale, non solo confinandola o stigmatizzandola, memori del sistema custodiale, confondendo il trattamento con internamento ai fini di una millantata difesa sociale. Ecco, quindi, che il "pericoloso socialmente" poiché non imputabile e quindi non colpevole del reato commesso, ha il diritto di essere aiutato in un recupero sostanziale della sua autonomia e delle sue capacità volitive compromesse dalla malattia. Zanalda & Mencacci (2013) a tal proposito, dichiarano che il termine "pericolosità sociale" in psichiatria forense è spesso confuso con un giudizio prognostico negativo, ovvero della possibilità che il paziente, a causa della sua patologia, compia nuovi reati, apparendo quindi stigmatizzante, a prescindere dal tipo di reato commesso.

A tal proposito, i progetti devono essere specificati nel dettaglio, considerando che vi è sempre un potenziale doppio ruolo per l'equipe, terapeutico e di controllo, consapevoli che non è sempre possibile effettuare previsioni certe di pericolosità in ambito psichiatrico. La complessità di tali problematiche richiede un *sapere sempre aperto a continue generazioni e ristrutturazioni* (Sichel, 2021), capace di comprendere profondamente il funzionamento del paziente, di ipotizzare azioni terapeutiche realmente efficaci senza mai sottovalutare i benefici e i rischi a cui esse possono condurre.

La residenzialità può essere intesa come la scelta più indicata per poter sviluppare una così complessa relazione. Il paziente, avendo la possibilità di sperimentare una quotidianità e una domiciliarità "protetta", profondamente diversa dall'istituzionalizzazione che può essere controllante, autoreferenziale o addirittura stigmatizzante, ha la possibilità ristrutturarsi mediante proposte terapeutiche che siano da un lato concrete, pratiche, dall'altro promotrici di spazi di pensiero preposte all'analisi delle esperienze vissute. Castelletti (2003) ha condotto uno studio sul significato dei percorsi di Recovery per pazienti psichiatrici inseriti in percorsi terapeutici in strutture forensi, sostenendo che vi sono tre aspetti veramente riabilitativi: l'essere connessi all'interno di rinnovate reti di contatto, familiari ma anche in senso sociale più allargato, la ri-acquisizione di un senso di sé più in linea con quanto si era stati prima delle escalation che hanno portato alle vicende penali e la necessità di *"giungere a patti con quanto accaduto, sia nei termini di una rielaborazione, se questa è consentita dalle caratteristiche del paziente e dalla tipologia del reato, sia nei termini di una protratta rimozione se risulta impossibile una rivisitazione critica"* (Castelletti, 2023).

La psichiatria, in quanto scienza medica, non può più essere sufficiente, è necessario un approccio interdisciplinare, descrittivo, obbligatoriamente collegato all'esperienza, attraverso il quale si possano comprendere in primis la qualità della relazione del paziente con lo staff (in particolar modo nel contesto comunitario), ma anche le sue convinzioni, le sue aree di consapevolezza, i suoi trigger, i suoi desideri e le sue speranze.

E proprio per questi motivi il progetto terapeutico per il paziente autore di reato ha un valore intrinsecamente pedagogico e può essere terreno particolarmente adatto per incarnare il tanto citato continuum fra prassi e teoria, tra fare e pensare, essere e poter essere.

CAPITOLO 5

L'EDUCATORE IN PSICHIATRIA FORENSE: PRESENZA NELL'EQUIPE MULTIDISCIPLINARE, RUOLO, FUNZIONI, ATTIVITA'.

UNA REVISIONE SISTEMATICA

Considerata la normativa vigente che prevede la presenza degli educatori nelle equipe multidisciplinari sanitarie che si occupano di psichiatria forense, tenuto in considerazione l'iter legislativo che ha negli anni ha modificato il trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato trasformandolo da meramente custodialistico ed emarginante, a terapeutico riabilitativo (e quindi rieducativo) con l'obiettivo finale di reinserire il paziente in società se non più socialmente pericoloso e consapevoli del sapere e delle metodologie di lavoro che l'educatore può apportare in sede di equipe, la revisione sistematica che proponiamo mira ad esplorare le seguenti aree:

- la presenza degli educatori all'interno delle equipe sopracitate,
- il ruolo e le funzioni affidate all'educatore,
- le attività svolte dall'educatore e relative metodologie,
- gli studi, ricerche, progetti che si sono fatti in merito,
- i risultati ottenuti e la loro trasferibilità ad analoghi contesti.

Per quanto riguarda gli studi preliminari, si sono analizzati brevemente i rapporti tra la pedagogia e la medicina, si sono esplorate le normative in materia di risorse impiegate in psichiatria forense e si sono delineate le caratteristiche professionali della figura dell'educatore professionale.

5.1 LA RICERCA

Ci si è affidati ai motori di ricerca GOOGLE SCHOLAR, PUB MED, ELSEVIER, SCOPUS E SCIENCEDIRECT, cercando documenti free full text, utilizzando le parole chiave: *educazione (education), educatore, psichiatria forense (forensic psychiatry), psichiatria penitenziaria, REMS.*

La ricerca dei record è stata effettuata nel mese di Novembre 2024.

Si è ritenuto opportuno esplorare documentazione ascrivibile agli ultimi 5 anni, perché i processi di de-istituzionalizzazione del paziente psichiatrico autore di reato sono molto recenti, basti pensare che, nonostante le intuizioni Basagliane della legge 180/1978 e la riforma del Sistema Sanitario avvenuta lo stesso anno, si è dovuto attendere la legge 9/2012 perché vi fossero le prime reali prese in carico di tali pazienti da parte dei servizi territoriali. Solo in quegli anni iniziarono le prime vere ondate di dimissioni che condussero le equipe sanitarie a doversi interrogare su quale trattamento riabilitativo fosse più adeguato e quale tipo di formazione si sarebbe dovuta implementare per occuparsi di questioni inerenti il famoso doppio binario cura/custodia. Solo l'anno successivo vennero istituite le Residenze per l'Esecuzione della misura di sicurezza. Fino al 2015 non tutte le Regioni si erano ancora attrezzate e riorganizzate per la realizzazione, ivi per cui si è dovuto transitare da un periodo di stabilizzazione delle equipe, dei processi di lavoro e studio, e solo recentemente si sono potuti avere studi sull'efficacia dei trattamenti extra istituzionali, numeri, statistiche, etc... Si aggiunge a questo che dopo il 2019/2020, a seguito dell'emergenza sanitaria pandemica dovuta al Covid19, si sono fondamentalmente modificati gli stili di lavoro e si è osservato l'emergere di nuovi disturbi. Inoltre, particolarmente recente è la normativa sull'impiegabilità dell'educatore professionale o sanitario, l'istituzione dei nuovi albi professionali in riferimento alla figura dell'educatore e la possibilità di sostituire la figura dell'educatore sanitario con quella del terapeuta della riabilitazione psichiatrica.

Alla luce di queste considerazioni solo gli studi più recenti possono darci una lettura realistica della situazione attuale, proprio per questi motivi si sono scelti come riferimento gli ultimi 5 anni.

In una prima fase della ricerca si sono tenute in considerazione le documentazioni europee dal momento che, in una iniziale e approssimativa analisi non si poteva escludere il fatto che potessero descrivere o analizzare anche situazioni Italiane, quale Stato facente parte dell'Unione Europea.

Sono stati identificati dai database 7.565 risultati tra i cinque motori di ricerca.

Sono stati letti i titoli e gli abstract di tutti i risultati e sono stati esclusi i record che non trattavano il tema della ricerca. In questa prima grande scrematura sono stati tolti tutti i record nei quali le parole chiave comparivano, ma non riguardavano la ricerca e non

avevano elementi utili alla risposta al quesito. Si sono eletti i primi 268 record ritenuti validi per una prima revisione.

Sono stati analizzati i 267 record, mediante la lettura degli abstract o l'analisi dell'intero articolo, e si è proceduto ad escludere i record ritenuti inadatti per i seguenti motivi:

- 28 contributi sono risultati inadatti perché trattavano principalmente di questioni riguardanti la **figura dell'educatore o funzionario pedagogico in carcere**. La questione del paziente psichiatrico autore di reato risultava pertanto molto marginale, poiché i folli rei, non imputabili, non sono destinati agli istituti penitenziari, bensì a strutture altre. Si specifica però che, ai fini della ricerca, sono stati dichiarati eleggibili i record che riguardavano la sezione speciale in carcere cosiddetta "articolazione per la salute mentale". Nel vigente ordinamento penitenziario, gli art. 111 e 112 del regolamento di esecuzione D.P.R. 230/2000, prevedono la possibilità di assegnare detenuti affetti da patologie psichiatriche in sezioni speciali, volte a garantire specifica assistenza per rendere il regime carcerario compatibile con i disturbi psichiatrici. Tali reparti sono destinati a condannati o internati che sviluppino una patologia psichiatrica durante la detenzione o a condannati affetti da vizio parziale di mente. Questi soggetti non possono sostare più di trenta giorni in questi reparti dedicati. Il *XX° Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione* (Miravalle, Scandura, 2024) a tal proposito specifica: *"Il fine ultimo di questi reparti dovrebbe essere quello di garantire a questi soggetti un'attività di tipo terapeutico e riabilitativo in maniera continuativa e individualizzata, ma molto spesso l'approccio terapeutico nelle sezioni di osservazione si limita al contenimento del detenuto, spesso in acuzie, e alla somministrazione della terapia farmacologica, dando priorità a ragioni di ordine e sicurezza"*. Per la nostra ricerca abbiamo comunque ritenuto opportuno considerare quale è il ruolo dell'educatore in queste articolazioni, se e come contribuisce al fine curativo voluto dal legislatore, considerando i pazienti detenuti in questa sezione come psichiatrici.
- 39 articoli sono risultati inadatti perché trattavano questioni riguardanti i **minori**. La questione del minore autore di reato meriterebbe una trattazione a sé stante poiché vi è una normativa ad essi dedicata, vi sono implicazioni di ordine evolutivo e gli interventi riabilitativi hanno finalità spesso diverse rispetto ai trattamenti riservati ai

pazienti psichiatrici di maggiore età. Proprio per questo riteniamo non poter includere i record riguardanti i minori nella nostra ricerca.

- 22 record sono stati esclusi poiché, tali documenti, con il termine “education” indicavano il **grado di scolarità**. Nelle ricerche italiane ed europee, il termine “education” viene spesso citato per indicare il grado di scolarità dei pazienti, ritenuta caratteristica da non trascurare in fase di diagnosi, prognosi, in corso di redazione dei progetti terapeutici e relativa valutazione d’efficacia degli interventi proposti. Dal momento che la nostra ricerca non riguarda le caratteristiche individuali dei pazienti psichiatrici autori di reato ma l’aspetto educativo del loro trattamento a prescindere delle loro caratteristiche, abbiamo escluso i record che non riguardavano questo.
- 23 elementi trattano la tematica del paziente psichiatrico forense ma **non contemplano la dimensione educativa**. Nel momento in cui, analizzati i record, si è constatato che la documentazione trattava dei folli rei ma con alcuna specifica o attenzione all’azione educativa, i record non sono stati ritenuti inerenti alla domanda di ricerca.
- 29 elementi, pur contemplando in qualche forma la dimensione educativa, **non risultavano inerenti alla domanda di ricerca**. Possono essere inclusi in questo elenco gli articoli o ricerche riguardanti, per esempio, l’approccio educativo messo in atto da altre figure professionali quali l’infermiere forense, lo psicologo, l’assistente sociale, violenza e sicurezza nei reparti, le strategie di supporto alle famiglie, gli aspetti educativi di alcune attività o gruppi, i rischi per i pazienti ricoverati, le teorie educative (ascolto attivo, concetto di feedback, moralità), la responsabilità professionale, gli strumenti di misurazione delle performance, etc... Inseriamo in questa area anche tutti gli interventi riguardanti gli approcci educativi rivolti alla psichiatria in generale, ma non specificatamente alla psichiatria forense. Nonostante siano tutti argomenti di grande interesse per chi si avvicina alla professione di educatore in psichiatria forense, tali argomenti non risultano utili alla conoscenza del ruolo, della funzione o dei compiti affidati all’educatore nei contesti di psichiatria forense.
- 9 record sono stati esclusi perché la trattazione riguardava in particolar modo ricerche inerenti a pazienti affetti da **tossicodipendenza, alcooldipendenza e/o i cosiddetti pazienti in doppia diagnosi**, non necessariamente autore di reato, ma solo in alcuni

casi. Nonostante vi sia un'alta probabilità che un paziente psichiatrico forense abbia trascorsi di questo tipo o sia in una di queste condizioni anche al momento del trattamento, sia esso in una misura di sicurezza detentiva che non detentiva, molto spesso le prescrizioni prevedono il divieto di assumere alcool o sostanze stupefacenti e solitamente i contesti nei quali il paziente è chiamato a scontare la misura sono luoghi protetti, ove vi è un alto controllo rispetto a questo tipo di dipendenze. Inoltre, il trattamento riabilitativo delle dipendenze è talvolta molto differente rispetto al trattamento riabilitativo riservato alla diagnosi psichiatrica. Riteniamo dunque che questo argomento vada trattato più approfonditamente in altre sedi e non vi siano le condizioni, in questa ricerca, per farlo.

