

Caratteristiche cliniche, diagnostiche e forensi di un campione di pazienti di una REMS

Clinical, diagnostic and forensic features of a REMS patient's sample

GIANLUCA MAIORCA¹, IRENE MASCIA¹, RICCARDO CURRELI¹, ANDREA CAMPUS¹,
MIRKO MANCHIA², ALESSANDRA NIVOLI³, LILIANA LORETTU^{3*}

*E-mail: llorettu@uniss.it

¹Dipartimento di Salute Mentale, Area Sud Sardegna-ATS Sardegna

²Clinica Psichiatrica, Università di Cagliari

³Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e Sperimentali, Università di Sassari

RIASSUNTO. Introduzione. Le Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza (REMS) sono strutture specialistiche psichiatriche, istituite nel 2015 a seguito della chiusura degli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari), che accolgono autori di reato giudicati infermi di mente. **Scopo.** Descrivere le caratteristiche cliniche, diagnostiche e forensi dei soggetti accolti e valutare la rilevanza di 3 elementi: uso d'alcol/sostanze, antisocialità, disabilità cognitiva. Un ulteriore obiettivo è la verifica del livello di concordanza diagnostica pre- e post-ingresso. **Metodi.** È stato creato a tale proposito un apposito *database* riguardante i soggetti accolti in 5 anni di attività ed effettuata un'analisi descrittiva. **Risultati.** Si evidenziano 4 principali raggruppamenti: psicosi, disturbo della personalità, disturbi da uso di alcol/sostanze, disabilità cognitiva. Si riscontra rilevanza degli elementi: abuso di alcol/sostanze, antisocialità, disabilità cognitiva. Il livello di concordanza diagnostica è discreto e talora parziale. **Conclusioni.** Le problematiche di abuso d'alcol/sostanze, antisocialità, disabilità cognitiva, spesso associate in comorbidità, sono preminenti in una parte del campione in esame. Tale riscontro pone l'accento su un livello di complessità a cui concorrono, oltre alla componente sanitaria, rilevanti aspetti sociali e giudiziari.

PAROLE CHIAVE: Residenze per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza, REMS.

SUMMARY. Introduction. Residential Services for the Execution of Security Measures (REMS) are specialist psychiatric units for forensic patients created in 2015 after OPG (Italian Security Psychiatric Forensic Hospitals) have been closed. **Aims.** to describe the clinical, diagnostic and forensic features of patients and evaluate the relevance of 3 elements: use of alcohol and substance, antisociality, cognitive disability. A further aim is the evaluation of the level of pre and post admission diagnostic concordance. **Methods.** A specific database has been set for the purpose of the study, which collects data of patients admitted in 5 years of activity of the unit. Data have been analysed through a descriptive approach. **Results.** 4 main clusters have been identified: Psychosis, Use of Alcohol/Substance Disorder, Personality Disorder, Cognitive Disability. Alcohol/substance use, antisociality, cognitive disability elements are relevant in the sample. Diagnostic concordance level pre- and post- admission is overall good, sometimes partial. **Conclusions.** alcohol/substance use, antisociality and cognitive disability, often in comorbidity mode, represent core features in part of the sample. This finding emphasizes a complexity level which is linked to social and judicial aspects, in addition to the health component.

KEY WORDS: Residential Services for the Execution of Security Measures, REMS.

INTRODUZIONE

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) nel mese di aprile 2015 e l'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), tramite l'effettiva entrata in vigore della Legge 81/2014¹, ha senza dubbio costituito un passaggio storico importante nell'ambito della psichiatria forense. Il legislatore ha previsto radicali cambiamenti nella natura di tali strutture rispetto agli OPG. Le REMS sono state concepite come sedi a carattere esclusivamente sanitario e non più con personale misto, come avveniva negli OPG e come tuttora avviene nelle sedi forensi

del resto del mondo². La legge si iscrive in un'ottica di cura e riabilitazione, riducendo la componente custodiale e coercitiva come *extrema ratio*. Nello spirito della legge, l'internamento nelle REMS dovrebbe avere carattere eccezionale e transitorio, costituendo pertanto una sede residuale nel trattamento di tali soggetti. Secondo quanto recita il testo di legge, infatti, la misura di sicurezza di tipo detentivo si applica alla persona solo «quando sono acquisiti elementi tali dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e fare fronte alla sua pericolosità sociale». Negli articoli della legge sono specificate una serie di misure tali da garantire che vi sia un'attenzione per l'aspetto sanitario e volte nel contempo al superamento della struttura:

in primo luogo vi è l'obbligo che il Dipartimento di Salute Mentale predisponga per ogni internato, entro 45 giorni dall'ingresso del paziente in REMS, un Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato (PTRI) inviato all'Autorità Giudiziaria competente. Inoltre, la durata prevista per le misure di sicurezza detentive non può superare la durata massima della pena edittale.

