- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.243 Sun, 13 Jul 2025, 08:26:52

Dagli OPG alle REMS: il ruolo di un servizio sanitario territoriale nell'esecuzione delle misure di sicurezza detentive e non, nei confronti degli autori di reato con problemi psichici

From OPG to REMS: the role of a territorial health service in the implementation of security and non-custodial measures towards offenders with psychological problems

GIANMARCO LATTE[1], LIVIA AVVISATI[1], SARA CALANDRO[1], CARMELA DI FILIPPO[1], MONICA DI GENIO[1], GIOVANNA DI IORIO[1], VALENTINA GILARDI[1], SARA GIORDANO[1], ANTONIO MARIA PAGANO[1]*

*E-mail: a.pagano@aslsalerno.it

[1]Servizio Superamento OPG e Salute Mentale in Carcere, ASL Salerno

RIASSUNTO. Scopo. La gestione dell'assistenza sanitaria nei confronti di persone con problemi psichici autrici di reato è profondamente mutata negli ultimi anni. Scopo di questo studio è descrivere il progressivo processo di superamento degli OPG e l'identificazione di percorsi di cura e riabilitazione necessari in tale processo, nell'esperienza dell'ASL Salerno. **Metodi.** Sono state effettuate una analisi dei contesti legislativi riferiti al processo in atto e una analisi di dati epidemiologici e strutturali riferiti all'intervallo temporale dal 2010 al 2017, relativi al sistema OPG/REMS/Salute Mentale in Carcere in Campania e nel territorio di Salerno. **Risultati.** I contesti legislativi del passaggio dagli OPG alle REMS sono definiti dal DPCM 1/4/2008 e successivi accordi in Conferenza Unificata, altre norme giuridiche e atti organizzativi sanitari a valenza regionale. È richiesta una profonda ristrutturazione del Sistema Sanitario Nazionale. In Campania è stato completato un percorso significativo, con la chiusura degli OPG, la realizzazione delle REMS definitive, delle Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere, del Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG, dei Servizi aziendali di superamento degli OPG e Salute Mentale in Carcere. Il risultato di queste trasformazioni è un mutamento profondo dell'approccio assistenziale, che si evince dai cambiamenti in atto in parametri indicativi delle traiettorie assistenziali e del loro esito. **Conclusioni.** Il nuovo approccio mostra sia aspetti migliorativi, sia aspetti problematici ancora in tutto o in parte da affrontare. Tra le prospettive applicative è auspicabile un miglioramento della comunicazione tra Sistema Sanitario Nazionale e Magistratura. Il bilancio delle trasformazioni in atto può dirsi nel complesso positivo. Appare cruciale, in questa fase, un'implementazione delle sinergie tra i sistemi coinvolti.

PAROLE CHIAVE: REMS, OPG, carcere.

SUMMARY. Aims. Managing health care for people suffering from mental illness is undergoing deep changes in recent years in Italy. The purpose of this study is to describe the progressive process of overcoming the Forensic Hospitals in Italy (OPGs) and to identify the necessary care and rehabilitation pathways in this process, in the experience of the territorial health service in Salerno, Italy. **Methods.** An analysis of the recent laws related to the ongoing process and an analysis of epidemiological and structural data referring to the time interval between 2010 and 2017 concerning the OPGs/Residential Services for the Execution of Security Measures (RSESM)/Mental Health System in Campania, Italy and in the territory of Salerno in particular. **Results.** The acts governing the transition from OPG to RSESM include DPCM 1/4/2008 and subsequent "Conferenza Unificata" agreements, other laws and regional health organizational regulations. A thorough restructuring of the National Health Service is required. A substantial path in Campania has been completed, with the closure of OPGs, the realization of definitive RSESM, the Departments for Mental Health Care in prison, the Regional Technical Group for overcoming the OPGs, the territorial Services for overcoming the OPGs and for Mental Health in Prison. The result of these transformations is a deep change in the health care approach, as evidenced by the current changes in action in indicative parameters of care pathways and their outcomes. **Conclusions.** The new approach shows both improvement features and totally or partially unaddressed problematic features. As for the actual management issues, improvements in communication between Mental Health Care and the magistracy. The overall evaluation of the transformations in progress is positive. At this stage, it is crucial to identify and monitor indicators of the pathways of care and their outcomes and to implement synergies among the systems involved.

KEY WORDS: Residential Services for the Execution of Security Measures, Forensic Hospitals, prison.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.243 Sun, 13 Jul 2025, 08:26:52

INTRODUZIONE

Contesti legislativi del passaggio dagli OPG alle REMS

L'organizzazione e la gestione dell'assistenza sanitaria nei confronti di persone con problemi psichici autrici di reato e interessate da un provvedimento di restrizione (misura cautelare, misura di sicurezza detentiva e non detentiva) sono profondamente mutate in Italia negli ultimi anni.

Tale processo è stato innescato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 1/4/2008[1], in cui è stato sancito il passaggio dell'assistenza sanitaria alle persone detenute dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, ovvero al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Dal mese di ottobre del 2010 il personale sanitario che aveva un rapporto contrattuale con il Ministero della Giustizia ha traslato tale rapporto alle Aziende Sanitarie Locali (ASL) di competenza. La responsabilità organizzativa e gestionale delle attività sanitarie nei confronti delle persone autrici di reato con misura di sicurezza detentiva e non detentiva viene attribuita al SSN. Viene istituito un apposito Fondo nazionale definito "Fondo Sanità Penitenziaria".

Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e l'identificazione di percorsi di cura e riabilitazione necessari in tale processo – ivi inclusa la messa in funzione di strutture alternative quali le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) – si inseriscono in questo processo di passaggio di responsabilità organizzative e gestionali. Questo, se da un lato ha determinato il promulgare di norme che hanno dato un impulso verso un approccio prevalentemente "sanitario" dall'altro si scontra con ben radicate prassi di organizzazioni e persone.

Il DPCM del 1/4/2008, con i successivi accordi in Conferenza Unificata[2-4], ha previsto che, nell'assistenza alle persone con misure di sicurezza detentiva e non, si passi da un soggetto unico, il Ministero della Giustizia, a un insieme di sistemi interagenti tra di loro; il sistema giudiziario (Tribunali, Amministrazione Penitenziaria) e il SSN. Questi hanno funzioni precise, distinte e collaboranti, che rispondono ai dettati costituzionali del diritto alla salute, del diritto alla sicurezza personale dei singoli individui, della complessiva sicurezza dei diritti dei cittadini e dei beni giuridici loro sottesi, in un contesto sociale complesso e ricco di contraddizioni[5,6].

Il passaggio dagli OPG alle REMS (caso particolare del passaggio dell'assistenza sanitaria di persone autrici di reato interessate da misure di sicurezza detentive e non detentive dal Ministero della Giustizia al SSN) è stato normato, oltre che da una serie di accordi in Conferenza Unificata[2-4], attraverso l'emanazione di norme giuridiche[7-10] e atti organizzativi sanitari a valenza regionale[11-13].

Riferimenti organizzativi e gestionali

Negli accordi in Conferenza Unificata è stato evidenziato che: non tutte le persone presenti negli OPG hanno una diagnosi principale di natura strettamente psichiatrica[4]; è necessario realizzare progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) condivisi tra i servizi territoriali non solo sanitari ma anche sociali; entra un terzo sistema, il Welfare; l'obiettivo finale necessario di tale processo è il reinserimento dell'utente nei contesti sociali di appartenenza.

Inoltre, viene richiesto che: 1) il SSN effettui una completa ristrutturazione dell'offerta dei servizi e che metta la Magistratura in condizione di effettuare la misura di sicurezza in contesti sanitari ordinari con garanzie di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale; 2) le Regioni, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e la Magistratura definiscano, mediante specifici accordi, le modalità di collaborazione inerenti l'applicazione delle misure di sicurezza detentive, la loro trasformazione e l'eventuale applicazione di misure di sicurezza non detentive; 3) il SSN provveda alla predisposizione e l'invio all'Autorità Giudiziaria competente dei PTRI finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dal ricovero in REMS.

La legge 81/2014[9] e la sua esplicitazione nella sentenza della Corte Costituzionale n. 186/2015[5] richiedono, propedeuticamente all'emissione di un provvedimento nei confronti di un autore di reato con problemi psichici, due tipi di attività che per le loro caratteristiche possono essere distinte in: sincroniche, ovvero concernenti l'evento in causa e la correlazione con le condizioni psichiche dell'indagato; diacroniche, ovvero concernenti gli interventi sanitari necessari nei confronti della persona autrice di reato con problemi psichici che permettano idonee e adeguate cure, nel contesto di una equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale, e di far fronte alla sua pericolosità sociale anche con misure di sicurezza non detentive che tengano in considerazione la complessiva sicurezza dei diritti dei cittadini e dei beni giuridici individuali e collettivi.

Scopo

Lo scopo di questo studio è descrivere il progressivo processo di superamento degli OPG e l'identificazione di percorsi di cura e riabilitazione necessari in tale processo, inclusa la messa in funzione di strutture alternative quali le REMS, nell'esperienza dell'ASL Salerno, mettendone in evidenza i contesti legislativi, le prospettive applicative e gli aspetti migliorativi e problematici.

METODI

Sono state effettuate, oltre a una analisi dei contesti legislativi, una raccolta e una analisi di dati epidemiologici e strutturali riferiti all'intervallo temporale dal 2010 al 2017, relativi al sistema OPG/REMS/Salute Mentale in Carcere (SMC) in Campania (apertura delle REMS definitive e delle Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere; richieste di accesso in REMS e dimissioni da REMS) e nel territorio di Salerno (ingressi in OPG e dimissioni da OPG; allocazione e situazione giuridica attuale dei pazienti dimessi da OPG; aspetti clinico-giuridici dell'utenza dell'Articolazione per la tutela della salute mentale in carcere di Salerno; utenti presenti negli Istituti Penitenziari del territorio di Salerno; utenti attualmente presenti in REMS e presenza di un PTRI; richieste di allocazione in REMS, ingressi e dimissioni nelle REMS e allocazioni successive; allocazioni attuali ed eventuale reiterazione di reati degli utenti per cui è attiva una richiesta di allocazione in REMS; prevalenza dell'interessamento nel sistema OPG/REMS relativa alla popolazione generale).

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.243 Sun, 13 Jul 2025, 08:26:52

RISULTATI

Gli interventi di organizzazione e le azioni del Sistema Sanitario Regionale della Campania

Negli ultimi anni, a partire dal 1/4/2015, data della chiusura definitiva degli OPG, è stato completato in Campania un percorso particolarmente significativo. Sono stati chiusi gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari di Napoli (il 21/12/2015)[14] e di Aversa (il 15/6/2016)[15]. È stata effettuata la realizzazione di tutte le strutture programmate per il definitivo superamento degli OPG: sono state attivate le REMS definitive nelle sedi di Calvi Risorta (CE) (21/12/2016)[16] e di San Nicola Baronia (AV) (15/12/2015)[17] (Tabella 1); sono state rese operative le Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere[12] (Tabella 2), finalizzate all'accoglienza dei detenuti ristretti degli Istituti Penitenziari del territorio di pertinenza che presentano: a) rilevanti bisogni di tutela della salute mentale; b) condizioni di cui all'art. 111 del DPR 230/2000 (infermi e minorati psichici); c) condizioni di cui all'art. 112, comma 2, del DPR 230/2000 (accertamento delle infermità psichiche); d) condizioni di cui all'art. 148 c.p. (infermità psichica sopravvenuta); e) condizioni di cui all'art. 285 c.p.p. (custodia cautelare in carcere).