- 25 record esclusi perché la **dimensione educativa risulta irrisoria** e quindi non utile alla ricerca. Gli articoli e le ricerche contenuti in questo sottogruppo, escluso dalla ricerca, riguardavano per lo più interventi (anche di natura educativa), il cui focus era sugli strumenti, sui trattamenti, sui gruppi, sulla qualità degli interventi terapeutici, sul setting, sulle nuove tecnologie, etc.. Riteniamo che questi concetti siano molto utili nei contesti di psichiatria forense, ma non rispondano alla domanda di ricerca poiché non indagano né la presenza, né le funzioni, né i compiti, né il ruolo dell'educatore professionale in quei contesti, ma si limitano a descrivere strumenti e metodologie che possono essere applicati.
- 56 record sono stati esclusi perché non rispondenti alla domanda di ricerca ma il materiale è stato utilizzato per una trattazione della tematica dei primi capitoli. Tutti i materiali trattano la questione del paziente psichiatrico forense, considerando la dimensione educativa o ri-educativa del trattamento, ma non vi è mai citato l'educatore né alcun tipo di intervento educativo. Sono però risultati documenti utili per approfondire la tematica, nonostante non riguardino prettamente la questione educativa.
- **35 record sono stati valutati rispondenti alla domanda di ricerca** e presi in considerazione per una seconda e più accurata analisi.

Sono stati inclusi due documenti, non da database, ma utilizzati nella formazione personale, ritenuti rispondenti alla domanda di ricerca e quindi inclusi nella trattazione.

- Pagano S., *La leadership ecologica*, 2016, Youcanprint

- Rivelli M., Devianza, criminalità e ruolo dell'educatore professionale, 2021, Booksprint

5.2 PRIMA ANALISI

I 35 Record risultati idonei ad una seconda e più specifica e attenta trattazione, sono stati a loro volta classificati in 3 macro aree che andremo ora ad elencare.

Area 1: Presenza Dell'educatore In Equipe

Sono stati inseriti in questa area documenti all'interno dei quali viene riconosciuta la presenza dell'educatore all'interno dell'equipe multidisciplinare nei contesti di trattamento del paziente psichiatrico autore di reato. In queste trattazioni però viene solamente citata la presenza dell'educatore, (es. numero di educatori previsti in organico o in servizio, presenza dell'educatore nelle equipe) ma non vi è alcuna specifica rispetto alle funzioni a lui affidate, al ruolo svolto all'interno dell'equipe, al contributo richiesto da questo tipo di professionalità in sede di programmazione o implementazione del piano terapeutico. Il fatto che l'educatore sia presente all'interno di queste equipe è normativamente stabilito, vi sono degli standard legislativi da rispettare; quindi, questi articoli non ci offrono informazioni in più rispetto a ciò che sappiamo già, ovvero lo standard richiesto per questo tipo di figura. Non vi sono quindi, nei 14 record analizzati, informazioni in merito alla qualità della presenza di questa figura all'interno dell'equipe. Riteniamo quindi questi record non utili ai fini della nostra ricerca.

Area 2: Interventi Educativi (Non Specificata La Presenza Dell'educatore)

I 6 documenti classificati in quest'area, citano, descrivono, analizzano e valutano interventi educativi o afferenti alla sfera educativa, ma presentano una criticità da considerare ai fini della nostra ricerca. In tutti gli interventi educativi proposti non vi è mai specificato che siano effettivamente progettati e/o condotti dall'educatore. Una breve descrizione di questi risultati potrebbe essere utile ai fini della nostra ricerca, ma riteniamo che possa condurre a dei bias di tipo interpretativo. La proponiamo affinché si possa riflettere sul valore etico e deontologico dell'assunto fondamentale che ogni categoria professionale possa esprimere

la propria professionalità attraverso interventi e funzioni per le quali è preparata e competente, affinché la multidisciplinarietà sia ricchezza per l'equipe e non "mescolamento" di ruoli e funzioni.

Area 3: Interventi di tipo educativo nei quali è specificata la presenza dell'educatore

I **15** record inseriti in quest'area sono stati sottoposti ad un'ulteriore analisi. Dei 15 considerati solo 9 sono risultati eleggibili ai fini della ricerca poiché sono stati esclusi alcuni documenti. Nella fattispecie:

- 2 documenti sono stati esclusi perché incentrati sulla presenza di principi e concetti afferenti all'area educativa, ritenuti indispensabili nei contesti di cura psichiatrico forensi, quali accoglienza, ascolto, relazione con il paziente, ma non vi sono specificati con quali attività, interventi, metodologie possano essere espletati.
- 1 ricerca è stata esclusa poiché condotta in un ospedale psichiatrico forense canadese.
- 1 documento è stato escluso poiché descrive gli interventi educativi nell'ambito dell'esecuzione penale esterna, ma non vi era specificato se riferibile ai pazienti psichiatrico forensi o a detenuti non psichiatrici.
- 1 record è stato considerato "doppio" poiché contemplava la possibilità dell'educatore di somministrare una batteria di test, già citata in un altro documento.
- 1 testo che illustrava l'attività di coordinamento educativo pedagogico in comunità riabilitativa psichiatrica, ma non specificava se vi fossero compresi pazienti forensi oppure no.

I **9** documenti rimasti sono stati considerati eleggibili ai fini della Ricerca, poiché il contesto di riferimento era ascrivibile alla domanda di ricerca (Rems o comunità terapeutica riabilitativa per pazienti autori di reato) e la tipologia di pazienti ai quali si riferiscono afferisce anch'esso alla domanda (paziente psichiatrico autore di reato, in misura detentiva o non detentiva).

5.3 INTERVENTI EDUCATIVI IN PSICHIATRIA FORENSE (NON SPECIFICATA LA PRESENZA DELL'EDUCATORE)

Prima di analizzare i 9 record rispondenti alla domanda di ricerca e quindi utili alla formulazione della nostra tesi, è opportuna una riflessione sull'Area 2, ovvero sui 7 record che prevedono interventi educativi, ma non è specificato se tali interventi siano progettati, condotti, valutati dall'educatore. Riteniamo comunque utile analizzarli brevemente per comprendere quali interventi potrebbero essere eventualmente affidati all'educatore.

L'articolo *Understanding the sleep-aggression relationship in a forensic mental health sample* (Greenwood et al., 2022) indaga la correlazione tra sonno e aggressività, studiando l'efficacia di alcuni interventi quali educazione al sonno o stimolazione cognitiva, ma non è specificato quale professionalità conduca tali interventi.

La rivista *Rassegna Italiana di Criminologia* nell'anno 2021, volume 56, propone un articolo riferito ai percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi e assistenziali multidisciplinari individualizzati in REMS (Tomlin et al., 2020) il quale sostiene che, proporre al paziente colloqui motivazionali e di psicoeducazione mirati allo sviluppo di insight, al potenziamento della partecipazione attiva e all'adesione al progetto terapeutico riabilitativo, può avere esiti positivi sul processo di autodeterminazione e autonomia. Anche in questo caso però non è specificato chi conduca i suddetti colloqui, nonostante riteniamo siano afferenti alla sfera educativa.

Una ricerca condotta in Gran Bretagna sull'efficacia della tecnologia "Oxehealth" per il monitoraggio dei pazienti detenuti presso un ospedale psichiatrico ad alta sicurezza (Lindsay Dewa et al., 2023), prevede interventi educativi e formativi sia per il gruppo dei pazienti che per il personale, ai fini di migliorarne il grado di accettazione, ma non specificano se tali interventi siano condotti da educatori o altre figure professionali.

Anche l'articolo [*Voices to be heard: Understanding family perspectives in forensic care trajectories*](#) (Rowaert et al., 2022) prevede che il recupero delle persone non penalmente responsabili sia sostenuto da interventi psicoeducativi sia per loro che per i famigliari, ma non è indicato chi debba progettare o attuare tali interventi.

La tesi magistrale [*Una proposta metodologica a supporto della riconfigurazione del ruolo di autori di reato in misura alternativa*](#) (Scafuto, 2021) descrive come l'osservazione scientifica

della personalità contribuisca all'accertamento dei bisogni del paziente in funzione dell'elaborazione di un trattamento rieducativo e risocializzante per un successivo reinserimento in società, ma non è specificato se nell'osservazione e nella rieducazione vi sia coinvolto l'educatore e con quali eventuali compiti.

La guida forense **Psichiatria Forense nella Pratica Psichiatrica Quotidiana**, riporta le buone pratiche assistenziali approvate dalla Società Italiana di Psichiatria. In riferimento alla prevenzione del suicidio, auspica un processo di informazione, psicoeducazione e responsabilizzazione per i familiari dei pazienti a rischio suicidario, ma non specifica quali figure professionali debbano occuparsi di tali interventi che, a nostro avviso, hanno valenza pedagogica.

5.4 INTERVENTI DI TIPO EDUCATIVO NEI QUALI È SPECIFICATA LA PRESENZA DELL'EDUCATORE

Verranno, in questo paragrafo, analizzati i 9 record eleggibili per la nostra ricerca. L'intento è quello di rilevare quale ruolo ricopre l'educatore, quali funzioni, quali strumenti utilizza, quali metodologie applica, al fine di comprendere come il lavoro dell'educatore contribuisce al trattamento del paziente psichiatrico forense.

La valutazione del rischio di recidiva negli autori di reato. Analisi preliminare delle proprietà psicometriche della versione italiana del Level of Service/Case Management Inventory (Sorge et al., 2024)

L'articolo in oggetto analizza il tema della prevenzione della recidiva e la relativa valutazione.

“La prevenzione della recidiva, la rieducazione e il reinserimento delle persone condannate rappresentano obiettivi fondamentali per gli operatori del sistema penale: le attività di valutazione di rischio, supporto, supervisione e trattamento di questa popolazione comportano decisioni significative che riguardano due aspetti cruciali: la libertà individuale e la sicurezza della società.”

Vengono prese in analisi procedure di “risk assessment” scientificamente validate che possano migliorare la capacità di prevedere la recidiva degli autori di reato focalizzandosi

sui cosiddetti “Central Eight” (i principali fattori di rischio/bisogno) e sollecitano l’adattamento degli interventi in base alla storia dell’individuo e ai suoi bisogni, riducendo in tal modo il rischio di recidiva e favorendo il reinserimento sociale.

“Lo strumento di valutazione del rischio più ampiamente utilizzato in molti paesi è il Level of Service Inventory-Revised, che rappresenta un sistema di classificazione attuariale che misura 54 fattori di rischio e bisogno. Tale strumento, permette di calcolare un punteggio associato alla probabilità di recidiva e, pertanto, fornisce informazioni utili ai fini della presa di decisione nell’ambito della custodia, della supervisione e in ottica di trattamento.”

