

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA

DIPARTIMENTO DI NEUROSCIENZE

Corso di Laurea Triennale in
Tecnica della Riabilitazione Psichiatrica

**PERCORSI DI CURA NEL POST DIMISSIONE
LA REMS DI SPINAZZOLA:
UN'INDAGINE DI FOLLOW UP**

Relatore:

Ch.ma Prof.ssa Giuseppina Decorato

Laureanda: Anna Iracema Dal Borgo

Matricola: 2014106

ANNO ACCADEMICO 2022/23

*a mia madre
che mi ha dato la vita due volte*

Abstract

Keywords: utenti psichiatrici autori di reato - presa in carico integrata - REMS di Spinazzola - valutazione degli esiti - indagine di follow up

Le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza nascono come realtà del tutto nuova e rivoluzionaria nel panorama della psichiatria italiana con l'ambizioso obiettivo di smantellare i precedenti OPG. Nell'ottica di una visione olistica del processo di cura e dell'attivazione di una rete di servizi territoriali per il supporto dell'utente, il paziente psichiatrico autore di reato risulta essere un bersaglio principe della presa in carico integrata, in quanto soggetto con bisogni peculiari complessi.

Il presente lavoro è incentrato su una specifica realtà pugliese, la REMS di Spinazzola, struttura pubblica della ASL BAT attiva da dicembre 2015. Nel corso dei suoi 8 anni di attività, la struttura ha aperto le porte a circa un centinaio di utenti.

In particolare, viene proposta un'indagine di follow up, con l'intento di verificare l'efficacia dei percorsi di cura alla dimissione. L'obiettivo della ricerca è di rafforzare, tramite una valutazione degli esiti, le linee guida e i trattamenti consolidati negli anni dal modello Spinazzola, ma anche di restituire uno sguardo critico sulla realizzazione della presa in carico integrata nel post dimissioni.

La raccolta dati è avvenuta tramite interviste telefoniche rivolte agli utenti, ai familiari e agli operatori dei servizi della salute mentale, distribuiti tra CSM, CRAP, CRAP dedicate agli autori di reato ed altre strutture residenziali. È stato creato un database nel quale sono state inserite le risposte ottenute e il punteggio FPS per ciascun paziente. Gli stessi dati sono stati elaborati attraverso una metodologia statistica.

L'indagine ha restituito un panorama di situazioni disomogenee, con notevoli disparità territoriali dal punto di vista della disponibilità di strutture, del potenziale di progetti attivabili sul territorio, dell'integrazione tra servizi; ed ha evidenziato l'elevata complessità dei bisogni di questa popolazione di utenti e l'urgenza di adottare dei modelli di presa in carica maggiormente condivisi ed integrati.

Indice

Introduzione	I
Capitolo 1. Il paziente psichiatrico autore di reato.	
Un excursus storico-giuridico	1
1.1 Il paziente psichiatrico autore di reato. Imputabilità ed infermità mentale	1
1.2 Il paziente psichiatrico autore di reato.	
Evoluzione storica degli Istituti di trattamento	7
1.3 Il paziente psichiatrico autore di reato. L'iter processuale	16
Capitolo 2. La REMS di Spinazzola	19
2.1 La REMS di Spinazzola. Presentazione della struttura	19
2.2 La REMS di Spinazzola. Il Modello Spinazzola	25
2.3 La REMS di Spinazzola. I trattamenti	35
Capitolo 3. La REMS di Spinazzola. Un'indagine di follow up	40
3.1 L'indagine di follow up. Presupposti e metodi	40
3.2 L'indagine di follow up. Analisi dei dati	46
3.3 L'indagine di follow up. Conclusioni provvisorie e prospettive future	63
Conclusioni	68
Bibliografia	71
Sitografia	73

Introduzione

Il mondo della scienza psichiatrica è un universo ampio e vario, che accoglie molteplici sfumature e abbraccia la dinamicità dell'umano accarezzandone le mutevoli fluttuazioni, l'altalena delle emozioni, il grande sforzo della macchina della ragione, la caparbia dell'ordine e l'imprevedibilità del caos. All'interno del cosmo infinto della versatilità umana, la malattia mentale viene vista troppo spesso come elemento di sottrazione, come difetto di capacità, inadeguatezza al controllo, incompetenza sociale, debolezza psichica, inidoneità alla vita.

Spesso ci dimentichiamo che l'uomo è animale sociale, è predisposto alla vita insieme agli altri, l'essere umano ha il fine della propria esistenza in se stesso, non ha bisogno di validazione esterna, non necessita di un controllo di qualità, non si conforma al vaglio della critica tagliente della cosiddetta "normalità". L'approccio della scienza psichiatrica si muove all'interno di un panorama in cui la cura della patologia mentale è spesso intesa non tanto come uno strumento d'aiuto per il paziente, quanto come strumento di salvaguardia della società, che non può tollerare al proprio interno la presenza della diversità, come se fosse realmente possibile sentirsi uguali soltanto attraverso l'identificazione netta della categoria dei "diversi".

Questo è tanto più vero quanto più del diverso la società abbia paura. Un individuo che ha commesso reato e che, per di più, sia affetto da patologia mentale, è definitivamente marchiato come irrecuperabile, un caso disperato, il mostro dei mostri, tollerabile solo se collocato lontano dagli occhi e lontano dal cuore, preferibilmente dimenticato in qualche angolo oscuro della Terra. Buffo il funzionamento della memoria collettiva: servono secoli per affermare dei principi di diritto e un solo minuto per dimenticarli. Quando un marchio stigmatizza negativamente una categoria di persone, quel marchio diventa indelebile nelle menti dei cittadini, servirebbe un'era per cancellarlo, una lobotomia collettiva, o forse solo il vago ricordo dell'empatia naturale che abbiamo in comune perfino con le bestie.

In questo senso, il lavoro della scienza psichiatrica corrisponde ad una minuziosa e laboriosa opera di intarsio allo scalpello, che giorno dopo giorno tenta di modellare la montagna granitica del pregiudizio, dell'ideologia, del sistema di credenze condiviso, ottuso e fanatico, sulla malattia mentale. Questo sistema di credenze si irrigidisce ulteriormente quando l'oggetto dell'attenzione diventa il paziente psichiatrico autore di reato, poiché entrano in gioco numerosi aspetti emotivi, legati al disgusto e alla paura, meccanismi anch'essi umani, ma basati sulla chiusura

della non comprensione, del non dialogo, del non voler vedere e non volerne sapere nulla.

La nostra sensazione è che, all'interno del panorama psichiatrico italiano, gli utenti autori di reato siano quelli maggiormente stigmatizzati, essendo appunto portatori del duplice stigma della malattia mentale e del reato commesso. Mentre per un delinquente "mentalmente sano" è più facile per l'opinione pubblica accogliere l'idea che possa esservi una rieducazione possibile - che per molti viene intesa come svolta dall'istituzione penitenziaria, informazione assai lontana dalla realtà -; è più tollerabile l'idea che, attraverso la pena, il delinquente possa redimersi, collaborare con la Giustizia, meritare in alcuni casi degli sconti di pena per buona condotta, è comprensibile persino l'ipotesi che la Giustizia possa sbagliare, che vi siano persone incarcerate ingiustamente, che alcune pene siano troppo severe; queste intuizioni spariscono quando il delinquente in questione è anche un malato psichico, in quanto la collettività non ritiene che il paziente psichiatrico possa avere le caratteristiche mentali e di indole per affrontare e realizzare con successo un percorso di cambiamento.

Il nostro interesse si è spostato in maniera del tutto naturale verso questa porzione dell'utenza psichiatrica, in parte per la nostra spontanea tendenza alla "direzione ostinata e contraria", in parte per il modo in cui così facilmente ci ritroviamo spesso a scegliere le strade più difficili e complesse, ma soprattutto per ragioni di carattere etico e morale. La dignità dell'essere umano, insita in ognuno di noi, non dovrebbe mai essere messa in discussione, in nessun caso ed in nessun modo. La malvagità, il male nel mondo, non può essere contenuto all'interno di una persona sola, né tantomeno di un'unica categoria. Troppo comodo, troppo banale, troppo ipocrita limitarsi ad additare. A questa scelta, preferiamo e preferiremo sempre quella del conoscere, che è un conoscere per aiutare.

Aiutare questi utenti significa, per noi, aiutare noi stessi a realizzare una società migliore, dove il diverso non venga arginato, dove per fare ordine e pulizia non si metta più la polvere sotto il tappeto, dove prima di utilizzare un'etichetta, si scelga di usare gli occhi e il cuore e mantenere una mente ben aperta. Una maggiore onestà intellettuale è quella che può garantire in una società l'autentico progresso. Esiste la possibilità di provare empatia per questi utenti, pur non avendo un disturbo mentale e pur non avendo mai commesso un reato. Non serve essere identici per percepirsi uguali, l'onestà è anche ammettere la presenza del male dentro di sé e riconoscere la possibilità del bene nello sguardo dell'altro.

L'aiuto non è mai a senso unico: possiamo imparare tanto da questi utenti, dalle loro storie di abbandono e di dolore, che sono storie violente ed estreme, ma sono anche la storia di tutti noi. Il legame di fiducia reciproca che permette all'utente di progredire nel proprio percorso di recovery, permette anche all'operatore di migliorare se stesso, come terapeuta e come persona. La medesima dignità abita ognuno di noi, necessita di riconoscimento, perché è essa stessa il fondamento del cambiamento: una persona privata della dignità, che non ha più nulla da perdere, perché mai dovrebbe combattere? Per che cosa lottare? A quale scopo desiderare di cambiare? La motivazione al cambiamento si fonda proprio sulla legittimazione della dignità, cambiamento che non è solo quello dell'utente, ma è quello dell'operatore, dell'équipe, della sanità pubblica, della società intera.

Nel *Capitolo 1* proporremo una panoramica dell'evoluzione storico-giuridica del paziente psichiatrico autore di reato, analizzando i concetti di imputabilità ed infermità mentale. Richiameremo le tappe storiche più salienti dello sviluppo degli istituti dedicati alla malattia mentale, attenzionando la specializzazione di questi in strutture dedicate a coloro tra i pazienti che manifestano aspetti delinquenziali, fino ad arrivare alla nascita degli OPG. Infine, ripercorreremo il travagliato percorso che ha portato alla chiusura degli OPG e alla nascita delle moderne REMS.

Il *Capitolo 2* sarà interamente dedicato alla REMS di Spinazzola, struttura pubblica della realtà pugliese che si configura come modello virtuoso nel panorama nazionale. Forniremo una presentazione della struttura, che abbiamo avuto l'onore di poter conoscere nel corso del nostro ultimo tirocinio del III anno, svoltosi tra giugno e settembre del 2023. Descriveremo, poi, il funzionamento della struttura, dal punto di vista dell'approccio terapeutico-riabilitativo, degli interventi proposti e dei progetti realizzati. Seguiremo, per tale descrizione, la proposta del "Modello Spinazzola", come delineata dalle professioniste della salute mentale che operano nella struttura fin dalla sua fondazione, la dott.ssa Giusi Lombardo e la dott.ssa Giuseppina Decorato, all'interno del loro manuale *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza*, di recente pubblicazione.

Infine, nel *Capitolo 3* andremo ad esporre i presupposti, la metodologia e gli esiti dell'indagine di follow up 2023, svolta dalla scrivente durante il periodo di tirocinio. Tale indagine ci consentirà di delineare una fotografia dell'andamento psicopatologico, giuridico e sociale degli utenti dimessi negli anni dalla REMS di Spinazzola, nella speranza di poter fornire dei materiali ad uso interno che possano essere riutilizzati come termine di paragone per le indagini di esito future.

1. Il paziente psichiatrico autore di reato. Un excursus storico-giuridico

1.1 Il paziente psichiatrico autore di reato. Imputabilità ed infermità mentale

All'interno del diritto penale italiano, il concetto di colpa è connaturato alla commissione stessa del reato¹, così come vediamo esplicitato all'art. 27 comma 1 della Carta Costituzionale: "La responsabilità penale è personale", che lega l'attuazione del fatto di reato ad una propria e colpevole responsabilità. L'imputabilità si configura, invece, come il "presupposto necessario affinché un soggetto possa essere chiamato a rispondere giuridicamente di un determinato fatto avente rilevanza giuridica"². Dunque, affinché vi sia imputabilità, risulta fondamentale la condizione soggettiva dell'autore di reato, che deve essere tale per cui egli sia autenticamente portatore della responsabilità propria e colpevole del fatto avvenuto.

Tale concetto viene ben esplicitato all'art. 85 del Codice penale, che così recita: "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato se, al momento in cui l'ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e volere". Possiamo definire la capacità di intendere come "l'attitudine del soggetto non solo a conoscere la realtà esterna (...), ma a rendersi conto del valore sociale, positivo o negativo (...), degli atti che compie"³ e come la "*capacità di apprezzamento e di previsione della portata delle proprie azioni od omissioni, sia sul piano giuridico che su quello morale*"⁴. Consideriamo, invece, la capacità di volere come "la capacità di esercitare in modo autonomo la propria scelta, di pianificare delle azioni in vista di obiettivi socialmente accettabili, di incanalare l'affettività in vista di uno scopo, ed infine, di agire in modo coerente alle intenzioni iniziali, autoregolando il proprio comportamento"⁵.

Risulta evidente già da queste definizioni preliminari l'ingresso in campo della scienza psichiatrica accanto alla dottrina giuridica, dal momento che gli elementi identificativi dell'imputabilità non sono rintracciabili in fatti di diritto, ma si

¹ V. locuzione latina "*nullum crimen, nulla poena sine culpa*", utilizzata nella dottrina giuridica per la definizione degli elementi costitutivi del reato.

² M. Fabbriani, *La capacità di intendere e di volere alla luce delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 9163/2005*, Corso di formazione in Psicologia giuridica, psicopatologia e psicodiagnostica forense, AIPG 2005, p. 3.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

⁵ *Ivi*, p. 4.

riferiscono a funzioni esecutive, funzioni cognitive, più specificamente alla giurisdizione della psiche.

Vediamo ora come il Codice penale definisce in maniera specifica i casi in cui vi sia riduzione o esclusione dell'imputabilità:

Tabella 1. Esclusione e diminuzione dell'imputabilità nel Codice penale

ESCLUSIONE:	DIMINUZIONE:
<ul style="list-style-type: none"> • Infermità di mente (art.88) • Minore età (art.97) • Piena ubriachezza (art.91) • Piena intossicazione da stupefacenti accidentale (art.93) • Cronica intossicazione da alcool o da stupefacenti (art.95) • Sordomutismo (art.96) 	<ul style="list-style-type: none"> • Seminfermità mentale (art.89) • Minore età (art.98) • Non piena ubriachezza accidentale (art.93) • Non piena intossicazione da stupefacenti accidentale (art.93) • Cronica intossicazione da alcool • o da stupefacenti da cui derivi seminfermità mentale (art.95) • Sordomutismo da cui derivi seminfermità mentale (art.96)

Come indicato nella Tabella 1, l'art. 88 del Codice penale mette in campo la nozione di infermità di mente nei seguenti termini: "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". Il concetto viene ripreso nell'art. 89: "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 del reato commesso, ma la pena è diminuita".

La nozione di infermità afferisce alla scienza psichiatrica ed è introdotta nella normativa penalistica per la prima volta dal Codice Zanardelli⁶ del 1889, rivestendo ancora oggi un ruolo centrale nella disciplina dell'imputabilità giuridica, dal momento che contribuisce a determinare la capacità di intendere e di volere del reo al momento della commissione del reato⁷. Nel tempo la scienza psichiatrica ha elaborato e revisionato diversi paradigmi della nozione di infermità mentale, rendendo così la ricezione in campo giuridico difficile e non scevra di ambiguità.

⁶ Il Codice Zanardelli, dal nome dell'allora ministro di Grazia e Giustizia Giuseppe Zanardelli, fu il codice penale in vigore nel Regno d'Italia dal 1890 al 1930.

⁷ D. Dawan, *I nuovi confini dell'imputabilità nel processo penale*, Giuffrè, Milano 2006, p. 47.

All'epoca della formulazione del codice Rocco⁸, il paradigma dominante in psichiatria è il “c.d. medico o biologico-organicista”⁹, sviluppatosi nel corso del XIX secolo e rimasto prevalente fino agli anni Cinquanta del ‘900. Tale paradigma considera l’infermità mentale legata ad una malattia di origine organica, accertabile nel cervello o nel sistema nervoso, in grado di incidere sulla capacità volitiva e intellettuale del soggetto. Questo modello, inoltre, si interseca con altri paradigmi complementari. Uno di questi è il cosiddetto modello “nosografico”, elaborato da Emil Kraepelin (1856-1926) alla fine dell’800, il quale lega la nozione di infermità ai soli disturbi mentali riscontrabili “entro un preciso schema classificatorio della nosografia psichiatrica”¹⁰, escludendone quindi la relazione con i disturbi psichici non strettamente catalogati come malattia.

Secondo tale paradigma medico-nosografico, pertanto, non appartengono al novero delle infermità “le anomalie della personalità o del carattere o del sentimento”¹¹, così come “tutti quei disturbi psichici che la scienza psichiatrica non annovera tra le patologie conosciute quali le nevrosi, le psicopatie, le deviazioni sessuali e i disturbi psicopatologici transitori”¹², che sono considerate “mere anomalie del carattere”¹³, di natura transitoria e generalmente risolvibili con una *restitutio ad integrum*. In parole povere, il paradigma medico-nosografico restringe il concetto di infermità alle sole psicosi, organiche ed endogene.

A inizio ‘900, con la diffusione del pensiero freudiano, si inserisce nel panorama dell'imputabilità un nuovo paradigma, il paradigma “psicologico”, che ritiene centrale in psichiatria non più “la persona-corpo, ma la persona-mente”¹⁴. Il paradigma psicologico prende le distanze sia dal modello organicista che da quello nosografico e propone una nuova definizione dei disturbi mentali come “disarmonie dell'apparato psichico in cui le fantasie inconscie raggiungono un tale potere che la realtà psicologica diventa, per il soggetto, più significativa della realtà esterna. Quando questa realtà inconscia prevale sul mondo reale si manifesta la malattia mentale”¹⁵. Questo modello considera il concetto di infermità in senso più ampio, comprendendo

⁸ Con codice Rocco si indicano due testi normativi italiani: il Codice penale italiano, testo base di diritto penale del 1930, e il Codice di procedura penale italiano, codice di diritto processuale penale dello stesso anno.

⁹ M. T. Collica, *Vizio di mente: nozione, accertamento e prospettive*, Giappichelli, Torino 2007, p. 44.

¹⁰ L. Fioravanti, *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Cedam, Padova 1988, p.25.

¹¹ D. Dawan, op. cit., p. 61.

¹² M. T. Collica, op. cit., p.47.

¹³ D. Dawan, op. cit., p. 63.

¹⁴ M. T. Collica, op. cit., p. 49.

¹⁵ M. Bertolino, *La crisi del concetto di imputabilità*, in G. Mariucci, E. Dolcini (a cura di), *Diritto penale in trasformazione*, Giuffrè, Milano 1985, p. 201.

anche condizioni non strettamente collegate ad un'eziopatogenesi ricostruibile, fondata su basi organiche o rintracciabile nel novero delle sindromi riconosciute.

Tra il finire degli anni '60 e gli inizi degli anni '70, si assiste alla diffusione di un ulteriore paradigma, definito paradigma "sociologico". Questo considera l'uomo come un "ente sociale"¹⁶, fortemente condizionato dalla società in cui vive e dalle relazioni che intreccia; pertanto, il comportamento deviante è considerato come un effetto delle "relazioni interpersonali che legano l'individuo alla struttura sociale in cui vive"¹⁷. Questo paradigma si può collocare all'interno del fenomeno, eterogeneo e variegato, che prende il nome di "antipsichiatria"¹⁸, una corrente tesa a negare il concetto di malattia mentale, a normalizzare il malato di mente, al fine di arginare le discriminazioni diffusamente legate allo stigma sociale.

La scienza psichiatrica attuale predilige un modello integrato, il c.d. modello biopsicosociale, accettato e condiviso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 1946, quando viene adottata una nuova definizione di salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non soltanto di assenza di malattia o infermità"¹⁹, ma viene accolto come paradigma di riferimento in psichiatria solo nel 1977, grazie all'opera di George Libman Engel (1913-1999)²⁰.

Il susseguirsi dei diversi paradigmi ha comportato delle incertezze interpretative sui concetti di infermità e vizio di mente, così come presentati nel Codice penale (1930). All'interno di questo panorama risulta particolarmente significativa la sentenza n. 9163 dell'8 marzo 2005 delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, anche nota come sentenza Raso. Essa recita infatti: "le oscillazioni interpretative sono state essenzialmente determinate dal difficile rapporto tra giustizia penale e scienza psichiatrica, insorto dal momento in cui quest'ultima ha sottoposto a revisione critica paradigmi in precedenza condivisi"; giungendo financo a parlare di "crisi d'identità" della psichiatria, di "profondi contrasti esistenti nella letteratura psichiatrica" ed infine ad asserire che "non può propriamente parlarsi di crisi dell'imputabilità. In (relativa) crisi è semmai (...) il concetto di malattia mentale"²¹.

¹⁶ Bertolino, op. cit., p.207.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ Il termine "antipsichiatria" fu usato per la prima volta da David Cooper (1931-1986) nel 1967 per definire un movimento altamente differenziato e asistemico che si iscrive nell'evoluzione della psichiatria contemporanea e promosse, tra i suoi esiti, una spinta all'eliminazione di molte pratiche cliniche viste come abusi psichiatrici.

¹⁹ *Costituzione dell'OMS, I Principio*, Decisione 22/07/1946, Entrata in vigore 07/04/1948.

²⁰ Cfr. Engel, *The need for a new medical model. A challenge for biomedicine*, 1977 e Engel, *The clinical application of the biopsychosocial model*, 1980.

²¹ La Sentenza Raso è consultabile al link <http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/leggi/capacita.htm>

Nonostante le aspre parole della sentenza 9163/2005 nei confronti della scienza psichiatrica, sintomo di una difficoltà per la giurisprudenza di adeguare la propria dottrina all'evoluzione della scienza, la sentenza raggiunge di fatto degli esiti coerenti con i ritrovati della scienza psichiatrica. Essa, infatti, “sottolinea (...) come, ai fini della valutazione dell'imputabilità, non rilevi tanto la natura dell'infermità cronica, quanto la gravità e la qualità dello stato di mente al momento del fatto, operando così una chiara cesura tra la nosografia longitudinale del disturbo e la rilevanza dell'alterazione mentale sincronica”²².

Per meglio comprendere tali affermazioni, dobbiamo fare riferimento alla pratica clinica: “la psichiatria clinica, come quella forense, non può prescindere dall'accostare all'osservazione trasversale dei sintomi una raccolta anamnestica longitudinale”²³. L'importanza dell'anamnesi in psichiatria, ribadita anche nell'*Introduzione italiana al DSM-5* di Mario Maj²⁴, rispecchia un'immagine dialettica della malattia mentale e dell'identità personale in generale, descrivibile attraverso il duplice binario di una prospettiva diacronica ed una sincronica.

Tale distinzione richiama il lavoro dello psichiatra e psicanalista francese Henry Ey (1900-1977), che raggruppa le malattie mentali distinguendole tra “acute” e “croniche”, associando alle prime “sintomi la cui organizzazione lascia prevedere la loro transitorietà”²⁵ e alle seconde “una tendenza ad una evoluzione continua o progressiva, che altera in maniera duratura l'attività psichica”²⁶. Queste due dimensioni possono essere chiamate “sincronica” e “diacronica”, in riferimento al contributo della fenomenologia contemporanea, che distingue tra una dimensione narrativa dell'Io, come un tutto temporale caratterizzato da un'identità persistente, ed una dimensione puntuale, prestazionale, in cui l'individuo “si obiettivizza”, determinando nuove e specifiche componenti di se stesso²⁷.

²² F. Pennazio, V. Villari, *L'imputabilità e l'ampliamento della nozione di infermità di mente. I disturbi di personalità e il problema dei cripto-imputabili*, in M. Pelissero, L. Scomparin, G. Torrente (a cura di), *Dieci anni di REMS. Un'analisi interdisciplinare*, Edizioni Esi e Collane UniTO, Torino 2022, p. 87.

²³ Ivi, p. 77.

²⁴ M. Biondi (a cura di), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione: DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014, p. XII: “la storia del paziente tipicamente dà conto del 75% o più della conclusione diagnostica quando si valutano sintomi comuni; l'esame obiettivo dà conto del 10-15% e i test diagnostici in genere danno conto di meno del 10%” (qui M. Maj cita a sua volta K. Kroenke, *Diagnostic testing and the illusory reassurance of normal results*, *JAMA Intern Med* 2013, 173:416-7).

²⁵ H. Ey, P. Bernard, C. Brisset, *Manuale di psichiatria - III edizione*, Masson Italia, Milano 1979, p. 233.

²⁶ Ivi, p. 234.

²⁷ Cfr., tra gli altri, K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2000.

Questa concezione duplice richiama anche l'opera del sociologo e psicologo americano Corey L. M. Keyes, attualmente professore emerito alla Emory University (Georgia), celebre per la realizzazione del modello del *Mental Health Continuum* (MHC - v. Allegato 1), modello che colloca ciascun individuo lungo una linea continua che vede come estremi l'assenza (*Languishing*) e la presenza (*Flourishing*) di benessere; parimenti, la patologia mentale non è vista come una condizione totalmente distinta dall'assenza di patologia, ma come una prospettiva che si pone in atteggiamento di diretta continuità con la cosiddetta "normalità"²⁸.

Giunti alla fine di questa digressione sui paradigmi della malattia mentale, necessaria al raggiungimento di una più profonda comprensione del concetto di imputabilità, possiamo tornare ai succitati artt. 88 e 89 del Codice penale e ripensarli con una maggiore consapevolezza. L'art. 88 ci dice che "non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per *infermità*, in tale *stato di mente* da escludere (o "scemare grandemente" - art. 89) la capacità d'intendere o di volere". Gli articoli si riferiscono ad una duplice dimensione: l'*infermità*, intesa come alterazione diacronica, che caratterizza la storia dell'individuo e la sua narrazione biografica, e lo *stato di mente*, inteso invece in maniera sincronica, come alterazione straordinaria ed acuta dello stato diacronico di patologia.

Da ciò possiamo dedurre che la condizione di infermità mentale (il disturbo psichico, la patologia psichiatrica) non costituisce in quanto tale movente eziologico del fatto di reato: ad essere giuridicamente rilevante è lo stato di mente, l'alterazione eccezionale in acuto del funzionamento psichico del soggetto. Quindi, in psichiatria forense, "la diagnosi è un momento rilevante della perizia, ma non sufficiente né tantomeno esauriente il compito peritale. Infatti, quello che importa stabilire non è la connessione tra la categoria diagnostica e il reato, bensì tra disturbo psicopatologico, funzionamento patologico psichico e delitto"²⁹.

Per queste ed altre ragioni, la sentenza Cass. Sez. un., 8 marzo 2005, n. 9163 afferma che "l'esame e l'accertamento di tale nesso eziologico si appalesa, poi, necessario al fine di deliberare non solo la sussistenza del disturbo mentale, ma le stesse reali componenti connotanti il fatto di reato" ed è sempre per le medesime ragioni che la sentenza Raso stabilisce in modo innovativo l'introduzione dei disturbi

²⁸ Cfr. C.- L. M Keyes, *Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health*, J Consult Clin Psychol, 2005 Jun;73(3):539-48 e C. L. M. Keyes, *Toward a science of mental health*, in S. J. Lopez, C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed., pp. 89-95), Oxford University Press 2009.

²⁹ U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forense*, VII Ed., Milano 2018, p. 86.

di personalità all'interno della rosa dei disturbi suscettibili di imputabilità (secondo i casi declinati)³⁰, laddove in precedenza vi erano esclusi, anche in virtù del fatto che all'epoca dell'entrata in vigore del nostro Codice penale (1930) essi non costituivano una categoria nosologica a sé stante nella scienza psichiatrica, bensì venivano visti in maniera eterogenea e tendenzialmente riportati, come aspetti sintomatologici, all'interno di altre patologie.

In conclusione, la collaborazione tra scienza psichiatrica e dottrina giuridica se, da un lato, pone una scissione, ai fini della valutazione dell'imputabilità, tra uno stato cronico di infermità di mente e la manifestazione acuta di uno stato di mente grave e delittuoso, dall'altro allarga la concezione stessa di infermità, scivolando nel pericoloso rischio di una sua estensione indeterminata, rischio che pure dovrebbe essere contenuto dalla necessità di stabilire una correlazione chiara tra l'acutizzazione della patologia mentale e il compimento del fatto di reato.

Questo allargamento dell'orizzonte diagnostico pone grosse problematiche anche a livello sanitario e di trattamento, determinando un'ampia eterogeneità dell'utenza afferente alla categoria di "paziente psichiatrico autore di reato", come vedremo nel caso specifico della REMS di Spinazzola nel *Capitolo 2*. Ma prima procediamo alla disamina del trattamento del folle reo, secondo una prospettiva storico-giuridica di ricognizione degli istituti che nel tempo sono stati lui dedicati.

1.2 Il paziente psichiatrico autore di reato. Evoluzione storica degli Istituti di trattamento

Dopo aver brevemente delineato il paziente psichiatrico autore di reato nella sua connotazione giuridica, cercheremo di collocarlo all'interno del panorama storico, che ha previsto il susseguirsi di diversi istituti dedicati al suo trattamento, sulla base dell'evoluzione normativa in materia e dei ritrovati della scienza psichiatrica. In primo luogo, è opportuno specificare una generale differenza categoriale da tempo in uso in relazione a questa tipologia di utenza: si definisce "reo folle" l'autore di reato suscettibile di imputabilità al momento del fatto e che, in seguito, generalmente

³⁰ Cfr. Sentenza Cass. Sez. un., 8 marzo 2005, n. 9163: "Anche i "disturbi di personalità", come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli art. 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; per converso, non assumono rilievo ai fini dell'imputabilità le altre "anomalie caratteriali" o gli "stati emotivi e passionali", che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale e il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo".

durante la pena detentiva, abbia sviluppato una patologia mentale; chiamiamo invece “folle reo” colui che, già al momento della commissione del reato, sia ritenuto infermo di mente e in condizioni di gravità tali da non poter essere imputabile.