È stata inoltre raggiunta la piena operatività del Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG, in cui sono presenti rappresentanti di ogni ASL, dell'Amministrazione Penitenziaria e della Regione, tale gruppo esercita le funzioni di: coordinamento delle attività di ammissione alle REMS, permanendo la competenza per l'assegnazione in capo all'Amministrazione Penitenziaria; gestione della lista di attesa REMS regionale in base a specifici criteri di accesso (1. internati definitivi; 2. internati provvisori o definitivi con presa in carico sanitaria assente o critica; inoltre il posto destinato al singolo paziente è garantito limitatamente ai 10 giorni successivi alla data di formale comunicazione della disponibilità; in caso di allontanamento di un paziente dalla REMS il posto è conservato temporaneamente e ritenuto indisponibile per altri pazienti fino a eventuale diverso provvedimento delle Amministrazioni e delle Autorità competenti).

Sono stati infine istituiti, nella maggior parte delle ASL, i Servizi aziendali di superamento degli OPG e SMC[18]. Tali Servizi sono deputati a:

- gestire le strutture (REMS e Articolazioni) presenti nelle ASL;
- assicurare la tutela della salute mentale in carcere;
- provvedere agli interventi di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere;
- essere l'unica interfaccia tra il SSN e la Magistratura per la gestione sanitaria di tutte le persone autrici di reato con problemi psichici interessate da una misura di sicurezza detentiva e non detentiva;
- definire, coordinare e inviare alla Magistratura i PTRI delle persone autrici di reato con problemi psichici interessate da una misura di sicurezza detentiva e non detentiva, per la realizzazione degli interventi finalizzati sia a prevenire l'applicazione delle misure di sicurezza detentive sia a favorire le misure alternative richieste dalla legge n. 81/2014[9].

I cambiamenti in Campania successivi alla chiusura definitiva degli OPG

Dalla data di effettiva apertura delle REMS al 31/1/2017 le richieste di accesso in Campania sono state 123 (Tabella 3). Di queste, più della metà, in accordo con il trend nazionale, hanno riguardato persone destinatarie di misure di sicurezza provvisorie. Nello stesso periodo temporale, le dimissioni da REMS sono state 75, diversamente rappresentate nelle varie ASL della Regione (Tabella 4). Al 31/1/2017, sono presenti in REMS in Regione Campania 65 persone.

ASL Salerno

Il modello organizzativo

Il modello organizzativo delineato nell'ASL Salerno tiene conto della normativa nazionale e recepisce, al contempo, le indicazioni regionali. È prevista una Unità Operativa che realizza, mediante le risorse assegnate, l'appropriato svolgimento delle funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime

Tabella 1. REMS definitive della Regione Campania.

Sede	Data attivazione	N. posti
Calvi Risorta (CE)	21/12/2016	20
San Nicola Baronia (AV)	15/12/2015	20

Tabella 2. Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere della Campania.

ASL	Istituto Penitenziario	N. posti	Utenza	Provenienza
Avellino	S. Angelo dei Lombardi	10	Maschile	ASL Avellino
Benevento	Benevento	6	Maschile	ASL Benevento
Caserta	S. Maria Capua Vetere	20	Maschile	AASSLL Caserta, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud
Napoli 1 Centro	Secondigliano	18	Maschile	ASL Napoli 1 Centro
Napoli 2 Nord	Pozzuoli	8	Femminile	ASL Regionali
Salerno	Salerno	8	Maschile	ASL Salerno

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.243 Sun, 13 Jul 2025, 08:26:52

Tabella 3. Richieste di accesso in REMS Regione Campania dal 1/4/2015 al 31/1/2017.

Provenienza	MDS definitiva	MDS provvisoria	Totale
ASL Avellino	0	7	7
ASL Benevento	4	4	8
ASL Caserta	5	16	21
ASL Napoli 1	7	11	18
ASL Napoli 2	5	6	11
ASL Napoli 3	13	16	29
ASL Salerno	8	8	16
Totale Regione Campania	42	68	110
Extra Regione	–	–	13

MDS= misura di sicurezza.

Tabella 4. Dimissioni da REMS Regione Campania dal 1/4/2015 al 31/1/2017.

ASL Avellino	0
ASL Benevento	4
ASL Caserta	15
ASL Napoli 1	9
ASL Napoli 2	9
ASL Napoli 3	14
ASL Salerno	11
Totale Regione Campania	62
Extra Regione	13

di esecuzione penale, ai minori destinatari di provvedimenti penali, e l'assistenza agli autori di reato con problemi psichici interessati da misura di sicurezza detentiva e non detentiva. Coordina, infine, i processi di integrazione socio-sanitaria con i Piani di Zona[19], i servizi aziendali e le agenzie territoriali sociali e sanitarie. In tale Servizio sono impegnati attualmente quattro psichiatri, oltre il responsabile, infermieri, tre psicologi part-time, operatori socio-sanitari, tecnici della riabilitazione e assistenti sociali.