Trattasi di un’intervista semistrutturata, costituita da 43 item raggruppati in otto sottocomponenti di rischio/bisogno che riflettono i “Central Eight” al fine di individuare sia i principali fattori di rischio/bisogno sia le risorse dell’individuo. Tra le figure che possono condurre tale intervista è contemplato anche l’educatore. *“L’intervista può essere condotta da varie categorie di operatori del sistema di giustizia penale, tra cui psicologi, psichiatri, criminologi, assistenti sociali ed educatori, previa formazione adeguata all’uso dello strumento”.*

Lo stesso cita anche la PCL-R (Psychopathy Checklist – Revised) che valuta in modo specifico il costrutto della psicopatia correlato alla condotta criminale e l’HCR-20 V30, strumento di valutazione del rischio di recidiva di crimini violenti, commessi da autori di reato con problematiche psichiatriche. Entrambi sono strumenti utilizzati nell’ambito della psichiatria e della psicologia forense in quanto predittivi del comportamento criminale.

In questo articolo è specificato che l’educatore, se opportunamente formato, può rivestire il ruolo di colui che somministra le valutazioni testistiche.

Quale psichiatria e quale psicologia per incontrare il soggetto (Mastronardi, 2023)

Questa tesi di laurea presenta uno studio di caso ovvero il modello di gruppo Basti-Menti. È un modello di gruppo ispirato alle teorie dello psicanalista Wilfred Bion il quale, secondo il fondatore Dott. Francesco Comelli, *“contiene pazienti, operatori, genitori, operatori culturali e cittadini, toccando dei temi importanti per tutti, non solo come cura per il paziente, ma inteso come cura per l’ambiente del paziente.”*

Tale esperienza grupppale viene indicata come adatta a qualsiasi tipo di contesto, tra gli altri anche Rems o comunità terapeutiche che possano accogliere pazienti autori di reato.

L'educatore, oltre ad essere considerato come parte integrante dell'equipe curante, può essere anche indicato *“come case manager, ovvero colui che si faceva carico del coordinamento di un percorso terapeutico per un paziente”*

In questa tesi quindi, l'educatore può essere considerato come parte del gruppo e come case manager del paziente, responsabile di coordinare tutto il percorso terapeutico del paziente, che coinvolge, nella fattispecie, anche altre professionalità.

Assistenza infermieristica al paziente psichiatrico autore di reato: dal manicomio giudiziario alla Rems (De Marchi, 2022)

All'interno di questa tesi, che tratta dell'assistenza infermieristica al paziente psichiatrico autore di reato, viene descritta l'esperienza della Rems di Nogara, presso la quale la laureanda ha svolto tirocinio.

Secondo questo documento, nella Rems in oggetto, grande importanza riveste il progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, che viene condiviso con il paziente interessato e poi concordato con il Centro di Salute Mentale territoriale. Tale progetto spesso prevede *“interventi di gruppo e individuali effettuati dagli educatori e dagli psicologi al fine di promuovere l'autonomia, la risocializzazione, il rispetto delle regole di buona educazione e di convivenza civile (...) e la cura di sé (...), dell'ambiente circostante e delle persone con cui si rapportano.”*

Non essendo in questa tesi specificato quali gruppi o attività siano condotte dall'educatore e non essendo indicata alcuna distinzione rispetto allo psicologo, si può dedurre che entrambe le figure siano responsabili di implementare attività, rispondenti al progetto terapeutico, che abbiano come finalità il raggiungimento di obiettivi in merito alle autonomie, alla socializzazione, al rispetto delle regole e alla convivenza civile, alla cura del sé, dell'ambiente e delle relazioni.

Educazione per il futuro: Epale Italia e le sfide dell'apprendimento in età adulta (Ada, 2021)

La pubblicazione in oggetto prende in analisi l'educazione degli adulti e in particolar modo l'apprendimento intergenerazionale (IGL - Intergenerational Learning).

Si prospetta la necessità di linee guida orientate alla definizione di percorsi formativi di educatori esperti in IGL.

Vi è un intero paragrafo, intitolato “*Fare Scuola nella Rems*”. L’articolo riporta un’esperienza del 2019 che ha coinvolto alcuni pazienti detenuti nella Rems di Palombara Sabina (Rieti) e ha permesso loro di proseguire gli studi all’interno della struttura sanitaria. È stata una sperimentazione che ha visto coinvolta l’intera équipe multidisciplinare. Quest’ultima ha presupposto un percorso terapeutico riabilitativo individualizzato nel quale sono state inserite, oltre alle terapie farmacologiche e ai consueti trattamenti psicologici individuali e di gruppo, attività didattiche e ha visto coinvolti educatori e professori.

L’educatore, in questo caso, è considerato come riferimento per questo tipo di attività assieme ai professori che hanno seguito i pazienti nel percorso scolastico. Da quell’esperienza la Rems in oggetto è divenuta sede associata del CPIA 3 Roma (Centro Provinciale di Istruzione degli Adulti) e che, stando a quanto riportato in pubblicazione, tale progetto ha migliorato la collaborazione inter-istituzionale rafforzando i legami con il Ministero della Giustizia che ha permesso l’ingresso in Rems dei professori. Non vi è specificato però l’esito del progetto.

Dieci anni di REMS Un’analisi interdisciplinare (Pelissero et al. 2022)

Quest’opera, finanziata con il contributo del Dipartimento di Giurisprudenza dell’Università degli Studi di Torino, è stata redatta nel 2022, ovvero 10 anni dopo l’apertura delle prime Rems.

Nell’opera, tra gli altri argomenti trattati, sono documentate le esperienze di tutte le Rems d’Italia.

Nella descrizione della Rems ligure di “Villa Caterina” di Genova Prà è citato anche l’educatore: *“L’ampio spazio verde di cui Villa Caterina gode, facilita le attività ludico-ricreative, durante le quali gli assistiti sono costantemente seguiti dagli educatori e dai tecnici esterni.”*

Compare, sempre all’interno di questa descrizione, anche un’intervista ad un’educatrice: *“quando svolgiamo le attività, noi educatori, le svolgiamo sempre in presenza con gli infermieri”*

Vi è un paragrafo dedicato alle comunità e alle misure non detentive intitolato *“Le comunità tra modello asilare e territoriale. La necessità di un approccio microfisico”* di Michele Miravalle. In questo paragrafo, un'intervista al Direttore sanitario di una comunità del Piemonte cita l'attività degli educatori: *“(..)alcuni pazienti, soprattutto appena arrivano hanno bisogni di confini, (...) quindi man mano che il paziente migliora viene chiesto di aumentare il perimetro diciamo. (...) abbiamo più un aspetto terapeutico-riabilitativo, poi c'è anche un aspetto contenitivo e di sorveglianza (...) gli educatori che sono con loro li devono guardare praticamente a vista, cioè non li possono lasciare in giro. Quindi c'è anche un aspetto poi di sorveglianza (...) ma in realtà noi abbiamo più un aspetto terapeutico-riabilitativo.”*

Si aggiunge a questa, un'intervista ad un infermiere della Rems che descrive un'attività condotta dall'educatore: *“(..)le telefonate si fanno tutte le settimane (...) e poi l'educatrice che registra e fa le telefonate insieme a loro.”*

Si può quindi evincere da questo documento che nella Rems ligure non è specificato quale attività svolga l'educatore ma da chi viene affiancato, mentre per quanto riguarda la comunità in Piemonte si evince che gli educatori sono coloro che accompagnano il paziente all'esterno della comunità avendo, in questo caso, anche una funzione di sorveglianza e controllo. Viene citato inoltre il compito dell'educatore di supervisionare e registrare le telefonate che effettuano i pazienti.

REMS, Lettura critica su limiti e potenzialità - Analisi e confronto del Sistema Italiano con quello Europeo (Tirelli, 2023)

In questa tesi di laurea del 2023 redatta da una studentessa del Corso di Laurea in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie dell'Università di Genova, vengono analizzate le esperienze delle Rems italiane. Nella descrizione della Rems di Nogara, viene citato l'educatore e alcune delle attività che conduce.

Riportiamo lo stralcio di questa descrizione:

Il programma calendario settimanale delle attività comprende:

- *il “Gruppo spesa” (educatori);*
- *il “Gruppo suddivisione lavori riassetto” (educatori e operatori socio sanitari);*
- *il “Gruppo Commissioni” (educatori e operatore);*

- il “Gruppo cammino” (educatori, psicologi, infermieri e operatori);
- “Gruppo Beauty” - cura di sé (educatori);
- “Assemblea” (Primario, personale tutto e pazienti);
- il “Gruppo strutturato” -trattamento meta-cognitivo (educatori e psicologi);
- il “Laboratorio con pazienti del Centro Diurno” (educatori e operatori);
- “Arte Terapia” (psicologo e educatori);
- “Gruppo Cucina” (educatori e operatori).

Alla Rems di Nogara vi sono parecchie attività gruppali (almeno nove) che sembrano essere affidate agli educatori. Sono gruppi che rimandano all’organizzazione delle attività quotidiane (come il Gruppo spesa e il Gruppo suddivisione lavori riassetto), alcuni che presuppongono uscite all’esterno della Rems (come il Gruppo commissioni o il Gruppo Cammino), alcuni che paiono avere più un tratto riabilitativo (come il Gruppo Strutturato, Gruppo Beauty, Arteterapia), altri infine che sembrano avere più finalità risocializzanti (come il Laboratorio con i pazienti del centro diurno). Nonostante non vi siano indicazioni tecniche sulle metodologie utilizzate, pare si evinca che l’educatore è una figura trasversale molto attiva all’interno di questa Rems che utilizza come strumento privilegiato l’intervento gruppale.

Devianza, criminalità e ruolo dell’educatore (Rivelli, 2021, p.78-84)

Questo libro è incentrato sul ruolo dell’educatore che si accinge ad operare in contesti di devianza e di criminalità. Potendo ritenere questi due concetti afferenti alla psichiatria forense, si è ritenuto opportuno inserire qualche stralcio di questo testo che potrebbe essere rispondente alla nostra domanda di ricerca.

“Nelle comunità terapeutiche l’educatore è elemento essenziale poiché, ponendosi in relazione con l’utente, funge da ausiliario del sé e accompagna e stimola il paziente nelle attività riabilitative. (...). L’educatore tenta quindi, di aiutare il paziente a prendere coscienza delle proprie potenzialità e delle risorse ancora valide”. Ancora, secondo quanto riportato dall’autrice, l’educatore dovrebbe adoperarsi per un “approfondimento anamnastico” e per individuare “il modello di interazione da utilizzare per ciascun paziente”.

Per quanto riguarda il progetto terapeutico individualizzato si riporta quanto segue:

“Il progetto deve avere le caratteristiche della concretezza, che è l’elemento che caratterizza le attività educative. (...) A tal fine l’educatore agisce sulle dinamiche di gruppo, sulle relazioni interpersonali, sul sistema familiare, sul contesto ambientale e sull’organizzazione dei servizi.(...) L’educatore deve sempre considerare (...) la rete delle relazioni”

“Il rapporto educatore - utente è l’evento da privilegiare nei progetti, instaurando una relazione frequente e duratura nel tempo.(...) All’educatore spetta il compito di networking.”

Stando a quanto riportato dal testo, potremmo riassumere così le funzioni “di concretezza” in capo all’educatore nei contesti riabilitativi:

- osservazione partecipata
- determinazione delle aree da sostenere e di quelle da contenere
- approfondimento anamnestico, conoscenza e gestione del contesto sociale e relazionale
- attività di networking (sia personale che istituzionale).

Psichiatria, Carcere e Misure di Sicurezza - Rapporto di Ricerca Promosso in collaborazione tra l’Ufficio del Garante regionale dei diritti delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale ed il Dipartimento di Giurisprudenza dell’Università degli Studi di Firenze Psichiatria, carcere, misure di sicurezza (Melani & Poneti, 2022)

In questo rapporto, viene argomentata la presa in carico del paziente psichiatrico detenuto in carcere (in attesa di altra collocazione) e il suo percorso verso l’esterno dell’esecuzione penitenziaria.