La distinzione risulta rilevante in relazione allo sviluppo delle istituzioni per la malattia mentale, che per secoli non hanno operato nel senso di una specializzazione, bensì in un’ottica garantista della pubblica sicurezza nei confronti di tutti i soggetti giudicati anomali, fuori luogo, ribelli, una minaccia per la società, da allontanare e rimuovere. Già in epoca medievale iniziano a sorgere in Europa strutture dedicate alla reclusione dei pazzi che prendono diverse denominazioni, quali “asili di beneficenza”, “*madhouse*”, “ospedali per lunatici”³¹.

Particolarmente significativa risulta essere la fondazione, da parte di Luigi XVI nel 1656, dell’Hôpital Général di Parigi, una struttura medica che risponde però anche a scopi giuridici di internamento, al contempo assistenziale e repressivo, di quella fetta di popolazione disturbante il regime, fatta di vagabondi, condannati, senzatetto, poveri, alcolisti, epilettici, omosessuali e malati di mente. Queste case di internamento costituiscono l’instradamento verso quello che in seguito si chiamerà sistema a “doppio binario”: “i vecchi privilegi della Chiesa in materia d’assistenza ai poveri e di riti dell’ospitalità, e la preoccupazione borghese di mettere ordine nel mondo della miseria; il desiderio di assistere e il bisogno di reprimere; il dovere di carità e la volontà di punire”³².

In seguito alla diffusione dell’Illuminismo, la concezione del folle sembra mutare, così com’è rilevabile nell’opera dello psichiatra francese Philippe Pinel (1745-1826)³³. Pinel nel 1793 si trova a lavorare presso l’asilo di Bicêtre³⁴, dove, assieme al sovrintendente Jean-Baptiste Pussin (1745-1811), compie lo storico atto della “liberazione dei folli dalle catene”, nel solco di una denuncia di metodi detentivi e contenitivi disumani. Alla base di questo gesto rivoluzionario c’è l’identificazione di una specifica categoria di persone, da sempre omologata al mare magno dei “libertini,

³¹ Cfr. la brillante analisi di M. Foucault, *Storia della follia nell’età classica*, BUR Rizzoli, Milano 2010. Foucault stabilisce un parallelismo tra i lebbrosari del Medioevo, nati per ghettizzare i malati ed arginare il contagio nella popolazione generale, e il ruolo che assumeranno in seguito gli istituti di reclusione per malati di mente: “Sparita la lebbra, cancellato o quasi il lebbroso dalle memorie, resteranno queste strutture. Spesso negli stessi luoghi, due o tre secoli più tardi, si ritroveranno stranamente simili gli stessi meccanismi di esclusione. Poveri, vagabondi, corrigendi e «teste pazze» riassumeranno la parte abbandonata del lebbroso” op. cit., p. 7.

³² Ivi, p. 58.

³³ Cfr. P. Pinel, *Trattato medico-filosofico sull’alienazione mentale*, 2 voll., ETS, Pisa 2003, pubblicato la prima volta nel 1801 e ampliato nel 1809.

³⁴ L’Asylum de Bicêtre, progettato nel 1636 come ospedale militare, diventa un orfanotrofio nell’ambito della ricostruzione dell’Hôpital Général de Paris del 1656 e viene usato come orfanotrofio, prigione, manicomio e ospedale, in maniera sia successiva che simultanea.

criminali, ladruncoli, preti spretati, prostitute, figli e figlie indegne e diseredate, prigionieri di guerra, semplici contadini che si sono sperduti nelle città”³⁵: Pinel riconosce l’identità del malato di mente nella sua specifica dignità e stabilisce che non può essere equiparato agli altri.

Trovatosi in seguito, nel 1799, a dirigere a Parigi il grande complesso psichiatrico della Salpêtrière³⁶, introduce una prospettiva psicologica nel trattamento degli internati, che inizia a considerare come dei malati da curare, non più come corpi da incatenare e reprimere³⁷. Pinel reputa che il dialogo con il paziente sia centrale nel trattamento della malattia mentale, ritenendo che la dialettica possa lentamente riportare il paziente alla ragione, e dedica gran parte della sua vita e della sua opera alla regolamentazione delle strutture di internamento, definendo anche quattro malattie mentali di base - la semplice malinconia, la mania, l’idiozia e la demenza - nel suo *Trattato medico-filosofico sull’alienazione mentale*, che si può considerare come il precursore della moderna nosografia psichiatrica, mentre in riferimento alla tipologia di struttura da lui delineata si parla di nascita del manicomio³⁸.

La pratica dell’internamento del paziente psichiatrico si diffonde rapidamente in tutta Europa. Sulla scia della riforma di Pinel, nasce nel 1813 il primo manicomio in Italia: la Real Casa dei Matti di Aversa. Istituita per volontà del re di Napoli Gioacchino Murat in un complesso di edifici della seconda metà del Duecento, anticamente ospitanti un convento di frati francescani, si tratta di un ospedale interamente dedicato ai pazienti malati di mente, nato per ottemperare alle esigenze di sovraffollamento dell’Ospedale degli Incurabili già attivo a Napoli. In questa struttura,

³⁵ V. De Mattos, *Una via d’uscita. Per una critica della misura di sicurezza e della pericolosità sociale. L’esperienza dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario nello Stato di Minas Gerais*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano 2012, p. 76, nota della curatrice Silvia D’Autilia.

³⁶ La Salpêtrière, originariamente una fabbrica di polvere da sparo, nel 1656 diventa parte del grande progetto dell’Hôpital Général di Luigi XVI. Inizialmente destinata ad accogliere barboni, vagabondi, ladri e truffatori di Parigi, nel 1680 viene ampliata per accogliere prostitute e donne abbandonate. Fino alla Rivoluzione francese, non ebbe alcuna funzione medica, assolve unicamente scopo detentivo per i pazzi incurabili, costretti a vivere in pessime condizioni igieniche, tra i morsi dei topi e abbandonati al contagio delle più svariate malattie. Tali condizioni suscitavano scandalo già all’epoca. Infatti, in periodo rivoluzionario, è tristemente noto l’episodio del Massacro di Settembre: la notte tra il 3 e il 4 settembre 1792, il Fauborg Saint-Michel, la classe operaia più povera, assalì la struttura allo scopo di liberare le detenute. 134 prostitute riuscirono a fuggire, mentre centinaia di altre furono trascinate in piazza ed uccise con gesto esemplare. I massacri di settembre riguardarono molte altre strutture detentive di Parigi, giungendo, tra il 2 e il 6 settembre 1792, all’omicidio di circa seimila detenuti.

³⁷ Cfr. V. De Mattos, op. cit., p.76: “Pinel si mostra convinto del fatto che gli eccessi di un carattere possano essere tenuti sotto controllo mettendo il soggetto nella condizione di riacquistare il buon senso perduto: il “disordine” e il disturbo possono pertanto essere ricondotti entro l’ordine sociale mediante un paziente lavoro pedagogico, di assistenza e di cura” (nota della curatrice Silvia D’Autilia).

³⁸ Le condizioni degli internati, tuttavia, sostanzialmente non mutarono, da ciò dipende l’aspra critica di Foucault - cfr. M. Foucault, op. cit., p.31: “È fra le mura dell’internamento che Pinel e la psichiatria del diciannovesimo secolo incontrarono i folli; è là - non dimentichiamolo - che li lasceranno, non senza gloriarsi di averli «liberati»”.

gli ospiti sono tenuti ad indossare delle divise, le loro giornate sono interamente pianificate dai curanti, l'obiettivo terapeutico è il riordino delle funzioni mentali del paziente attraverso l'obbedienza totale alle regole. La disobbedienza viene punita con metodi brutali: camicie di forza, bagni freddi, letti di contenzione, celle di isolamento. Poiché si ritiene che la disobbedienza sia l'origine degli eccessi, viene operato un controllo ossessivo e totale dei comportamenti del pazzo attraverso la disciplina ferrea e il feroce castigo.

L'evidente inadeguatezza di metodo rende i manicomi strutture unidirezionali, di sola entrata. Inoltre, prende sempre più piede nella società la terribile equazione tra pazzia e pericolosità, tra deviazione e repressione. Inoltre, le metodologie introdotte sulla scorta di Pinel pongono in una nuova luce le relazioni di potere, in particolare quella del binomio asimmetrico medico-paziente³⁹. Non passa molto tempo perché si giunga ad evidenziare l'impraticabilità delle nuove teorie su una determinata porzione dell'utenza, particolarmente reticente alla disciplina, incline all'impulsività e alla violenza, che porta proprio ad Aversa, nel 1876, a costituire la prima sezione per devianti, tramite atto amministrativo autonomo della Direzione Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, destinata a custodire coloro che abbiamo in precedenza definito i "folli rei" ed i "rei folli".

Il manicomio criminale non è ancora ufficialmente istituito ma già si fa strada la necessità di una nuova istituzione, diversa dal carcere e dal manicomio ordinario, che possa ottemperare alle esigenze custodiali e terapeutiche dei soggetti ritenuti socialmente pericolosi. I primi e più accaniti sostenitori del manicomio criminale sono gli scienziati e i giuristi esponenti della Scuola Positiva, che vede come rappresentante di spicco Cesare Lombroso, fondatore dell'Antropologia criminale. Distaccandosi dalla Scuola Classica di Cesare Beccaria, basata sul libero arbitrio della commissione del delitto e la necessità di una pena afflittiva commisurata alla gravità dello stesso, Lombroso ritiene il folle reo contaminato da anomalie genetiche e degenerative (rintracciabili nello studio della fisionomia e della frenologia), che impediscono in lui il libero arbitrio, disinnescando il meccanismo della responsabilità morale, introducendo al suo posto quello della responsabilità sociale⁴⁰.

³⁹ Cfr. M Foucault, *Asili. Sessualità. Prigioni*, in *Archivio Foucault-2. 1971-1977. Poteri, saperi, strategie*, a cura di A. Dal Lago, tr. It. Di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano 1977, p. 175: "il potere lavora il corpo, penetra il comportamento, si mescola al desiderio e al piacere".

⁴⁰ Cfr. C. Lombroso, *Delitto, genio, follia: scritti scelti*, a cura di D. Frigessi, F. Giacanelli, L. Mangoni, Bollati Boringhieri, Torino 1995, p. 186: "fra i delinquenti, e quelli creduti tali, ve n'è molti che, o sono, o furono sempre alienati, per cui la prigione è un'ingiustizia, la libertà un pericolo, e a cui mal si provvede da noi con mezze misure, che violano ad un tempo la morale e la sicurezza"; e ancora ivi, p. 194: "solo l'istituzione di un manicomio criminale mi pare capace di far cessare quell'eterno conflitto

L'espressione "manicomio giudiziario" viene usata per la prima volta nel 1891 nell'art. 469 del Regio Decreto n. 260 per definire la struttura dedicata ai condannati con pena di almeno un anno che fossero impazziti durante la detenzione in carcere e ad altri rei caratterizzati da infermità mentale, stabilendo così un *primum* storico nel circuito custodialistico dedicato al reo folle e al folle reo. Questa urgenza approda a veste ufficiale nel 1904 con la Legge 36, o Legge Giolitti, chiamata "Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati", che ha effettiva attuazione solo nel 1909 con il Regio Decreto n. 615. Già nel nome stesso della Legge 36/1904 è sottintesa la coincidenza tra patologia mentale e pericolosità e il ruolo eminentemente custodialistico di difesa e salvaguardia sociale degli istituti dedicati all'utenza psichiatrica, così come viene subito ribadito dall'art. 1: "Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose a sé o agli altri e riescano di pubblico scandalo"⁴¹.

Sebbene la Legge Giolitti non parli ancora di manicomi criminali, sembra riferirsi di fatto proprio a questi ma si dovrà aspettare il 1930 perché il Codice Rocco istituisca ufficialmente i manicomi giudiziari. Il Codice penale del 1930, divenuto noto con il nome del guardasigilli Rocco, introduce un nuovo provvedimento giuridico specifico, la misura di sicurezza, rivolto agli infermi di mente autori di reato, per i quali è prevista l'assoluzione dalla pena e la detenzione nel manicomio giudiziario e nelle case di cura e custodia, o ai seminfermi di mente, per i quali non è prevista l'assoluzione dalla pena ma una pena diminuita. Le misure di sicurezza vengono legate al concetto di pericolosità sociale, confermando l'equazione tra malattia mentale e pericolosità e la duplice funzione di cura e custodia dei manicomi giudiziari.

Così la misura di sicurezza si pone solo formalmente come alternativa, ma di fatto spesso come aggiuntiva rispetto alla pena, con la differenza di essere applicabile per un minimo tempo fissato ma fino a un massimo tempo indeterminato, ovvero finché la pericolosità sociale sussiste⁴². Essa si configura come uno strumento dello

colla giustizia e colla sicurezza sociale, che si rinnova ogni giorno, quando si tratta di giudicare quegli infelici, che non si può o non si sa precisare se veramente furono spinti al delinquere da un impulso morboso o da perversità dell'animo loro".

⁴¹ Legge 36/104, consultabile al link <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1904-02-14;36@originale>.

⁴² Cfr. art. 206 c.p.: "Durante l'istruzione o il giudizio [c.p.p. 286, 312, 313, 679], può disporsi che il minore di età, o l'infermo di mente, o l'ubriaco abituale, o la persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti, o in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool o da sostanze stupefacenti, siano provvisoriamente ricoverati in un riformatorio o in un ospedale psichiatrico giudiziario, o in una casa di cura e di custodia. Il giudice revoca l'ordine, quando ritenga che tali persone *non siano più socialmente pericolose*"; art. 207 c.p. "Le misure di sicurezza non possono essere revocate se le persone ad esse sottoposte non hanno cessato di essere socialmente pericolose"; art. 208 c.p.: "Decorso il periodo minimo di durata, stabilito dalla legge per ciascuna misura di sicurezza, il giudice riprende in esame le

stato al servizio della difesa nazionale al punto tale che, in presenza di comprovata pericolosità sociale, essa riesce persino ad aggirare i principi di uno stato di diritto. Infatti, se è vero che la pena è punitiva e commisurata all'imputabilità mentre la misura di sicurezza ha lo scopo di curare e rieducare⁴³, la prima ha altresì un valore di prevenzione sociale e la seconda opera attraverso una privazione della libertà, assumendo forzatamente componenti afflittive. La stagione politica del cosiddetto "doppio binario" (pena/misura di sicurezza, custodia/cura), che risponde alle necessità della Scuola Classica e Positiva, rivela nel concreto come tale doppio binario di fatto non sussista.

A partire dagli anni '60 del Novecento si diffondono nuove concezioni in ambito psichiatrico e si assiste ad un'evoluzione che culmina nel 1978 con la riforma del Sistema Sanitario Nazionale (legge 833/1978). Innanzitutto, va considerato l'aspetto più strettamente clinico-terapico: fino alla fine dell'Ottocento, il trattamento della malattia mentale prevede l'impiego di piante medicinali, salassi ed idroterapia; agli inizi del Novecento, vengono introdotti trattamenti chimici, comprendenti l'insulinoterapia, metodi convulsivanti chimici ed elettrici, nonché la psicotomia. Negli anni Cinquanta del Novecento, vengono introdotti i primi psicofarmaci, inizialmente sedativi volti a placare lo stato di agitazione spesso violenta degli internati nei manicomi. Si giunge alla riforma sanitaria del 1968, legata alla figura dell'allora Ministro della Sanità Luigi Mariotti.

Con la legge del 12 febbraio 1968, n. 132 viene data attuazione al principio costituzionale del diritto alla salute⁴⁴, garantendo l'assistenza ospedaliera a tutti i cittadini, incaricando lo stato di finanziare gli ospedali e le neonate Regioni di occuparsi della programmazione ospedaliera. Gli ospedali sono classificati in zionali, provinciali e regionali, suddividendo così e tentando di risanare il debito della spesa sanitaria, causato da problemi gestionali, che ne inficiano la qualità dell'assistenza. Ma è la legge 431 del 18 marzo 1968 a regolamentare l'assistenza psichiatrica, introducendo anche il termine di "ospedali psichiatrici" al posto di quello di manicomi.

condizioni della persona che vi è sottoposta, per stabilire se essa è ancora socialmente pericolosa. Qualora la persona risulti ancora pericolosa, il giudice fissa un nuovo termine per un esame ulteriore".

⁴³ Cfr. *Relazione ministeriale al regolamento per gli istituti di prevenzione e di pena del 1931*, citato in R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979, p. 161: "lo stato di detenzione (...) deve assolutamente realizzare nelle pene un'afflizione, nelle misure di sicurezza deve considerarsi solo un mezzo indispensabile per la rieducazione dell'internato".

⁴⁴ Cfr. *Costituzione italiana*, art. 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana" (la Costituzione italiana è entrata in vigore il 1° gennaio 1948).

Essa ha il merito di valorizzare la funzione terapeutica dell'ospedale psichiatrico, regolamentandone il numero di posti letto ed introducendo nell'organico diverse nuove figure professionali di cura, come lo psicologo, l'assistente sociale, l'assistente sanitario. Vengono altresì istituiti servizi extra-ospedalieri: nascono i CIM, Centri e servizi di Igiene Mentale, gli antesignani dei moderni CSM. Il termine di "ospedale psichiatrico giudiziario" è, invece, ufficialmente introdotto dalla legge 354/1975, al posto di quello di "manicomio giudiziario".

Arriviamo così gradualmente, all'interno di un contesto di riforme della Sanità Pubblica, alla ben nota legge Basaglia n. 180 del 13 maggio 1978. La legge è scritta e promossa dallo psichiatra e deputato della Democrazia Cristiana Bruno Orsini, tuttavia viene da sempre legata al nome di Franco Basaglia (1924-1980), psichiatra di origine veneziana che ispira tale legge con il proprio operato, in particolare da quando nel 1961 diviene direttore dell'Ospedale di Gorizia, dove promuove la centralità della dignità umana dei ricoverati, adottando un rapporto paritario tra curante e paziente, opponendosi alla contenzione fisica, alle terapie elettroconvulsivanti e ai cancelli chiusi nei reparti dell'ospedale. Basaglia promuove attività ludiche e ricreative per gli utenti, organizza gite e passeggiate all'esterno, per le strade della città, ingaggia gli ospiti in attività lavorative che diano loro responsabilità, senso di autoefficacia, agendo sempre nella direzione di un obiettivo di dimissione, costruendo concretamente la possibilità di ricollocazione dei pazienti in un contesto sociale libero.

La legge Basaglia abolisce gli ospedali psichiatrici, decretando la chiusura dei manicomi e stabilendo la necessità di istituire sul territorio nazionale strutture alternative per la cura del paziente psichiatrico e, all'interno degli ospedali, reparti dedicati alla psichiatria in fase acuta di malattia (Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - SPDC). Il trattamento diviene volontario (art. 1), inizia a declinarsi nella forma plurale della prevenzione, cura e riabilitazione. Il TSO rimane previsto ma solo per determinati casi, non è più tollerato il ricovero coatto (art. 2), al contrario, la legge spinge per una gestione extra-ospedaliera del malato, presso il Centro per la Salute Mentale (CSM), un ambulatorio, un pronto soccorso o presso il domicilio del paziente (art. 6). L'art. 7 dichiara espressamente vietato costruire nuovi ospedali psichiatrici e stabilisce la conversione di quelli già esistenti ad altra destinazione d'uso.

La legge 180 non parla direttamente di ospedali psichiatrici giudiziari; tuttavia, anche in materia di pazienti psichiatrici autori di reato ha conseguenze molto significative. Prima della legge Basaglia, non c'è una reale differenza tra manicomi civili e manicomi giudiziari, in quanto la convinzione condivisa alla base di entrambi

è, come abbiamo visto, quella di un'identificazione assoluta dell'utente psichiatrico come socialmente pericoloso. La prassi diffusa prima della legge prevede, nei casi di reati di lieve entità, la possibilità per il reo di evitare l'inoltro della denuncia, a condizione che un ospedale psichiatrico civile sia disponibile ad ospitarlo. Per gli internati negli OPG, al momento della revoca della misura di sicurezza, se la revisione della pericolosità sociale dà ancora esito positivo, sussiste la possibilità di trasferimento presso un ospedale psichiatrico civile, facendo uscire il soggetto dal circuito penale. Ancora, in caso di proroga della misura di sicurezza, è contemplabile la disposizione di una licenza finale di esperimento (LFE), da svolgersi presso l'ospedale psichiatrico civile. Insomma, molti soggetti destinati all'OPG vengono, prima di Basaglia, fatti confluire in ospedali psichiatrici civili, come esito di una collaborazione tra l'amministrazione locale e provinciale e gli ospedali psichiatrici civili.

Dal 1978, con la legge Basaglia, questi trasferimenti degli internati in OPG presso strutture ospedaliere civili non sono più realizzabili, avendo la legge stabilito la chiusura degli ex manicomio e previsto, al suo posto, un coinvolgimento primario della psichiatria spettando, dunque, al DSM il reperimento di specifici progetti per il reinserimento degli internati nel territorio, in vista di un abbattimento del pregiudizio di pericolosità sociale. Il nobile intento della legge Basaglia deve presto scontrarsi con l'impreparazione dei servizi psichiatrici territoriali, i quali si trovano a dover far fronte ad esigenze nuove ed amplificate. L'inadeguatezza dei servizi territoriali determina un incremento del carico assistenziale sulle famiglie le quali, trovandosi in una condizione percepita come un abbandono da parte delle istituzioni, finiscono per incentivare il numero delle denunce nei confronti dei familiari malati, causando l'effetto paradossale di un aumento degli internati e potenziali internati in OPG⁴⁵. Oltre all'incremento delle presenze in OPG, si comincia ad assistere ad una stabilizzazione delle stesse, non essendovi più strutture alternative dove indirizzare i malati dopo la dimissione, il che comporta anche una possibile tendenza da parte dei magistrati di sorveglianza a confermare la persistenza della pericolosità sociale in fase di riesame, in virtù della responsabilità per la pubblica sicurezza e della carenza di soluzioni alternative. Si procede comunque, in ottemperanza della legge, alla progressiva chiusura degli ospedali psichiatrici civili, che avviene, però, con effetto tutt'altro che

⁴⁵ Cfr. il lavoro di tesi di G. Melani, *La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici*, Università degli Studi di Firenze, 2014, consultabile al link <https://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/>.

immediato: nel 1996 gli internati negli ospedali psichiatrici civili sul suolo nazionale sono ancora 17.000 (rispetto ai 52.000 circa dell'epoca della legge 180)⁴⁶.

La legge 180, come già accennato, si colloca all'interno di una riforma della sanità pubblica di più ampio respiro, che vede la costituzione del moderno Sistema Sanitario Nazionale (SSN), come lo conosciamo oggi, attraverso la legge del 23 dicembre 1968, n. 833. Tale legge, relativamente all'assistenza psichiatrica, concentra l'attenzione sulle necessità di cura, prevenzione e riabilitazione del malato psichiatrico, la cui applicazione esige l'incremento di strutture e personale specializzato per la salute mentale. La Legge Basaglia, inoltre, stabilisce una differenza di trattamento molto netta tra gli utenti psichiatrici autori di reato e gli utenti psichiatrici *tout court*, che non tutti e non subito erano disposti a condividere. Due sentenze della Corte Costituzionale, la n. 253/2003 e la n. 367/2004, hanno sottolineato l'incostituzionalità dell'equazione tra pericolosità sociale dell'infermo di mente e il ricovero automatico in OPG, in quanto tale conseguenza priva quei soggetti dei diritti giuridici fondamentali (processo, difesa, pena certa) e non prevede alcuna misura alternativa al ricovero coatto. Se Basaglia ritiene che l'infermo di mente debba essere curato sul territorio, così dovrebbe accadere per l'infermo di mente autore di reato, ma la mancanza di risposte territoriali sostitutive in grado di offrire un trattamento terapeutico e riabilitativo intensivo sul territorio, l'incapacità di gestione di questi pazienti da parte delle politiche locali, la problematicità diffusa e rimbalzata in un rimpallo di responsabilità tra una struttura e l'altra si mostra ben presto tristemente evidente.

Una scossa significativa in questo panorama è data dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale, presieduta da Ignazio Marino ed istituita dal Senato della Repubblica il 30 luglio 2008. La Commissione presenta una Relazione, la *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*⁴⁷, approvata il 20 luglio 2011 e correlata di riprese audio e video effettuate nel corso di sopralluoghi a sorpresa nelle diverse strutture⁴⁸, che punta i riflettori sulle disumane condizioni di internamento degli utenti psichiatrici autori di reato, scuotendo le coscienze dell'opinione pubblica.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_X XII-bis_4.pdf

⁴⁸ I sopralluoghi si svolsero presso gli OPG di: Barcellona Pozzo di Gotto (ME), Aversa (CE), Napoli (NA), Montelupo Fiorentino (FI), Reggio Emilia (RE), Castiglione delle Stiviere (MN); e nei reparti dedicati ai malati psichiatrici all'interno della Casa di Reclusione penale di Roma (RM) e nel Nuovo complesso Rebibbia (RM).

Nella Relazione si legge per esempio: “gravi e inaccettabili [...] carenze strutturali, [...] pratiche cliniche inadeguate e [...] lesive della dignità della persona”⁴⁹; fino a concludere con la necessità di “deliberare il superamento di una situazione di fatto e di diritto [...] per molti aspetti [...] del tutto incompatibile con i dettami della Costituzione”⁵⁰.

L’invito viene accolto con tempestività in sede della conversione del decreto legge 22 dicembre 2011 n. 211⁵¹ ad opera della legge 17 febbraio 2012 n.9⁵², che fissa la definitiva chiusura degli OPG per il 31 marzo 2013 e la sostituzione di questi con strutture residenziali squisitamente sanitarie, chiamate ancora genericamente “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” o, più brevemente, “strutture residenziali sanitarie per l’esecuzione della misura di sicurezza”⁵³. Il termine per la chiusura degli OPG è prorogato una prima volta al 1° aprile 2014, ad opera del d.l. 25 marzo 2013, n. 24, convertito in legge 23 maggio 2013, n. 57, e successivamente al 31 marzo 2015, con il d.l. 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81. Attraverso questo percorso travagliato, si affacciano nel panorama sanitario nazionale le nuove Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza, le moderne REMS, di cui tratteremo diffusamente nel secondo capitolo, prendendo in esame la realtà pugliese della REMS di Spinazzola.

1.3 Il trattamento del paziente psichiatrico autore di reato. L’iter processuale

Prima di passare alla trattazione delle neonate REMS, vorremmo concludere il presente capitolo, dedicato al trattamento del paziente psichiatrico autore di reato, riassumendo brevemente l’iter processuale che lo conduce in REMS, ovvero passando in rassegna dapprima le diverse tipologie di misure di sicurezza cui può essere sottoposto e poi nominando brevemente i soggetti istituzionali coinvolti nel suo trattamento. Cominciamo col ricordare l’art 222 del c.p., che stabilisce l’esecuzione della misura di sicurezza in REMS per due tipologie di utenti: i non imputabili per

⁴⁹ *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all’interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, op. cit., pp. 3-4.

⁵⁰ *Ivi*, p. 10

⁵¹ <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2011-12-22;211>.

⁵² <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2012-02-17;9>.

⁵³ Decreto 1° ottobre 2012, Allegato A, v.

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/11/19/12A12296/sg>.

infermità psichica, intossicazione cronica da alcool, intossicazione cronica da sostanze stupefacenti o sordomutismo, e coloro che, in corso di misura di sicurezza detentiva, siano colpiti da infermità mentale.

La legge 81/2014 esplicita che i non imputabili possono essere persone libere che, essendo state sottoposte a perizia psichiatrica e giudicate socialmente pericolose, rimangono in attesa che si liberi un posto letto in REMS, oppure persone detenute a vario titolo che, al momento della scarcerazione dall'istituto penitenziario, vengono destinati dalla perizia psichiatrica a svolgere un periodo di cura in REMS e, purtroppo, rimangono in attesa della disponibilità di un posto letto prolungando la detenzione in carcere. Un'ulteriore specificazione viene fornita dalla legge 23 giugno 2017, n. 103⁵⁴, nata per ovviare al problema delle lunghe liste d'attesa in REMS, tentando di fornire indicazioni per una gerarchia di accesso a tali strutture.

La legge 103/2017 prevede che:

- prioritariamente accedono alla REMS gli autori di reato non imputabili al momento del fatto e socialmente pericolosi, accertati essere tali in via definitiva (i cosiddetti “definitivi”);
 - a seguire entrano coloro per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, ai sensi dell'articolo 148 c.p. (i cosiddetti “sopravvenuti”);
 - da ultimo, solo se vi siano posti liberi presso la REMS o manchino le sezioni dedicate ai pazienti psichiatrici nell'istituto penitenziario di riferimento, accedono:
 - gli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie (i cosiddetti “provvisori”);
 - tutti coloro per i quali non sia stata ancora accertata la condizione psichica, generalmente perché il disagio si è manifestato nel corso del processo e non prima.
- Per questi ultimi due casi, le misure di sicurezza provvisorie vanno sostanzialmente scontate in carcere.

La categoria dei provvisori ha, inoltre, la peculiarità di non avere un'incertezza soltanto procedurale, ma spesso anche sotto il profilo diagnostico, il che rende difficile l'applicazione della misura di sicurezza da eseguire in REMS, la quale precede che vi sia una precisa diagnosi psichiatrica, compiuta dal consulente tecnico del P.M. o dal perito, dopo averne dichiarato la pericolosità. La scelta del Giudice risulta quanto mai delicata e necessitante della collaborazione e sinergia delle diverse autorità e soggetti che gravitano attorno all'utente psichiatrico autore di reato, considerato il peso delle conseguenze che la deliberazione ha sulle strutture sanitarie e carcerarie, sulle REMS,

⁵⁴ *Modifiche al Codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*, cfr. in part. Art. 1 comma 16 c) e d), <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/07/04/17G00116/sg>

sulla famiglia dell'imputato, sulla vittima del fatto di reato e sulla famiglia di questa, oltre che naturalmente sull'utente che è in prima persona coinvolto.