Le attività di superamento degli OPG

Le attività di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari hanno avuto inizio nel dicembre 2010, con l'individuazione di una figura dirigenziale nel Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG con il compito di coordinare tutte le azioni della ASL per la dimissione dei pazienti in OPG.

Gli obiettivi prefissati sono consistiti nella ricerca della definizione dei processi in grado di garantire sia la continuità dell'assistenza sanitaria sia i richiesti livelli di sicurezza stabiliti dall'Autorità Giudiziaria, nel concreto rientro degli utenti nei territori di origine, per favorire percorsi di inclusione e responsabilizzazione individuale, professionale e sociale.

Nel corso degli anni sono stati promossi momenti di formazione rivolti agli operatori sanitari che lavorano nell'ASL e nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie presenti sul territorio, questi hanno mostrato straordinaria sensibilità e disponibilità nel condividere la progettualità. Tutto ciò ha portato alla condivisione di una metodologia di lavoro e di strumenti di osservazione, che permettono oggi di gestire nel territorio circa 150 persone autrici di reato con problemi psichici in un regime di misura di sicurezza non detentiva, senza alcuna reiterazione di reato.

Il Servizio provvede a seguire dal punto di vista clinico, in collaborazione con i servizi territorialmente competenti, questa popolazione, con controlli ambulatoriali quindicinali per coloro che sono in comunità socio-sanitarie o al domicilio; controlli quindicinali presso le strutture sanitarie; incontri mensili con le agenzie territoriali (Unità Operative di Salute Mentale; Servizi per le Dipendenze patologiche; Uffici locali per l'Esecuzione Penale Esterna; Comunità socio-sanitarie, Case di cura; ecc.) per la valutazione delle azioni previste dal PTRI e l'invio congiunto alla Magistratura delle relazioni previste dall'ordinamento giuridico.

Il lavoro così coordinato ha permesso, dal 2010 alla data di chiusura degli OPG, la dimissione di ben 75 pazienti dagli OPG a fronte di 89 ingressi. Nella Tabella 5 sono indicati il numero di ingressi e di dimissioni per anno, dal 2010 al 31/3/2015. Si può notare il progressivo incremento delle dimissioni rispetto agli ingressi con il trascorrere del tempo, a conferma della bontà del metodo di collaborazione in atto tra le agenzie territoriali.

Nella Figura 1 sono indicate le attuali allocazioni e l'attuale situazione giuridica degli utenti dimessi da OPG nel periodo temporale dal 2010 al 31/3/2015. Si può notare come in massima parte gli utenti siano in libertà. Una ulteriore, sensibile sottopopolazione è attualmente allocata presso Strutture Sanitarie o socio-sanitarie, in regime di Libertà Vigilata (LV) o di Licenza Finale di Esperimento (LFE).

Attività di Salute Mentale in Carcere e in Articolazione

Il Servizio di SMC si occupa di tutti gli Istituti Penitenziari presenti nella provincia di Salerno: l'Istituto a Custodia At-

Tabella 5. Pazienti entrati e usciti dagli OPG dal 2010 al 31/3/2015.

Ingressi e dimissioni OPG 2009-2015	Ingressi	Dimissioni
2009	9	–
2010	12	1
2011	18	13
2012	8	15
2013	18	13
2014	19	26
2015 (fino al 31/3)	5	7
Totale	89	75

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.243 Sun, 13 Jul 2025, 08:26:52

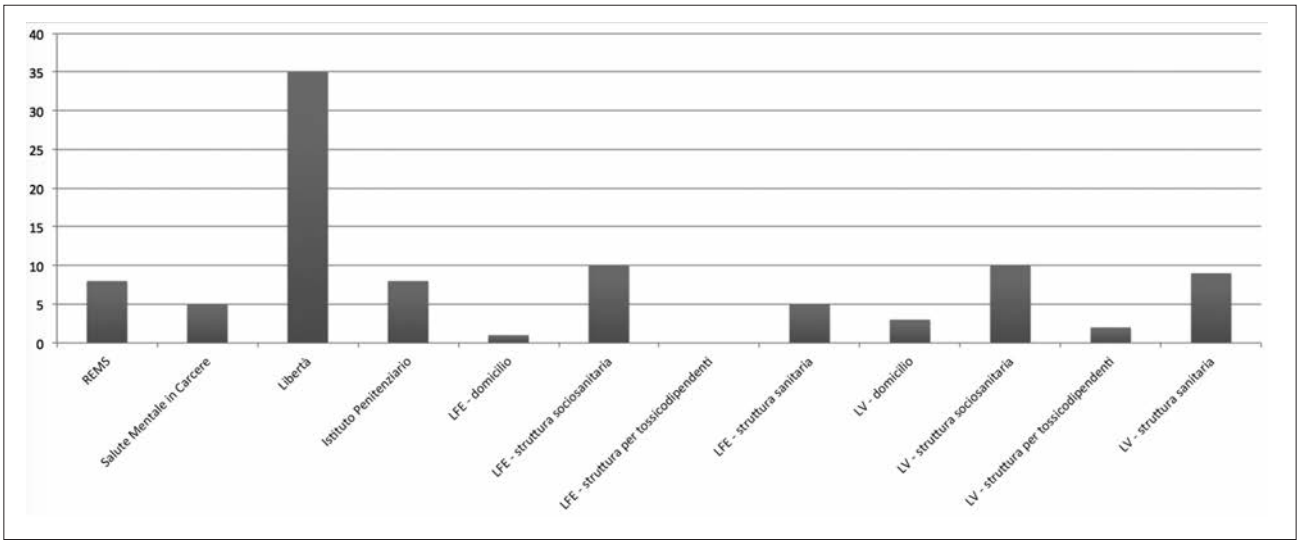

Figura 1. Allocazione al 31/8/2016 dei pazienti dimessi dagli OPG e loro situazione giuridica. È riportato il numero degli utenti per ogni allocazione.
LFE= Licenza Finale di Esperimento; LV= Libertà Vigilata.