“All’educatore del carcere, assieme allo psicologo, è affidato il compito di prendere contatti con il csm di riferimento.”

Inoltre, tra le linee guida proposte, viene identificata la necessità di avere una particolare attenzione al Piano Terapeutico Riabilitativo. Si auspica, in questo rapporto, che tale piano possa essere un *“modello regionale condiviso per garantire il dialogo tra le istituzioni e*

l'integrazione socio sanitaria, prevedendo poi un giudizio indipendente da parte del magistrato e da parte dell'area educativa".

È affidata all'educatore e allo psicologo la relazione con il servizio di salute mentale che prenderà in carico il paziente ed è prevista una valutazione inerente all'area educativa, nonostante non siano chiare quali valutazioni afferiscano a quell'area né secondo quali indicatori.

Aspetti medico-legali relativi alla contenzione nell'ambito del trattamento sanitario obbligatorio (Ferla, 2022)

Si è tenuta in considerazione questa tesi di laurea poiché non è riferibile direttamente al contesto psichiatrico forense, ma argomenta in maniera molto delicata l'argomento della contenzione del paziente psichiatrico, alla quale si ricorre quando vi siano *"comportamenti violenti auto-etero diretti in malattia mentale tali da comportare pericolo immediato"* o per *"un'eventuale prevenzione/repressione del reato."* Si conviene quindi che tali situazioni possano essere ascrivibili anche a contesti di psichiatria forense.

Per quanto riguarda la figura dell'educatore, la laureanda specifica:

"Si riferisce indirettamente alla contenzione il Codice Deontologico dell'Educatore Professionale del 2016, il cui art. 8, inerente la "Responsabilità nei confronti dei destinatari dell'intervento educativo", sancisce che l'Educatore Professionale "Non utilizza tecniche e/o interventi che risultino di costrizione o manipolativi e, altresì, ne segnala l'uso altrui. Soltanto nell'ambito di una programmazione interdisciplinare, può intervenire con autorevolezza e determinazione laddove l'azione della persona sia auto/etero lesiva, ricorrendo a metodi e tecniche d'intervento che non ledano i diritti e la dignità della persona".

Aggiunge inoltre: *"Nel tentativo di prevenire il ricorso alla contenzione, (...)auspicabile sarebbe altresì prevedere appositi interventi orientati alle famiglie dei pazienti psichiatrici più gravi in carico e dotati di finalità psico-educative e di supporto psicologico"*. Queste considerazioni possono far dedurre che l'educatore, mantenendo come imperativo il rispetto dei diritti e della dignità della persona, dovrebbe contribuire alla costruzione di una rete territoriale di concerto con altri programmi multiprofessionali, incrementando, ove necessario, interventi di tipo psico-educativo rivolti alle famiglie dei pazienti psichiatrici gravi, anche in un'ottica preventiva di recidiva di reato.

5.5. ANALISI DEI CONTRIBUTI AI FINI DELLA DOMANDA DI RICERCA.

Analizzare singolarmente i contributi in funzione della nostra domanda di ricerca ci consente di fare un'analisi multifattoriale e interpretativa, che ci riporta alle seguenti conclusioni.

Non vi sono dubbi in merito alla presenza dell'educatore nell'equipe multidisciplinare che si occupa di pazienti psichiatrico forensi. La figura dell'educatore è contemplata sia in termini di standard normativi che in termini organizzativi, in quanto l'aspetto rieducativo del trattamento presuppone interventi di tipo pedagogico e approcci mirati alla conservazione di risorse esistenti e, ove possibile, all'apprendimento di strategie di gestione di ambiti di vita non funzionali.

Meno chiarezza ed omogeneità pare emergere invece rispetto al ruolo e alle funzioni esplicate dall'educatore.

Quando parliamo di ruolo dell'educatore, ovvero la posizione occupata all'interno dell'organizzazione in termini non solo di responsabilità e compiti specifici, ma anche di aspettative, includendo necessariamente le competenze, le abilità e i comportamenti richiesti per espletare tale posizione, emergono due linee apparentemente eterogenee.

Da un lato vi è l'educatore inteso come esperto delle relazioni, sia delle interazioni che riguardano il paziente stesso e la sua rete, che in termini istituzionali (nr. 3 contributi). Tale specificità si riconduce inevitabilmente ad abilità comunicative, di ascolto attivo, competenze di intelligenza emotiva, di negoziazione, di gestione dei conflitti e capacità di costruzione di relazioni sociali positive e di collaborazione. Nel caso in cui si parli di relazioni istituzionali, inevitabilmente sono richieste anche altro tipo di conoscenze poiché gli interlocutori possono essere di vario profilo e richiedono all'educatore la capacità di utilizzare una molteplicità di linguaggi. Nel caso della psichiatria forense abbiamo già citato che gli stakeholder afferiscono a differenti materie e profili di competenza, in quanto il paziente è in carico sia all'area psichiatrica per quanto riguarda la patologia, sia all'area giuridica per quanto riguarda la commissione del fatto reato e solitamente da altre figure quali periti, avvocati, uffici di esecuzione penale esterna, eventuali tutori o amministratori di sostegno, etc...

Dall'altro, vi è l'educatore inteso come "organizzatore", coordinatore e conduttore di attività afferenti alla quotidianità ed alcune aree valutative e riabilitative (autonomia, cura di sé, socializzazione, tempo libero), ovvero alla gestione del tempo e dello spazio all'interno dei contesti psichiatrico forensi, in qualità di osservatore partecipante e di affiancamento del paziente nell'ordinarietà della vita di tutti i giorni (nr. 6 contributi). Un ruolo dell'educatore

così inteso presuppone non solo spiccate competenze sociali e assertive, ma anche altro tipo di abilità: logistiche, organizzative, di coordinamento, capacità di gestione e conduzione di gruppi, creatività. Poiché alcuni dei contributi che identificano l'educatore in questo ruolo presuppongono interventi in collaborazione con altre figure professionali (in particolar modo gli psicologi), è probabilmente richiesta anche una capacità di lavorare in equipe multidisciplinare.

Tale differenziazione, ovvero l'educatore quale esperto di relazioni personali e istituzionali e l'educatore diretto conduttore di attività riabilitative e/o organizzative, non può essere considerata una rigida categorizzazione, l'una non è detto che escluda o precluda l'altra, ma è indicativa del fatto che sembra esserci una discrezionalità organizzativa in merito al ruolo di questa professionalità all'interno dell'equipe e che tale revisione sembra evidenziarla.

In termini di funzioni e operatività si presuppone quindi che l'educatore, a seconda del ruolo che ricopre all'interno dell'equipe e dei relativi obiettivi, sia investito di incarichi e compiti molto differenti. Esplicare funzioni di tipo relazionale e funzioni comunicative, sia all'interno che all'esterno del luogo di lavoro, presuppone non solo una conoscenza del paziente molto accurata, ma anche un aspetto di apertura all'esterno che si esplica mediante tempi investiti nella mediazione (individuale e gruppale), nella cura delle relazioni, nell'analisi del gruppo di lavoro e delle relative dinamiche, dei contesti istituzionali coinvolti nei progetti. Svolgere funzioni organizzative e riabilitative invece presuppone, oltre che una grande conoscenza dell'organizzazione, una padronanza di tecniche e strumenti riabilitativi che prevedono tempi e abilità di progettazione e relativa valutazione.

Per quanto concerne invece la metodologia di lavoro, alcuni contributi analizzati citano il gruppo come strumento di intervento privilegiato per l'educatore (nr. 4 contributi). Nel capitolo dedicato alle comunità terapeutiche abbiamo già evidenziato alcuni aspetti terapeutici del gruppo (spirito di gruppo, sentimento di appartenenza, coesione, proiezione verso il futuro), ma, secondo Correale (2001) il gruppo sembra configurarsi come una opzione terapeutica da preferire nella cura dei pazienti gravi, in quanto offre una presenza dell'oggetto di attaccamento più continua, più costante nel tempo rispetto alle possibilità di un singolo operatore. Lo stesso autore si rifà a Bion, secondo il quale il gruppo sarebbe una rete di relazioni, ove i singoli individui sembrano immergersi in un campo comune dalle potenzialità trasformative.

Alla luce della discrezionalità organizzativa in merito al ruolo dell'educatore, si ritiene opportuno ricordare gli articoli di cui al paragrafo 5.4, ovvero gli interventi educativi in ambito psichiatrico forense nei quali non vi è specificato se essi siano affidati all'educatore o ad altre figure professionali. Trattasi di interventi educativi quali: educazione al sonno, stimolazione cognitiva, colloqui motivazionali e di psicoeducazione per incentivare la partecipazione al progetto terapeutico, interventi informativi ai pazienti per l'accettazione dei cambiamenti ambientali, recupero dei familiari mediante interventi di psicoeducazione, attività risocializzanti. Tale brevissima analisi non è condotta ai fini della ricerca e non risponde in alcun modo alla domanda posta, ma riteniamo che siano interventi di portata pedagogica che potrebbero essere svolti dall'educatore.

5.6 BIAS

Verranno elencati di seguito i bias operativi e interpretativi che possono essere rilevati nell'analisi sopracitata.

In primis, l'esclusiva analisi della documentazione "free full text" può aver escluso dalla revisione documenti rispondenti alla domanda di ricerca che meglio avrebbero potuto delineare ruoli o funzioni dell'educatore nei contesti presi in considerazione. Per quanto riguarda invece i tempi trascorsi tra la raccolta delle fonti e la conclusione dell'analisi (circa 50 giorni), possiamo considerare molto bassi i rischi di bias.

Per quanto riguarda l'affidabilità e l'autorevolezza delle fonti, la garanzia è data dal fatto che: sei delle fonti prese in considerazione per la domanda di ricerca sono Tesi di Laurea delle Università di Padova, Genova, Torino e Pavia e riteniamo sia sufficiente garanzia di autorevolezza, una di queste fonti è un Rapporto di Ricerca Promosso in collaborazione tra l'Ufficio del Garante regionale dei diritti delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale ed il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Firenze, una ricerca è protetta da Copyright Francoangeli e compare in una rivista scientifica "Ricerche di Psicologia" valutata anche da Scopus con tendenza CiteScore in aumento costante dal 2019 ad oggi, infine, gli articoli contenuti nella rivista Epale Journal sono autorizzati dal comitato scientifico di INDIRE - Istituto Nazionale di Documentazione e Ricerca Educativa, ente di ricerca del Ministero dell'Istruzione.

In termini di validità della ricerca, vista la complessità dell'argomento, si è ritenuto opportuno presentare anche l'analisi singola delle fonti, con relative citazioni, per evitare ulteriori bias.

I bias più significativi possono però evidenziarsi nell'interpretazione qualitativa dei dati eletti per la ricerca e nella loro classificazione. L'intenzionalità descrittiva degli articoli e delle tesi presi in considerazione, non sempre chiarisce ciò che la domanda di ricerca richiede: presenza, ruolo e funzioni dell'educatore nei luoghi della psichiatria forense. Alcuni dati sono stati presunti. Si è proceduto quindi alla esplicitazione dei criteri classificativi, che possono però risultare passibili di interpretazione e critica.

CAPITOLO 6

CONCLUSIONI: RIFLESSIONI PERSONALI E IMPLICAZIONI ETICHE

6.1 EDUCAZIONE, PEDAGOGIA E IL RAPPORTO CON LE ALTRE SCIENZE: IL CONTRIBUTO DI BERTOLINI

La revisione sistematica ha mostrato come non vi sia un'omogeneità nell'impiego dell'educatore in ambito psichiatrico forense, sia in termini di ruolo che in termini di funzione, delegando alla discrezionalità organizzativa tale assetto.