Al momento del ricevimento dal DAP⁵⁵ del decreto di assegnazione dell'internato presso la REMS, in quanto sottoposto a misura definitiva o provvisoria, l'equipe della REMS, costituita come da DM Salute e Giustizia 1/10/2012 (psichiatra, psicologo, educatore professionale o tecnico della riabilitazione psichiatrica, infermiere, assistente sociale, personale di supporto), gestisce la presa in carico dell'internato. Entro 48 ore dall'ingresso nella REMS, la direzione comunica l'ingresso nella struttura dell'internato al CSM ed eventualmente al SerD (Servizio per le Dipendenze) di riferimento. Viene concordato un primo incontro tra l'equipe di riferimento del CSM, del SerD e della REMS che deve avvenire entro e non oltre 40 giorni dall'ingresso dell'internato. Durante l'incontro vengono concordati i contenuti utili alla stesura del Piano di Trattamento Riabilitativo Individualizzato (PTRI) e la tempistica delle verifiche periodiche dei progressi dell'utente.

Il CSM (ed eventualmente il SerD) territorialmente competente, individuato in relazione al luogo di residenza o di commissione del reato, è tenuto a mantenere un'efficiente comunicazione con la Magistratura, la REMS, le Forze dell'Ordine, gli UEPE⁵⁶ e gli Enti locali. Si parla anche di "micro-equipe forense" interna al CSM, costituita da: psichiatra, psicologo, infermiere, educatore professionale o tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale. Essa ha la funzione di collaborare alla valutazione del caso, sotto il profilo clinico e forense, mettendo a disposizione la documentazione sanitaria e sociale disponibile, concorrere alla definizione del PTRI, intraprendere i contatti con la famiglia e la rete sociale di provenienza del paziente, in raccordo con l'UEPE e l'equipe sociale della REMS, identificare soluzioni di trattamento utili anche per il periodo successivo alla permanenza nella struttura, , inviare il PTRI (e le sue successive verifiche) all'autorità giudiziaria procedente per il soggetto (Magistrato di sorveglianza), definire assieme all'equipe della REMS l'eventuale Licenza Finale Esperimento (LFE). In caso di dimissione per revoca della

⁵⁵ DAP sta per "Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria" ed è uno dei quattro dipartimenti in cui si divide il Ministero della Giustizia italiano. Da esso dipende il Corpo di polizia penitenziaria. Il suo compito in generale è quello di garantire ordine e sicurezza negli istituti penitenziari, nell'esecuzione delle misure di sicurezza e delle misure alternative alla detenzione.

⁵⁶ UEPE sta per "Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna", è un ufficio locale periferico del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità, che ha lo scopo di favorire il reinserimento sociale delle persone che hanno subito una condanna definitiva. Contribuisce all'applicazione, revoca e proroga delle misure di sicurezza, svolge le indagini socio-familiari utili alla reimmissione nel territorio del detenuto, può proporre l'affidamento in prova o la detenzione domiciliare, controlla l'esecuzione dei programmi previsti dalle misure alternative alla detenzione e ne riporta il monitoraggio all'autorità giudiziaria.

pericolosità sociale o per scadenza del termine di durata massima (4 anni), il soggetto rimane in carico al CSM, che ne deve garantire la continuità della presa in carico.

In caso di soggetti stranieri entrati irregolarmente in Italia o divenuti irregolari, essi hanno diritto all'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale - SSR e, in assenza di documenti, la REMS deve procedere alla registrazione delle generalità fornite dall'assistito (Circ. Ministero della Sanità n. 5, 24 marzo 2000), utili alla successiva attivazione di un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), che gli garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui ha diritto. Il codice STP ha validità semestrale ed è rinnovabile. Il criterio di individuazione della REMS per gli STP è quello del luogo di commissione del reato. Vedremo ora, nel prossimo capitolo, l'applicazione pratica dei concetti teorici e normativi fin qui delineati nel caso concreto della REMS di Spinazzola.

2. La REMS di Spinazzola

2.1 La REMS di Spinazzola. Presentazione della struttura

La REMS di Spinazzola, attiva dal dicembre 2015, è la prima REMS pubblica aperta in Puglia ed afferisce al DSM dell'ASL BAT (Barletta-Andria-Trani). Nasce come struttura provvisoria, dotata di 20 posti letto totalmente maschili, per un bacino d'utenza proveniente prevalentemente dalle province di Bari, BAT e Foggia. Esiste, infatti, una seconda REMS nel territorio pugliese, la REMS di Carovigno, che è invece una struttura privata convenzionata, la quale accoglie pazienti provenienti dalle province di Lecce, Brindisi e Taranto. La presenza delle due REMS così dislocate dovrebbe garantire il principio della territorialità⁵⁷, ovvero evitare agli utenti l'inserimento in strutture troppo lontane dai propri luoghi di residenza abituale, che comporterebbe l'exasperazione del distacco dalla propria rete affettiva e sociale; ed agevolarne il reinserimento nel territorio una volta pronti per la dimissione. La REMS di Spinazzola, però, ha accolto anche pazienti da altre province della regione Puglia e in rari casi da altre regioni, ad esempio la Calabria, ma questo fenomeno si è manifestato limitatamente agli inizi dell'attività della struttura, quando la REMS di

⁵⁷ Il principio di territorialità si trova espresso nel decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, art. 3ter comma 3: "destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime"; lo stesso viene riaffermato con chiarezza all'art. 1 dell'accordo in sede di Conferenza unificata Stato - regioni del 26 febbraio 2015: "Le assegnazioni e i trasferimenti (...) sono eseguite dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria attenendosi al principio della territorialità (...). La territorialità si fonda sulla residenza accertata".

Carovigno non era ancora aperta e sono avvenuti alcuni inserimenti temporanei dovuti alla necessità di affrettare la chiusura degli ultimi OPG rimasti attivi sul territorio nazionale⁵⁸.

La REMS di Spinazzola è inserita nel tessuto urbano di Spinazzola, proprio all'inizio della città provenendo dal capoluogo di provincia⁵⁹. Se, da un lato, la collocazione della REMS in una zona centrale e non periferica della città è vantaggiosa per la reintegrazione sociale degli ospiti, dall'altro bisogna anche considerare che Spinazzola è un piccolo comune di 5.800 abitanti, che si estende per 23 Km di lunghezza e 9 Km di larghezza, collocato sul versante occidentale delle Murge pugliesi e circondato di scarpate. Di fatto, si tratta di un comune piuttosto isolato, difficilmente raggiungibile, collegato con pochi mezzi pubblici (qualche bus) al resto della provincia e da strade provinciali di difficile percorrenza, costellate di curve a scarsa visibilità, ampiamente danneggiate, in alcuni punti molto strette, non illuminate e, per un visitatore inesperto, pericolose. Queste difficoltà territoriali, peraltro, non influenzano solo la ricchezza dell'offerta del territorio in relazione al percorso riabilitativo degli utenti, ma contribuiscono a determinare la scarsa attrattiva che la REMS esercita anche come sede di lavoro per i dipendenti.

La REMS fa parte di una struttura che ospita la sede del Distretto Sanitario e alcuni ambulatori (nella sede dell'ex-ospedale psichiatrico, ora riconvertito)⁶⁰. All'interno del complesso, è collocata al primo piano, non ha sbarre alle porte e alle finestre e non presenta dall'esterno un aspetto custodiale, anche se si può notare un'alta recinzione esterna al giardino retrostante (imposta dalla Prefettura), inclinata nella parte apicale verso l'interno, e l'ingresso filtrato da una porta tagliafuoco a doppia anta battente blindata, chiusa a chiave, bloccata da un catenaccio e sorvegliata da guardie giurate ne connota la funzione detentiva. La struttura è articolata su un unico piano, cui si aggiunge il già citato giardino esterno, un cortile principalmente lastricato, con una parte di terreno coltivabile, privo di tettoie protettive.

L'équipe della REMS è di tipo squisitamente sanitario e connotata da elevata multidisciplinarietà: per trattare utenti complessi, è necessario un gruppo di lavoro

⁵⁸ Al 31 marzo 2015, data indicata dalla legge n. 81 del 2014 per il superamento definitivo degli OPG, erano attivi ancora 6 OPG sul territorio nazionale: Castiglione delle Stiviere (Lombardia), Reggio Emilia (Emilia-Romagna), Montelupo Fiorentino (Toscana), Secondigliano e Aversa (Campania), Barcellona Pozzo di Gotto (Sicilia). L'ultimo a chiudere è stato l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto nel 2017: proprio da qui provenivano alcuni dei primi ospiti della REMS di Spinazzola.

⁵⁹ La funzione di capoluogo per la provincia BAT è condivisa da tre città: Barletta, Andria e Trani, fondamentalmente contigue tra loro. Si tratta dell'unica provincia italiana ad avere più capoluoghi.

⁶⁰ Va ricordato che la REMS di Spinazzola nasce come struttura provvisoria: è attualmente in atto l'opera di ristrutturazione della nuova sede, che vedrà il trasferimento della struttura entro la fine del 2025.

“complesso”, dove diverse figure professionali possano interagire e collaborare tra loro, secondo principi di trattamento orientati alla recovery, che prevede un approccio multilivellare e multiprofessionale, come vedremo approfonditamente nel prossimo paragrafo. Infatti, la normativa di riferimento per la regolamentazione delle REMS (Decreto 1° ottobre 2012), definisce i membri costituenti l'équipe multiprofessionale sanitaria come segue: 12 infermieri a tempo pieno, 6 OSS a tempo pieno, 2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità notturna e festiva, un educatore o un tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno, uno psicologo a tempo pieno, un assistente sociale per fasce orarie programmate, un amministrativo per fasce orarie programmate. Nelle ore notturne deve essere 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.

L'équipe attuale della REMS di Spinazzola è leggermente discostante dall'ideale normativo, essendo costituita da costituita da: 9 infermieri, di cui 7 a tempo pieno e 2 a tempo parziale, 8 OSS a tempo pieno, di cui 7 personale ASL e uno assunto tramite cooperativa e dedicato al supporto per le attività riabilitative, 3 medici a contratto libero professionale, assunti tramite Agenzia interinale su turni (non a tempo pieno), 2 TeRP entrambi a tempo parziale, una psicologa a tempo pieno, 2 amministrativi, di cui uno a tempo pieno e l'altro a tempo parziale, nessun assistente sociale. La dirigenza è affidata ad un medico psichiatra. Come si può facilmente notare, perché l'équipe sia allineata con precisione al quadro di riferimento, l'ASL dovrebbe assumere almeno altri 4 infermieri a tempo pieno, almeno un medico psichiatra a tempo pieno a garantire l'assistenza clinica continuativa e almeno un assistente sociale.

Questa situazione, di per sé già sottorganico, è ulteriormente aggravata dai frequenti infortuni che si verificano in struttura, motivo di assenze spesso prolungate di alcuni membri del personale. Inoltre, l'équipe della REMS soffre di un connaturato *turnover* di personale: questa precarietà comporta difficoltà nei rapporti sia con i colleghi che con l'utenza. Molti operatori della REMS, in particolare quelli dell'area infermieristica e OSS, non nascono con una formazione psichiatrica dedicata e spesso giungono in REMS impreparati, non ricevendo un'adeguata formazione specifica prima dell'assunzione e faticando a comprendere, di conseguenza, come trovare applicazione in REMS alle competenze precipue della propria figura professionale, elemento che incide considerevolmente sul fenomeno del *turnover*.

L'organizzazione interna della struttura è ispirata al modello comunitario, strutturata quindi con degli spazi di vita individuale (le camere) e degli spazi di vita in comune, destinati al consumo dei pasti, allo svago e alle diverse attività, come le attività riabilitative, le attività di arteterapia, di informatica, di palestra ecc. La cura degli ambienti comuni non è riservata unicamente al personale, ma anche agli ospiti, nell'ambito delle cosiddette "Attività di Gruppo di Competenza Sociale" (AGCS), anche chiamate per semplicità "terapia occupazionale", che consistono in una serie di compiti da svolgere, secondo turnazione, legati all'organizzazione dei servizi collettivi. Queste mansioni contribuiscono alla creazione di una nuova quotidianità per gli utenti, che è legata in REMS alla condivisione degli spazi ed alla ricostruzione dei tempi, dunque alla creazione di responsabilità, di un ruolo attivo nella comunità e alla comprensione degli effetti delle proprie azioni sul quieto vivere del gruppo, acquisendo nuove abilità che educano all'assunzione di un ruolo sociale.

Per quanto riguarda le comunicazioni con l'esterno, gli utenti hanno la possibilità di effettuare due telefonate a settimana della durata di 15min, supervisionate dagli operatori, generalmente destinate ai familiari, all'amministratore di sostegno (ove presente) e/o all'avvocato di fiducia. I numeri di telefono devono essere prima verificati dall'équipe e registrati nell'agenda telefonica, non è consentito agli utenti chiamare numeri che non siano prima passati attraverso questo processo. Oltre alle telefonate, gli utenti sono liberi di effettuare corrispondenze epistolari con l'esterno, anch'esse supervisionate dall'équipe curante. Sono previsti, inoltre, colloqui con i familiari in presenza con cadenza mensile, fissati in anticipo ed organizzati dall'ufficio TeRP, al fine di agevolare i parenti nell'organizzazione della visita. I colloqui hanno una durata massima di 60min per ogni paziente, viene loro riservato il diritto alla privacy. L'incontro viene supervisionato da almeno una guardia giurata e deve svolgersi con toni pacati, al fine di salvaguardare l'equilibrio emotivo dell'utente (e del gruppo) e di tutelare i familiari.

I beni che vengono consegnati dall'esterno devono essere preventivamente richiesti dal paziente, attraverso la compilazione di un modulo apposito, e concordati tra l'utente e il personale TeRP, che svolge in questo caso un ruolo regolatore rispetto ai *desiderata*, portando l'utente a riflettere sulle proprie richieste e, di conseguenza, sui propri reali bisogni all'interno della struttura. Al momento del colloquio, il personale TeRP è autorizzato ad accogliere solamente i beni preventivamente concordati ed è tenuto a respingere qualsiasi oggetto extra non presente nel modulo. Prima che i beni vengano consegnati all'ospite, essi vengono setacciati e verificati,

vengono rimosse eventuali porzioni potenzialmente pericolose, perché taglienti, appuntite o simili a corde e cordoni. Ciascun oggetto viene, poi, etichettato con le iniziali dell'utente, al fine di identificarli e prevenire il rischio furti e scambi.

La REMS, dopo un'iniziale ostilità da parte delle autorità locali e una fisiologica preoccupazione di parte della cittadinanza, è stata accettata come realtà positiva, grazie al costante lavoro di relazioni da parte dei responsabili e degli operatori della struttura. L'ottimo lavoro di rete realizzato in sinergia col territorio si è concretizzato in diversi modi. Possiamo citare, quale lodevole esempio di sinergia virtuosa, il progetto di affidamento etero-familiare "IESA"⁶¹, che rappresenta il primo caso di affidamento di questo tipo a livello nazionale. L'utente interessato è un uomo privo di rete familiare, con prospettive di vita piuttosto basse. Il progetto IESA è iniziato nel 2018 con incontri settimanali, sotto forma di pranzi domenicali, a casa della famiglia ospitante, con autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza e monitoraggio dell'équipe. Il progetto è proseguito dopo la dimissione e continua fino ad oggi, formalizzato con un accordo di affido nel 2019.

Per molti altri utenti, è stato possibile partecipare alla presentazione di libri e, in quelle occasioni, è stata anche effettuata preventivamente in struttura la lettura del testo, cosicché essi potessero prendere parte attiva al dibattito in sede di evento. Sono state attivate collaborazioni con il Comune di Spinazzola, in particolare con il servizio di orientamento al lavoro, che ha supportato alcuni utenti nella stesura del CV e nell'identificazione di strategie adeguate ad inserirsi nel mercato del lavoro. La REMS collabora anche con le scuole locali: nel 2022 e nel 2023 sono stati attivati due diversi progetti con le scuole in occasione della Giornata Mondiale per la Salute Mentale. Il primo anno è stata proposta un'attività di *orientering*, con l'obiettivo di identificare i luoghi di aiuto in città per la salute mentale; lo scorso anno, invece, è stata approntata l'esperienza della "Biblioteca vivente": su ispirazione del modello danese, sono stati invitati alcuni ospiti dal territorio a raccontare la propria storia, come se fossero dei libri viventi, storie straordinarie di vita ordinaria, che hanno posto l'accento sulla resilienza, la capacità che ogni individuo ha di affrontare e superare i momenti di difficoltà, per poi rialzarsi, come accade sia in salute che in malattia. Durante questi eventi, alcuni ospiti della REMS hanno potuto partecipare, collaborando nello svolgimento delle attività a diversi livelli, a seconda delle possibilità di ciascuno.

⁶¹ Il racconto del progetto IESA (Inserimento Eterofamiliare Supportato Adulti) è disponibile in un video del canale YouTube dell'Asl BAT al seguente link: https://www.youtube.com/watch?v=cM2z7EyPJPA&ab_channel=ASLBT (accesso verificato il 30/03/2024).

È importante anche ricordare, in merito alle relazioni instaurate sul territorio, l'attiva collaborazione con la REMS da parte delle associazioni di volontariato locali, prime tra tutte la FIDAPA (Federazione Italiana Donne Arti Professioni Affari) e l'AGE (Associazione italiana Genitori), le quali hanno preso parte significativa a molte delle iniziative della REMS sul territorio. In particolare, la FIDAPA, nella persona di una volontaria spinazzolese, rivela essere non solo un contributo esterno, ma quasi un costituente ineliminabile della stessa REMS: questa signora svolge settimanalmente, in forma volontaria e gratuita, un'attività pomeridiana di lettura dedicata agli utenti presso la biblioteca della REMS. Alla luce degli esempi riportati e delle altre esperienze di cui parleremo al *Paragrafo 2.3*, possiamo dire che la città di Spinazzola, nonostante la superficie modesta e la posizione poco pratica, si è rivelata un territorio accogliente, ricco e proficuo.

Relativamente ai rapporti con il territorio, ampiamente intesi, non possiamo non citare i travagliati rapporti tra la REMS e i CSM di appartenenza dei suoi ospiti. Nel Report dell'Osservatorio STOP-OPG per la salute mentale⁶², che ha visitato la REMS di Spinazzola in data 7 maggio 2019 (a tre anni e mezzo dall'apertura), leggiamo a questo proposito: “I rapporti con i CSM territoriali sono difficili al momento, per ritardi nell'elaborazione dei PTRI e nella presa in carico da parte dei CSM (a causa di carenze di organico di questi ultimi) e ciò comporta, a volte, il rischio di delegare impropriamente alla sola REMS la presa in carico del paziente”. Oggi, a quasi 5 anni dopo la visita della Delegazione, la situazione rimane tristemente invariata, seppur con alcune differenze territoriali. Va, tuttavia, sottolineato che questo tipo di “inefficienza” non è ascrivibile ai soli CSM della regione Puglia né ai soli CSM *tout-court*, ma rientra nel quadro di una ben più drammatica crisi della Sanità pubblica, determinata da una scarsità di investimenti e di risorse disponibili. Infatti, la stessa costituzione di una “micro-equipe forense”, di cui abbiamo parlato nel precedente *Capitolo 1*, che dovrebbe realizzarsi in ciascun CSM per garantire i corretti rapporti con le REMS e i vari soggetti coinvolti nella gestione dell'utente psichiatrico autore di reato, rimane nella maggior parte dei casi un'utopia.

Nonostante le significative difficoltà legate alla gestione di una tipologia di utenza così imprevedibile e complessa, allo stigma da smantellare diffuso nell'opinione pubblica e nelle sue resistenze, alle criticità nei rapporti con gli altri

⁶² Il report della Delegazione dell'Osservatorio STOPOPG per la salute mentale relativo alla visita alla REMS di Spinazzola è consultabile al link: <http://www.conferenzasalutementale.it/wp-content/uploads/2019/05/REPORT-REMS-SPINAZZOLA-2019-05-07-def.pdf>.

istituti della Salute mentale e con tutti i soggetti legati alla presa in carico del paziente psichiatrico autore di reato, alle incognite connaturate nella creazione di una nuova tipologia di struttura, che nasce con obiettivi imponenti ed ambiziosi, alle preoccupazioni legate alla precarietà lavorativa da parte dell'equipe; nonostante queste ed altre problematiche, la REMS di Spinazzola può già oggi tirare le fila dei risultati dei suoi primi 7 anni di attività, così come ben delineati nell'ottimo testo *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza*⁶³, scritto a quattro mani dalla psicologa della struttura dott.ssa Giusi Lombardo e dal Tecnico di Riabilitazione psichiatrica dott.ssa Giuseppina Decorato, entrambe attive in struttura fin dalla sua fondazione, le quali descrivono magistralmente il percorso attraversato nei primi 7 anni di REMS, esponendo ai lettori le componenti del cosiddetto "Modello Spinazzola", del quale parleremo nel prossimo paragrafo.

2.2 La REMS di Spinazzola. Il Modello Spinazzola⁶⁴

Come abbiamo visto nel corso *Capitolo 1*, le REMS sono strutture del tutto nuove ed innovative. La loro recente costituzione determina un'incertezza in merito alle linee guida da seguire e all'elaborazione dei PDTA (Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali). Infatti, Lombardo e Decorato ci dicono che la formulazione di linee di indirizzo si è configurata come una priorità fin dall'apertura della REMS di Spinazzola: "La formulazione di linee di indirizzo che definiscano in maniera puntuale i bisogni della popolazione di pazienti che andiamo a curare e le risposte da offrire hanno rappresentato la convinzione iniziale fondante il nostro approccio terapeutico-riabilitativo e la riflessione su di esso"⁶⁵. Poco oltre specificano che tale formulazione è partita da una domanda: "Posto che essi abbiano bisogno di cura, quali obiettivi reali deve prefiggersi un intervento di cura e da dove deve muovere?"⁶⁶.

La formulazione di linee di indirizzo mira ad incrementare l'efficacia e l'efficienza dell'approccio clinico, in quanto sono specifiche per una determinata popolazione di utenza, contestualizzate rispetto ad una determinata realtà sanitaria ma altresì confrontabili con le altre Aziende sanitarie. Esse dovrebbero esplicitare

⁶³ G. Lombardo e G. Decorato, *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*, Trento, Erickson 2023.

⁶⁴ Il Modello Spinazzola è stato certificato dall'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), per le evidenze scientifiche dimostrate, come modello virtuoso da poter esportare sul piano nazionale.

⁶⁵ Ivi, p. 36.

⁶⁶ Ivi, p. 37.

chiaramente gli obiettivi dell'assistenza, basata sulla centralità del paziente, sulle evidenze scientifiche e sulla *best practice*, puntare a facilitare la comunicazione tra operatori sanitari, pazienti e *caregiver* e coordinare i ruoli e le attività delle equipe multidisciplinari, infine, possibilmente includere la definizione delle modalità e dei criteri per il monitoraggio e la valutazione degli *outcome*, nonché identificare le risorse necessarie all'attuazione dei percorsi.

Il grande presupposto di base da cui partono le dottoresse della REMS per la definizione del proprio modello di linee di indirizzo è il fondamentale concetto di *recovery*, così come espresso da W. A. Anthony nel 1993⁶⁷ con la seguente definizione: “È un processo profondamente personale ed unico che porta a modificare i propri comportamenti, valori, sentimenti, capacità, obiettivi e ruoli. È un modo di vivere con soddisfazione la vita partecipando ad attività e relazioni significative anche con le limitazioni dovute alla malattia. Implica il recupero non solo di una condizione di maggior benessere, ma piuttosto di un nuovo senso della propria esistenza, che possa essere fatto evolvere al di là degli effetti catastrofici della malattia mentale”.

La *recovery* non è una teoria né una tecnica, non può essere “sommministrata” al paziente, perché è invece qualcosa che il paziente stesso fa in prima persona, laddove ciò che gli operatori della salute mentale tendono a fare è praticare un'assistenza orientata alla *recovery*, offrendo sostegno agli sforzi che per conto proprio l'utente deve fare per portare avanti il suo percorso di *recovery*. I principi della *recovery* sono i seguenti: l'importanza di mantenere un'aspettativa positiva, di inserirsi in una prospettiva di speranza, di credere, cioè, che sia possibile raggiungere gli obiettivi che ci prefiggiamo; l'importanza di trovare un significato personale nell'esperienza della malattia mentale e di recuperare il controllo sulla propria vita e sui sintomi; avere la possibilità di fare scelte rispetto al modo di curarsi e alle fonti a cui chiedere supporto, secondo il principio di personalizzazione della cura; infine, avere l'opportunità di costruire un progetto di vita con una Identità oltre la dimensione della malattia.

La *recovery* non riguarda soltanto la malattia mentale, tuttavia assume un significato fondante e precipuo per gli utenti psichiatrici autori di reato i quali, quando giungono in REMS, “sono la personificazione del fallimento, sono quelli senza speranza”⁶⁸. Questo dipende in parte dalle loro storie personali, ma non solo: “Le REMS costituiscono il capolinea di percorsi che non hanno funzionato per motivi

⁶⁷ W. A. Anthony, *Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s*, in *Psychosocial Rehabilitation Journal*, n. 16 1993, pp. 11-23.

⁶⁸ G. Lombardo, G. Decorato, Op. cit., p. 36.

vari”⁶⁹, infatti “difficilmente un paziente psichiatrico diventa autore di reato se il percorso di cura e di trattamento ha funzionato bene”⁷⁰. Giustappunto, nonostante vi siano anche casi di pazienti giovanissimi, nella realtà della REMS di Spinazzola è stato rilevato dall’analisi dei dati condotta dall’Unità di Epidemiologia dell’ASL BAT che la fascia d’età maggiormente rappresentata è quella che va dai 30 ai 49 anni, l’età di mezzo “nella quale i pazienti, in ragione dell’inadeguata gestione della malattia e delle sue conseguenze, tendono a rendersi autori di reato”⁷¹.

Molto spesso questi pazienti hanno già sperimentato il carcere, oltre a numerose strutture psichiatriche, ricoveri ospedalieri e una costellazione di delusioni professionali, personali e familiari. Il compito dell’operatore in REMS diventa quello di lavorare in partnership per offrire cure e trattamenti che mettano gli utenti ed i loro familiari nella condizione di superare i problemi di salute mentale con speranza ed ottimismo e lavorare per una vita ricca di valore, dentro ed oltre i limiti di qualsiasi disturbo psichiatrico. Tale compito, già di per sé ambizioso, viene declinato per l’utente autore di reato in maniera ulteriormente complessa, trovandosi quest’ultimo al crocevia di un doppio tracciato: “nella relazione tra l’ambito giudiziario e quello della cura i pazienti sperimentano, in ragione della loro pericolosità sociale, la contraddittorietà del percorso proposto, nel quale la coazione della custodia incrocia la volontarietà della cura. La misura di sicurezza definisce una costrizione che è a protezione della collettività e che bypassa la volontà dell’individuo”⁷².

Ci sono molti elementi nelle parole citate che rendono il senso della complessità di questi utenti e della relazione di cura. La pericolosità sociale, come già visto nel *Capitolo 1*, sostanzia lo stigma legato all’utente psichiatrico, in particolare, se questi è anche autore di reato, ne decreta il fallimento, il pregiudizio che non vi sia cambiamento possibile, pregiudizio alimentato dalla paura del reato commesso e dalla necessità collettiva di un capro espiatorio da ergere a simulacro del male del mondo. L’etichetta di pericolosità sociale non genera stigma solo nella società, ma purtroppo negli operatori stessi della salute mentale⁷³, nonché nelle famiglie di questi utenti, che spesso vivono vissuti abbandonici, in quanto nessun familiare desidera più avere a che fare con loro. L’assoluzione, anche se pronunciata dalla legge, spesso non viene accolta

⁶⁹ Ivi, p. 37.

⁷⁰ *Ibidem*.

⁷¹ Ivi, p. 67.

⁷² Ivi, p. 37.

⁷³ Cfr. ivi, p. 36: “molto spesso vien detto dalle *équipe* territoriali: «Tanto questo quando uscirà dalla REMS ripeterà gli stessi errori e tornerà qui»”; poco oltre si parla di “pregiudizio (...) devastante, distruttivo e diffuso tra i curanti”.

dai familiari, per i quali il concetto di colpa è così radicato nel proprio disgusto e dolore, da renderli spesso ciechi di fronte alla sofferenza del familiare e ai suoi progressi, non complianti al percorso terapeutico, non supportivi, anzi, ostativi al processo personale di recovery dell'utente. Come riportato nella parte di analisi dei dati, inoltre, “la metà dei soggetti (n. 36) presenta familiarità psichiatrica”⁷⁴, il che rende ancor più difficile e delicato il compito di relazione con l'entourage familiare degli ospiti.

Altresì, il pregiudizio attraversa la malattia mentale *tout-court* e non si diffonde solo nel tessuto della realtà sociale, ma è radicato anche negli utenti stessi, i quali tendono “ad assumere un ruolo diretto speditamente verso l'identità deviante, addirittura delinquenziale”⁷⁵ piuttosto che verso l'accettazione della patologia mentale, arrivando immancabilmente ad affermare: “«Meglio delinquenti che matti»”⁷⁶. Non si tratta soltanto di mancanza di consapevolezza di malattia che si riscontra in questi utenti, si tratta di un vero e proprio rifiuto ideologico. Come è possibile aiutare qualcuno che non vuole essere aiutato? Come fare ad instaurare relazioni terapeutiche, basate sulla fiducia, con qualcuno che non si è mai fidato, nemmeno di se stesso? Come si può instillare la speranza nella più profonda disperazione? Vediamo ora come il modello Spinazzola tenti ogni giorno di rispondere a queste e molte altre domande.