tenuata per il trattamento dei Tossicodipendenti presso Eboli; la Casa Circondariale "Antonio Caputo" presso Salerno; la Casa Circondariale presso Vallo della Lucania; la Comunità Ministeriale per Minorenni presso Salerno; il Centro Prima Accoglienza per Minorenni presso Salerno (Tabella 6). In queste strutture, i servizi in emergenza sono garantiti dal personale medico di Continuità Assistenziale.

Tabella 6. ASL Salerno - Istituti Penitenziari. Capienze regolamentari e detenuti presenti al settembre 2016.

Istituto Penitenziario (IP)	Tipo istituto	Capienza Regolamentare	Detenuti presenti al 9/2016		
			Totale	Donne	Stranieri
Eboli	ICATT	54	51	0	0
Salerno "Antonio Caputo"	CC	367	428	51	65
Vallo della Lucania	CC	40	44	0	9
Salerno	CMM	4	3	ND	ND
Salerno	CPA	6	0	ND	ND
Totale	471	526	51	74	
Totale Regione Campania	6262	6972	337	897	

CC= Casa Circondariale; CMM= Comunità Ministeriale per Minorenni; CPA= Centro Prima Accoglienza per Minorenni; ICATT= Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti; ND= non disponibile.

Con apposito protocollo tra la ASL e la Direzione della Casa Circondariale di Salerno sono state definite precise modalità operative in merito a:

- attività di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere (queste vengono svolte nei confronti di tutti i detenuti che a qualsiasi titolo accedono in Istituto, mediante l'utilizzo di appositi test validati);
- attività di consulenza e presa in carico dei detenuti con problemi psichici (si utilizza per una necessaria presa in carico congiunta tra l'amministrazione penitenziaria e il SSN mediante apposito strumento di osservazione; infermieri dedicati della SMC provvedono alla somministrazione della terapia psicofarmacologica anche nelle sezioni);
- funzionamento e organizzazione dell'Articolazione per la salute mentale in carcere (l'Articolazione è dotata di un proprio regolamento sottoposto all'approvazione della Magistratura di sorveglianza; in essa è vietata la contenzione);
- formazione congiunta di operatori sanitari e operatori dell'amministrazione penitenziaria.

Alcuni degli aspetti maggiormente critici che l'Unità Operativa si è trovata ad affrontare negli Istituti Penitenziari sono stati il massiccio ricorso a psicofarmaci e le notevoli richieste di visite psichiatriche, entrambe non sempre appropriate. Tali problematiche sono diffuse negli Istituti Penitenziari di tutta la penisola, infatti recentemente il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha emanato una precisa direttiva per arginare il fenomeno[20]; in una corrispondente nota del Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria della Campania si evidenzia inoltre come le problematiche comportamentali che si incontrano in ambito carcerario abbiano spesso «[…] ragioni di gesti particolari,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.243 Sun, 13 Jul 2025, 08:26:52

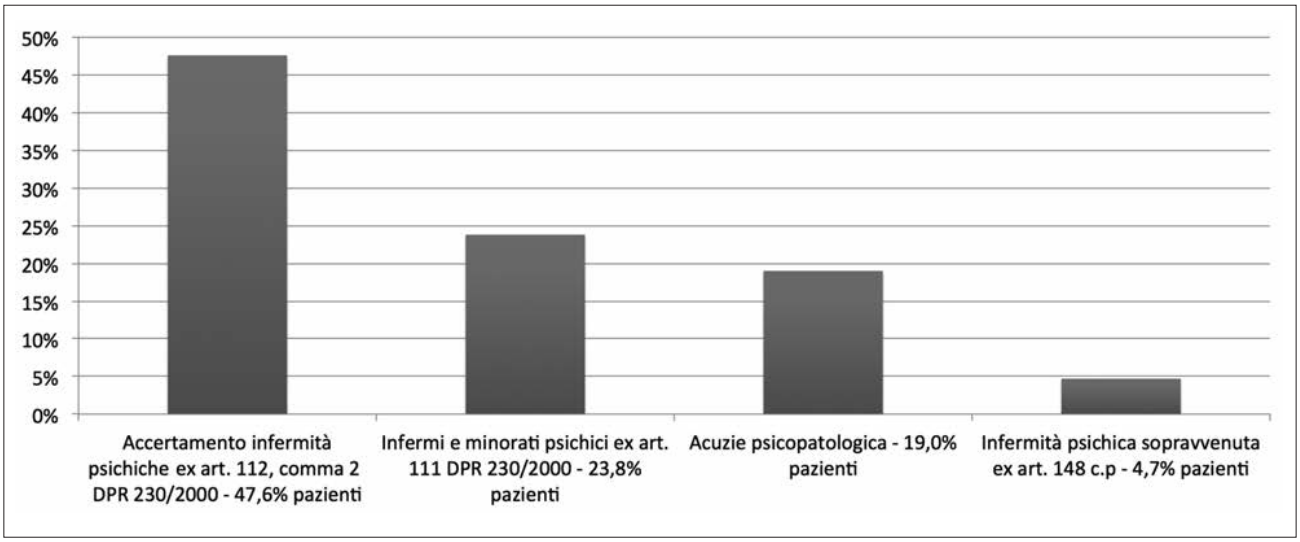

Figura 2. Distribuzione percentuale relativa alle posizioni giuridiche dei soggetti ricoverati in Articolazione per la salute mentale in carcere presso la Casa Circondariale Fuorni. È riportata la percentuale delle posizioni giuridiche dei soggetti ricoverati da giugno 2015 a dicembre 2016.