Tale discrezionalità ed eterogeneità può essere valutata alla luce di una riflessione sulla pedagogia in senso epistemologico, in senso operativo e, altresì, del suo rapporto con le altre scienze umane, vista la necessaria presenza di equipe multidisciplinari deputate all'elaborazione dei progetti terapeutici riabilitativi individualizzati. Ritengo che il contributo di Bertolini (2005) sul suo libro *“Ad armi pari - La pedagogia a confronto con le altre scienze”* offra svariati punti di riflessione in merito a questo tema.

In primis, nelle scienze pedagogiche l'accettazione di aspetti filosofico teoretici a discapito di quelli più tecnico metodologici la rendono una scienza difficilmente generalizzabile. Un corretto procedere educativo presuppone il prendere contatto con una soggettività non intesa in quanto tale, ma in continua trasformazione e attività, che vede il suo quid nello scambio intersoggettivo (intenzionale, generativo e trasformativo) che può avvenire solo nell'esperienza relazionale e situazionale, non sempre definibile o prevedibile. Bertolini definisce l'esperienza educativa come *“esperienza in situazione”* (Bertolini, 2005, p.22), in un continuum tra passato e futuro, che non può quindi prevedere un'oggettività in quanto tale, né una soggettività chiaramente definita, ma la ricerca di ciò che questi vari campi di esperienza possono produrre, ovvero un senso, necessariamente intersoggettivo, in continua trasformazione. Secondo questi assunti, la scienza pedagogica e quindi la relativa funzione educativa, non può accontentarsi di registrare e descrivere l'esperienza, né tanto meno di *“precisarsi in principi rigidi o in leggi deterministiche tali da produrre prassi sicure e garantite”* (Bertolini, 2005, p.25), la sua costitutiva apertura al futuro, a sempre nuove possibilità, può, eventualmente, indicare orientamenti, consapevole della storicità e della provvisorietà del suo contributo, della pluralità di un sapere che si costituisce (e costruisce) in una continua, incessante e inevitabile dialettica con le altre scienze.

L'educatore, in qualità di oggetto del nostro studio, entrando in relazione non solo con gli utenti, ma anche con un gruppo di lavoro con caratteristiche proprie e con un'istituzione distinta da un determinato contesto organizzativo, normativo e procedurale, deve necessariamente confrontarsi con una situazione che è di per sé unica. Alla luce di questo, la figura dell'educatore e le sue attività non possono essere rigidamente predeterminate, devono essere continuamente ridefinite e ripensate in funzione di "quel" tipo di utenza presa in carico in "quel" preciso momento, di "quella" equipe con la quale entra in collaborazione, con "quelle" sue consuetudini, con "quei" suoi bisogni, con "quelle" sue risorse e "quelle" sue carenze, con "quel" periodo storico istituzionale, con "quella" sua vision e mission.

La nostra revisione sistematica, evidenziando l'eterogeneità delle specificità affidate e in carico all'educatore (le relazioni, l'organizzazione, il coordinamento, la conduzione diretta di attività, la valutazione) ha di fatto confermato tale visione. Stabilire il ruolo dell'educatore trasversalmente e ugualmente ad ogni contesto, significherebbe, erroneamente, omettere o sottovalutare le variabili situazionali sopracitate, quali criteri ontologicamente fondanti e determinanti per stabilire i confini e la specificità del contributo educativo.

Tale ineludibile indeterminatezza però può, tuttavia, essere intesa come debolezza epistemologica del sapere pedagogico/educativo, in quanto possono apparirne poco chiari i limiti, i metodi e le prassi operative, al punto da rendere nebulosi anche i confini con le altre scienze con le quali risulta necessario dialogare, spesso dotate di apparati scientifici e metodologici molto più delineati e rigorosi.

Bertolini (2005) a tal proposito, delinea il rischio di atteggiamenti di superiorità epistemologica da parte di rappresentanti delle altre Scienze, le quali possono ritenere il sapere pedagogico insufficiente, negando alla pedagogia una capacità e una responsabilità per quanto riguarda la conoscenza della realtà umana. Tenta di fugarlo mettendo in relazione la Pedagogia con le altre Scienze Umane, quali la Psicologia e la Psicanalisi, la Medicina, al fine di chiarirne le differenze e gli ambiti specifici di collaborazione. Ritengo opportuno estrapolare da questa trattazione alcuni concetti che possono risultare utili ai fini della valutazione e della discussione della nostra ricerca.

Per quanto concerne il rapporto tra Pedagogia e Psicologia, Bertolini evidenzia alcune affinità, quali l'attenzione alla soggettività e alla percezione che la persona ha di essa in relazione all'accadere. Lo sforzo dell'educazione è razionalizzare l'esperienza intesa come campo di esperienza umana, con interventi responsabilmente scelti che possano essere

significativi per i suoi protagonisti in un'ottica di sviluppo e orientamento futuro, con caratteristiche di sistematicità e che sovente coinvolge anche altre variabili (oltre alla soggettività), quali la dimensione sociale e culturale. Lo sforzo della psicologia sembra essere invece più concentrato nella comprensione di ciò che accade nel qui ed ora in termini di funzionamento, di capacità e competenze e di come esse vengono percepite e vissute dal soggetto coinvolto. Possibili campi di intersezione e collaborazione sono quindi da ricercarsi in una continua problematizzazione dell'uno e dell'altro sapere, poiché entrambi contribuiscono ad una comprensione e interpretazione dell'esperienza, che non si esaurisce esclusivamente in una teoria che indirizza la prassi, bensì in una continua interlocuzione tra queste due istanze. (Bertolini, 2005, pp. 110-123)

Per quanto riguarda il rapporto tra Pedagogia e Psicanalisi, l'autore evidenzia un particolare legame tra le due scienze poiché, a suo dire, la pedagogia ha potuto trarre autonomia, scientificità e un certo grado di responsabilità anche alla luce di alcune scoperte della psicanalisi. Vi sono alcune questioni di rilevanza scientifica che possono validare tale preambolo: il fatto che sia stato riconosciuto nell'uomo un elemento "spirituale/coscienziale", una realtà psichica interna sorretta da forze naturali istintive chiamata inconscio che non sempre risponde ad una consapevolezza individuale, il riconoscimento di meccanismi e concetti (quali per esempio la carenza affettiva, l'iperprotezione, i meccanismi psichici di identificazione, proiezione, contrasto...) che identificano errori "educativi e relazionali" all'origine di alcuni disturbi psichici, il fatto che la costruzione della propria personalità possa avvenire anche per "genesì passiva", ovvero inconsapevolmente. Pensare quindi che via sia una dinamica tra l'io e le forze ambientali, sociali, culturali che non ha mai finito di evolversi e costituirsi, permette alla pedagogia di esplorare il fatto educativo non come mero dispositivo etero organizzato, bensì come un complesso sistema tra forze esterne e condizionamenti presenti in ogni persona umana, garantendone letture nuove e autentiche. Il modo di vivere di ogni persona corrisponde ad una sua realtà esterna ed interna, che va al di là di una lineare consapevolezza, che comprende svariate dimensioni, da quella fisica, affettiva, morale, sociale, intellettuale, culturale. Da qui la necessità di una conoscenza più profonda del paziente, non esclusivamente superficiale e descrittiva, che sia in grado di condurre ad interventi che aiutino la persona a vivere scientemente e responsabilmente, per quanto possibile, le proprie scelte e la propria evoluzione personale.

Presupporre una quota di coinvolgimento e libertà del paziente nella ricerca della sua propria verità, della sua unica e personale visione del mondo e di sé, è orientamento sia

della psicanalisi che dell'educazione. Entrambe aspirano ad una presa di coscienza e conoscenza di sé, ovvero una sufficiente autonomia spirituale, al di là di ogni giudizio moralistico, che consenta ad ogni individuo di liberarsi da condizioni limitanti (seppur psicologiche) in direzione del suo effettivo e positivo sviluppo personale. Questo il motivo per cui Bertolini le definisce "scienze dell'anima". La reciproca integrazione di queste due istanze potrebbe risultare efficace; influenzandosi vicendevolmente, si limiterebbero le sostanziali categorie dicotomiche che vedono l'uomo o come esclusiva coscienza e logicità, o come esclusivo inconscio o forza istintiva. (Bertolini, pp. 124-153).

Infine, Bertolini analizza il rapporto, a suo dire complesso in quanto appaiono due saperi difficilmente dialettizzabili o integrabili, tra Pedagogia e Scienza Medica. La medicina, pur avendo come campo d'indagine la realtà corporea (mente e psiche) sembra ridursi ad un insieme di tecniche oggettive e asettiche, mirate alla guarigione o alla scomparsa di sintomi patologici. L'educazione invece sembra concentrarsi su processi di crescita e sviluppo, direzionati a coglierne i significati originari a prescindere (o nonostante) la presenza o meno di sintomi. Uscire dalla dicotomia sano/malato esclusivamente fisicistica e approcciarsi ad un concetto di salute più allargato porta a considerazioni che uniscono le due discipline: entrambe sono scienze empiriche che hanno come obiettivo la qualità della vita del soggetto, entrambe possono influire su questa qualità di vita.

Vi si aggiunga che, nonostante la scienza medica sia tendenzialmente considerata oggettiva e rispondente a rigidi principi e regole scientificamente riconosciute, non può mai prescindere dall'interpretazione del singolo medico che sceglie una traiettoria terapeutica piuttosto che un'altra. Altra questione, la medicina non può procedere senza il consenso del paziente, talvolta richiede che vi sia con esso un'alleanza terapeutica o per lo meno un coinvolgimento attivo dell'interessato. Queste variabili possono essere intese come direzioni di senso, e la pedagogia proprio per questo, in un rapporto dialettico con la scienza medica, può essere portatrice di un particolare apporto, sia in termini operativi aiutando la formazione di tali necessari consensi o alleanze. (Bertolini, pp. 219-246)

Tali riflessioni risultano particolarmente utili per comprendere e tentare di analizzare gli esiti della revisione sistematica proposta. La diversità di funzioni e l'impiegabilità dell'educatore in modo molto eterogeneo nei contesti psichiatrico forensi sembra poter essere così discrezionale anche in considerazione al grado di legittimità del sapere pedagogico in relazione alle altre professionalità coinvolte. Quanto più questo sapere pedagogico è riconosciuto e legittimato in seno all'equipe multiprofessionale, tanto più sarà indirizzato e

direzionato in funzione del raggiungimento degli obiettivi sia dei pazienti che dell'istituzione stessa.

6.2. CONSIDERAZIONI PERSONALI SULLA REVISIONE SISTEMATICA

Mettere in relazione quanto finora descritto al tema della nostra revisione sistematica, ci conduce ad esplorare alcuni temi: l'interdisciplinarietà e la comunicazione, la garanzia pedagogica del trattamento, le questioni etiche e morali.

Le considerazioni espone paiono aver messo in luce come la complessità della presa in carico del paziente autore di reato preveda competenze specifiche da parte degli operatori coinvolti e un indispensabile dialogo tra i diversi saperi che appaiono semplicemente come punti di vista differenti di un'unità personale che mai si può appieno descrivere né tanto meno prevedere. Ciò prevede il dovere di rifiutare la rigidità dogmatica spesso espressione di potere di alcune scienze sulle altre e la vivisezione delle esperienze che spesso conduce ad una comprensione parcellizzata, a favore di un pensiero interdisciplinare che non si esaurisce in una somma di saperi né tanto meno in una confusione di saperi, bensì la costruzione di un sapere nuovo, trascendentale.

Bertolini sostiene che *“Impostare un discorso autenticamente interdisciplinare [...] consiste nella disponibilità di ciascuna scienza a riconoscere le altre e a farsi riconoscere da esse”* (Bertolini, 2005), ancora Cavalli (2024) sostiene: *“Deve emergere una domanda di interdisciplinarietà che in qualche modo contrasti la specializzazione dei saperi, che di per sé costituisce una tensione alla loro separatezza.”*

Potrebbe essere un errore stabilire in modo accurato e preciso quale ruolo e quali funzioni l'educatore possa o debba svolgere nel contesto psichiatrico forense, poiché il suo contributo può essere solo il risultato di una riflessione in seno a quell'équipe a cui partecipa, nella quale lui stesso, in qualità di portatore di un pensiero pedagogico sull'azione, sarà garanzia di questa continua ridefinizione alla luce dell'accadere.