Il trattamento terapeutico-riabilitativo in REMS, come descritto nel manuale di riferimento, è definito da determinate caratteristiche. Esso, infatti, deve essere: *multilivellare*, ovvero considerare i diversi aspetti che costituiscono la complessità della persona (individuo, famiglia, relazioni, attività); *integrato*, ovvero basato su un'azione trattamentale sinergica di tutti gli agenti che intervengono nella situazione del paziente (REMS, famiglia, DSM, SerD, UEPE, Magistratura di Sorveglianza, territorio di appartenenza, territorio della REMS); *conseguenziale*, ovvero costituito da step consecutivi concepiti in modo tale da garantire un incremento progressivo delle abilità; *temporaneo*, in quanto il trattamento in REMS ha sempre un inizio e mira a concludersi con la dimissione, la quale è a sua volta intesa come l'inizio della prosecuzione del percorso di cura nel territorio; *flessibile*, ovvero sottoposto a monitoraggio continuo ed eventuali modifiche, sulla base del suo andamento; *individualizzato*, ovvero altamente specifico per il singolo soggetto, nonché condiviso

⁷⁴ Ivi, p. 78.

⁷⁵ Ivi, p. 57.

⁷⁶ *Ibidem*.

con lui; *misurabile e riproducibile*, attraverso valutazioni standardizzate e approfondimenti diagnostici, condivisi con tutti i professionisti della salute mentale.

Il modello definisce poi le diverse fasi del percorso, che vengono riassunte a p. 45 de *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza* attraverso il seguente schema:

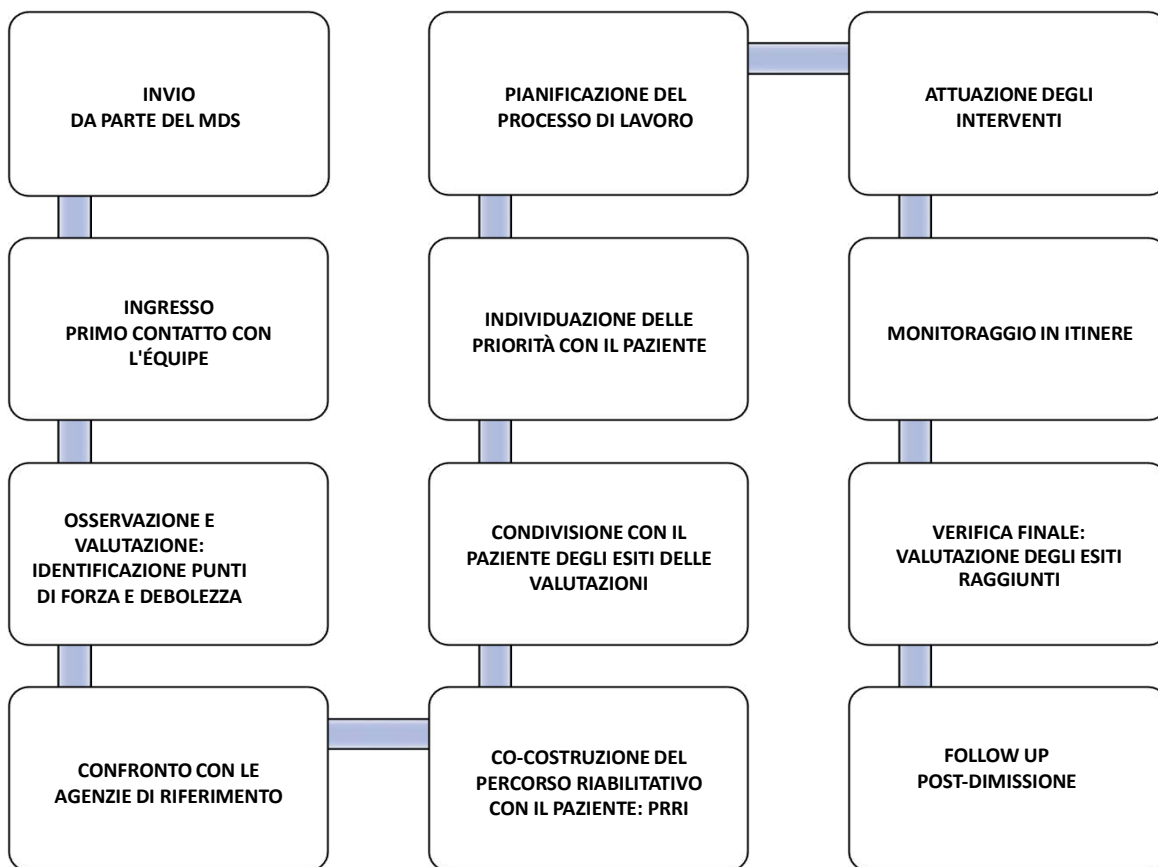


Figura 1. Fasi del percorso riabilitativo in REMS

Come indicato in *Figura 1*, l’invio del paziente in REMS avviene sempre su disposizione dell’autorità giudiziaria, nella figura del Magistrato di Sorveglianza che, per la REMS, è costituito per tutti i pazienti da un’unica persona, la dott.ssa Silvia Dalouis, MdS del Tribunale di Bari, la quale “ha rappresentato un punto di forza per l’organizzazione del sistema REMS, a anche per l’organizzazione del lavoro terapeutico-riabilitativo”⁷⁷. Lombardo e Decorato tengono, inoltre, a specificare che “lo stesso interlocutore della Magistratura di riferimento abbia espresso, per nostra fortuna, posizioni illuminate nei confronti della gestione di tali pazienti”⁷⁸. L’utente entra in struttura con una durata minima di permanenza stabilita dal giudice, che è suscettibile di prolungamento, come già analizzato nel *Capitolo 1*, sulla base delle successive revisioni peritali della pericolosità sociale.

⁷⁷ Ivi, p. 33.

⁷⁸ Ivi, p. 34.

L'ingresso in struttura dell'utente avviene di norma accompagnato dalle forze dell'ordine, che presiedono alla verifica ed inventario degli effetti personali ed alla firma della modulistica legata ai consensi. All'utente viene consegnata una carta di benvenuto, indicante la descrizione sintetica delle regole della struttura, la scansione delle giornate e la proposta delle attività. L'utente inizia da quel momento la propria fase di ambientamento al contesto, "di durata variabile da qualche giorno a qualche settimana, o anche di più"⁷⁹. La fase di osservazione e valutazione standardizzata si svolge generalmente nel primo mese, in ottemperanza della normativa che prevede la compilazione, congiuntamente con il CSM e il SerD, di un primo PTRI, basato sui punti di forza e di debolezza dell'utente, per quanto riscontrabili in una prima fase iniziale. Il confronto con le agenzie di riferimento per il paziente avviene, dunque, in occasione della prima verifica per il PTRI da proporre entro i primi 45giorni, ma costituisce di fatto la cifra della presa in carico integrata, che caratterizza l'intera durata del percorso dell'utente in REMS.

La co-costruzione del percorso riabilitativo con il paziente è un altro elemento cardine dell'intero periodo di degenza dell'utente: in REMS possiamo dire che le persone che usufruiscono dei servizi contribuiscano anche a produrli. Infatti, il percorso riabilitativo non può prescindere dalla motivazione dell'utente, si basa non soltanto sui bisogni riscontrati, ma su quelli percepiti, sul riconoscimento delle risorse del paziente che sta alla base della costruzione di abilità, attraverso interventi che non sono semplicemente erogati, ma modellati tra operatori e utenti secondo un'ottica di mutualità e reciprocità. In questo modo si giunge alla formulazione del PRRI: il Progetto Riabilitativo Residenziale Individuale.

Nella stessa ottica si declinano le successive fasi schematizzate in *Figura 1*, ovvero la condivisione con il paziente delle valutazioni e degli obiettivi terapeutici e riabilitativi, l'individuazione delle priorità, secondo criteri di urgenza e di interesse della persona, la pianificazione del processo di lavoro, condivisa con tutta l'équipe, che deve rispondere alle esigenze del singolo; l'attuazione degli interventi, che è praticabile solo laddove si dia una reale sinergia tra tutti i membri dell'équipe ed una collaborazione attiva da parte dell'utente. Il monitoraggio del PRRI viene effettuato a un mese dall'ingresso e poi con cadenza semestrale, in maniera sistematica, così da poterne garantire l'efficacia. La verifica finale avviene subito prima della dimissione e consente una restituzione puntuale all'utente e a tutti i soggetti coinvolti del reale progresso ottenuto. Infine, il follow-up viene effettuato post dimissione, attraverso un

⁷⁹ Ivi, p.45.

monitoraggio a cadenza semestrale dell'andamento degli ex ospiti della REMS nel tempo. L'ultima indagine di follow up, relativa all'anno 2023, sarà oggetto di studio della presente tesi, come vedremo dettagliatamente nel *Capitolo 3*.

Il modello Spinazzola viene poi declinato relativamente all'approccio terapeutico adottato nei 7 anni di servizio dalla nascita alla pubblicazione del manuale. Tale approccio si ispira allo *Shared Decision Making* (SDM), che può essere tradotto in italiano come "processo decisionale condiviso", contenuto nelle linee guida NICE sull'appropriatezza dei trattamenti. Tuttavia, l'elemento rivoluzionario del modello Spinazzola consiste nel fatto che il NICE sconsiglia l'utilizzo dell'SDM in cittadini privati della libertà, laddove il modello in esame forza questa limitazione, ponendolo come elemento fondativo. Il concetto nasce all'interno della cornice teorica di riferimento del modello biopsicosociale di Engel e dell'approccio centrato sul paziente. Il processo decisionale condiviso richiama anche il concetto di *empowerment* che vede, appunto, il paziente come protagonista attivo e consapevole nelle decisioni riguardanti la propria vita e il proprio benessere.

Nell'approccio SDM il paziente è posto al vertice della piramide decisionale, integrando il diritto alla cura con quello di autodeterminazione dell'individuo. A tal fine, è fondamentale raccogliere dal paziente informazioni utili e attendibili, costruire una buona relazione terapeutica, basata sulla fiducia e il rispetto reciproco, fornire informazioni chiare e personalizzate e coinvolgere il paziente ed eventuali familiari nel progetto terapeutico. Per poter raggiungere l'obiettivo di coinvolgere il paziente, è necessario instaurare una relazione di accudimento rispettosa, responsabilizzante e supportiva, ovvero saper identificare le diverse possibilità di trattamento, tenendo conto della situazione del singolo soggetto; esplorare il ruolo che il paziente e le persone a lui vicino desiderano avere nel processo di cura; fornire informazioni chiare e personalizzate, adattando il tipo e la quantità di informazioni al bisogno e alle possibilità di ciascuno; verificare sempre la comprensione del paziente rispetto alle informazioni fornite; esplorarne le opinioni, preoccupazioni, preferenze, rinforzando l'importanza dei valori individuali; lasciare spazio e sollecitare eventuali domande da parte del paziente; incoraggiare il paziente a prendersi il tempo necessario per elaborare a fondo le proprie decisioni; infine, rivedere periodicamente gli accordi presi insieme, senza imporre alcun patto definitivo. Inoltre, l'SDM in REMS non avviene solo tra utente e operatori, ma anche tra pari con tutti gli altri ospiti, che condividono ciascuno il proprio bagaglio esperienziale.

Sulla scorta di tale approccio teorico, il testo di Lombardo e Decorato (p. 48) propone la seguente schematizzazione della proposta terapeutica del modello Spinazzola:

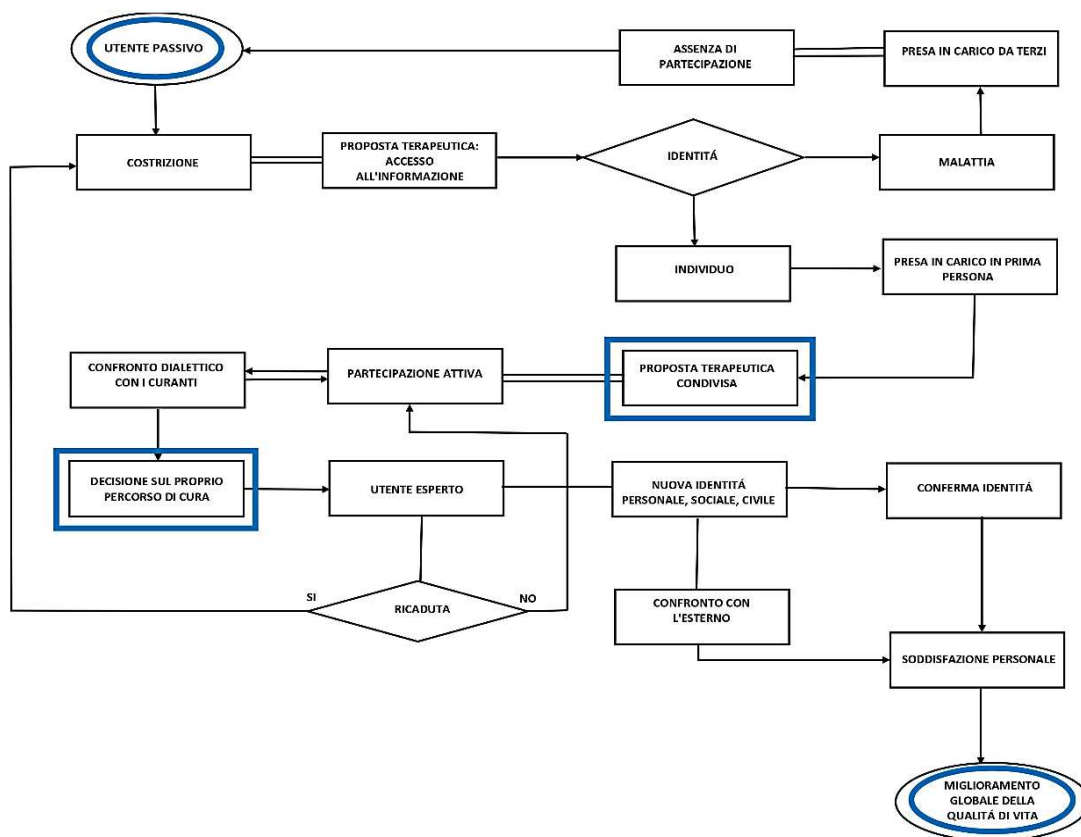


Figura 2. Il modello Spinazzola: percorso terapeutico riabilitativo

Come evidenziato nel flowchart, l’utente all’arrivo in REMS è un utente passivo: “i nostri pazienti sono stati costretti da una misura di sicurezza al ricovero in struttura sanitaria (...). L’ingresso in REMS si configura come l’ennesimo episodio nel quale qualcun altro ha dovuto decidere per loro”⁸⁰. Per questo motivo all’ingresso l’utente si presenta sempre “recalcitrante e refrattario alla collaborazione e alla *compliance*”⁸¹. Il primo momento in cui l’approccio terapeutico inizia a fare breccia nella corazza di convinzioni e pregiudizi dell’utente è proprio il momento dell’accesso all’informazione, che è vista da Lombardo e Decorato come “«occasione di emancipazione» (...) [la quale] facilita processi di accettazione che, seppur partendo

⁸⁰ Ivi, p. 50.

⁸¹ Ivi, p. 54.

dallo spavento e dall'orrore, ridimensionano l'area indefinita di un disagio senza nome, delle domande esistenziali prive di risposte, del «perché proprio io»⁸².

L'informazione costituisce il primo passo verso la possibilità di costruire un'alternativa: convivere con gli altri nel contesto della REMS scardina il meccanismo del “perché proprio io” attraverso l'identificazione con gli altri come in uno specchio, che restituisce dignità e benessere. L'informazione si struttura attraverso un'analisi dell'esperienza personale, della comparsa della malattia, i primi sintomi, gli eventi scatenanti, accompagnando l'utente a rimettere in ordine i vari tasselli della propria vita, a ricostruire un senso nell'assenza di senso, ovvero restituendo all'utente un'identità. La REMS contribuisce a restaurare un'immagine di adeguatezza, a partire dagli spazi entro cui i pazienti si muovono e dal senso del tempo che scandisce la quotidianità: questi elementi, percepiti inizialmente come costrittivi, diventano uno strumento che l'utente ha a disposizione per riorganizzare se stesso, per costruire un nuovo stile di vita.

L'accesso all'informazione spesso è la svolta per questi pazienti, da cui si avvia un processo di consapevolezza che porta a scoprire che prima c'è la persona e poi c'è la malattia: “per molti [è] un'epifania, che permette di scoprire come non ci sia un peccato originale dal quale la persona sente fortemente di essere marchiata”⁸³. Seguendo il flowchart, nella scoperta della propria identità, l'individuo si trova di fronte a un bivio: può identificarsi con la malattia, perpetrando la permanenza della passività iniziale, trattabile solo in termini di terapia farmacologica e assistenzialismo, oppure può scindere la patologia dalla propria persona e iniziare a considerarsi dotato di risorse e possibilità. Questa opzione porta a rafforzare la propria identità personale, toccando con mano i propri limiti, ma anche la capacità di fare delle cose, il senso di autoefficacia, che lo spinge a provarci ancora: “il paziente in struttura attraverso l'azione e l'ascolto si apre all'informazione e al confronto con il nuovo, intravede delle possibilità: si avvia a questo punto il processo motivazionale”⁸⁴.

Scrivono ancora le autrici: “l'obiettivo riabilitativo (...) non viene condizionato dalla diagnosi psichiatrica, né tantomeno dal reato commesso, ma per quanto ci riguarda concerne l'invalidità riveniente dalla patologia”⁸⁵. Per abbattere l'invalidità il paziente necessariamente deve giungere ad una comprensione della propria situazione sanitaria come non anomala, di cui non vergognarsi, che soprattutto

⁸² Ivi, p. 55.

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ Ivi, p. 58.

⁸⁵ *Ibidem*.

può essere gestita maggiormente rispetto al passato. Sono questi elementi a dare l'avvio al processo motivazionale al cambiamento e al trattamento, ponendo le basi per la co-costruzione della proposta terapeutica, il PRRI, in cui l'utente partecipa in prima persona. Il PRRI comprende un trattamento integrato, oltre alla terapia farmacologica, attraverso interventi che rispondono ai bisogni espressi e inespressi dell'utente, mostrandogli che può essere potenziato nelle sue competenze per superare le difficoltà. Per l'utente è fondamentale avere la percezione di essere seguito, gli restituisce un'immagine meritevole ed efficace: solo se il terapeuta crede nell'utente, questi comincerà a credere in se stesso. Il paziente può iniziare a discostarsi dall'identità di chi subisce le decisioni altrui ed essere parte attiva del percorso di cura. Può giungere alla comprensione del senso della proposta terapeutica, la può rendere più personale con i curanti, può diventare esperto e capace. In questo senso, la residenzialità in REMS è occasione non solo riabilitativa, ma anche attivante la crescita del desiderio di partecipare al percorso di cura.

In corso di guarigione, il paziente si rende conto che può controllare il proprio stato di salute, fare delle scelte, funzionare in maniera sempre più adeguata, diventando esperto della propria esperienza: i cosiddetti "utenti esperti" possono fornire agli altri utenti un contributo preziosissimo, come modello attrattivo da imitare, attrattivo da un lato perché mosso dai comuni presupposti di malattia e sofferenza, che permettono agli altri di identificarsi, dall'altro per i risultati che dimostra di aver raggiunto attraverso il programma riabilitativo, che possono portare gli utenti in maggior difficoltà a desiderare anche per sé la stessa efficacia che egli manifesta di aver ottenuto. La persona giunge alla costruzione di una nuova immagine di sé, resa viva dalla speranza, che si realizza anche attraverso la formazione, il lavoro supportato, i contatti con la comunità locale: "i «momenti di incontro» rappresentano occasione di crescita e cura, attuazione di strategie e utilizzo di strumenti. La relazione come cura, attraverso lo scambio emotivo, genera e migliora la relazione stessa"⁸⁶.

A tal fine, il percorso nella REMS di Spinazzola prevede anche attività esterne, per favorire le occasioni per i pazienti di confrontarsi, acquisire ulteriori apprendimenti, mettere in pratica quanto imparato in REMS, godere di diritti come tutti gli altri cittadini, sperimentare anche all'esterno comportamenti socialmente adeguati, "aspirare a dimensioni esistenziali analoghe a quelle di cui gode chiunque altro"⁸⁷. Le attività, sia interne che esterne alla REMS di Spinazzola, saranno delineate

⁸⁶ Ivi, p. 61.

⁸⁷ Ivi, p. 62.

nel prossimo *paragrafo 2.3*. Concludiamo questa parte della trattazione con le belle parole delle autrici sugli scopi del lavoro dell'équipe in REMS: “L'ordinario è il nostro obiettivo per pazienti che, date le circostanze, hanno avuto modo di conoscere da un determinato momento della loro vita solo lo «stra-ordinario» che di straordinario ha avuto ben poco”⁸⁸.

2.3 La REMS di Spinazzola. I trattamenti

Il Modello Spinazzola viene completato nel manuale attraverso la descrizione dei trattamenti che vengono proposti ed attuati in REMS. Tali trattamenti vengono suddivisi in interventi interni ed esterni; quelli interni in interventi psicologici e riabilitativi. Le autrici ci ricordano che “i trattamenti proposti vengono eseguiti in maniera integrata già da subito, e applicati fino alla conclusione del percorso”⁸⁹, nell'ottica del trattamento multilivellare e integrato, che abbiamo descritto nel precedente paragrafo. Il manuale ci propone un elenco di alcuni degli interventi che vengono offerti in campo psicologico: “Vengono utilizzati interventi di Schema Therapy, tecniche di mentalizzazione, interventi integrati e modulari di DBT, interventi di CBT, interventi di tipo relazionale. I trattamenti di gruppo si incentrano su un lavoro che riguarda le emozioni, la regolazione emotiva e le sensazioni corporee”⁹⁰.

Tuttavia, la dott.ssa Lombardo, psicologa della struttura, sottolinea chiaramente come non siano aspetti legati agli specifici interventi messi in campo a fare la reale differenza rispetto al risultato terapeutico, quanto piuttosto la strutturazione di una buona relazione terapeutica in quanto tale, associando la diade terapeuta-paziente alla diade madre-figlio, definita come sistema aperto, poiché caratterizzata da una reciproca connessione relazionale. Laddove, invece, i pazienti che arrivano in REMS hanno alle spalle una tale storia di disintegrazione e dolore, che fa di loro dei “sistemi chiusi”, fissi ed abbarbicati all'unico meccanismo che conoscono, quello della violenza: “L'esperienza emotiva violenta, appartenente al passato e impressa nella memoria e nel corpo, resta cristallizzata e inaccessibile al conscio e alla possibilità di narrazione, ma risulta terribilmente esposta e permeabile ad accessi involontari. (...) Un essere umano stretto nella trappola di tale stato ha

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ *Ivi*, p. 100.

⁹⁰ *Ivi*, p. 102.

l'impressione di trovarsi nell'unica verità possibile e che il tempo si fermi, che tutto persisterà infinitamente"⁹¹.

La relazione con il terapeutica diventa, per l'utente, una forma di attaccamento sicuro, fonte di difesa e di protezione, prevedibile, affidabile, ma anche una spinta all'ingaggio e alla motivazione: il terapeuta mantiene un atteggiamento compassionevole, di comprensione priva di giudizio, svolge però un ruolo anche regolatore, impersona un modello di relazione sociale sana, che dimostri all'utente che, là dove tutti se ne sono andati, oggi qualcuno per lui rimane, che crede nelle sue capacità, che lo tiene a mente, che confida nel progetto di vita per lui. Giungere ad instaurare un simile rapporto, tuttavia, non è semplice per questi utenti: "Per il paziente identificare il terapeuta come possibile figura di attaccamento e con lui definire una relazione, nella realtà interpersonale, si accompagna alla percezione di correre un rischio elevatissimo, poiché fa emergere il fallimento tanto della relazione primaria, quanto del faticoso lavoro che egli ha condotto per tutta la vita, onde mantenere chiuso il suo sistema psichico"⁹².

Per quanto riguarda i trattamenti riabilitativi, essi vanno ad agire a raggiera su tutti gli aspetti della vita dell'ospite. Fin dall'arrivo in REMS, la fase di accesso all'informazione viene realizzata attraverso l'intervento psicoeducativo, che è preferibilmente individualizzato e si basa sull'utilizzo di alcuni moduli dell'IMR (Illness Management and Recovery). La psicoeducazione serve innanzitutto ad aiutare il paziente a comprendere quello che ha fatto e perché sia in REMS (e non in carcere). Si parte da cosa egli sappia su di sé e sulla diagnosi, generalmente ben poco (molto spesso gli utenti all'ingresso non soltanto non conoscono il significato della propria patologia, ma sono del tutto all'oscuro della propria diagnosi), e si inizia a lavorare sulla consapevolezza. Inizialmente hanno paura, vergogna di se stessi, negano le problematiche relative alla propria situazione, portano come bisogno un generico "Voglio andare via, voglio la libertà". Il lavoro di consapevolezza di ciò che è stato spinge l'utente verso un cambio di prospettiva. Emerge in lui il bisogno sempre più chiaro di conoscere per poter decidere.

Si utilizza il modello stress-vulnerabilità per spiegare al paziente che cosa gli è successo, per ridurre il senso di colpa, validare il suo uso di modelli di coping disfunzionali, portandolo però a riflettere su che cosa non abbia funzionato, sul perché ricorra all'impulsività, su che cosa continui a non funzionare. A mano a mano il lavoro

⁹¹ Ivi, p. 103.

⁹² Ivi, p. 104.

abbandona il passato e si sposta sulla guarigione, intesa come convivenza con la malattia, gestione dei sintomi. La psicoeducazione riguarda anche conoscenze sui disturbi mentali, sull'uso efficace dei farmaci, sull'enorme danno causato dalle sostanze, di cui l'80,6% degli utenti che hanno transitato in REMS ha fatto uso⁹³. Dopo diversi incontri, i pazienti che riescono ad intraprendere una spirale virtuosa non hanno più l'obiettivo banale del "voglio la libertà", ma al suo posto nasce un autentico desiderio di fare, un più realistico bisogno: "voglio stare meglio".

Il TeRP in REMS lavora molto anche sugli aspetti cognitivi, spesso deficitari in questi utenti e predittori negativi del funzionamento psicosociale, lavorativo e della qualità di vita, oltre che ostacoli al funzionale processo riabilitativo. Essi si svolgono sia col metodo carta e penna, attraverso la CRT (Wykes e Reeder) o la Terapia Psicologica Integrata (Brenner), sia in forma computerizzata, con l'utilizzo del software CogPack (solo in forma altamente individualizzata). Lombardo e Decorato ci ricordano l'applicabilità di altri interventi manualizzati, come ad esempio il Social Skills Training (Bellak), del quale sono stati identificati negli anni dei moduli *core*, maggiormente aderenti alle necessità di questa tipologia di utenza: "assertività (fare/rifiutare richieste, esprimere sentimenti spiacevoli, accettare un no), gestione dei conflitti (compromesso e negoziazione, allontanarsi dalle situazioni stressanti, esprimere disaccordo senza litigare), amicizia e corteggiamento (esprimere sentimenti positivi), abilità lavorative e di qualificazione personale (risolvere i problemi)"⁹⁴. La REMS rappresenta un setting protetto ideale per allenare le abilità apprese, ma queste vengono sperimentate anche all'esterno, come vedremo tra poco.

Un altro importante intervento manualizzato in uso a Spinazzola è il Problem Solving Training, che agisce su numerosi aspetti elencati dalle autrici: "Relazioni problematiche, discussioni sul ruolo, aspettative nei confronti dell'altro gestite in maniera disfunzionale, discontrollo dell'impulsività, presenza problematica di pensieri intrusivi e perdita di autocontrollo"⁹⁵. L'aspetto che ci sembra più interessante degli effetti dell'applicazione di questo strumento viene ricordato alla pagina seguente, in un bel passaggio che vogliamo riportare per intero: "L'intervento consente ai pazienti di aprirsi alla prospettiva della reciprocità dell'aiuto nella gestione delle difficoltà. Prospettiva che permette di superare la convinzione tipica di poter agire senza aiuto («I miei problemi li risolvo io e a modo mio!»), espressione di forza solo apparente,

⁹³ Ivi, p. 75.

⁹⁴ Ivi, p. 109.

⁹⁵ *Ibidem*.

frutto dell'abitudine di affrontare le situazioni problematiche con modalità ripetute all'infinito, dagli esiti spesso negativi, confermativi di incapacità e inclinazione al fallimento"⁹⁶. Crediamo che in queste parole risieda l'essenza della forza della relazione terapeutica: l'apertura all'aiuto, inscindibile dalla presa di consapevolezza e dall'accettazione della propria condizione, si fonda anche su un atto di resa, di dichiarata sconfitta, sul fallimento della battaglia di una vita intera combattuta contro il mondo, al solo fine di auto-sabotare se stessi.

Abbiamo citato solo i principali tra i trattamenti interni proposti dalla REMS di Spinazzola. Prima di concludere questa parte della trattazione, ci sembra doveroso rendere onore anche alla ricchezza della progettualità esterna di cui la REMS si fa orgogliosa portatrice. Oltre al già citato progetto IESA, e le altre attività cui abbiamo fatto cenno nel *Paragrafo 2.1* in merito alle relazioni della REMS con il territorio, è doveroso menzionare il Progetto SMILE (Supporto Motivazionale all'Inserimento Lavorativo Esterno): un percorso di co-costruzione simile all'IPS (Individual Placement and Support). Il progetto ha visto la partecipazione di diversi attori e la stipula di un protocollo di intesa tra il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, la REMS, una cooperativa di tipo B, il soggetto ospitante, nella persona di un imprenditore spinazzolese (proprietario di un bistrot in centro a Spinazzola). È stato attivato un tirocinio formativo della durata di 6 mesi, nato dal desiderio di un paziente che, provenendo da un territorio turistico, ha voluto acquisire competenze nel settore della ristorazione, in vista di una possibile applicazione futura nella sua città d'origine. Il tirocinio si svolgeva con la cadenza di 3 volte a settimana per turni di 3 ore al giorno. Il tirocinante ha svolto mansioni varie, come il riordino del magazzino, il supporto dei baristi al bancone, financo a prendere le ordinazioni. La particolarità di questo progetto, già di per sé lodevole, risiede nel fatto che la fiducia riposta nell'utente e nel suo senso di responsabilità è stata tale, da scegliere di renderlo fortemente autonomo, semplicemente accompagnandolo al bistrot e lasciandolo solo con il tutor aziendale, senza la presenza degli operatori. Questo progetto ha avuto per il pz un riscontro molto positivo, nonché per l'imprenditore e i dipendenti del bistrot, che hanno sottolineato, non senza meraviglia, la costanza dell'impegno e della responsabilità dell'utente, specificando di non aver percepito alcuna differenza di atteggiamento rispetto ad un qualsiasi altro tirocinante, proveniente da qualsivoglia contesto. Il successo del progetto porta con sé nuove ambizioni per il futuro: la speranza di poterlo riproporre, rimodulandolo, ovvero prevedendo una retribuzione per

⁹⁶ Ivi, p. 110.

il paziente, cosicché egli possa sperimentare un ancor maggiore grado di autonomia e la soddisfazione di essere parte attiva e anche produttiva della comunità.