ragioni spesso riconducibili a problemi legati alle limitazioni proprie del regime penitenziario e alla sua organizzazione interna piuttosto che a condizioni soggettive patologiche. Si sottolinea, infatti, che la segnalazione allo specialista psichiatra, fatta in maniera sistematica e dopo una certificazione medica di pronto intervento, se non supportata da una valutazione sanitaria non di emergenza sulla persona, rischia di diventare un atto deresponsabilizzante, per tutti. La stessa Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato che lo status detentivo crea di per sé nella persona una condizione di sofferenza; tale condizione non va necessariamente affrontata e/o risolta facendo ricorso agli psicofarmaci»[20,21]. Tali riflessioni appaiono pienamente condivisibili, e non necessariamente in un senso ristretto al solo ambito carcerario. L'adozione di un approccio attento a tali problematiche ha permesso una progressiva riduzione e l'uso degli psicofarmaci riservato ai soli casi effettivamente necessari.

I dati relativi all'attività dell'Articolazione sono mostrati in Figura 2 e in Tabella 7.

Tabella 7. Distribuzione percentuale relativa alle categorie diagnostiche dei soggetti ricoverati in Articolazione per la salute mentale in carcere presso la Casa Circondariale Fuorni dal giugno 2015 al dicembre 2016.

Disturbi dello spettro psicotico	19,71%
Disturbi dello spettro dell'umore	17,28%
Disturbi di personalità	31,57%
Disabilità intellettiva	9,52%
Disturbi dell'adattamento	19,04%

I cambiamenti successivi alla chiusura definitiva degli OPG e l'utilizzo delle REMS

Con la chiusura degli OPG, le richieste di accesso in REMS non sono diminuite; al contrario queste ultime, in quanto strutture sanitarie, soggette a precise delimitazioni di posti letto, hanno dato luogo al fenomeno delle liste di attesa.

Nella Tabella 8 è indicato il numero delle richieste di allocazione in REMS da parte della Magistratura ricevute dal Servizio al 31/1/2017. La totalità di tali richieste riguarda utenti interessati da misure di sicurezza detentive provvisorie. Nessuna di tali persone, grazie anche alla presenza di un PTRI condiviso tra le agenzie territoriali con il coordinamento del Servizio Superamento OPG, ha commesso nuovamente reato.

Nella Figura 3 sono indicate le attuali allocazioni e l'attuale situazione giuridica degli utenti per i quali è attiva una richiesta di REMS al 31/1/2017. Si può notare come la maggior parte degli utenti sia attualmente allocata presso Strutture Sanitarie, in regime di LV.

Nella Tabella 9 è indicato il numero di ingressi e di dimissioni per anno in REMS, dal 1/4/2015 al 31/12/2016.

Tabella 8. Richieste di allocazione in REMS attive al 31/1/2017 e reati commessi successivamente all'inserimento in un PTRI.

	MDS provvisoria	MDS definitiva	Totale
Richieste di allocazione in REMS attive al 31/1/2017	21	0	21
Reati commessi successivamente all'inserimento in un PTRI	0	0	0

MDS= misura di sicurezza; PTRI= progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.243 Sun, 13 Jul 2025, 08:26:52