Perché questo possa avvenire è indispensabile in primis la comprensione reciproca dei saperi, ovvero la condivisione di un linguaggio comune. Ritengo quindi che l'educatore, per svolgere il proprio ruolo, debba formarsi anche nelle altre discipline con le quali entra in relazione per poter dialogare con loro, con l'obiettivo di comprendere la loro direzione di

senso, la loro specificità e il contributo che esse possono fornire alla comprensione del paziente. I saperi devono necessariamente essere comunicabili e comprensibili in seno all'equipe multidisciplinare. Nella fattispecie dei contesti psichiatrico forensi quindi l'educatore deve familiarizzare (non padroneggiare) il discorso psichiatrico, psicologico, sociale, giuridico, nell'intento di integrare con il proprio corpus di conoscenza indissolubilmente legata all'esperienza, le aree non ancora viste e non ancora esplorate dalle altre discipline. Ciò non significa che la scienza educativa è a servizio delle altre scienze, bensì significa che le integra in modo tale da arricchirle e perfezionarle affinché queste ultime possano essere faro per ulteriormente direzionare al meglio gli interventi educativi. Un educatore così formato può diventare, come si evince anche dalla nostra revisione, un esperto delle relazioni, poiché sarà in grado di interloquire con diverse professionalità e su più livelli, calibrando gli interventi in funzione delle persone con cui entra in relazione, sarà in grado di rendere "dicibili" concetti complessi e riuscirà a fornire all'equipe riflessioni in merito a tali relazioni.

Il dialogo, la condivisione, scambio e confronto con l'equipe multidisciplinare è per l'educatore garanzia di corretta procedura professionale. Avere come faro l'idea di dover continuamente rinegoziare il senso del proprio operato che scaturisce da una relazione con il paziente (e con il gruppo di lavoro) sempre unica, presuppone il fatto che l'educatore non possa operare senza un continuo confronto tra teoria ed esperienza, e di conseguenza, si attiverà affinché questi momenti siano garantiti e mantenuti, anche per evitare che i diversi saperi o i diversi interventi siano tra loro scollegati o, peggio, incoerenti tra loro. Questo può essere uno dei motivi per cui spesso l'educatore si occupa di organizzazione, facendosi garante della pianificazione di tempi e modalità di organizzazione dello scambio di saperi, e quindi portatore dei valori di concretezza, realizzabilità e sostenibilità progettuale.

Per quanto riguarda il rapporto diretto con l'utenza, all'educatore vengono richieste non solo competenze tecniche quali possono essere le conoscenze di base riferibili alla sua attività, quindi di progettualità educativa, ma deve necessariamente possedere competenze relazionali quali empatia, ascolto attivo e comunicazione efficace volte alla conoscenza profonda del paziente, senza mai sottovalutare le informazioni ricevute dagli altri saperi che possono direzionare o migliorare tali interventi. Risulta alquanto delicato utilizzare le classiche strategie comunicative al contesto psichiatrico forense poiché devono essere "manipolate" con cura in base alla diagnosi del paziente, alla sua storia di vita e gli eventi che l'hanno condizionata. Vi è una particolare difficoltà nella creazione dell'alleanza

terapeutica con il paziente psichiatrico autore di reato, dovuta non soltanto al grado di costrizione delle cure, ma anche al rischio di recidiva o agiti violenti. Conoscere la patologia del paziente, l'anamnesi o le dinamiche del fatto reato, ovvero comprendere ciò che si cela realmente dietro la motivazione di un'azione criminale (Marcon, 2016), non sempre può bastare ad evitare tali rischi, è necessario che vi sia la consapevolezza che quella persona affidataci ha un funzionamento patologico che è stato in qualche modo associato ad un comportamento illecito e quindi richiede prudenza e padronanza di concetti. La psicologia della comunicazione e lo studio della prossemica, indagando quali siano le possibilità e modalità di porsi in relazione con l'altro e come utilizzare lo spazio relazionale, possono con le loro indicazioni, aiutare l'operatore nel delicato approccio al paziente, ma è importante che qualsiasi scelta relazionale venga condivisa con l'equipe e non sia una mera risposta alla richiesta del paziente, ma miri alla coerenza con gli obiettivi di progetto. Ogni azione, ogni parola, ogni silenzio può essere terapeutico, purché utilizzato con consapevolezza e chiarezza d'intento. Succede spesso che, per svariate e indeterminabili variabili, per la natura stessa della relazione che non può mai avere esiti certi e garantiti dal momento che ha a che fare con la libertà delle persone, non sia possibile seguire la direzione progettata o si ritenga opportuno, per consapevoli scelte d'intervento, modificare il tipo di approccio. Tali interventi possono essere generativi, ma possono essere anche pericolosi, condizionanti o poco terapeutici. È bene quindi condividere con il proprio gruppo di lavoro tali scelte, metterle in relazione agli altri saperi, verificarne e valutarne gli esiti in un lavoro integrato di analisi interdisciplinare.

L'intervento educativo e il sapere educativo pedagogico, con il carattere di praticità e concretezza ma anche grazie alla circolarità che continuamente crea tra la teoria e l'esperienza in un'ottica di reciproca critica, può avere grande influenza nell'individuazione e nell'indagine di aree non ancora esplorate. Questo potrebbe essere uno dei motivi per il quale molti dei contributi della nostra revisione sistematica hanno descritto l'educatore come conduttore di attività e gruppi afferenti alla quotidianità. L'educatore, grazie all'utilizzo dei dispositivi pedagogici, riesce ad accompagnare il paziente nelle attività, esplorarne le motivazioni e le ambizioni, rendendosi se necessario un facilitatore, se necessario uno stimolo, nel rispetto però delle direzioni evolutive e volitive della persona, senza dimenticare mai che uno dei principali obiettivi del trattamento del paziente psichiatrico è la responsabilizzazione, che non può avvenire ove non vi sia volontà e accettazione. Ecco che l'educatore diviene così non solo colui che accompagna l'attività, osservandola e riportandola; il suo non è un esclusivo fare a servizio degli altri saperi, bensì è un fare

generatore di un sapere che ancora non c'è e che può eventualmente indirizzare e orientare l'intera progettualità.

6.3 IMPLICAZIONI ETICHE

Comprendere il ruolo del sapere pedagogico all'interno del trattamento psichiatrico forense e identificare coerenti metodologie e strategie garantendo un continuo e reciproco confronto con le altre professionalità coinvolte, non basta ad esaurire la complessità del trattamento.

Questo perché ogni processo educativo deve necessariamente confrontarsi con una riflessione di ordine filosofico, una riflessione sui principi e valori che siano direzione e allo stesso tempo obiettivo di qualsiasi agire, ovvero con l'etica.

“L'etica, e quindi il comportamento, e la conoscenza etici hanno il compito di sollecitare l'uomo a chiedersi quale sia il senso di ciò che fa, sia per sé stesso, sia e soprattutto per gli altri e, di conseguenza, chiedersi quali potrebbero essere le conseguenze delle proprie scelte sul presente e ancora di più sul futuro proprio e altrui” (Bertolini, 2015), nientemeno che quel grado di consapevolezza e responsabilizzazione a cui ogni progetto terapeutico tende.

La capacità di determinare e scegliere le proprie istanze valoriali e di avere la capacità di seguirle e perseguirle, liberi da ogni condizionamento esterno (quindi anche dalla malattia), sembra essere proprio il cuore dei progetti terapeutici per i pazienti psichiatrici autori di reato, poiché tale capacità si correla inevitabilmente all'autonomia e alla libertà di scelta. Il paziente dovrebbe quindi arrivare al punto di poter *scegliere in modo libero e autonomo tra il commettere e il non commettere il fatto reato* (Ferracuti & Lagazzi, 2012).

Oltre ad essere implicitamente etico, l'uomo è portatore anche di principi morali, più soggettivi, culturalmente e storicamente determinati, ovvero quell'insieme di valori che esso stesso ritiene di dover perseguire nella propria esistenza quotidiana. Per questo relazionarsi al paziente psichiatrico autore di reato pone continuamente il professionista dinanzi a dilemmi etici pesanti. L'etica (e la morale) sono continuamente messe in discussione (e in crisi) quando ci si approccia all'esperienza, con i suoi vincoli e le sue opportunità, quando si incontra con le caratteristiche e i limiti dell'essere umano, quando sfiora la malattia, quando incontra la fragilità, ma allo stesso tempo il rischio. Risulta così necessario

dialettizzare, in una continua critica, l'universalità dei propri principi etici (e morali) con la particolarità degli eventi quotidiani e la soggettività di ogni individuo con cui si entri in relazione, che prevede un certo grado di intenzionalità e di scelta.

Tale riflessione risulta particolarmente complessa quando l'azione educativa (sempre sorretta da un pensiero etico/filosofico) è indirizzata a persone riconosciute incapaci di intendere e di volere al momento della commissione del fatto reato o gravemente compromesse dalla malattia.

Sorgono quindi alcune domande.

Come responsabilizzare la persona in merito al fatto commesso o tentare di comprendere il suo pensiero etico (o la sua assenza) dal momento in cui, assolto, è stato dichiarato senza alcuna capacità volitiva (e quindi senza responsabilità)?

Sempre si riconosce il diritto del paziente ad esprimere o negare il consenso alle cure e il dovere del medico rispettare la libera e responsabile volontà del malato. Ma considerato che il principio di libertà è strettamente connesso al principio di autonomia, come procedere se il paziente nega o rifiuta l'esistenza della malattia?

Quando la cura viene vissuta dal paziente come un obbligo giudiziario imposto o, peggio, una pena, e questo sentire si trasformi in un rifiuto delle cure e proposte progettuali, è corretto "imporre" un percorso di responsabilizzazione?

Quale autenticità avrà un sì tale trattamento?

A queste domande si sommano ulteriori interrogativi, strettamente connesse al rischio di recidiva di reato (ove connessa alla condizione patologica).

È sempre possibile la conciliazione del bene del singolo con il bene della collettività (e delle eventuali vittime di reato)?

È possibile discernere di volta in volta quando la sofferenza psichica è causa del comportamento scontrollato e/o delinquenziale o quando tale comportamento è frutto di una scelta consapevole e quindi espressione di intatte capacità di intendere e di volere?

Alla luce di questi quesiti, risulta ancor più importante rimarcare la riflessione proposta in merito all'autentica relazione terapeutica con il paziente, mirante a riconoscere gli elementi costitutivi del paziente e renderli a lui visibili, affinché esso stesso riesca a trovare un

equilibrio proprio per il suo benessere ma al tempo stesso per evitare rischi per il tessuto sociale che lo circonda.

Si consideri inoltre che ogni operatore si avvicina al paziente con il suo modo di percepire e significare il mondo, la sua morale, le sue aspirazioni e il rischio di confonderle con quelle del paziente è molto alto se non si acquisisce la *“capacità tecnica [...] di distinguere sé dall’altro [...] fondamentale per la costruzione di un percorso eticamente fondato, collaborativo ma non confusivo, in grado di valorizzare entrambi i ruoli e di conciliare i principi di autorità e di libertà di cui i due sono portatori”* (Volterra, 2020). Approcciarsi al paziente psichiatrico forense con questo diktat necessita una profonda conoscenza di sé e della propria intelligenza emotiva (Goleman, 2011), esito non solo di competenza, ma anche di esperienza e una personale rielaborazione o percorso terapeutico.

Il condizionamento (anche ideologico) che l’operatore, con le sue proprie idee e convinzioni, ma anche con il suo atteggiamento verso il paziente, i colleghi, il lavoro, può attuare all’interno della relazione di per sé asimmetrica, non sempre risulta essere proficuo in quanto proprio le condizioni di tale asimmetria rendono queste possibilità e idee non abitabili dai nostri pazienti. Ecco perché l’operatore, grazie ad un continuo confronto con il proprio gruppo di lavoro, opportunamente supervisionato sia in termini individuali che gruppalmente, dovrebbe consapevolmente lasciare le proprie convinzioni per avvicinarsi sempre di più al paziente e al suo modo di percepire il mondo, in una sempre nuova apertura e tolleranza di nuovi orizzonti e nuovi sguardi. Ma quanto è possibile questo?