La REMS negli anni ha proposto esperienze esterne di vario genere, quali progetti sulla gestione del corpo, poiché gli utenti, oltre che nella mente, sono traumatizzati anche a livello fisico, hanno difficoltà a relazionarsi con gli altri anche da un punto di vista concreto, hanno perso alcuni canoni legati alla relazione con l'altro. Tra tanti, citiamo il progetto "Permetti un ballo" in cui, attraverso la pratica del ballo, è stato proposto un lavoro legato al corpo della donna, dove i pazienti si sono dovuti misurare nella capacità di adottare la giusta distanza nei confronti del corpo femminile (ricordando, peraltro, che il personale della REMS è prevalentemente femminile mentre gli ospiti tutti uomini). Agli albori dell'attività della REMS, i primi ospiti, fuoriusciti dagli OPG, avevano completamente sfilacciato i legami con famiglie e servizi. Chiamavano i familiari o inviavano loro lettere e non ricevevano mai risposta. Così la REMS ha avviato il progetto "fermopostarems19", un laboratorio di risocializzazione epistolare. È stata organizzata una *task force* di persone che si sono dimostrate disponibili ad intrattenere un contatto epistolare con gli ospiti, manifestando nei loro confronti una curiosità autentica e non morbosa, che ha riavviato processi che in OPG si erano spenti in quei pazienti, perché l'idea di stare nella mente di qualcuno è stata per molti altamente motivante: sapere che qualcuno li pensava, anche se erano estranei, aiutò ad attivarli, a farli sentire meritevoli dell'attenzione dell'altro.

Molte altre sono state le proposte della REMS di Spinazzola in sinergia con il territorio, esse si trovano esaurientemente descritte nel manuale *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza* alle pagine 117-150. Vogliamo ora avvicinarci a quello che è stato il modesto contributo della scrivente in relazione al contesto della REMS di Spinazzola, focalizzandoci su un'indagine degli esiti post dimissione: presenteremo nel successivo *Capitolo 3* i presupposti, le metodologie e i risultati dell'analisi di follow-up condotta tra giugno e settembre 2023.

3. La REMS di Spinazzola. Un'indagine di follow up

3.1 L'indagine di follow up. Presupposti e metodi

Come annunciato, il presente lavoro andrà a concentrarsi sull'indagine di follow up svolta presso la REMS di Spinazzola tra il giugno e il settembre 2023. Vorremmo, prima, brevemente ricordare i presupposti teorici entro i quali si iscrive questa tipologia di indagine, nonché sottolinearne l'importanza e la specificità all'interno di un contesto come quello della REMS. Il follow up, negli studi di efficacia sperimentale, è la continuazione della valutazione dei pazienti anche dopo la fine del trattamento attivo. Gli studi di follow up nella pratica del Miglioramento Continuo di Qualità sono studi di coorte in cui si seguono gruppi di pazienti trattati nella pratica quotidiana dei servizi per accertare gli esiti raggiunti (la cosiddetta "efficacia nella pratica"). Gli studi di follow up per definizione dovrebbero proseguire oltre la fine del trattamento attivo per accertarne la permanenza degli effetti.

L'indagine di follow-up si colloca all'interno del panorama della ricerca clinica e dell'*evidence-based medicine*. Si tratta, infatti, di uno strumento della scienza epidemiologica. Lo scopo dell'epidemiologia è quello di osservare e descrivere come una patologia è distribuita all'interno di una specifica popolazione, quali sono i fattori associati, ovvero i fattori di rischio che ne determinano l'insorgenza e lo sviluppo. Infatti, se lo scopo del clinico è la cura e il trattamento, quello dell'epidemiologo è la prevenzione. La prevenzione, in ambito di salute mentale, ha origini relativamente recenti: nasce negli anni '70 con la cosiddetta "psicologia di comunità". Si tratta di un approccio multidisciplinare, legato allo statuto stesso dei disturbi di tipo psichico che, come abbiamo visto in precedenza, diversamente dalla maggior parte dei disturbi fisici, non prevedono un trattamento che vada nella direzione di una guarigione intesa come *restitutio ad integrum*, ma che sia invece orientato alla *recovery*, dunque ad una gestione consapevole dei sintomi, che possono essere tanto più contenuti quanto più opportunamente ed efficacemente è stato svolto un lavoro di prevenzione.

Secondo la classificazione che Caplan propone della prevenzione, che la distingue in primaria, secondaria e terziaria, il follow up, nei termini in cui noi lo presentiamo, si colloca nell'ottica di una prevenzione terziaria, avendo come popolazione di riferimento dello studio gli utenti dimessi negli anni dalla REMS, dei quali si propone di descrivere l'andamento di malattia nel tempo ed eventuali fattori associati. La prevenzione terziaria, infatti, ha lo scopo di ridurre il grado di sofferenza

e di invalidità sociale dovute ai disturbi mentali cronici e di promuovere il riconoscimento, lo sviluppo e l'utilizzazione delle capacità funzionali residue.

Tuttavia, come accennavamo all'inizio, l'indagine di follow up si inserisce anche nel quadro di una valutazione degli interventi sanitari erogati in REMS, iscrivendosi all'interno della cosiddetta epidemiologia "valutativa" o epidemiologia "dei servizi sanitari". Lo studio proposto è un'indagine di tipo descrittivo, perché si propone di descrivere "che cos'è" la malattia, chi, quando e dove colpisce; ma è anche uno studio di tipo analitico: l'epidemiologia analitica ha lo scopo primario di raccogliere dati, i quali possono venire usati per verificare un'ipotesi, e viene chiamata "analitica" per indicare che si basa sull'impiego di strumenti di analisi statistica dei dati.

Nello specifico, si tratta di uno studio osservazionale analitico, riconducibile alla categoria degli studi di coorte, in particolare senza coorte parallela (senza gruppo di controllo). Gli studi analitici di coorte, senza coorte parallela, vengono, infatti, generalmente utilizzati per rispondere a quesiti di prognosi: i pazienti vengono seguiti prospetticamente sia per misurare l'incidenza degli esiti nella storia naturale di malattia, sia per identificare il "peso" dei fattori prognostici, per lo sviluppo successivo di modelli predittivi.

Il presente studio di follow up non ha la presunzione di assurgere a strumento di valutazione dei processi e degli esiti del lavoro della REMS di Spinazzola, anche se, come visto, i dati rilevati si presterebbero ad alcune considerazioni in merito, essendo il follow up un'indagine di tipo epidemiologico preventivo e valutativo. Tuttavia, lo stato dell'arte della ricerca in quest'ambito è ancora ad uno stadio iniziale, le REMS sono strutture troppo recenti, gli utenti dimessi son ancora "troppo pochi" per soddisfare i criteri scientifici di una tale ricerca. Essa si pone, pertanto, principalmente come uno studio ad uso interno, che possa contribuire all'elaborazione collettiva da parte dell'équipe sugli effetti, positivi o negativi, del trattamento e sulla delicata fase del post dimissioni.

Il nostro lavoro vuole esclusivamente fotografare la dimensione trattamentale e sociale degli ospiti dimessi dalla REMS, monitorandone alcuni aspetti del percorso terapeutico successivo alla dimissione. Vorremmo evitare la tentazione di descrivere l'evoluzione o l'involuzione sintomatologica degli ospiti che hanno utilizzato per un periodo significativo i programmi terapeutico-riabilitativi della REMS di Spinazzola, poiché un'indagine di questo tipo esulerebbe le premesse della scienza

epidemiologica, come scienza rivolta ad una popolazione, che abbiamo chiamato coorte di riferimento.

In merito alla coorte, il campione preso in esame riguarda 71 persone: ad oggi gli ingressi complessivi alla REMS di Spinazzola raggiungono il numero di 91 (dei quali 5 fenomeni di “revolving door”), di cui 20 attualmente ricoverati. Di questo campione di 71 utenti, solamente 61 sono stati intervistabili: dei 10 non intervistabili, 5 sono risultati deceduti, 3 detenuti in carcere e 2 non sono più seguiti dai servizi (definibili “drop out”). La coorte presa in esame non presenta caratteristiche di omogeneità tali da garantire la scientificità epidemiologica dell’analisi. Infatti, come vedremo, il campione non è omogeneo per età, che spazia tra i 20 e gli oltre 70 anni, né da un punto di vista psicopatologico, riscontrando diversi tipi di patologia tra gli ospiti, seppur le principali riferibili alla sfera dei disturbi psicotici, dei disturbi dell’umore e dei disturbi di personalità.

Il criterio comune è quello di aver passato un periodo di ricovero presso la REMS di Spinazzola e di essere stati dimessi da almeno 6 mesi, questo “periodo di latenza” serve a consentire un minimo di orientamento e riambientamento sociale e, se l’utente è stato destinato ad altra struttura residenziale, costituisce un tempo minimo affinché gli operatori abbiano un quadro generale su di lui e possano anche aver effettuato i primi test di valutazione e redatto i primi progetti riabilitativi.

Passiamo ora al metodo utilizzato. Innanzitutto, è stato elaborato un modulo di raccolta dati anamnestici, riutilizzando alcune schede parziali già presenti e riorganizzandole in un unico database, completando i dati mancanti grazie all’ausilio della cartella clinica e di quella riabilitativa individuali nonché del L’elaborazione di tale database ci ha permesso di far convergere dei dati anagrafici e anamnestici che, così combinati, ci hanno dato la possibilità di rintracciare tutti i soggetti cui era destinata l’indagine. Le informazioni che sono state riportate sono le seguenti: nome e cognome dell’ospite, numero identificativo (indicante l’ordine di accesso in struttura), luogo e data di nascita, data d’ingresso in REMS, data di dimissione, patologia principale con relativo codice, attuale domicilio e relativo numero di telefono⁹⁷. Tali informazioni sono importanti al fine di un’archiviazione dei dati, a cui può attingere in qualsiasi momento l’équipe della REMS, eventualmente anche per i successivi

⁹⁷ Il numero di telefono non sempre si riferisce al contatto personale del paziente: per i pazienti ospitati in struttura, è il numero generale della struttura, il contatto diretto del responsabile di struttura o dell’operatore di riferimento; per i pazienti che si trovano presso il proprio domicilio, abbiamo incluso sia il contatto dell’utente che quello di almeno un familiare di riferimento.

follow up. Tale database è stato pensato esclusivamente ad uso interno e non corrisponde a quello utilizzato per l'indagine.

L'analisi dei dati, invece, è relativa ad un secondo database, il quale non contiene alcun riferimento specifico alla persona: i pazienti sono elencati esclusivamente con il proprio numero identificativo. Tale trattamento dei dati, in forma anonima ed aggregata, ha fondamenti di carattere etico, riguardanti la garanzia di rispetto della privacy dei soggetti coinvolti. Infatti, l'anonimato è stato garantito separando i nomi dai dati una volta raccolta l'informazione. Fondamentale, da un punto di vista etico, è anche l'ottenimento del consenso alla raccolta dati, in quanto esso è strettamente connesso alla violazione della privacy. A tal fine, la REMS di Spinazzola ha predisposto un modulo di consenso al follow up⁹⁸, che viene preventivamente sottoposto all'utente in fase di dimissione, che può liberamente scegliere se firmarlo o meno.

Il database creato per l'indagine statistica è stato compilato secondo indicazione della struttura che, nel tempo, ha perfezionato il proprio modulo di follow up, secondo le indicazioni dell'Unità di Epidemiologia dell'ASL BAT, che supporta la REMS di Spinazzola nell'elaborazione delle proprie ricerche. Gli item del questionario, ovvero gli indicatori dell'indagine, sono quindi stati concordati con l'Unità di Epidemiologia ed hanno costituito la base su cui impostare le interviste, che si sono realizzate in forma telefonica. Laddove possibile, abbiamo intervistato l'utente diretto interessato. Diversamente, se l'utente è attualmente ospite in un'altra struttura residenziale, abbiamo parlato spesso con il responsabile di struttura, altre volte con l'operatore di riferimento. Infine, sono stati intervistati anche alcuni dei familiari che si sono resi disponibili. Tali interviste semi-strutturate hanno previsto un canovaccio costituito di 12 indicatori, alcuni di tipo quantitativo, altri di tipo qualitativo.

Tra gli indicatori quantitativi, abbiamo il valore del punteggio FPS ("funzionamento personale e sociale" della scala di valutazione VADO). Tale valore è quello che maggiormente può consentire un confronto, in termini di miglioramento, rispetto al medesimo valore al momento dell'ingresso in REMS e della dimissione, nonché può permettere comparazioni con i follow up precedenti e futuri. Anche l'FPS, però, può essere soggetto a bias interpretativo da parte del valutatore che conferisce il punteggio, soprattutto nel caso in cui non sia la medesima persona a fare la valutazione. Pur trattandosi di una scala di valutazione standardizzata ed universalmente nota, lo sguardo del terapeuta che la applica non è del tutto immune da soggettività. Allo stesso

⁹⁸ V. Allegato 2.

modo, anche l'indicatore sulla collocazione attuale degli utenti è connotato da decisiva oggettività, per cui ogni numero della risposta corrisponde ad una specifica tipologia di struttura.

Tra gli altri indicatori, è stato possibile quantificare quelli a risposta secca si/no, che sono: situazione lavorativa, aderenza al trattamento farmacologico, adozione di condotte reato, ricorso a ricoveri. Si tratta, comunque, di dati qualitativi. L'indicatore legato alla situazione lavorativa può declinarsi in moltissimi modi, quali tirocini formativi, lavoro supportato, borse lavoro, casistiche che sono state tutte comprese nella risposta affermativa. Anche il dato temporale è stato messo in secondo piano, valutando le situazioni lavorative in corso al momento dell'intervista ma anche eventuali situazioni già concluse ma avvenute nel corso dell'ultimo anno.

L'aderenza al trattamento farmacologico è un indicatore che è stato anch'esso inteso in modo binario. Sono stati, pertanto, trascurati eventuali elementi descrittivi, ad esempio se la farmacoterapia venga assunta in auto o etero somministrazione, se l'assunzione sia spontanea o necessiti di sollecitazioni, o il grado di autonomia gestionale della stessa da parte dell'utente. Riguardo alle condotte reato, ci si è riferiti sempre all'ultimo anno e sono stati trascurati i dati relativi alla tipologia dello stesso. Relativamente ai ricoveri, infine, l'attenzione è stata focalizzata sui ricoveri per psicopatologia, tralasciando eventuali ricoveri per patologia organica, e si è scelto di definire se si trattasse di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) o volontario (TSV), omettendo però il numero degli stessi, indicandone soltanto l'eventuale sopravvenienza.

Abbiamo registrato l'indicatore della situazione giuridica dei partecipanti, di modo da tracciare l'evoluzione del percorso con la legge, definendo diverse opzioni quali la licenza finale di esperimento, la libertà vigilata, gli arresti domiciliari o, infine, lo stato di libero cittadino. Un altro indicatore è relativo alle patologie organiche proprio perché, come accennato in precedenza, gli utenti della REMS raramente sono esenti da stati patologici non psichiatrici, spesso anzi devono reimparare a porre come priorità la cura del proprio corpo, la cui salute fisica è un fattore prognostico positivo anche per la salute mentale. Abbiamo, inoltre, chiesto agli utenti attualmente ospitati in altre strutture residenziali se usufruissero o meno di permessi a casa. Anche questo indicatore è stato registrato in forma binaria si/no, tralasciando tuttavia molte importanti differenze qualitative, ovvero ad esempio le ragioni del si e le ragioni del no, la frequenza e la durata di tali permessi, i familiari di riferimento disponibili ad accogliere i propri congiunti malati.

Gli item più complessi da quantificare sono stati quelli a maggior contenuto descrittivo. Tra questi possiamo citare l'indicatore relativo all'impegno quotidiano: in struttura, si può tradurre con l'adempimento o meno delle mansioni previste per ogni ospite; in casa, invece, con lo svolgimento delle occupazioni legate alla vita quotidiana, quali la cura della casa, la pulizia e il riordino degli ambienti, fare la spesa, cucinare e quanto possa concernere una vita in autonomia. Già da questa breve descrizione, si comprende come l'etichetta di "impegno quotidiano" possa essere indefinitamente ampia e variabile, l'idea di una partecipazione proattiva alla gestione della casa è altresì legata al concetto che di partecipazione ha chi fornisce la risposta.

L'indicatore legato all'aderenza al trattamento riabilitativo è stato anch'esso restituito in maniera biunivoca come sì o no, pur trattandosi di un indicatore descrittivo per eccellenza, in quanto la proposta riabilitativa delle diverse strutture non è mai la stessa, uno stesso intervento, svolto da due operatori diversi, può assumere connotati differenti; inoltre, per la fetta di popolazione attualmente residente al proprio domicilio, tale indicatore è stato spesso non applicabile, a volte per incostanza dell'utente nella partecipazione al proprio progetto riabilitativo, altre volte per la mancanza di quest'ultimo, financo alla mancanza di strutture destinate alla riabilitazione nella zona di residenza dell'utente.

Un indicatore molto importante è quello legato alle condotte aggressive, fondamentale in quanto si tratta di utenti che, nel loro percorso di recovery, devono rincorrere il duplice obiettivo di convivere con la propria condizione di malattia psichica, ma anche con il proprio statuto di autori di reato. Le risposte a questo item hanno cercato di porre una distinzione legata alla tipologia di condotta aggressiva, che è stata distinta come: aggressività contro le persone, aggressività contro la proprietà, aggressività verbale o assenza di condotte aggressive. Tale distinzione può essere utile per avere un quadro generale, ma lascia indietro moltissime distinzioni, quali quelle legate all'intensità e alla frequenza degli episodi aggressivi.

Infine, l'ultimo indicatore dell'intervista è di tipo squisitamente descrittivo: si tratta dei progetti per il futuro. Per la compilazione di questo item, si è innanzitutto cercato di restituire una risposta che tenesse in considerazione sia i desideri dell'utente, che le prospettive per lui dei suoi curanti e/o dei suoi familiari. Inoltre, le risposte hanno abbracciato una molteplicità di casistiche, estremamente varie, che abbiamo tentato di raggruppare in 7 categorie principali che potessero concettualmente racchiuderle, perdendo però le diverse sfumature delle risposte individuali. Inoltre, in questo item più che negli altri (ma anche negli altri), è inevitabile il bias derivante

dall'intervistatore: pur cercando di mantenere la maggiore oggettività possibile, nei termini di fedeltà a quanto riferito in corso di intervista, l'inevitabile "appiattimento" dei dati, che ne ha consentito un'elaborazione statistica, ha necessitato una scelta da parte dell'intervistatore di tipo logico-concettuale sulle informazioni verbalmente acquisite.

3.2 L'indagine di follow up. Analisi dei dati

Nell'esposizione della nostra analisi dei dati raccolti, vorremmo partire, per chiarezza, con la valutazione di alcuni dati anamnestici, di quelli raccolti ad uso interno della struttura come anagrafica, per agevolare i futuri contatti con gli ospiti dimessi. Per avere un quadro della distribuzione psicopatologica degli utenti all'ingresso, proponiamo il seguente grafico a torta relativo alle diagnosi degli utenti all'ingresso: si riferisce, dunque, all'intero campione dei 71 utenti dimessi negli anni.

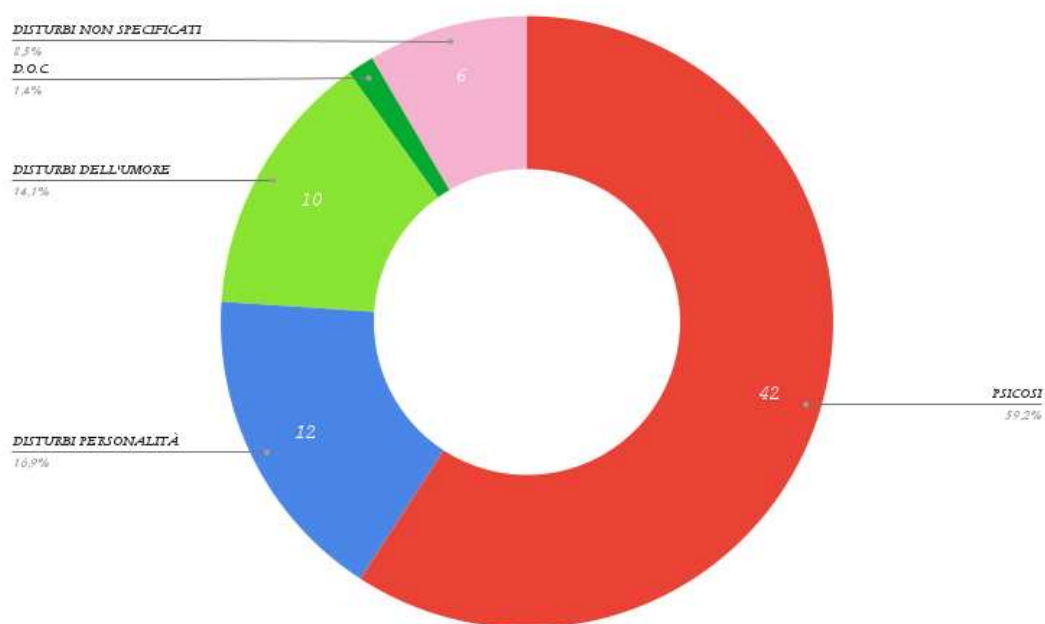


Figura 3. Grafico diagnosi

Il grafico evidenzia la già citata situazione di disomogeneità degli utenti della REMS dal punto di vista psicopatologico, pur evidenziandosi una netta prevalenza dei disturbi di tipo psicotico (59,2%), seguiti dai disturbi di personalità (16,9%) e dai disturbi dell'umore (14,1%). Come già sottolineato nel *Capitolo 1*, i disturbi di personalità rientrano all'interno della rosa delle patologie per le quali è attribuibile la non imputabilità giuridica in modo più tardivo rispetto alle psicosi. Anche se la normativa di riferimento è del 2005, dunque precedente all'apertura della REMS di Spinazzola, questo elemento potrebbe incidere sulla maggioranza dello spettro

psicotico, considerato che molti dei primi ammessi in REMS provenivano dall'OPG e da diversi anni di internamento. Pertanto, questo dato è da considerarsi come provvisorio e bisognoso di rivalutazione nel tempo, in quanto i disturbi di personalità iniziano ad avere uno spazio sempre maggiore all'interno della REMS.

Abbiamo descritto nel *Capitolo 2* gli utenti della REMS come utenti complessi. A conferma di ciò, andiamo a proporre di seguito due grafici che mostrano l'incidenza delle comorbidità nel campione totale dei 71 utenti dimessi. Abbiamo preso in considerazione due tipi significativi di comorbidità (pur essendocene delle altre): la comorbidità con l'abuso di sostanze e la comorbidità con la disabilità intellettiva.

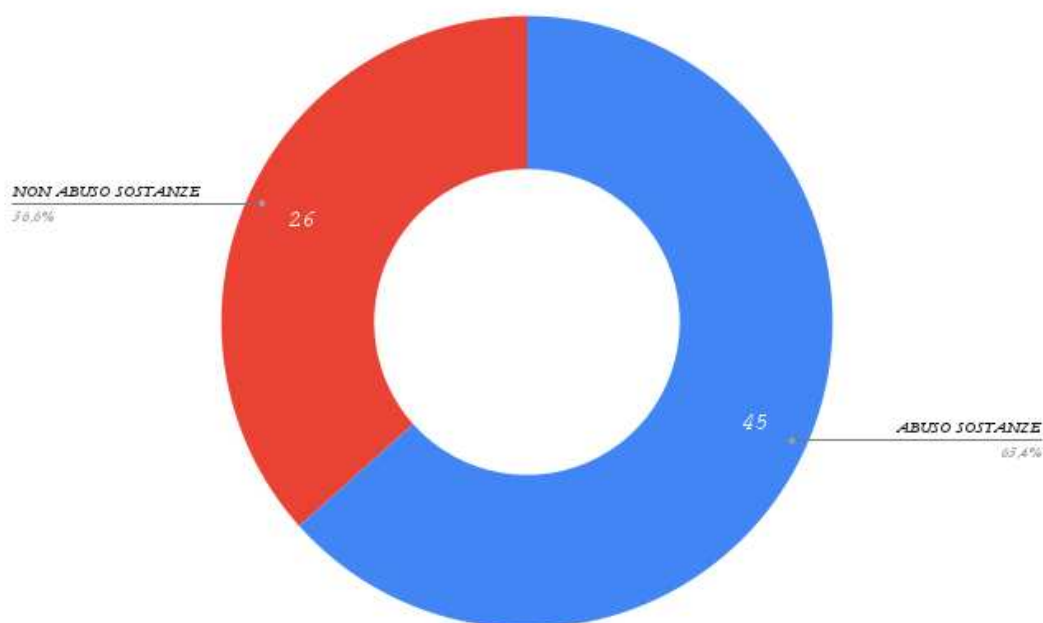


Figura 4. Grafico comorbidità sostanze

Il grafico ci mostra che l'abuso di sostanze è altamente diffuso tra questi utenti: riguarda il 63,4% del campione esaminato. Esso è, infatti, un comportamento molto comune sia nei disturbi psichiatrici che nella pratica di vita delinquenziale. Pertanto, gli utenti della REMS, incarnando connotazioni tipiche dell'una e dell'altra area problematica, risultano particolarmente esposti al rischio di abuso. La REMS di Spinazzola non prevede, nel proprio trattamento terapeutico-riabilitativo, interventi specifici per il disturbo da dipendenza patologica. Tuttavia, ciò che è certo è che gli ospiti interrompono l'uso nel momento stesso in cui sono ricoverati, laddove non lo avessero già interrotto durante percorsi precedenti. Inoltre, anche nelle attività di risocializzazione di gruppo, la prevenzione del rischio ricadute con le sostanze viene costantemente praticata, sottolineandone gli effetti deleteri per la patologia mentale e l'incompatibilità con la gestione della propria vita e dei propri comportamenti.

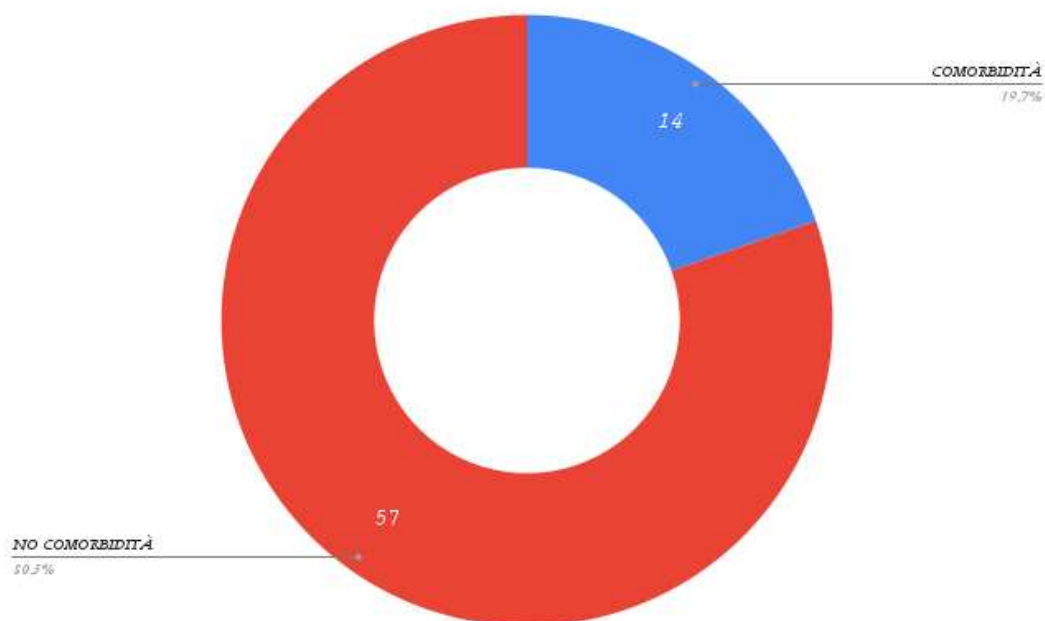


Figura 5. Grafico comorbidità disabilità intellettiva

Apprendiamo dal grafico che anche la disabilità intellettiva è spesso presente in comorbidità nel campione in esame: si tratta di una percentuale del 19,7%. Pur non essendo una percentuale così elevata, come quella dell'abuso di sostanze, essa non è di minor importanza in quanto la disabilità intellettiva costituisce un fattore prognostico negativo nel trattamento della malattia mentale in REMS. Non solo: spesso questi utenti sono definiti, addirittura all'ingresso in REMS (quindi da parte dei servizi territoriali), come “non riabilitabili”, definizione che rende quantomai singolare il ricovero in REMS, trattandosi, come ben sappiamo, di strutture a stampo squisitamente sanitario e prevalentemente riabilitativo.