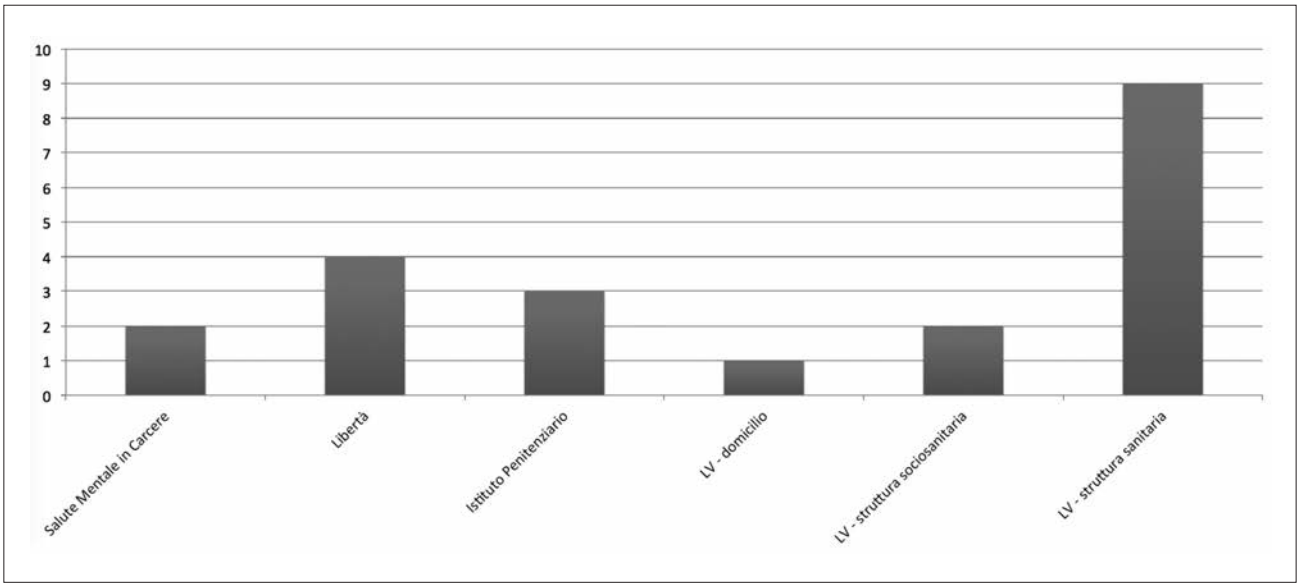

Figura 3. Allocazione al 31/1/2017 degli utenti per i quali è attiva una richiesta di REMS e loro situazione giuridica. È riportato il numero degli utenti per ogni allocazione. La maggior parte delle persone è attualmente allocata presso Strutture sanitarie in regime di Libertà Vigilata (LV).

Tabella 9. Utenti entrati e usciti dalle REMS dal 1/4/2015 al 31/12/2016.

Ingressi e dimissioni REMS 2015 - 2016	Ingressi	Dimissioni
2015 (dal 1/4)	8	2
2016	8	9
Totale	16	11

Tabella 10. Allocazioni e situazioni giuridiche dei pazienti successive alle dimissioni da REMS.

LV Struttura Sanitaria	5
LV Domicilio	3
Arresti Struttura Sanitaria	1
Libertà Struttura Sanitaria	1
Decessi	1
Totale	11

LV= Libertà Vigilata.

Nella Tabella 10 sono indicate allocazioni e situazione giuridica degli utenti successivamente alla dimissione da REMS. La maggior parte degli utenti risulta attualmente allocata presso Strutture Sanitarie o a domicilio, in regime di LV.

Nella Tabella 11 sono indicate le presenze in OPG/REMS per 100.000 abitanti maggiorenni dal 2000 al 31/1/2017. Le presenze totali in OPG/REMS relative all'ASL di Salerno al 31/1/2017 sono 5, con tasso di presenze/100.000 abitanti maggiorenni di 0,55; ridotto dell'80% rispetto al 2010 e attualmente il più basso della Campania.

Nella Tabella 12 sono indicate le cifre relative alle persone presenti in REMS al 31/1/2017. Delle 5 persone presenti, 2 sono interessate da una misura di sicurezza provvisoria, 3 da una misura definitiva. In tutti i casi è stato elaborato un PTRI, consono all'attuale allocazione.

DISCUSSIONE

Le recenti modifiche legislative, associate a un coerente riassetto dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, possono produrre modifiche nelle traiettorie assistenziali degli utenti e nel loro esito. Questo lavoro parte dall'analisi della situazione ante modifica legislativa e, descrivendo un'esperienza

Tabella 11. Presenze in OPG/REMS per 100.000 abitanti maggiorenni dal 2000 al 31/1/2017.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	31/1/2017
Presenze OPG/REMS	25	28	23	29	22	20	6	5
Prevalenza (persone/100.000 abitanti maggiorenni)	2,81	3,13	2,57	3,23	2,43	2,20	0,66	0,55

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.243 Sun, 13 Jul 2025, 08:26:52

Tabella 12. Presenti in REMS ASL Salerno al 31/1/2017.

Misura di sicurezza		5
Provvisoria	2	
Definitiva	3	
PTRI		5
Presente	5	
Assente	0	
PTRI per REMS		5
Sì	5	
No	0	

PTRI= progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato.

riorganizzativa, ne presenta anche l'impatto sugli esiti assistenziali.

Le misure utilizzate potrebbero costituire utili parametri da monitorare nel tempo, per valutare l'impatto che le modifiche degli assetti organizzativi in atto stanno esercitando sulle traiettorie assistenziali degli utenti e sul loro esito. Il periodo di progressiva transizione a un nuovo approccio assistenziale ha permesso di osservare, rispetto a quanto esistente in precedenza, sia aspetti migliorativi, sia aspetti problematici ancora in tutto o in parte da affrontare.

Nell'aprile 2015, con la chiusura definitiva degli OPG in attuazione della legge 81 del 30 maggio 2014[9], è stato effettuato un passo in avanti fondamentale verso l'attuazione del diritto di ogni persona, a prescindere dal proprio stato giuridico, di godere pienamente dei servizi sanitari offerti dalla comunità[22]. Permane centrale, ai fini delle trasformazioni in atto, che continuino a essere tutelati i principi di protezione della società da azioni criminali, siano esse attribuibili o meno a uno stato mentale alterato della persona. L'iniziale allarmismo generato dalla dimissione dagli OPG di persone con problemi psichici autrici di reato oggi può essere definito sostanzialmente infondato, in presenza di scelte organizzative che governino l'intero processo[23].

Parallelamente a questi aspetti positivi relativi alle trasformazioni in atto dell'approccio assistenziale, esistono tuttavia degli aspetti problematici[22]. In particolare:

- i servizi sanitari messi a disposizione delle persone dimesse da OPG, REMS incluse, differiscono qualitativamente anche su base regionale;
- le REMS, attualmente gravate da liste d'attesa e da una eccessiva presenza di persone sottoposte a misure di sicurezza provvisorie, dovrebbero essere solo parte di un più complesso sistema di cura e riabilitazione; nelle condizioni attuali, la commistione all'interno delle REMS di soggetti in condizioni giuridiche e psichiche differenti rischia di snaturare tali strutture di cura; se correttamente utilizzate, le REMS possono soddisfare le esigenze curative di una minoranza dei pazienti, poiché andrebbero considerate soluzione estrema e residuale, con carattere di eccezionalità e transitorietà, a cui ricorrere soltanto quando ogni altra misura risulti inidonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla pericolosità sociale[24];
- appare indifferibile lo sviluppo di linee guida e procedure operative condivise tra la Magistratura e la Salute Mentale[24];
- l'organizzazione di un nuovo approccio assistenziale non potrà dirsi completa senza una ridefinizione delle cure psichiatriche in carcere, una revisione del concetto giuridico di pericolosità sociale, una revisione dell'organizzazione delle misure di sicurezza e una modifica del sistema delle perizie psichiatriche[23,24].