Queste molteplici domande sono inevitabili per chi si avvicina al mondo della psichiatria forense, perché emergono in un continuo confronto con questioni professionali, giuridiche, etiche, morali, personali.

Ecco quindi che, nel non trovare le risposte, incontriamo ciò che davvero ci accomuna ai nostri pazienti, ovvero l’indeterminatezza e l’incapacità di trovare certezze, che continuamente andiamo cercando nelle nostre vite, seppur non segnate dalla malattia.

La complessità del vivere è l’unico vero terreno in comune che abbiamo con il paziente e proprio su questo, a mio avviso, è necessario costruire autentiche relazioni terapeutiche.

CONCLUSIONI

I nove documenti considerati eleggibili ai fini della domanda di ricerca hanno evidenziato le seguenti tendenze in merito al ruolo e alle funzioni dell'educatore all'interno delle equipe che si occupano del trattamento del paziente psichiatrico forense:

1. Tre contributi hanno delineato la figura dell'educatore come colui che si occupa delle interazioni con il paziente e con la sua rete, sia in termini sociali (Rivelli, 2021) (Ferla, 2022), che istituzionali (Melani & Poneti, 2022).
2. Sei contributi hanno delineato la figura dell'educatore come colui che si occupa di organizzare, coordinare e condurre attività afferenti alla quotidianità (De Marchi, 2022), ad alcune aree valutative (Sorge et al., 2024), e riabilitative (Pelissero et al. 2022) (Ada, 2021) (Tirelli, 2023) (Mastronardi, 2023).

Sul piano metodologico, soltanto quattro contributi hanno dettagliato gli strumenti e le metodologie impiegate, evidenziando il gruppo come il principale strumento adottato dall'educatore nello svolgimento delle sue attività (Rivelli, 2021) (De Marchi, 2022) (Mastronardi, 2023) (Tirelli, 2023).

Quattro documenti dei nove analizzati hanno evidenziato il carattere collaborativo e cooperativo del ruolo dell'educatore, il quale è risultato in stretta collaborazione nella gestione di alcune attività con altre figure professionali (Pelissero et al. 2022), in particolare lo psicologo (De Marchi, 2022) (Tirelli, 2023) (Melani & Poneti, 2022).

La ricerca, condotta secondo il metodo Prisma, ha messo in luce una limitata disponibilità di documenti sul tema investigato. Il numero di record considerati eleggibili risulta esiguo, appena 9, il che incide sulla rilevanza complessiva dello studio. Si aggiunga inoltre che nessuno degli studi proposti risponde direttamente alla domanda di ricerca, ma si è dovuto procedere all'analisi qualitativa di ogni singolo documento, estrapolando i dati ricercati con interpretazioni personali.

Gli studi presi in esame sono per lo più studi di caso, ricerche azione e analisi di esperienze sul campo, all'interno dei quali viene descritta l'attività svolta dall'educatore. Tali attività sono state successivamente suddivise in due macroaree, una afferente all'area relazionale, una all'area più organizzativa, operativa e riabilitativa.

Tale analisi può aver condotto a dei bias di tipo interpretativo, che non hanno però inficiato la possibilità di categorizzare gli studi in quanto tra essi non sono state evidenziate differenze significative, ma sono emerse delle affinità, nonostante l'unicità e la singolarità di ogni caso proposto.

Gli studi sono da considerarsi validi per l'attendibilità delle fonti, ma i criteri di categorizzazione proposti possono aver influenzato i risultati.

Il ridotto numero di studi inclusi non rende tali risultati generalizzabili.

L'analisi dei contributi della revisione sistematica ci ha offerto alcuni spunti in termini di esperienze, perché il lavoro educativo è tale solo se correlato all'esperienza concreta, ideato e progettato per conoscerla, indirizzarla ed esplorarla, al fine di renderla sempre più rispondente ai bisogni del paziente e sempre più positiva in termini di qualità di vita percepita, pur con tutti i limiti dovuti alla limitazione della libertà e ai rischi ai quali il trattamento del folle reo può esporre.

Possono quindi emergere delle tendenze, ma non delle verità assolute, poiché i processi educativi sono per propria natura dinamici e imprevedibili.

Continuare a documentare con accuratezza e con dovizia di particolari qualsiasi progetto educativo-riabilitativo è condizione necessaria per proseguire in questo lavoro di ricerca, poiché *“la riabilitazione è necessariamente “Value-Based” e presuppone che il recovery, ovvero la riconquista di una vita piena di significato, sia da considerare non solo scientificamente possibile, ma anche come la mission di riferimento dei servizi”* (Semisa et. al, 2024).

Date le caratteristiche di situazionalità, relazionalità e necessaria reciprocità degli interventi educativi la metodologia della ricerca azione (Barbier, 2008) sembra essere la più appropriata, i cui risultati sono da considerarsi pertinenti solo per il contesto preciso al quale è legata anche se i dati raccolti possono informare chi lavora in contesti simili (Coonan, 2000).

BIBLIOGRAFIA

[Ada, M.\(2021\). Fare Scuola nei luoghi del disagio. In G. Gobbo\(a cura di\), Educazione per il futuro: Epale Italia e le sfide dell'apprendimento in età adulta \(pp.116-123\), *Epale Journal*, 9. INDIRE.](#)

Aleo, S. (2013). Imputabilità e pericolosità sociale dell'individuo infermo di mente. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 9-19.

Antigone, A. (2024). *Nodo alla gola. XX Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione*. Roma

Ba, G. (2004). *Strumenti e tecniche di riabilitazione psichiatrica e psicosociale*. FrancoAngeli. Milano

Barbier, R. (2008). *La ricerca-azione*. Armando Editore. Roma.

Barone, R., Bellia, V., & Bruschetta, S. (2021). *Psicoterapia di comunità. Clinica della partecipazione e politiche di salute mentale*. FrancoAngeli. Milano

Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (2003). *Social skills training per il trattamento della schizofrenia: guida pratica*. Centro Scientifico Editore. Roma

Benini, S. (2016). *Reti di possibilità: quando la pedagogia incontra le prassi sanitarie*. Franco Angeli. Milano.

Benini, S. (2021). P-CARE: uno studio che prende origine dal dialogo tra pedagogia e scienze mediche. *Journal of Health Care Education in Practice*, 3, 65-74.

Bertolini, P. (2005). *Ad armi pari. La pedagogia a confronto con le altre scienze sociali*. Utet.Torino

Blezza, F. (2007). *Il pedagogista 2007. Una professione dalla storia antica e dalla necessità sociale*. Roma: Aracne

Blezza, F. (2009). *Strumenti pedagogici per l'operatore sanitario*. TUTOR, 9, 2-8.

Brandi, G., & Iannucci, M. (2013). La coazione benigna al servizio della salute e della sicurezza. CAPO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA, 9.

Bruschetta, S., Frasca, A., & Barone, R. (2016). Verso Servizi Comunitari di Salute Mentale Recovery-Oriented. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 13, 1-11.

Castelletti, L., Santambrogio, J., Scarpa, F., Giancontieri, A., Santarone, A., Galeazzi, G., & De Fazio, L. (2023). Places of care in italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system. *Rassegna Italiana Di Criminologia*, 17(2), 141-152.

Cavalli, G. (2024). Il carattere pedagogico della domanda di interdisciplinarietà nella dimensione di cura. *Journal of Health Care Education in Practice*, 6, 27-37.

Centonze B., *Salute mentale in carcere, o "della solitudine"* - Rapporto Antigone, 2021. Roma

Cimino, L. (2014). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: un'analisi critica. *Rivista di criminologia, vittimologia e sicurezza*, 8(2), 29-45

Clarke, C., Lombard, D., Sambrook, S., & Kerr, K. (2016). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(1), 38-54.

Coonan, C. M. (2000). *La ricerca-azione*. Cafoscarina. Venezia

Corleone, F. (2018). *Mai più manicomi. Una ricerca sulla REMS di Volterra. La nuova vita dell'Ambrogiana*. Consiglio Regionale Toscana. Fondazione Michelucci Press.

Correale, A., Correale, A., & Nicoletti, V. (2001). *Il gruppo in psichiatria: sei seminari per educatori e infermieri professionali*. Borla. Roma

De Marchi, C. (2022) *Assistenza infermieristica al paziente psichiatrico autore di reato: dal manicomio giudiziario alla Rems. Considerazioni sul nursing care e sull'etica* (Tesi di Laurea, Università degli Studi di Padova) <https://thesis.unipd.it/handle/20.500.12608/38225>

De Mari, M. (2018). *L'lo Criminale. La psichiatria forense nella prospettiva psicoanalitica*. Alpes Italia. Roma

Eugeni, C., & Tumino, R. (2021). *La dolcezza psichiatrica di Adelmo Sichel: il paradigma della cura*. Aras Edizioni. Fano

Fadda, M.L. (2019) *Misure di sicurezza e detenuto psichiatrico nella fase dell'esecuzione*, Milano

Ferla, A. (2022) *Aspetti medico-legali relativi alla contenzione nell'ambito del trattamento sanitario obbligatorio*. Tesi Magistrale, Università degli Studi di Padova.

Ferracuti, S., & Lagazzi, M. (2010). *Psichiatria forense applicata*. In *Psichiatria forense applicata* (pp. 1-335). Edi-ermes. Milano

Fornari, U. (2024). *Trattato di psicopatologia e di psichiatria forensi 9ª ed., Tomo primo e Tomo secondo*. Utet Milano.

Fuga, M. (2021). Professionisti della salute mentale a confronto: ruolo e competenze dell'educatore professionale, dell'infermiere e del tecnico di riabilitazione psichiatrica. *Journal of Health Care Education in Practice*, 3/2, 63-71.

Gambacorti-Passerini, M. B. (2016). *Medicina e pedagogia: un incontro possibile: un'esperienza di ricerca in salute mentale*. Franco Angeli. Roma

Gecchele, M., & Dal Toso, P. (2019). *Educare alle diversità. Una prospettiva storica*. Edizioni ETS. Pisa

Ufficio del Commissario per i diritti umani. (2005). *Rapporto di Alvaro Gil-Robles, Commissario per i diritti umani, sulla sua visita in Italia 10 - 17 giugno 2005*. Strasburgo, 14 dicembre 2005 (<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Gil-Robles%2C+A.+%282005%29+COMMISSARIO+PER+I+DIRITTI+UMANI%2C+SULLA+SUA+VISITA+IN+ITALIA+10+-+17+GIUGNO+2005+Al+E2%80%99attenzione+del+Comitato+dei+Ministri+e+dell'E2%80%99Assemblea+parlamentare%2C+Strasburgo%2C+14+dicembre+2005>)

Goffman, E. (1968). *Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Einaudi. Torino

Goleman, D. (2011). *Intelligenza emotiva. Che cos'è e perché può renderci felici*. Bur. Milano

Greenwood, L., Ireland, J. L., Abbott, J., Chu, S., & Niesten, I. (2022). Understanding the sleep-aggression relationship in a forensic mental health sample. *International journal of law and psychiatry*, 83, 101811.

Jacques, D. (1997). *Nell'educazione un tesoro*. Armando Editore. Roma

Jewell, M., Pillai, K., Cavney, J., Garrett, N., & McKenna, B. (2024). *Examining the need for a high level of therapeutic security at a regional forensic mental health service in Aotearoa New Zealand*. *Psychiatry, Psychology and Law*, 31(2), 293-310.