La presenza di una fetta di utenza così ampia, il 20% quasi, che è un quinto del totale, di utenti refrattari alla riabilitazione rende ancor più complesso il lavoro dell'équipe della REMS: è come dire che 1 utente su 5 non presenta le caratteristiche per poter usufruire al meglio dell'offerta terapeutica e trattamentale proposta dalla struttura. Questa constatazione non è di secondaria importanza, perché apre la questione dell'adeguatezza della REMS per questa fetta di utenza e, a sua volta, dell'idoneità di questa fetta di utenza per il ricovero in REMS; la questione su quale sia o quale potrebbe essere la struttura alternativa più adeguata e, non da ultimo, emerge una forte problematicità all'interno del gruppo dell'utenza, in quanto tale porzione di pazienti non riabilitabili o scarsamente riabilitabili finiscono per gravare sulla qualità del trattamento di tutti, comportandosi come elementi distraenti, confondenti e in generale poco vantaggiosi alla collettività che, come abbiamo visto,

procede nel percorso terapeutico anche attraverso l'apprendimento e il confronto tra pari.

Rimanendo nell'ottica di descrivere gli utenti della REMS di Spinazzola dal punto di vista della loro identità di pazienti complessi, presentiamo il prossimo grafico, relativo alle condizioni patologiche organiche eventualmente presenti negli utenti, oltre alla patologia psichiatrica. In questo caso, i dati di riferimento non sono dati all'ingresso, ma i dati al momento del follow up. Il campione, pertanto, si riduce a 61 persone, ovvero coloro, dei 71 dimessi totali, che è stato possibile intervistare. Dei 10 che non abbiamo potuto intervistare, 5 sono deceduti, 3 sono detenuti in carcere e 2 sono usciti dal circuito psichiatrico.

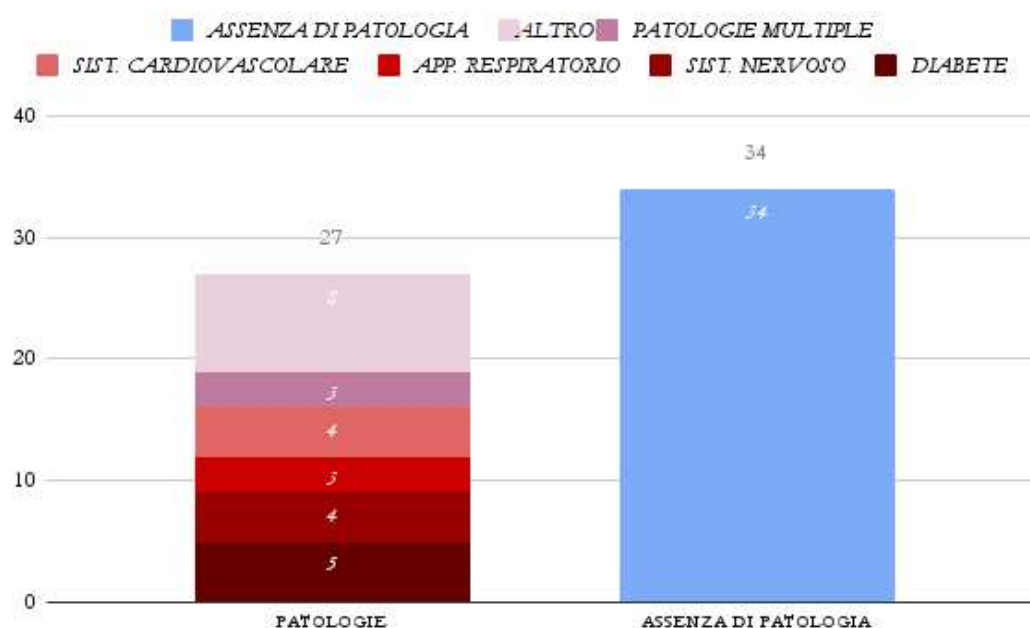


Figura 6. Grafico patologie organiche

Il grafico ci presenta una situazione di salute fisica ampiamente compromessa all'interno del campione del follow up: già a colpo d'occhio si nota che la colonna di sinistra, rappresentante diverse categorie di patologie organiche, quasi equivalga la colonna azzurra di destra, che rappresenta invece gli ex utenti in buono stato di salute fisica. La percentuale di utenti riscontranti patologia organica corrisponde, infatti, al 44,3% del campione totale. Sono state identificate alcune classi maggiormente ricorrenti tra le patologie riportate, senza poter tuttavia determinare una prevalenza assoluta di una condizione rispetto all'altra. Abbiamo, infatti, riscontrato: problemi di diabete, disturbi del sistema nervoso (principalmente ernie, epilessia e malattia di Parkinson), disturbi di tipo respiratorio (riferite BPCO e disturbi simili derivanti dal tabagismo cronico), problematiche di tipo cardiovascolare (frequenti anemie e disturbi

di tipo pressorio - pressione alta, a volte legati all'assunzione cronica del trattamento farmacoterapeutico).

Molti utenti riferivano problematiche fisiche multiple: riportiamo il caso dell'utente ID n. 42, attualmente ricoverato in CRAP dedicata, la cui direttrice di struttura lesse testualmente dalla sua cartella clinica "Ipovedente, cisti ai reni, insufficienza respiratoria ipossiémica, tachicardia, ipertensione arteriosa, palpitazione, aritmia, extrasistole, disfunzione diastolica di I grado, ispessimento ai polmoni con disventilazione, aterosclerosi calcificata, leucopenia, anemia microcitica, impotenza funzionale", nello specifico intento di sottolineare quanto, con utenti così complessi, il carico assistenziale anche per un singolo utente possa essere sproporzionato ai mezzi e alle risorse di una singola struttura. La voce "altro", infine, racchiude altre patologie che non è stato conveniente separare per classi, ma contribuiscono a dare un'idea della varietà di problematiche fisiche con cui questi utenti convivono (alcuni esempi sono: atrofia cellulare, difficoltà motorie, acciacchi legati all'età, problematiche conseguenti all'uso di sostanze, come ad esempio trombosi da alcolismo ed altro ancora).

La REMS di Spinazzola accoglie utenti che, spesso, prima di arrivare al ricovero in REMS, non si erano mai presi cura di se stessi, né dal punto di vista psicopatologico né dal punto di vista fisico. Molto spesso è proprio in REMS che cominciano a prendersi cura di sé, a comprendere l'importanza della terapia farmacologica, apprendimento che poi riescono a mantenere negli anni.

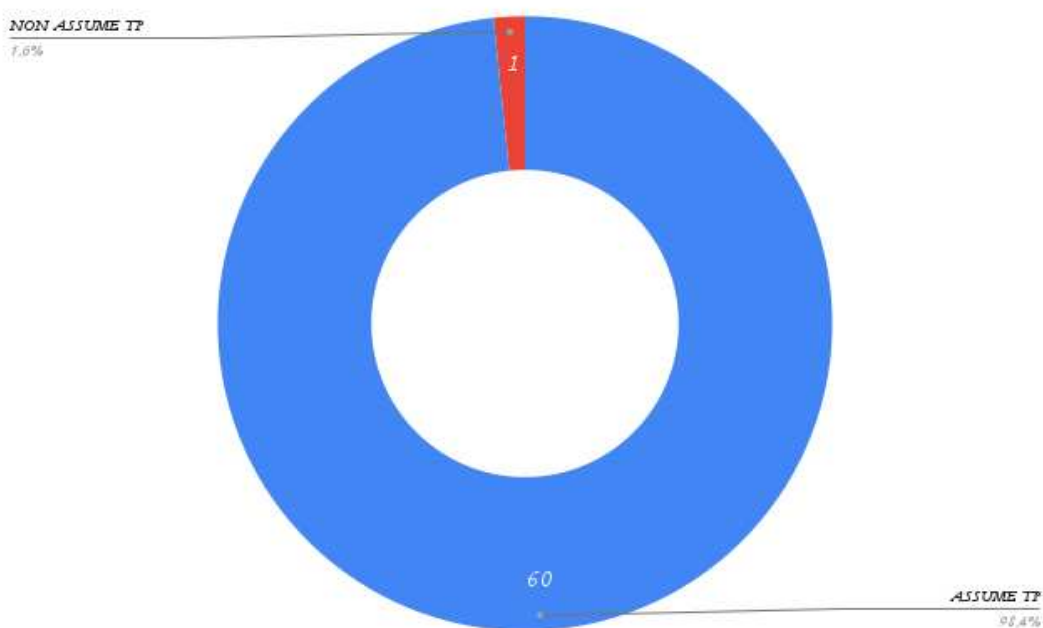


Figura 7. Aderenza al trattamento farmacologico

Il grafico mostra, infatti, che solo 1 dei 61 utenti intervistati in sede di follow up dichiara di aver abbandonato l'assunzione della farmacoterapia, mentre la

percentuale di chi mantiene costanza nell'assunzione ammonta al 98,4% degli utenti dimessi. Una percentuale di assoluto successo considerato che, per questi utenti, l'assunzione della terapia è di vitale importanza per poter contenere le manifestazioni sintomatologiche di patologia, in particolare quelle più estreme, dunque per evitare gli stati di acuzie e, in termini generali, la perdita di controllo sulla propria vita. Rimane, tuttavia, in secondo piano la domanda sulle modalità dell'assunzione, ovvero se sia auto o etero somministrata, dato non rilevato dal presente grafico, a cui possiamo parzialmente dare risposta con il grafico seguente, forse il più importante dell'intero studio, relativo all'attuale collocazione degli utenti.

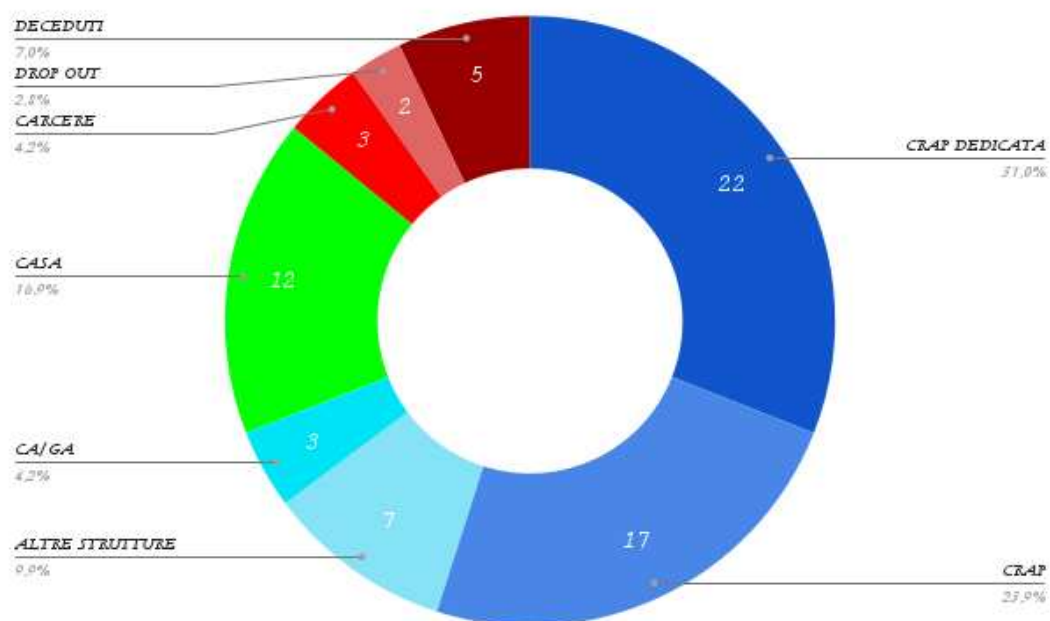


Figura 8. Grafico attuale collocazione

Il presente grafico riporta la situazione abitativa attuale dell'intero campione di utenti dimessi, mostrando nella fetta di torta sui toni del rosso la situazione dei 10 utenti che non è stato possibile intervistare. Lo spicchio verde, relativo a 12 utenti, corrisponde al numero di persone che sono potute tornare a casa, al proprio domicilio. Infine, gli spicchi sulle tonalità del blu rappresentano diverse tipologie di strutture residenziali in cui gli utenti sono attualmente ospitati. Come possiamo notare, le tinte di blu sono predominanti nella figura: il 31% degli intervistati è attualmente ricoverato in CRAP, il 23,9% in CRAP dedicata agli autori di reato, il 9,9% è ospite di altre strutture residenziali, quali CTRP, comunità terapeutiche per la dipendenza, comunità doppia diagnosi, case per la vita, RSSA; infine, il 4,2% vive in strutture psichiatriche ad alto livello di autonomia, quali le comunità alloggio e i gruppi appartamento. Riassumendo, il 69% degli ex utenti della REMS vive attualmente all'interno di servizi residenziali della psichiatria territoriale.

Una simile percentuale ci sembra irrimediabilmente alta, nell'ottica di un trattamento orientato alla recovery, alla ricostruzione della propria vita, alla gestione della malattia; prospettiva che possiamo dire, sulla base di questo grafico, sembra concretamente realizzata solo dal 16,9% degli utenti dimessi, ovvero la fetta di coloro che sono a casa. In quest'ottica va anche rivalutato il grafico esposto precedentemente, sull'aderenza al trattamento farmacologico, il quale evidentemente nella maggior parte dei casi riceve un elevato supporto da parte degli operatori delle strutture, dove gli utenti abitano.

Le percentuali così rilevate ci permettono di accennare a diversi ordini di considerazioni. Innanzitutto, ci domandiamo se la psichiatria territoriale, che aveva in mente Basaglia, si riduca poi a questo: una diversa declinazione dell'istituzionalizzazione, che vede gli utenti di questo tipo passare da una struttura all'altra, senza mai affrancarsi dalla residenzialità psichiatrica. Per contro, abbiamo visto e spiegato più volte la complessità degli utenti psichiatrici autori di reato, che rende difficilmente un rapido rientro in famiglia, senza prima essere certi delle capacità di recovery acquisite da ciascuno, laddove il percorso di recovery è un processo che dura tutta la vita. Alla dimissione dalla REMS, raramente l'utente rientra al domicilio: quasi sempre è previsto un periodo preventivo di recupero in CRAP o CRAP dedicata agli autori di reato.

A questo punto viene da chiedersi che cosa accada poi in CRAP: in che modo il percorso dell'utente trovi prosecuzione, se questo vada nella direzione di un rientro al proprio domicilio, se vi sia una famiglia di riferimento disposta a riaccogliere la persona, cosa che, come abbiamo già visto, non è affatto scontata; non da ultimo, se l'utente stesso desideri o meno tornare al domicilio, dal momento che le strutture residenziali spesso diventano per gli ospiti una vera e propria casa, fatta di certezze, di protezione, di quotidianità e di affetti. Ciononostante, il periodo di ricovero presso una comunità riabilitativa non intende mai essere indeterminato, ma sufficiente per dare compimento ad un determinato progetto riabilitativo, il quale poi deve trovare la sua prosecuzione altrove. Non è comunque auspicabile, per un utente, rimanere sempre nella stessa struttura nel corso degli anni né passare a strutture della stessa tipologia, con il medesimo livello di intensità, che indicherebbe uno scarso progresso ottenuto in termini di autonomia.

Infine, bisogna dare il giusto valore a quel 16,9% di ex utenti che oggi sono a casa: non è un dato da sottovalutare, per utenti così complessi, per i quali una percentuale tendente allo zero non avrebbe suscitato grande scalpore nella comunità

scientifico. A ben vedere, questa percentuale risulta essere un vero e proprio successo, in particolare alla luce del passato di reiterati ricoveri, periodi detentivi, eventuale internamento in OPG che la maggior parte di questi utenti ha alle proprie spalle. Sicuramente sarà di elevato interesse monitorare l'evoluzione di queste percentuali nel prossimo futuro.

Vista la situazione abitativa di residenzialità psichiatrica della maggioranza degli ex utenti e considerato il successo nella prosecuzione del trattamento farmacoterapeutico, andiamo ora ad analizzare con il prossimo grafico se questi dati abbiano riscontro anche in un'adeguata aderenza al trattamento riabilitativo.

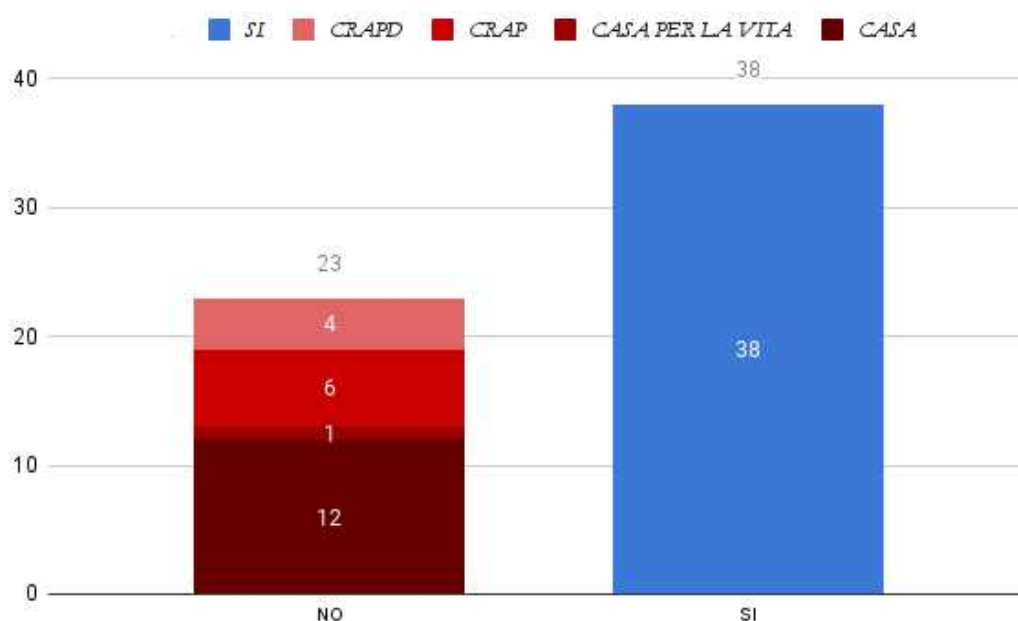


Figura 9. Aderenza al trattamento riabilitativo

Diversamente dal trattamento farmacologico, il trattamento riabilitativo vede un minor grado di aderenza: il 62,3% del campione aderisce al trattamento, mentre il 37,7% del campione no. Considerata la condizione di cronicità della patologia mentale degli utenti della REMS, il trattamento riabilitativo è proprio il trattamento d'elezione, che concorre alla prevenzione delle ricadute, sia sintomatologiche che comportamentali. Comunque, più di metà degli ex utenti svolge ancora interventi di tipo riabilitativo, che di per sé è un buon risultato.

Abbiamo distinto la colonna di sinistra, quella degli utenti che non svolgono attività riabilitative, in diverse fasce nei toni del rosso, ad indicare l'attuale collocazione degli utenti. Vediamo che alla base della colonna sono collocati proprio i 12 utenti che si trovano al domicilio: il 100% degli utenti attualmente rientrati a casa ha abbandonato il percorso riabilitativo, aspetto che ci porta a riconsiderare anche l'opportunità di rimanere in una struttura residenziale dove, perlomeno, le

sollecitazioni in tale senso sono quotidiane. Un utente della colonna rossa si trova in una Casa per la vita, dove non necessariamente tali trattamenti sono d'elezione.

Gli altri 10 utenti, che non aderiscono al trattamento, sono tutti e 10 collocati in strutture residenziali psichiatriche: 6 in CRAP dedicata agli autori di reato e 4 in CRAP. Dunque, il 43,5% degli utenti che non svolgono attività riabilitativa sono ospiti di strutture precipuamente riabilitative. Dobbiamo anche, nuovamente, considerare la complessità degli utenti: di questi 10, 3 sono ascrivibili al fenomeno del “revolving door”, ovvero si tratta di utenti che, dimessi una prima volta dalla REMS di Spinazzola, ne sono stati riammessi una seconda volta - di cui, la seconda, in condizioni peggiori della prima. I revolving door nella REMS di Spinazzola sono stati in totale 5, dei quali 3 sono rappresentati all'interno di questo grafico tra coloro che non svolgono attività riabilitativa, portandoci a riflettere ancora una volta sulla portata della complessità soggettiva di questa tipologia di pazienti.

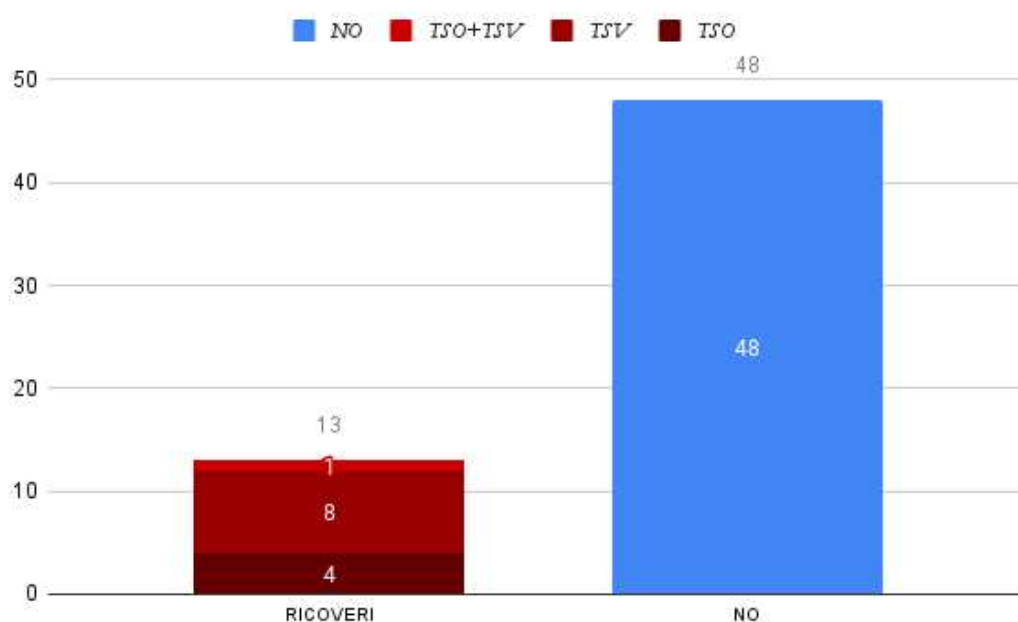


Figura 10. Grafico ricoveri per psicopatologia

Per quel che riguarda gli scompensi psicopatologici, ovvero gli stati di ricaduta in acuto di patologia, se n'è tenuta traccia nell'analisi di follow up attraverso l'indicatore legato ai ricoveri, in cui si è chiesto all'utente se avesse effettuato ricoveri nell'ultimo anno e se in forma di TSV o TSO. Il grafico questa volta è piuttosto confortante: solo 13 ricoveri a fronte di 48 utenti che non hanno avuto necessità di ricovero in SPDC. In termini di percentuali, si tratta del 37,7% del campione che ha effettuato almeno un ricovero per scompenso psichico nell'ultimo anno, mentre il 78,7% del campione non ha avuto bisogno di ricovero ospedaliero. Questo risultato è ampiamente soddisfacente, poiché indica che la stragrande maggioranza degli ex utenti

ha saputo gestire la sintomatologia più grave legata alla propria condizione psichica, trovandosi o in stato di buon compenso psicopatologico o in condizione comunque tale da essere gestibile a livello residenziale.

Rimanendo in tema di residenzialità, il follow up ha chiesto riscontro anche dell'impegno quotidiano degli utenti, ottenendo i seguenti risultati:

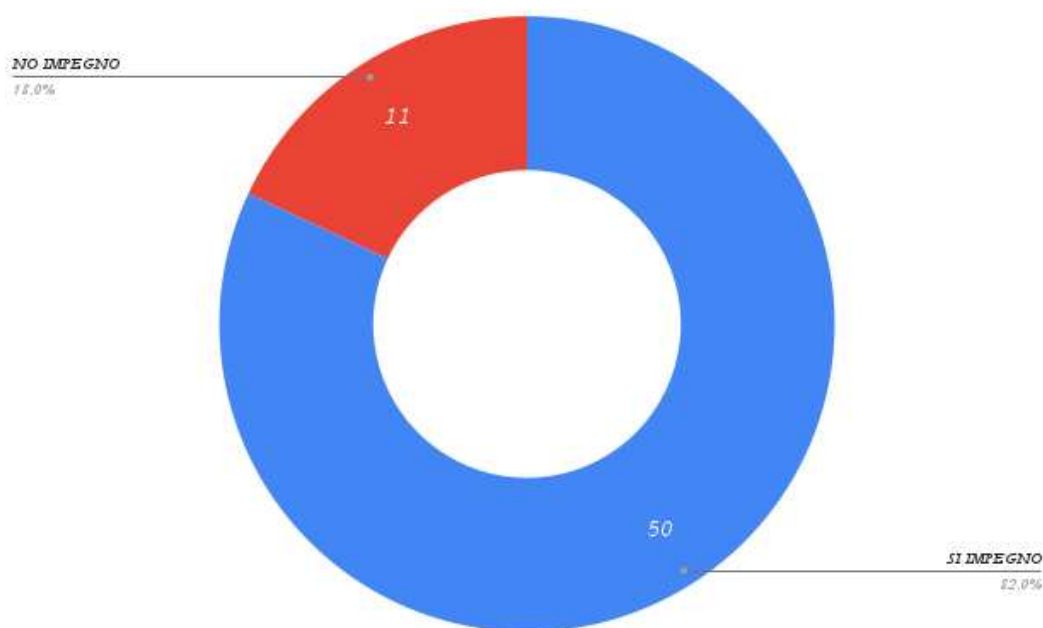


Figura 11. Grafico impegno quotidiano

Anche in questo caso, la rilevazione ci restituisce dei dati confortanti: l'82% degli utenti dimessi si impegna nella gestione della vita quotidiana, mentre il 18% no. Abbiamo chiesto riscontro, nel caso delle strutture riabilitative, agli operatori rispetto all'impegno degli utenti nelle mansioni previste dalla struttura mentre, per coloro che si trovano a domicilio, ci siamo confrontati con i familiari degli utenti in merito alla cura degli ambienti domestici, lo svolgimento di commissioni quali fare la spesa o pagare le bollette, e la pratica di attività di cucina. L'esito della rilevazione ci predispone a credere nell'efficacia duratura nel tempo delle Attività di Gruppo di Competenza Sociale (AGCS) praticate in REMS, nonché nella validità dell'impostazione di tempi e spazi nella REMS di Spinazzola, che consente agli utenti di riappropriarsi di un senso di quotidianità e di responsabilità sociale.

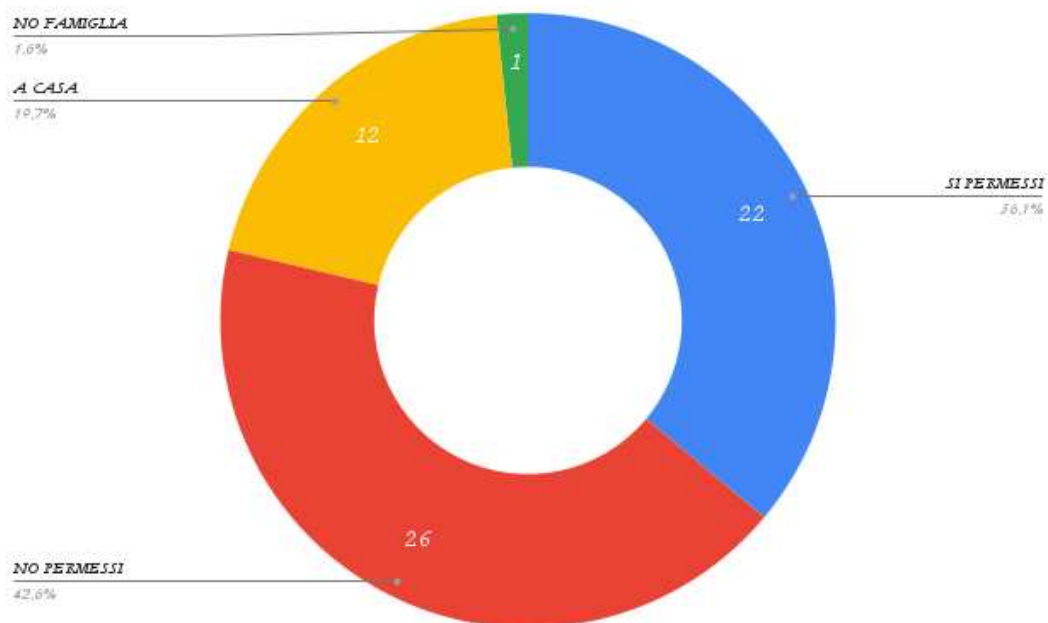


Figura 12. Grafico permessi a casa

Il grafico in *Figura 12* rappresenta la distribuzione degli utenti che usufruiscono di permessi a casa. L'item non è applicabile a coloro che già vivono presso il proprio domicilio (spicchio giallo), come a coloro che non hanno alcuna rete familiare di riferimento (spicchio verde). Rimane una fetta di 48 utenti, divisa quasi a metà: il 45,8% di questi usufruisce di permessi a casa, mentre il 54,2% non usufruisce. Purtroppo, il grafico non tiene traccia delle specifiche dei permessi: in taluni casi si tratta di pranzi in famiglia, altre volte di uscite sul territorio, può essere presente o meno un operatore, fino a casi in cui i permessi si configurano come veri e propri rientri settimanali con pernottato, di uno o più giorni. Al netto della generalizzazione operata, il grafico rende comunque un'idea generale di quelle che possono essere le relazioni tra gli ex utenti della REMS e le proprie famiglie: come già accennato nel capitolo precedente, non sempre le famiglie sono pronte a ristabilire dei rapporti con questi utenti, in effetti, lo sono secondo il grafico in meno della metà dei casi.

Ci apprestiamo ora, con i prossimi tre grafici, ad indagare la situazione degli utenti dimessi secondo una prospettiva giuridica, ricordandone la duplice natura di pazienti psichiatrici e di autori di reato. Nonostante la REMS sia una struttura riabilitativa di tipo sanitario, abbiamo visto come non sia possibile prescindere da questi aspetti nel trattamento di questi utenti i quali, all'arrivo in REMS, sono spesso del tutto ignari non solo della propria diagnosi, ma anche dell'iter giuridico che li riguarda. Vediamo, dunque, come si sono evolute nel tempo le prospettive giuridiche degli utenti dimessi dalla REMS di Spinazzola dal 2016 in poi.