L'interazione tra i sistemi Sanità e Giustizia necessita di una implementazione soprattutto in merito alla condivisione dei provvedimenti delle misure di sicurezza non detentive, anche mediante l'utilizzo e lo sviluppo condiviso del Sistema Informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG, ormai in uso, da parte del SSN, nella quasi totalità delle regioni, affinché possa avvenire una presa in carico integrata anche attraverso la programmazione di un PTRI. Inoltre, il coinvolgimento del SSN prima dell'emanazione di una misura di sicurezza permetterebbe certamente, così come indicato dalla legge 81/2014, di ricercare soluzioni sanitarie in contesti ordinari di cura oltre che una sensibile riduzione delle liste di attesa.

CONCLUSIONI

Le trasformazioni necessarie nel passaggio dagli OPG alle REMS, verso un nuovo approccio assistenziale, sono in atto e il bilancio attuale può dirsi nel complesso positivo. Appare cruciale, in questa fase, un miglioramento delle interazioni tra i sistemi coinvolti.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. DPCM 1 aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanita penitenziaria". Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30/05/2008.
2. Accordo Conferenza Unificata del 26 febbraio 2015 - Rep. n. 17/CU - Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al DM 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n.9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n.52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81.
3. Accordo Conferenza Unificata del 22/1/2015 - Rep. n. 3/CU - Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali".
4. Accordo Conferenza Unificata del 13.10.2011 - Rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011 - Accordo, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008".
5. Sentenza n. 186/2015 Corte Costituzionale del 23/7/2015 - Misure di sicurezza - Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari introdotte con decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 - Applicazione nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente di una misura di sicu-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.243 Sun, 13 Jul 2025, 08:26:52

rezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia.
6. Artt. 1, 2, 3, 4, 25, 27, 32, 77 e 117 Costituzione.
7. Legge 17 febbraio 2012, n. 9 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 22 dicembre 2011, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 42 del 20/2/2012.
8. Decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 - Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 297 del 22/12/2011.
9. Legge 30 maggio 2014, n. 81 - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 31 marzo 2014, n.52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 125 del 31/5/2014.
10. Testo coordinato del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 - Testo del decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 (Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 76 del 1/04/2014), coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n. 81, recante: "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari". Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 125 del 31/5/2014.
11. Regione Campania - Deliberazione della Giunta Regionale n. 1812 dell'11 dicembre 2009 - Azioni per la realizzazione di forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario e della giustizia minorile e per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo di cui agli Allegati A e C del DPCM 1 aprile 2008 - Approvazione dello schema di accordo di programma.
12. Decreto Regionale 30 settembre 2014 n. 104 - Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della regione Campania - BUR Campania n. 69 del 6/10/2014.
13. Decreto Dirigenziale n. 56 del 15/04/2016 - Gruppo regionale per il superamento degli OPG ex DGRC n. 654 del 6 dicembre 2011 - Aggiornamento componenti - BUR Campania n. 25 del 18/04/2016.
14. Senato della Repubblica, XVII Legislatura - Doc. CCXVII n. 4 - Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 31 dicembre 2015) - Presentata dal Ministro della Salute (Lorenzin) e dal Ministro della Giustizia (Orlando) - Comunicata alla Presidenza il 22 gennaio 2016.
15. Senato della Repubblica, XVII Legislatura - Doc. CCXVII n. 5 - Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (aggiornata al 30 giugno 2016) - Presentata dal Ministro della Salute (Lorenzin) e dal Ministro della Giustizia (Orlando) - Comunicata alla Presidenza il 3 agosto 2016.
16. Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari Franco Corleone - 19 agosto 2016-19 febbraio 2017.
17. ASL Avellino - Deliberazione n. 1579 del 15/12/2015 del commissario straordinario - Avvio attività REMS di San Nicola Baronia.
18. Decreto n. 64 del 19/06/2012 - Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al DPCM 1/04/2008 e Legge 17/02/2012 n. 9, art. 3/ter - BURC Regione Campania n. 40 del 26/06/2012.
19. Legge 8 novembre 2000, n. 328 - "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13/11/2000 supplemento ordinario n. 186.
20. Circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria PU 0356262 del 28/10/2016 - "Prevenzione dei suicidi negli istituti penitenziari - dislocazione in cella singola".
21. Circolare del Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria della Campania dell'11/11/2016 - "Prevenzione dei suicidi negli istituti penitenziari - dislocazione in cella singola".
22. Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V, et al.; Directors Italian Section, World Association for Psychosocial Rehabilitation (WAPR). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care? Riv Psichiatr 2015; 50: 199-209.
23. Sacchetti E, Mencacci C. The closing of the Italian Forensic Hospitals: six months later. What we have learned and what we need. Evidence-Based Psychiatric Care 2015; 1: 37-9.
24. Delibera del Consiglio Superiore della Magistratura del 19/4/2017 - Pareri e proposte - 1R) Fasc. 37/PP/2016 - Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi - Relatori Consiglieri Aprile, San Giorgio.