Lombroso, C. (1897) *L'uomo delinquente in rapporto all'antropologia, alla giurisprudenza ed alla psichiatria*. Fratelli Bocca Editore. Torino [Academia.edu](https://www.academia.edu)

Mancinelli R., Chiarotti, M., & Libianchi, S. (a cura di), (2022) *Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi*, Rapporto ISTISAN Istituto Superiore Sanità 19/22, [ISSN 2384-8936](https://www.istisan.it)

Maone, A., & D'Avanzo, B. (2015). *Recovery. Nuovi paradigmi per la salute mentale*. Raffaello Cortina Editore, Milano

Marchisio, C. (2019). *Percorsi di vita e disabilità. Strumenti di coprogettazione*. Carocci. Firenze

Marcon, G. (2016). *Il reato come fenomeno relazionale*. libreriauniversitaria.it Edizioni. Padova

Massa, R. (1990). *Istituzioni di pedagogia e scienze dell'educazione*. Editori Laterza. Roma

Mastronardi, F. (2023). *Quale psichiatria e quale psicologia per incontrare il soggetto?* (Tesi Magistrale, Università degli Studi di Pavia) <https://unitesi.unipv.it/retrieve/6c2057aa-a800-4efe-8a45-b28a21a57079/A.pdf>

Melani, G., & Poneti, K. (2024). *Psichiatria, carcere, misure di sicurezza*. www.consiglio.regione.toscana.it

Milani, L. (2017). La progettualità educativa. Come svilupparla in educatori e pedagogisti. The educative projectuality. How to develop it in the educators and pedagogists. *PEDAGOGIA OGGI*, 15(2), 235-248.

Miravalle, M. (2015). *Roba da matti. Il difficile superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. EGA-Edizioni Gruppo Abele. Torino

Mortari, L. (2013). *Aver cura della vita della mente*. Carocci. Firenze

Orsenigo, J. (2018). Vanna Iori (a cura di), *Educatori e pedagogisti. Senso dell'agire educativo e riconoscimento professionale*, Trento: Erickson

Padovani, T., & De Francesco, G. (1997). *Codice penale. G. Fidelbo, & A. Vallini (Eds.)*. Giuffrè. Milano

Pagano S. (2016), *La leadership ecologica*, Youcanprint. Lecce

Pelissero, M. (2018). *Salute mentale e carcere: una necessità dimenticata*. *QUESTIONE GIUSTIZIA*, (3)Encyclopaedia, 22(51), 69-70.

Pelissero, M., Scomparin, L., & Torrente, G. (2022). *Dieci anni di REMS. Un'analisi interdisciplinare* (pp. 1-616). Edizioni Scientifiche Italiane. Napoli

Porcarelli, A. (2012). *Educazione e politica. Paradigmi pedagogici a confronto*. FrancoAngeli. Roma

[PSICHIATRIA FORENSE NELLA PRATICA PSICHIATRICA QUOTIDIANA. Guida forense, riassuntiva ed operativa, sulla base delle buone pratiche cliniche assistenziali approvate dalla Società Italiana di Psichiatria, 2021](#) , consultabile in www.società italiana psichiatria forense.it

Rivelli, M. (2021). *Devianza, Criminalità e ruolo dell'Educatore Professionale*. Booksprint. Salerno

Rowaert, S., De Pau, M., De Meyer, F., Nicaise, P., Vander Laenen, F., & Vanderplasschen, W. (2022). Voices to be heard: Understanding family perspectives in forensic care trajectories. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1022490.

Sanna, L., Da Rugna, E., Obexer, A., Bridi, S., Degaspero, M., & Conca, A. (2023). Percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi e assistenziali multidisciplinari individualizzati in REMS. *RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA*, (4), 253-264.

Scafuto, F. (2022) *Una proposta metodologica a supporto della riconfigurazione del ruolo di autori di reato in misura alternativa*. (Tesi Magistrale, Università degli Studi di Padova) <https://thesis.unipd.it/handle/20.500.12608/36157>

Semisa, D., Bellomo, A., Nigro, P., Merlin, S., Mucci, A., (2022). *Raccomandazioni di buone pratiche in riabilitazione psicosociale per adulti*. Giovanni Fioriti. Roma.

Sorge, A., Bianchi, G., & Bonanomi, A. (2023). La valutazione del rischio di recidiva negli autori di reato: analisi preliminare delle proprietà psicometriche della versione italiana del Level of Service/Case Management Inventory (LS/CMI). *Ricerche di psicologia*: 4, 2023, 113-140.

Tirelli, E. S. (2023). *REMS: lettura critica su limiti e potenzialità. Analisi e confronto del sistema Italiano con quello Europeo*. (Tesi di Laurea, Università degli Studi di Genova)
<https://unire.unige.it/bitstream/handle/123456789/6876/tesi26368491.pdf?sequence=1&isAllowed=y&group=an>

Tomlin, J., Lega, I., Braun, P., Kennedy, H. G., Herrando, V. T., Barroso, R., ... & Völlm, B. (2021). Forensic mental health in Europe: some key figures. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 56, 109-117.

Vita, A., Dell'Osso, L., & Mucci, A. (Eds.). (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica: dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale*. Fioriti. Roma

Volterra, V. (a cura di) (2020). *Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica. 2a edizione*. Edra. Miano

Wenger, E. (2006). *Comunità di pratica. Apprendimento, significato e identità*. Raffaello Cortina Editore. Milano

Zanaldi, E., Mencacci, C. (2013). Percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia. L'impatto sui dipartimenti di salute mentale. L'opinione della Società Italiana di Psichiatria. *Rassegna Penitenziaria e Criminologica – Nuova serie – Anno XVI – pp. 24-47, 2013*

SITOGRAFIA

Bollettino Ufficiale della Regione Veneto (2018). Bur n.118 del 30 novembre 2018. URL:
<https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioDgr.aspx?id=382139>

Fondazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. tsrm-pstrp.org

Ministero della Giustizia. Glossario. Magistrato di Sorveglianza URL:
https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_14_3_1.page?contentId=GLO128364#

Ministero della Salute. (2008). *Linee di indirizzo nazionali per la Salute Mentale*. Salute.gov.it. URL: [Ministero della Salute, Linee di Indirizzo per la Salute Mentale, 2008](http://Ministero della Salute. Linee di Indirizzo per la Salute Mentale, 2008)

Ministero della Salute (2013). *Accordo conferenza unificata. Le strutture residenziali psichiatriche*. Salute.gov.it Ministero della Salute, Accordo conferenza unificata, Le strutture residenziali psichiatriche, 2013

Senato della Repubblica. Dichiarazione Universale dei Diritti Umani. URL:
https://www.senato.it/application/xmanager/projects/leg18/file/DICHIARAZIONE_diritti_umani_4lingue.pdf

Senato della Repubblica. (s.d.). Articolo 32 della Costituzione Italiana: Parte I, Diritti e doveri dei cittadini, Titolo II, Rapporti etico-sociali. Senato della Repubblica

Società Italiana di Psichiatria (2024), *Codice Etico*, Commissione dei Soci CODICE-ETICO-SIP.pdf

Università degli Studi di Brescia. (2024/2025). Piano di studi e insegnamenti Corso di Laurea in Educazione Professionale. URL: <https://unibs.coursecatalogue.cineca.it/corsi/2024/147/insegnamenti/8494#1>

Università degli Studi di Milano. (2024/2025). Classe delle Lauree in Professioni sanitarie della Riabilitazione. URL: <https://www.unimi.it/it/corsi/laurea-triennale/educazione-professionale>

Università degli Studi di Parma. (2024/2025). Obiettivi formativi Laurea professioni sanitarie in Educazione Professionale. URL: <https://corsi.unipr.it/it/cdl-ep/obiettivi-formativi>

Università degli Studi di Pavia. (2024/2025). Corso di Laurea in Educazione professionale (abilitante alla professione sanitaria di Educatore Professionale). URL: <https://www.medicinachirurgia.unipd.it/offerta-didattica/corsi-di-laurea-triennale?tipo=L&ordinamento=2011&key=ME1847>

Università degli Studi di Trento (2024/2025). Percorso di studio Corso in Laurea in Educazione Professionale. URL: <https://corsi.unitn.it/it/educazione-professionale/il-corso/presentazione>

LEGGI E SENTENZE

Conferenza Unificata. (2022). Recepimento dell'Accordo per la gestione dei pazienti psichiatrici forensi [Repertorio Atti n. 188/CU]. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/11/25/22A06691/SG>

Corte Costituzionale. (2003). Sentenza n.253: Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale. Italia. *Corte Costituzionale*. https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2003:253

Corte Costituzionale. (2004). Sentenza n.367: Giudizio di legittimità Costituzionale in via principale. Italia. *Corte Costituzionale* https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2004:376

Corte di Cassazione, Sezioni Unite Penali. (2005). Sentenza Raso [n. 9163]. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/qu/2005/10/05/40/s1/pdf>

Governo Italiano. (1904). Legge n.36: Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1968/07/06/068C0074/s1>

Governo Italiano. (1968). Legge n.431: Provvidenze per l'assistenza psichiatrica. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1968/04/20/068U0431/sq>

Governo Italiano. (1975). Legge n.354: Norme sull'ordinamento penitenziario e esecuzione delle misure private della libertà. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1975/08/09/075U0354/sq>

Governo Italiano. (2024). Legge n.55: Disposizioni in materia di ordinamento delle professioni pedagogiche ed educative e istituzioni dei relativi albi professionali. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2024-04-23&atto.codiceRedazionale=24G00072&elenco30giorni=true

Governo Italiano. (2024). Decreto-Legge n.202: Disposizioni urgenti in materia di termini normativi. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2025/02/24/25A01250/sq>

Legge 30 maggio 2014, n. 81. (2014) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2014/5/31/14G00093/sq>

Ministero della Sanità. (1998). Decreto n. 520: Regolamento recante norme per l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'educatore professionale, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/04/28/099G0190/sq>

Ministero della Sanità. (2001). Decreto n.182: Regolamento concernente l'individuazione della figura del tecnico della riabilitazione psichiatrica. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2001-05-19&atto.codiceRedazionale=001G0233

Ministero della Salute. (2012). Decreto 1 ottobre 2012: Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2012-11-19&atto.codiceRedazionale=12A12296&elenco30giorni=false

Ministero dell'Università e della Ricerca. (2023). Decreto Ministeriale n. 1648. Allegato. <https://www.mur.gov.it/atti-e-normativa/decreto-ministeriale-n-1648-del-19-12-2023>

Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2008). Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008: Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2008-05-30&atto.codiceRedazionale=08A03777

Presidenza della Repubblica Italiana. (2000). Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà (D.P.R. n. 230, 30 giugno 2000, artt. 111-112). Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/qu/2000/08/22/195/so/131/sq/pdf>

Presidenza della Repubblica Italiana. (1994). Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 1994: Approvazione del progetto-obiettivo "Tutela della salute mentale 1994-1996". Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1996/12/28/096G0686/sq>

Presidenza della Repubblica Italiana. (2000). Decreto del Presidente della Repubblica n. 230: Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/qu/2000/08/22/195/so/131/sq/pdf>

Presidenza della Repubblica Italiana. (2015). Legge n. 154: Disposizioni in materia di tutela della persona nelle relazioni familiari. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2005-08-01&atto.codiceRedazionale=005G0180&elenco30giorni=false

Presidenza della Repubblica. (2018). Legge n.145: Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019. Italia. *Gazzetta Ufficiale*. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/12/31/18G00172/s>

APPUNTI CORSI E CONVEGNI

Convegno "150 anni della Società Italiana di Psichiatria: l'eredità del passato, l'innovazione del presente, le sfide del futuro"
- Palazzo Gran Guardia Verona - Simposio: "Percorsi di cura in psichiatria forense, dalla terapia alla riabilitazione."
Intervento del Prof. Scarpa "Percorsi terapeutici, riabilitativi in sicurezza nei luoghi di cura" 31 maggio 20024

Evento formativo n. 428122, edizione n.1 "MENTAL HEALTH RECOVERY STAR Applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure dell'evidence based practice (EBM-EBN-EBP)", C.F.P. NAZARENO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE, Faenza, 17-18 SETTEMBRE 2024

Visentin, S. (2022), Appunti Lezioni di Pedagogia dell'Inclusione, Università degli Studi di Padova (appunti)