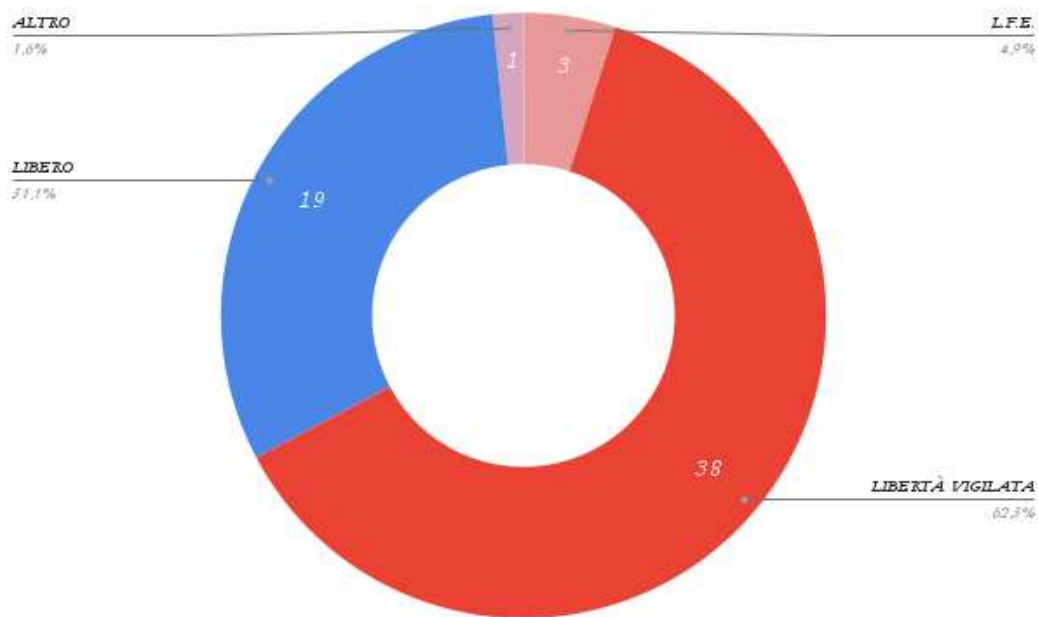


Figura 13. Grafico situazione giuridica attuale

Abbiamo riscontrato che una percentuale significativa degli intervistati è in condizione giuridica di libertà, ovvero sono decadute tutte le precedenti misure di sicurezza: si tratta del 31,1% del campione. Tale dato risulta particolarmente importante proprio in virtù della complessità di questi utenti, nei confronti dei quali la Giustizia è molto cauta, data la cronicità delle loro patologie e gli esiti catastrofici che hanno mostrato di poter raggiungere. Questi utenti hanno saputo dimostrare la capacità di seguire un percorso di recovery, di saper gestire i propri sintomi ed evitare situazioni pericolose: possiamo annoverare questo 31,1% tra i successi della REMS di Spinazzola. A conferma di questi dati, analizziamo il grafico successivo:

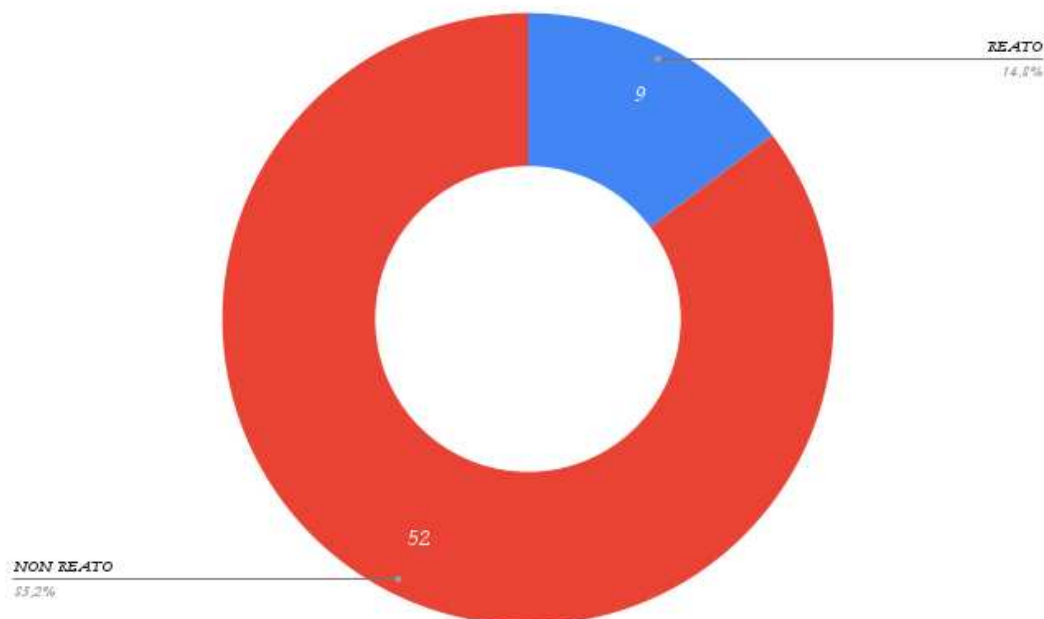


Figura 14. Grafico condotte reato

Risulta immediatamente lampante che solo 9 su 61 utenti intervistati siano incappati nella commissione di un nuovo reato o nella reiterazione del reato precedente, ottenendo quindi una percentuale di 85,2% del campione che, nel corso dell'ultimo anno, non ha commesso alcun reato. Considerato il dato di partenza all'ingresso in REMS, che definisce questi utenti appunto come utenti psichiatrici autori di reato, dopo il percorso in REMS la percentuale di reati commessi al follow up passa dal 100% iniziale al 14,8%. Questo dato, indubbiamente un ulteriore successo del trattamento, va a confermare quanto citavamo già nel precedente capitolo e che vogliamo richiamare, utilizzando le parole delle dott.sse Lombardo e Decorato: "Difficilmente un paziente psichiatrico diviene autore di reato se il percorso di cura e di trattamento ha funzionato bene"⁹⁹.

Il percorso di recovery degli utenti della REMS, però, come sappiamo, coinvolge innumerevoli aspetti e, purtroppo, la non commissione del reato non è che uno tra questi. Il prossimo grafico, infatti, relativo al permanere di condotte aggressive, ci restituisce dei risultati un po' diversi:

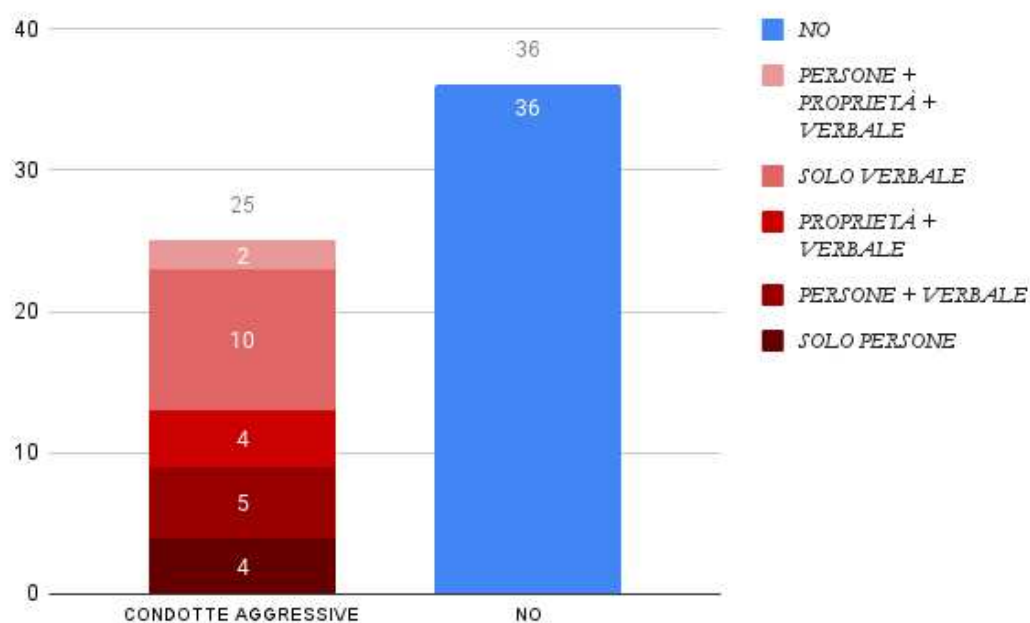


Figura 15. Grafico condotte aggressive

Il grafico mostra subito come la parte sui toni del rosso (condotte aggressive) e quella blu (assenza di condotte aggressive) in questo caso siano molto meno distanti tra loro: il 41% degli intervistati ha manifestato condotte aggressive nell'ultimo anno, il 59% invece no. Se certamente gli esiti non sono altrettanto favorevoli quanto quelli

⁹⁹ Lombardo e Decorato, Op. cit., p. 37.

del grafico precedente, tuttavia si tratta anche qui di risultati molto incoraggianti, perché più della metà degli intervistati non manifesta più la necessità di ricorrere alla violenza in nessuna circostanza della propria vita laddove, come visto prima, all'ingresso in REMS il 100% di questi utenti vi è ricorso almeno una volta, ma quasi tutti ne facevano un uso abituale (anche solo come meccanismo protettivo di autodifesa). Inoltre, di quel 41% di utenti che continuano a manifestare episodi di aggressività, 10 si limitano esclusivamente all'aggressività verbale (il 40% del totale di chi manifesta condotte aggressive) la quale, seppur non meno grave, può mantenersi maggiormente lontana dagli esiti più rovinosi, perché esplosivi e potenzialmente senza ritorno, dell'aggressività contro le persone o contro la proprietà.

Il follow up si è dedicato anche ad elementi di natura più strettamente sociale, nell'ottica dell'approccio multilivellare a questa tipologia di utenza. Abbiamo indagato, ad esempio, le condizioni lavorative dei dimessi, ottenendo quanto segue:

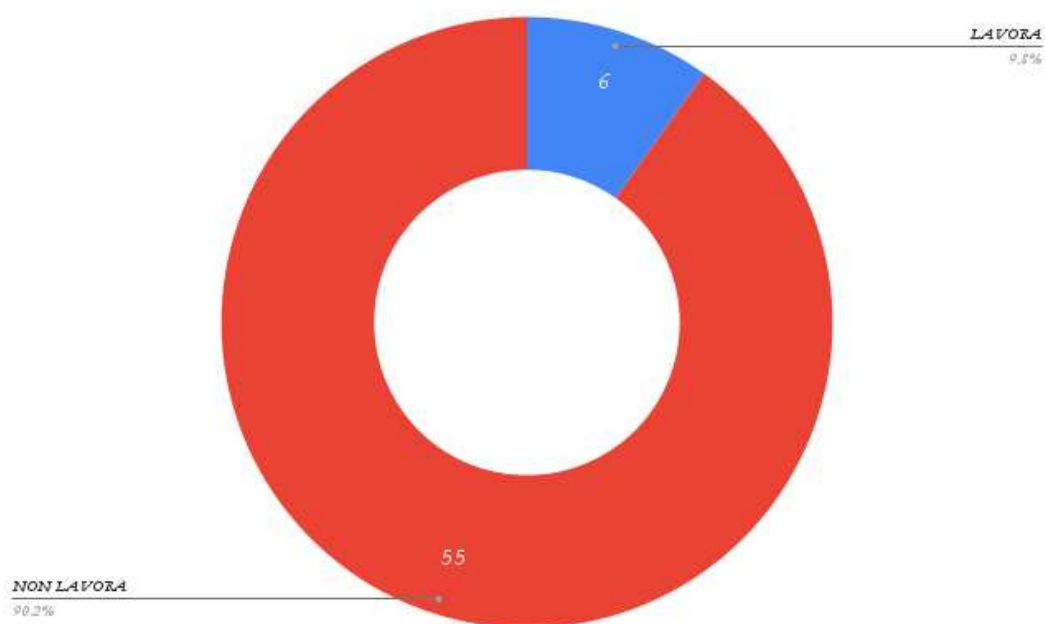


Figura 16. Grafico situazione lavorativa

Il risultato della ricerca non ci sorprende: solamente 6 utenti dei 61 del campione hanno dichiarato di lavorare allo stato attuale o di aver svolto almeno un'esperienza lavorativa nel corso dell'ultimo anno, laddove 55 utenti hanno risposto negativamente. L'intervista ha tenuto conto di qualsiasi esperienza lavorativa, ad ampio spettro, compresi i tirocini e il lavoro supportato. Purtroppo, la condizione lavorativa risulta essere un'enorme difficoltà per l'utenza psichiatrica generale sul piano nazionale: il pregiudizio legato allo stigma riduce drasticamente le possibilità a disposizione di questa tipologia di utenza, impedendo alle aziende di fidarsi e di aprire le porte a questi cittadini, pur dotati dei medesimi diritti e doveri degli altri. La

speranza di poter puntare ad un ruolo attivo, responsabile e produttivo, per queste persone nella società è una delle massime ambizioni della REMS di Spinazzola, come abbiamo descritto nel precedente capitolo. Tuttavia, si tratta di una battaglia che non ha connotazione soltanto locale, ma nazionale ed universale: il 9,8% degli utenti dimessi dalla REMS impiegati in un qualsiasi lavoro, che è risultato da questa analisi, si iscrive perfettamente all'interno di questo tragico panorama. Nel grafico seguente, analizzando le prospettive per il futuro del campione intervistato, vedremo richiamata anche questa controversa questione.

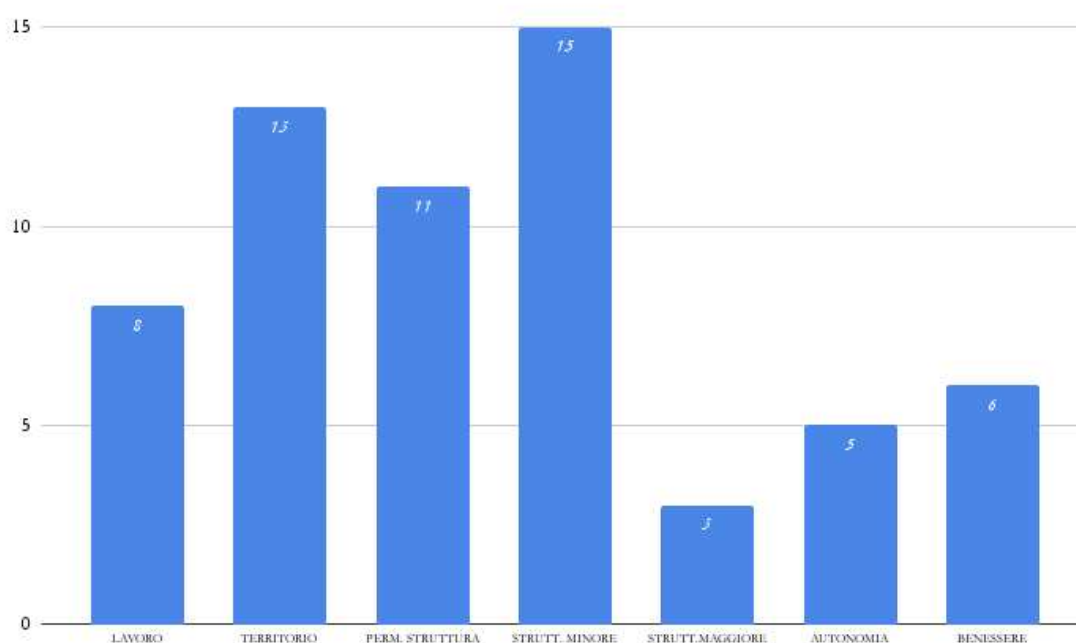


Figura 17. Grafico prospettive future

Come anticipato nel precedente paragrafo sul metodo, abbiamo tentato per questo indicatore di mettere insieme sia i desideri degli utenti, sia le prospettive più realistiche fornite dagli operatori di riferimento, soprattutto nei casi degli utenti ospiti di strutture residenziali. Le 7 categorie che ne sono risultate rappresentano una media delle risposte ottenute, di tipo discorsivo e spesso molto ampie. Riallacciandoci alla tematica lavorativa, vediamo che 8 degli utenti intervistati ambiscono per il proprio futuro proprio ad una condizione lavorativa dignitosa e stabile, mentre 5 utenti spostano maggiormente l'attenzione sul tema dell'autonomia di vita, il quale complica anche la sussistenza di una condizione lavorativa idonea. Abbiamo, dunque, un totale di 13 utenti che desiderano per il proprio futuro un ruolo nella comunità di tipo produttivo e lavorativo, corrispondenti al 21,3% del campione intervistato.

Altri 13 utenti, corrispondenti a loro volta ad un'ulteriore fetta del 21,3% del campione, rispondono di desiderare un avvicinamento al territorio. Questo indicatore

richiama il principio di territorialità, del quale abbiamo già parlato descrivendo la nascita delle REMS che, però, si può dire venga garantito a livello regionale, ma non a livello locale: se questo è vero certamente per le REMS (essendo di norma di numero una per regione e, anche se in Puglia ve ne sono due, la REMS di Spinazzola convoglia comunque diverse province sotto la propria giurisdizione), si rivela essere altrettanto anche per le comunità riabilitative le quali, in particolare le CRAP dedicate agli autori di reato, non sono disponibili in qualsiasi città, provocando comunque un allontanamento, seppur relativo, dell'utente dal proprio luogo di residenza abituale. Questo provoca in molti pazienti una vera e propria nostalgia di casa, dei luoghi dove sono nati e vissuti, e un forte desiderio di farvi ritorno.

Un dato abbastanza allarmante, ma in linea con le considerazioni fatte in relazione al *Grafico attuale collocazione* (Figura 8), è rappresentato dalle 3 colonne centrali, le quali prevedono come prospettive future rispettivamente la permanenza in struttura per 11 utenti, il passaggio ad altra struttura a minore intensità per 15 utenti, financo al passaggio ad una struttura a maggiore intensità per 3 di loro. In totale, quindi, 29 utenti su 61 hanno come prospettiva, comunque, quella della residenzialità psichiatrica, corrispondenti al 47,5% del campione totale, ovvero quasi la metà. Di fatto, però, per la metà di questi si auspica e si prevede il passaggio ad una struttura più leggera, che costituisce uno step ulteriore verso l'autonomia e il progresso riabilitativo, mentre la vera preoccupazione si rivolge ai tre casi in cui si reputa plausibile una regressione a struttura maggiormente intensiva, ovvero, in concreto, si parla di un rientro in REMS.

L'ultima risposta che abbiamo ricevuto è quella di 6 utenti che dichiarano di desiderare per il futuro una condizione di duraturo benessere. Se, da un lato, questa risposta ci sembra sufficientemente realistica, in quanto muove dal presupposto della consapevolezza di malattia, dall'altro ci sembra fin troppo generica e priva di un'effettiva determinazione di progettualità.

Abbiamo attraversato, con la presente indagine, diversi indicatori che toccano molteplici aspetti della vita degli ex utenti della REMS di Spinazzola, da elementi di carattere più strettamente patologico/sintomatologico, a elementi di tipo giuridico, fino a quelli di tipo sociale. Con l'ultimo grafico vogliamo rappresentare tutti questi elementi in un'immagine globale, restituita dal valore del punteggio FPS della scala di valutazione del funzionamento personale e sociale VADO. Abbiamo scelto di raggruppare assieme i dati relativi ai punteggi FPS all'ingresso, alla dimissione e al follow up, così da poter impostare le basi per un confronto.

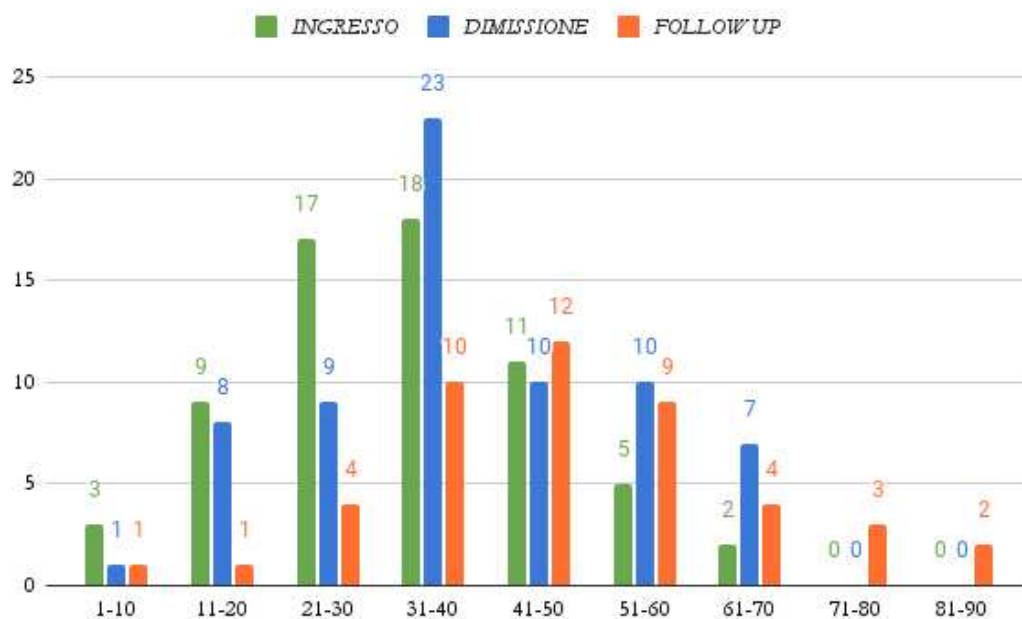


Figura 18. Andamento FPS

Abbiamo collocato sull'asse delle ascisse gli intervalli del punteggio FPS, così come indicati nello scoring del VADO¹⁰⁰, ed utilizzato un grafico a barre raggruppate così da poter confrontare i tre momenti presi in esame: l'ingresso in REMS, di colore verde, la dimissione, di colore blu, e il follow up, di colore arancione. Salta subito all'occhio un evidente spostamento dell'epicentro del grafico a seconda che si considerino le barre verdi, blu o arancioni.

I punteggi FPS all'ingresso vedono il loro picco di distribuzione nelle fasce di punteggio 21-30 e 31-40. Se consideriamo, invece, l'FPS alla dimissione, c'è un picco evidente nella fascia 31-40. Rispetto alla barra verde, notiamo un significativo aumento dei punteggi di fascia 51-60 e 61-70. Considerando, infine, l'FPS al follow up, il picco di distribuzione si trova equamente condiviso tra le fasce 31-40, 41-50 e 51-60. Ciò che balza all'occhio è, invece, una significativa riduzione delle quote di fascia 1-10 e 11-20 ma, soprattutto, l'introduzione delle due fasce alte, 71-80 e 81-90, non rappresentate ai momenti dell'ingresso e della dimissione.

Questi dati ci comunicano in modo assai chiaro che, nel corso degli anni dopo la dimissione, il punteggio FPS continui progressivamente a crescere, rispecchiando un incremento del funzionamento personale e sociale degli utenti. Tale esito corrisponde ad un successo valutativo, ovvero dimostra che, una volta avviato in REMS il processo di recovery per l'utente, questo tenda poi a proseguire in maniera progressiva al di fuori della REMS, come una spirale virtuosa che, pur potendo

¹⁰⁰ V. Allegato 3.

incontrare delle battute d'arresto, difficilmente può regredire ed involvere. Possiamo concludere con questo grafico che, seppure il presente studio non abbia valenza statistica tale da definirsi uno studio epidemiologico di valutazione degli esiti in senso stretto, esso ci consente nondimeno di stabilire un'associazione tra i dati raccolti e l'efficacia proattiva nel tempo dei trattamenti intensivi terapeutico-riabilitativi proposti dal modello della REMS di Spinazzola.

3.3 L'indagine di follow up. Conclusioni provvisorie e prospettive future

Abbiamo proposto un'elaborazione dei dati di follow up raccolti attraverso l'indagine. Vorremmo ribadire che la nostra analisi non ha pretesa di definirsi epidemiologica, mancando alcuni elementi di oggettività dovuti innanzitutto dall'assenza di un gruppo di controllo. L'impossibilità di reperire un gruppo di controllo dipende in larga parte dallo statuto stesso della REMS come struttura anagraficamente giovane; pertanto, uno studio degli esiti risulta essere al momento ancora alquanto pionieristico, necessitando lo stesso di rivalutazioni nel tempo piuttosto dilatate al fine di conferire validità statistica ad un eventuale confronto. Non esiste al momento una vasta letteratura disponibile in tema di follow up nemmeno da parte delle altre REMS sul territorio nazionale, rendendo difficile una comparazione di metodo, che pure si rende sempre più necessaria, dal momento che le REMS, attraverso il loro stesso operato, vanno costituendo di giorno in giorno delle nuove linee di indirizzo per il trattamento altamente specifico dell'utente psichiatrico autore di reato.

Di questa specificità, invece, pensiamo di aver dato conto, attraverso l'analisi delle variabili relative agli aspetti giuridici, psicopatologici e sociali, che restituiscono un quadro caleidoscopico e complesso e, per ciò stesso, di difficile elaborazione statistica. Siamo giunti a dei compromessi di omologazione, trattando la popolazione degli utenti dimessi come un gruppo omogeneo, pur essendovi ovvie specificazioni da fare, dal punto di vista della diagnosi, dell'età e, non da ultimo, dell'anno di dimissioni. In tal senso, abbiamo tentato un'analisi di sottogruppi, suddividendo la popolazione totale per anno di dimissione; ottenendo, però, dei risultati di scarsa rilevanza statistica: ciascun sottogruppo rappresenta, in piccolo, le medesime caratteristiche del gruppo originale, non permettendo la correlazione della variabile dell'anno di dimissione come fattore associato agli esiti.

Abbandonata questa idea, abbiamo ritenuto più proficuo omologare il gruppo, perseguendo l'altrettanto nobile fine di restituire una fotografia dell'andamento degli utenti nel post-dimissione, dopo aver valutato e concluso che la durata del periodo post-dimissione non costituisca un fattore determinante rispetto al buon andamento del percorso, declassando tale informazione a dato di tipo anagrafico. Troppi fattori, infatti, entrano in gioco nello sviluppo della recovery di un utente dopo la REMS, fattori non sempre oggettivabili, tutt'altro, perlopiù soggettivi e personali. Riteniamo altresì possibile che, attraverso indagini successive in un periodo di tempo più lungo, possano cominciare ad emergere delle differenze significative anche legate alla durata del percorso riabilitativo, seppure manteniamo la convinzione che la qualità del tempo di trattamento produca effetti più considerevoli della sua quantità¹⁰¹.

Alcuni degli indicatori analizzati hanno, tuttavia, già permesso di produrre dei risultati soddisfacenti in termini di valutazione provvisoria degli esiti. Ci riferiamo, ad esempio, all'analisi delle condotte reato, delle condotte aggressive, dell'impegno quotidiano, dei ricoveri, dell'aderenza al trattamento farmacologico e riabilitativo. In tutti questi casi si è evidenziato uno sviluppo virtuoso dell'utenza che, grazie all'analisi approfondita del modello Spinazzola proposta nel *Capitolo 2*, può essere riconducibile ai trattamenti proposti in REMS. Infatti, la psicoeducazione sul disturbo incrementa l'aderenza al trattamento, sia farmacologico che riabilitativo, ma migliora anche la consapevolezza, al fine della gestione dei sintomi, che trova riflesso nell'analisi delle condotte aggressive e nell'incidenza degli episodi di ricovero; l'accesso all'informazione sulla propria condizione giuridica trova riscontro nel grafico condotte reato, mentre la "terapia occupazionale" e la strutturazione di spazi e tempi nella REMS sono alla base dei miglioramenti degli utenti osservabili nel grafico impegno quotidiano.

La riflessione sull'attuale collocazione degli utenti è un dato altamente sensibile che meriterebbe un'analisi più approfondita. Se, da un lato, ci ha sorpreso l'elevata percentuale di utenti ancora ospitati presso strutture residenziali psichiatriche del territorio, dall'altro sarebbe interessante comprenderne le ragioni, che possono essere in primo luogo di tipo giuridico (una misura di sicurezza come la libertà vigilata, ad esempio, può essere definita nei termini di residenza presso una struttura riabilitativa), in secondo luogo di tipo psicopatologico (l'utente potrebbe non aver

¹⁰¹ Nel loro manuale, Lombardo e Decorato dimostrano che il periodo di tempo in cui, durante il ricovero in REMS, gli utenti raggiungono il massimo risultato equivale ad un periodo di trattamento di 18-24 mesi, dopo il quale i valori delle scale di valutazione raggiungono un plateau, oltre il quale non avviene ulteriore miglioramento (cfr. Lombardo e Decorato, Op. cit, p. 94).

raggiunto un livello di autonomia sufficiente alla vita al proprio domicilio), potrebbero essere anche di tipo pratico (l'utente potrebbe non avere un domicilio: capita a volte che, durante i numerosi anni passati tra detenzioni e ricoveri, i familiari di un utente si trovino costretti a vendere la sua dimora abituale, trovandosi egli a quel punto in una situazione abitativa altamente precaria, tale da necessitare il supporto di una struttura residenziale), potrebbero essere di tipo familiare (può succedere che la famiglia non superi il timore del paziente, rifiutando di vivere insieme a lui o accanto a lui), potrebbero infine essere di tipo sanitario-sociale (spesso di molti di questi utenti si sente con troppa facilità dire "non sappiamo dove metterlo", rivelando il perpetrarsi, nonostante l'apertura delle REMS, dell'assenza di strutture adeguate ad ospitare gli utenti psichiatrici autori di reato, lungo le diverse fasi del loro trattamento).

L'analisi della variabile "situazione lavorativa" ci ha, invece, permesso di gettare uno sguardo sul triste baratro della condizione del lavoratore psichiatrico, la cui esistenza si pone al limite dell'utopistico, potendo ambire tutt'al più a brevi tirocini e poco altro. Questa situazione, come già detto, non è legata unicamente al territorio della REMS di Spinazzola: si tratta di una condizione universale, su cui la psichiatria ha ancora tanta strada da fare. I meccanismi economici, purtroppo, non riguardano solo la salute, ma l'intera società e sono studiati in modo tale da sopprimere le fragilità, puntare alla performatività e alla produttività estreme. Degli avanzamenti in tal senso sarebbero possibili solo attraverso un cambio globale di paradigma, obiettivo ben più che ambizioso, quasi fantastico, cui tuttavia non bisogna smettere di puntare, poiché la sfera lavorativa costituisce una delle principali aree del funzionamento personale e sociale dell'individuo, ne determina il ruolo e ne definisce il livello di benessere, materiale e psichico. La REMS di Spinazzola si mostra come modello virtuoso anche in questo ambito, come abbiamo visto nel *Capitolo 2* con la presentazione del progetto SMILE.

Grande importanza riveste, a nostro parere, l'indicatore relativo al punteggio FPS del VADO. Esso, infatti, costituisce l'unico indicatore effettivamente oggettivo dell'indagine e determinante per successive comparazioni. Nella presente indagine, ci ha consentito di delineare una comparazione di massima che, pur non tenendo conto dei follow up intermedi, mostra con grande chiarezza l'evoluzione della popolazione oggetto d'indagine nella sua globalità, che manifesta un significativo miglioramento progressivo e costante nel tempo, durante le fasi di permanenza in REMS, ma che prosegue anche dopo la dimissione.

Qualche parola sul punto di vista dell'intervistatore. Lo svolgimento dell'indagine non è stato esente da criticità. Le strutture residenziali di tipo riabilitativo sono state in generale le più disponibili all'intervista, pur manifestando in spessi casi diffidenza al contatto telefonico, richiedendo l'invio di un'e-mail ufficiale, in alcuni casi tramite PEC, nonché il re-invio del modulo di consenso, che la REMS conserva preventivamente firmato in fase di dimissione. Raramente le interviste si sono svolte al primo contatto, sono stati quasi sempre necessari numerosi contatti successivi, la stipula di appuntamenti telefonici, molti contatti sono andati a vuoto per mancata risposta, spesso gli stessi siti web delle strutture non sono aggiornati, contengono contatti obsoleti ormai inattivi, cosa che ha reso ancor più importante l'aggiornamento del database anagrafico interno con i riferimenti delle diverse strutture.

Ma decisamente chi ha manifestato la più scarsa collaborazione sono stati i CSM del territorio. Il contatto stesso dei CSM è risultato ostico, sovente non rispondeva nessuno, altre volte il primo operatore metteva in attesa per poi far cadere la linea e non rispondere più al contatto successivo. Chiaramente ci sono state alcune lodevoli eccezioni, pur tuttavia delle eccezioni. Memori della scarsa consapevolezza di malattia degli utenti della REMS di Spinazzola all'accesso in struttura, spesso definita nei termini di una totale ignoranza della diagnosi, ci siamo interrogati con dispiacere sull'effettiva accessibilità dei servizi, risultando a tal punto difficoltoso anche da parte nostra prendere un semplice primo contatto.

Alla luce di queste riflessioni, lavorando sulla possibile definizione di sottogruppi per un'eventuale associazione di variabili significative per il follow up, abbiamo isolato il sottogruppo di utenza di cui non era stato possibile reperire il valore del punteggio FPS. È emerso è che questo sottogruppo di utenti aveva in comune la variabile della collocazione abitativa: si trovano tutti al proprio domicilio, salvo alcune eccezioni di pazienti ospitati presso strutture non prettamente psichiatriche, quali l'RSSA, che non utilizzano lo strumento VADO. Abbiamo dunque isolato il sottogruppo di 12 utenti che si trovano a casa. Tali utenti, non essendo inseriti in alcuna struttura di tipo residenziale, sono in carico esclusivamente al CSM territoriale di competenza. Fatta eccezione per due soli CSM che ci hanno fornito il punteggio FPS (San Giovanni Rotondo e Corato), gli altri CSM non sono stati in grado di fornirlo, in quanto hanno dichiarato di non svolgere tale tipo di valutazione, limitando il proprio intervento all'erogazione di farmaci e di sporadiche visite psichiatriche.

In particolare, dei 10 utenti al domicilio dei quali non è stato fornito FPS, è emerso che 5 afferiscono a CSM della provincia di Foggia, mentre 3 della provincia

di Bari. Uno dei tre della provincia di Bari, alla nostra richiesta relativa ad un utente, ha risposto di non essere al corrente della dimissione dalla REMS e di ritenere, invece, che l'utente vi fosse ancora ricoverato. Se è vero che non si trattava di un utente dimesso da anni, era stato però dimesso da quasi 6 mesi. Questa mini-analisi del sottogruppo, senza alcuna valenza statistica data la limitatezza numerica della popolazione, trova però effettivo riscontro con quella che è stata la nostra personale esperienza secondo la quale, e ci riferiamo in particolare al foggiano, la comunicazione con i CSM è risultata non soltanto ostica, ma a tratti addirittura ostile.

Se è vero che l'utente psichiatrico non nasce delinquente, ma lo diventa in seguito ad una storia di fallimenti, che sono anche i fallimenti della sanità pubblica che non lo ha saputo in qualche modo accompagnare e curare, ci sembrerebbe interessante per un futuro approfondire un'analisi di tipo territoriale e geografico, al fine di comprendere quali territori riscontrano le maggiori problematiche e per quali ragioni proprio quelli e non altri. Un dato importante da considerare, a tal fine, potrebbe essere anche la mole di lavoro distribuita per CSM, la composizione dell'équipe e la sua formazione specifica, il livello di burn out del personale (nei confronti del quale sarebbe urgente improntare degli interventi di tipo preventivo - o, almeno, così ci è sembrato), la disponibilità di servizi per estensione territoriale (spesso i CSM hanno non soltanto dichiarato di non svolgere attività riabilitativa, ma che non fossero presenti centri diurni a livello locale ove venisse svolta). Un'analisi di questo tipo potrebbe avere come fine non soltanto una denuncia delle inefficienze tristemente evidenti in determinate aree, ma soprattutto porsi nella direzione di un miglior management sanitario a livello regionale, che prevedesse un'adeguata allocazione delle risorse, corrispondente agli effettivi bisogni dei pazienti e del territorio.

Se è vero che la psichiatria è la “Cenerentola” delle scienze della salute, il paziente psichiatrico autore di reato è l'ultimo gradino della psichiatria, il più fragile, il più temuto, il più incompreso, il più additato, il meno aiutato. Le notizie di episodi drammatici legati a questa tipologia di utenza riempiono le pagine dei giornali, pur tuttavia le risorse economiche non sono nemmeno lontanamente necessarie ad un'adeguata presa in carico territoriale, basti pensare all'équipe della REMS di Spinazzola: struttura senza dubbio virtuosa sul territorio nazionale, ciononostante costantemente sottorganico. Magari gli interessi economici facessero il bene della collettività. Per questi utenti, al limite della legalità, servirebbe maggiore attenzione, inclusione ed onestà: per dirla con la REMS di Spinazzola, “un'etica della dignità”.

Conclusioni

Il presente lavoro si è suddiviso in tre parti. La prima, di carattere compilativo e corrispondente al *Capitolo 1*, ha voluto fornire un quadro del trattamento dell'infermo di mente autore di reato, sia sul piano dottrinale che giurisprudenziale, in relazione all'ambito del giudizio di imputabilità. È emersa, per questa popolazione di utenti, la necessità del dialogo tra diversi ambiti del sapere, per cui la giurisprudenza ha dovuto tenere il passo con i ritrovati della scienza psichiatrica, come si può evidenziare, ad esempio, nella sentenza 9163/2005 delle Sezioni Unite, in cui il concetto di infermità di mente e la conseguente non imputabilità è stato allargato, dalle sole psicosi, anche ai disturbi di personalità. Abbiamo descritto lo sviluppo del modello del "doppio binario", basato sul concetto di misura di sicurezza e sulla valutazione effettiva e concreta della condizione di pericolosità sociale del soggetto, che ha superato le antiche presunzioni di pericolosità che caratterizzavano l'originale Codice penale Rocco.

Ma la più importante modifica che ha contraddistinto la storia del trattamento dell'utente psichiatrico autore di reato consiste certamente nel superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Dopo grandi difficoltà si è giunti all'attuale sistema delle REMS, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. Nell'ottica del legislatore queste strutture rispondono, grazie alla conduzione esclusivamente sanitaria e all'impostazione terapeutico-riabilitativa delle attività svolte al loro interno, non solo all'esigenza di tutela della società (che caratterizzava i precedenti OPG), ma soprattutto di cura del soggetto. Stante la permanenza della natura detentiva della misura, si è previsto l'impiego del ricovero in REMS solo in via residuale rispetto alle altre misure di sicurezza applicabili: l'autorità giudiziaria può disporre l'ingresso del paziente in REMS solo quando ritenga che la misura non detentiva della libertà vigilata, ad essa alternativa, non sia in grado di soddisfare le necessità di cura e di controllo del soggetto.

Nella seconda parte della tesi, abbiamo approfondito l'argomento REMS dedicando la trattazione alla REMS di Spinazzola, che abbiamo potuto conoscere direttamente in sede di tirocinio formativo. La struttura appartiene al territorio della Regione Puglia e alla giurisdizione dell'ASL BAT e funge da riferimento per i pazienti autori di reato destinati alla misura di sicurezza detentiva provenienti dalle province BAT, Bari e Foggia. L'analisi della residenza ha potuto mostrare la complessità del lavoro dell'équipe in REMS, a partire dalle caratteristiche multidisciplinari

dell'approccio che, fin dall'ingresso del paziente in struttura (la cui ammissione non è richiesta da un curante ma stabilita da un Magistrato), necessita della collaborazione con tutti i soggetti coinvolti nel suo trattamento sia terapeutico che giuridico: Magistrato di Sorveglianza, giudice, avvocato, UEPE, DAP, SeRD, CSM, famiglie.

Abbiamo descritto la tipologia di utenza presente nella REMS, che è un'utenza estremamente complessa, le cui manifestazioni patologiche sono ormai croniche e sono l'esito di un susseguirsi di esperienze di vita drammatiche, violente e dolorose, tra cui periodi in istituti di detenzione, ricoveri frequenti in SPDC, per alcuni anche detenzioni in OPG, fratture familiari, il peso del doppio stigma di utente psichiatrico e di delinquente, gli esiti negativi di prese in carico da parte dei servizi spesso frammentarie e fallimentari. Il trattamento di un'utenza così complessa richiede un'équipe altrettanto complessa, in cui collaborano in maniera sinergica diverse figure della salute mentale, quale il medico psichiatra, lo psicologo, il tecnico di riabilitazione psichiatrica, altre figure sanitarie, quali medici di medicina generale, infermieri e OSS, oltre a funzionari amministrativi e assistenti sociali.

Ma soprattutto la REMS di Spinazzola è stata presa a modello per la propria proposta trattamentale che, nel suo stesso strutturarsi empirico, viene a costituire delle linee di indirizzo teoriche che possono essere prese a modello anche sul piano nazionale. Abbiamo sottolineato l'approccio di tipo etico promosso dalla struttura, che fonda il proprio modello di cura sulla promozione della dignità dell'utente. Il trattamento è orientato alla recovery, dunque ad una ricostruzione partecipata e condivisa tra utente ed équipe di un nuovo progetto di vita, funzionale alla riacquisizione di un ruolo sociale attivo, attraverso la gestione efficace dei sintomi, il recupero del senso di responsabilità, la comprensione delle conseguenze delle proprie azioni; mediante l'instaurazione di una progettualità che si muova nel segno della fiducia e della speranza che, tramite l'impegno e la costanza, un nuovo stile di vita sia realmente possibile.

Il trattamento dell'utente presso la REMS di Spinazzola punta non solo alla massima individualizzazione di ciascun percorso, ma anche alla sua generalizzazione, che possa rendere concretamente realizzabile il riavvicinamento dell'utente al territorio ed una vita futura il più possibile autonoma. Questi obiettivi vengono approcciati attraverso la realizzazione di progetti esterni, sul territorio, resi possibili dal paziente lavoro di rete impostato e proseguito dall'équipe negli anni. All'esterno i pazienti hanno la possibilità di applicare in concreto le abilità allenate in REMS e di

sentirsi parte effettiva della realtà sociale che li circonda, incrementandone così la motivazione e il senso di autoefficacia.

L'ultima parte della tesi, il *Capitolo 3*, presenta il progetto da noi seguito durante il periodo di tirocinio, consistito in un'indagine di follow up. Abbiamo intervistato un campione di 71 utenti, dimessi dalla REMS dal 2016 all'inizio del 2023. I dati raccolti hanno rappresentato una fotografia dell'evoluzione degli utenti nel post dimissioni e sono stati elaborati attraverso la metodologia statistica. I risultati ottenuti hanno mostrato complessivamente una prosecuzione del miglioramento degli utenti, una volta usciti dalla REMS, evidenziabile dall'aumento progressivo nel tempo del valore del punteggio FPS del VADO, dalla riduzione significativa di condotte aggressive e di eventi reato, dalla costanza nel mantenere l'adesione al trattamento farmacologico e, per la maggior parte dei casi, riabilitativo.

È emerso, altresì, un dato importante relativo alla residenzialità, che evidenzia come la maggior parte degli utenti continui a vivere in strutture residenziali psichiatriche e difficilmente raggiunga l'obiettivo della vita in autonomia, perlomeno non in tempi così "brevi". Anche le prospettive per il futuro di questi pazienti rispecchiano tale quadro: per la maggior parte degli utenti, la prospettiva di vita futura rimane legata alla residenzialità psichiatrica. Sono emerse, tuttavia, anche alcune problematiche relative alla presa in carico da parte dei CSM, i cui servizi spesso di limitano a garantire l'erogazione della farmacoterapia e che sono risultati difficili da contattare anche in sede di indagine.

Pensiamo di poter concludere dall'indagine svolta nel senso di una necessità di implementazione dei servizi psichiatrici territoriali, al fine di poter ridurre il ricorso alla misura custodiale (la REMS di Spinazzola presenta una lista d'attesa di circa 50 soggetti per 20 posti letto, laddove i percorsi di cura hanno una durata media di circa 2 anni) e di garantire dei percorsi trattamentali *ad hoc* per un'utenza così altamente complessa. Auspichiamo, altresì, una disciplina uniforme sulle modalità di funzionamento e di organizzazione degli istituti della salute mentale, che comprenda un'equa allocazione delle risorse, al fine di ridurre le profonde differenze territoriali che abbiamo riscontrato e di garantire un efficace percorso di reinserimento territoriale agli utenti dimessi. Riteniamo che, attraverso la prosecuzione di analisi di efficacia, qual è ad esempio lo studio di follow up, si possa giungere a definire in maniera più precisa la declinazione dei reali bisogni degli utenti psichiatrici autori di reato, così come degli operatori della salute mentale, che devono essere messi nelle condizioni di poter operare efficacemente sul territorio.

Bibliografia

- M. Bertolino, *La crisi del concetto di imputabilità*, in G. Mariucci, E. Dolcini (a cura di), *Diritto penale in trasformazione*, Giuffrè, Milano 1985.
- M. Biondi (a cura di), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione: DSM-5*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2014.
- R. Canosa, *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*, Feltrinelli, Milano 1979.
- M. T. Collica, *Vizio di mente: nozione, accertamento e prospettive*, Giappichelli, Torino 2007.
- F. Corleone, *Abbatere il muro dell'imputabilità. Una proposta che guarda oltre*, relazione dell'autore del 17/10/2020 al convegno *Malattia psichiatrica e pericolosità sociale: tra sistema penale e servizi sanitari*, disponibile al link <https://www.lalegislationepenale.eu/wp-content/uploads/2021/06/Corleone-Interventi-e-relazioni-2.pdf>.
- D. Dawan, *I nuovi confini dell'imputabilità nel processo penale*, Giuffrè, Milano 2006.
- V. De Mattos, *Una via d'uscita. Per una critica della misura di sicurezza e della pericolosità sociale. L'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario nello Stato di Minas Gerais*, Edizioni alpha beta Verlag, Merano 2012.
- G. L. Engel, *The need for a new medical model. A challenge for biomedicine*, in *Science* (1977), 196(4286):129-136.
- G. L. Engel, *The clinical application of the biopsychosocial model*, *Am J Psychiatry*. 1980 May;137(5):535-44. doi: 10.1176/ajp.137.5.535. PMID: 7369396.
- H. Ey, P. Bernard, C. Brisset, *Manuale di psichiatria - III edizione*, Masson Italia, Milano 1979.
- M. Fabbriani, *La capacità di intendere e di volere alla luce delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione n. 9163/2005*, Corso di formazione in Psicologia giuridica, psicopatologia e psicodiagnostica forense, AIPG 2005.
- L. Fioravanti, *Le infermità psichiche nella giurisprudenza penale*, Cedam, Padova 1988.
- U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forense*, VII Ed., Milano 2018.
- M Foucault, *Asili. Sessualità. Prigioni*, in *Archivio Foucault-2. 1971-1977. Poteri, saperi, strategie*, a cura di A. Dal Lago, tr. It. Di A. Petrillo, Feltrinelli, Milano 1977.
- M. Foucault, *Sorvegliare e punire. Nascita della prigione*, Einaudi, Torino 1993.
- M. Foucault, *Storia della follia nell'età classica*, BUR Rizzoli, Milano 2010.

- E. Gallo, V. Ruggiero, *Il carcere immateriale. La detenzione come fabbrica di handicap*, Edizioni Sonda, Torino 1989, consultabile al link http://www.ristretti.it/areestudio/cultura/libri/il_carcere_immateriale.pdf.
- E. Goffman, *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Einaudi, Torino 2010 (trad. F. Basaglia), consultabile al link <http://www.ristretti.it/areestudio/cultura/libri/asylums.pdf>.
- E. Goffman, *Stigma. L'identità negata*, Ombre Corte, Verona 2003.
- K. Jaspers, *Psicopatologia generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2000.
- C.- L. M Keyes, *Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health*, *J Consult Clin Psychol*, 2005 Jun;73(3):539-48.
- G. Lombardo e G. Decorato, *Gli imperdonabili e il diritto alla bellezza. Il modello Spinazzola. Percorsi di cura e di vita di pazienti psichiatrici autori di reato*, Trento, Erickson 2023.
- C. Lombroso, *Delitto, genio, follia: scritti scelti*, a cura di D. Frigessi, F. Giacanelli, L. Mangoni, Bollati Boringhieri, Torino 1995.
- S. J. Lopez, C. R. Snyder (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (2nd ed.), Oxford University Press 2009.
- G. Melani, *La funzione dell'OPG. Aspetti normativi e sociologici*, Università degli Studi di Firenze, 2014.
- A. Menghini, E. Mattevi (a cura di), *Infermità mentale, imputabilità e disagio psichico in carcere. Definizioni, accertamento e risposte del sistema penale*, Editoriale scientifica Università di Trento 2020, consultabile al link <https://iris.unitn.it/retrieve/e3835197-9f5e-72ef-e053-3705fe0ad821/Quaderni%20della%20Facolt%C3%A0%20vol.%2048.pdf>.
- M. Pelissero, L. Scomparin, G. Torrente (a cura di), *Dieci anni di REMS. Un'analisi interdisciplinare*, Edizioni Esi e Collane UniTO, Torino 2022.
- P. Pinel, *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale*, 2 voll., ETS, Pisa 2003.
- D. Ronco, *Cura sotto controllo. Il diritto alla salute in carcere*, Carocci, Roma 2018.
- J. Santambrogio, *Gli intravisti. Storie dagli ospedali psichiatrici giudiziari*, Mimesis, Milano 2020.
- M. Sterchele, *Il carcere invisibile. Etnografia dei saperi medici e psichiatrici nell'arcipelago carcerario*, Meltemi, Sesto San Giovanni 2021.

Sitografia

<https://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/>

<https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/salute-mentale-e-assistenza-psichiatrica-in-carcere/>

<http://www.conferenzasalutementale.it/wp-content/uploads/2019/05/REPORT-REMS-SPINAZZOLA-2019-05-07-def.pdf>

<https://www.fattodiritto.it/cerano-una-volta-gli-o-p-g-adesso-ci-sono-le-r-e-m-s/>

https://frida.unito.it/wn_media/uploads/reportsm_1619608492.pdf

https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/pages/it/homepage/pub_rel_par/

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/07/04/17G00116/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2012/11/19/12A12296/sg>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1930/10/26/251/sg/pdf>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1904-02-14;36@originale>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2011-12-22;211>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2012-02-17;9>

<https://www.poliziapenitenziaria.it/public-post-blog-compiti-di-custodia-e-sicurezza-nelle-rems-interrogazione-parlamentare-sulle-mansioni-di-medici-e-i-2584-asp/>

<http://www.psychiatryonline.it/node/4162>

<http://www.psychiatryonline.it/node/4915>

<http://www.rapportoantigone.it/>

<http://www.rassegnapenitenziaria.it/cop/76.pdf>

<http://www.ristretti.it/areestudio/giuridici/leggi/capacita.htm>

www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf

<https://www.societadellaragione.it/campagne/salute-mentale/imputabilita/folli-rei-la-proposta-di-legge/>

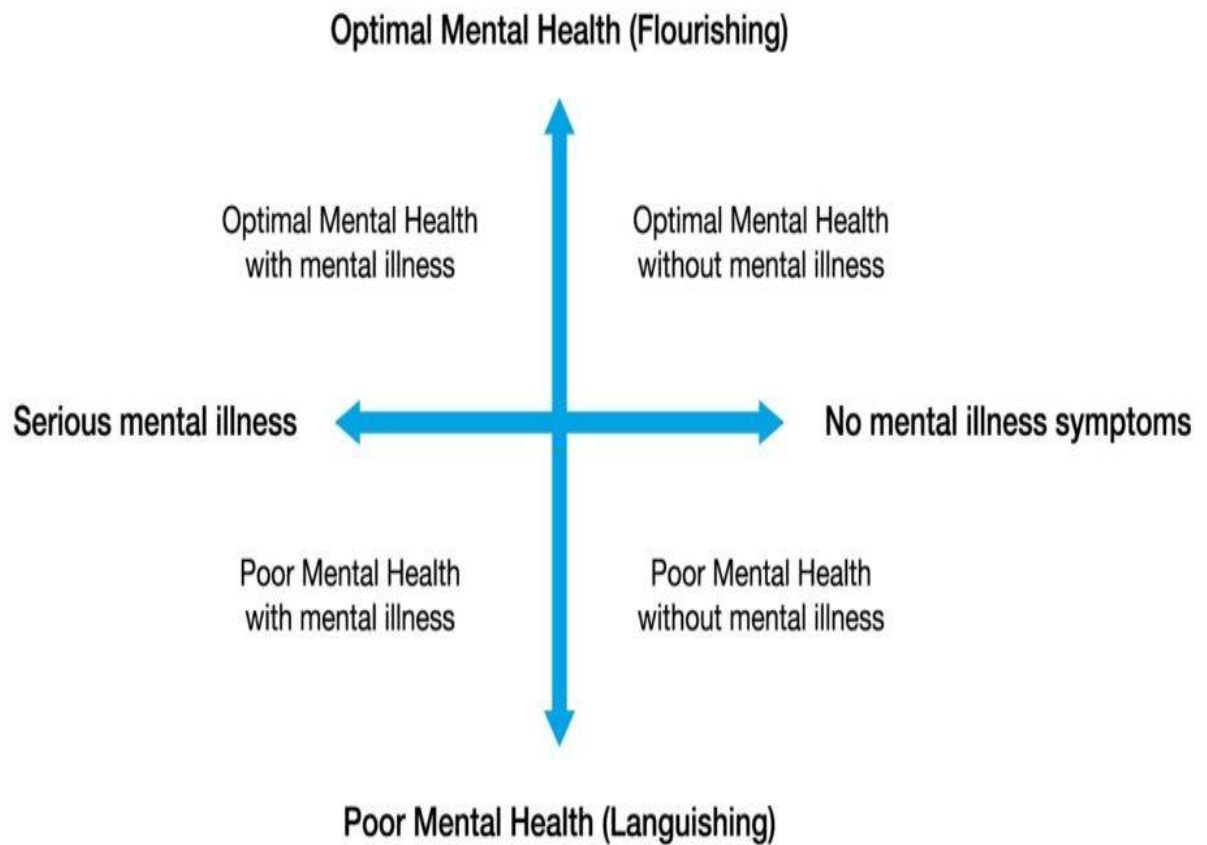
<http://www.societaitalianadipsichiatriaforense.it>

<https://www.stopopg.it/node/224>

https://www.youtube.com/watch?v=cM2z7EyPJPA&ab_channel=ASLBT

Allegati

Allegato 1



Allegato 2



Rif. n.

Spinazzola,

Andria
Barletta
Bisceglie
Canosa di Puglia
Margherita di Savoia
Minervino Murge
San Ferdinando di Puglia
Spinazzola
Trani
Trinitapoli

Azienda
Sanitaria Locale BAT

76123 Andria
Via Fornaci, 201
Tel. 0883.299.750
Fax 0883.299.461

P.IVA 06391740724
Cod.Fisc. 90062670725

Direzione
Dipartimento di Salute
Mentale
70031 Andria
Via Lisbona, 24
Tel. 0883.299.907
Fax 0883.299.931

R.E.M.S. Spinazzola
76014 Spinazzola
Corso Vittorio Emanuele 121
Tel. 0883. 6870.322

OGGETTO: PARTECIPAZIONE AL FOLLOW UP POST DIMISSIONE

La R.E.M.S. di Spinazzola dalla sua costituzione, ha avviato uno studio sul percorso terapeutico riabilitativo degli utenti dimessi, con l'intento di acquisire dati relativi alla continuità progettuale.

A tal fine l'equipe terapeutica contatta periodicamente la struttura dove risiede l'ospite, sottoponendo un breve questionario all'operatore e all'utente comprendente le principali aree del VADO:

1. Attività socialmente utili
2. Rapporti familiari e sociali
3. Cura dell'aspetto e dell'igiene
4. Comportamenti disturbanti o aggressivi.

Si richiede pertanto alle S.S.V.V. la disponibilità a collaborare fornendo le informazioni a noi necessarie.

Con l'occasione si porgono cordiali saluti.

In fede

Nominativo struttura:.....
Tel:
Referente.....

Allegato 3

Scala di Funzionamento Personale e Sociale (FPS) (segue)

100-91	Funzionamento <i>più che buono</i> in tutte le aree pertinenti alla sua età. È ben visto dagli altri per le sue molte qualità positive, sembra capace di far fronte adeguatamente ai problemi della vita. Interessato o impegnato in numerose attività.
90-81	Funzionamento <i>adeguato</i> in tutte le aree, presenza solo di problemi e difficoltà comuni a molti.
80-71	<i>Lievi difficoltà</i> in una o più delle aree principali (ad es. temporanee difficoltà nel tener dietro al lavoro o al programma scolastico).
70-61	<i>Difficoltà evidente</i> in una o più delle aree principali, ad es. qualche assenza dal lavoro non dovuta a malattie fisiche e/ o occasionali atti sconcertanti per i conviventi e/o carenze di amicizie, e/o qualche leggero ma chiaro segno di scarsa attenzione al proprio aspetto; nessuna difficoltà a svolgere un lavoro protetto.
60-51	<i>Marcata difficoltà</i> in una sola delle aree, ad es., assenza di amici e difficoltà di rapporti con i familiari, ma con qualche rapporto sociale e familiare conservato o difficoltà anche in un lavoro protetto; nelle altre aree possono essere presenti difficoltà lievi o evidenti.
50-41	<i>Difficoltà marcate</i> in due o più aree principali (1-3) con nessuna disfunzione grave o <i>disfunzione grave</i> in una sola area principale con nessuna disfunzione marcata nelle altre aree principali (vedi 30-21 per disfunzione grave nei comportamenti disturbanti), ad esempio tutte le difficoltà del livello precedente assieme.
40-31	<i>Disfunzione grave</i> in una sola area principale con <i>disfunzioni marcate</i> in una o più delle altre tre aree principali (ad es. nessuna attività socialmente utile, assenza di frequentazioni sociali, ma rapporti discreti con almeno un familiare).
30-21	<i>Disfunzione grave</i> in due delle aree principali 1-3 oppure <i>disfunzione grave</i> nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre tre aree principali.
20-11	<i>Disfunzione grave</i> in tutte e tre le aree principali 1-3, o anche <i>disfunzione gravissima</i> nei comportamenti disturbanti con o senza disabilità nelle altre aree. Nel dare il punteggio, nell'ambito di questo livello considerare se il paziente risponde (20-16) o risponde poco agli stimoli esterni (15-11).
10-1	<i>Mancanza di autonomia</i> nelle funzioni di base con <i>comportamenti estremi</i> (ad es. si sporca volutamente di feci), ma senza pericolo di vita o, da 5 a 1, <i>incapacità a mantenere l'autonomia</i> nelle funzioni di base, <i>tale da mettere in pericolo la sopravvivenza</i> (rischio di morte per malnutrizione, disidratazione, infezioni, incapacità a riconoscere situazioni evidenti di immediato pericolo).
0	Informazioni insufficienti per dare un punteggio alla scala FPS.

Ringraziamenti

Desidero ringraziare tutte le persone senza le quali il presente lavoro di tesi non sarebbe stato possibile. In primo luogo, la dott.ssa Sara Ferron, che ci ha accompagnati per questi 3 anni di percorso di studi, con la sua presenza gentile e costanza di disponibilità ed impegno. A seguire, tutta l'équipe della REMS di Spinazzola, che ha garantito lo svolgimento del mio ultimo tirocinio formativo, in particolare il direttore della struttura, il dott. Antonio Lattanzio, senza il cui consenso il mio tirocinio non sarebbe stato possibile. Ringrazio l'impiegato amministrativo Antonio Protopapa, che mi ha pazientemente accompagnata nella comprensione della complessa burocrazia che attraversa la storia di ogni inserimento in REMS. Ringrazio la dott.ssa Giusi Lombardo, che mi ha mostrato tutti i giorni, attraverso il suo lavoro, l'applicazione con fermezza e con coerenza dei principi etici di dignità umana. Ma soprattutto ringrazio la mia mentore, tutor di tirocinio e relatrice di questa tesi, dott.ssa Giuseppina Decorato, per avermi supportato durante un anno per me molto difficile, motivandomi ed aiutandomi a credere in me stessa. Da lei ho imparato la creatività: il saper ogni giorno riscoprire e reinventare, tra le strette maglie della necessità, un caleidoscopico universo di infinite possibilità.