A seguito della riforma sono pertanto state istituite le REMS in ogni Regione, con numero totale di 30 sull'intero territorio nazionale. Un dato di rilievo è rappresentato dal fatto che ognuna di queste strutture possiede caratteristiche strutturali e organizzative che la distinguono e talora differenziano dalle altre. È presente pertanto un'eterogeneità tra le diverse REMS. Nel complesso, si può affermare che la gestione dell'assistenza sanitaria nei confronti di soggetti con problemi psichici autori di reato è profondamente mutata negli ultimi anni a seguito di tali cambiamenti. I servizi sanitari territoriali sono stati direttamente coinvolti nella programmazione di percorsi terapeutico-riabilitativi, in una dinamica di correlazione tra i servizi sanitari e giudiziari, su cui tuttora si auspica una maggiore implementazione³.

La Regione Autonoma della Sardegna, nell'ambito del Programma regionale per il definitivo superamento degli OPG, con la deliberazione n. 9/21 del 10 marzo 2015 ha istituito la REMS di Capoterra. La struttura si trova nel Comune di Capoterra ed è accreditata per accogliere sino a un massimo di 16 persone (1 p/l ogni 100.000 abitanti della Regione).

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Alla luce di queste evidenze, questo studio si pone i seguenti obiettivi:

1. analizzare e descrivere le caratteristiche cliniche, diagnostiche e forensi dei soggetti accolti alla REMS;
2. valutare la presenza e la rilevanza di tre specifici elementi: uso di alcol/sostanze, antisocialità, disabilità cognitiva;
3. analizzare il livello di concordanza diagnostica tra la valutazione peritale nella fase antecedente l'ingresso in struttura e la diagnosi successiva formulata in REMS.

MATERIALI E METODI

Per gli scopi dello studio è stato creato un apposito *database*. I dati raccolti retrospettivamente si riferiscono ai soggetti accolti in 5 anni, dal maggio 2015 al maggio 2020, per un totale di 46 soggetti, 4 dei quali hanno effettuato 2 distinti ingressi.

Le informazioni sono state raccolte: dalle cartelle cliniche e dai fascicoli giudiziari presenti in REMS; da informazioni aggiuntive fornite dagli psichiatri della REMS (in alcuni casi, contatto con i periti che li avevano valutati antecedentemente).

Analisi dei dati: per la tipologia dei dati in esame e l'esiguità del campione è stato possibile compiere esclusivamente un'analisi qualitativo/descrittiva del campione. Per la valutazione statistica della concordanza tra le diagnosi effettuate in sede peritale e nella REMS si è utilizzata la correlazione tetracorica (ρ) con soglia di significatività pari a $\alpha=0,05$.

RISULTATI

Per le caratteristiche socio-demografiche (Tabella 1) si rileva una marcata preponderanza del sesso maschile rispetto a quello femminile, con un rapporto M/F di circa 15:1. La fascia d'età maggiormente rappresentata è la quarta decade.

La provenienza (Tabella 2) è varia, con 3 gruppi maggiormente rappresentati: il primo è quello dei soggetti con provvedimenti restrittivi (Libertà Vigilata), uno di pazienti trasferiti in REMS a seguito della chiusura degli OPG, un altro è costituito da persone provenienti da un regime detentivo.

Riguardo al grado di infermità (Tabella 3), i due terzi dei soggetti accolti hanno un grado di infermità totale, di questi più della metà con diagnosi di schizofrenia/disturbo schizoaffettivo, mentre una quota più ridotta è rappresentata da soggetti con disturbo psicotico aspecifico (NAS) in disturbo di personalità o con quadri "psico-organici": deterioramento neuro-cognitivo, spesso su base esotossica (alcol/sostanze) o infettiva. Nei restanti casi, con semi-infermità, predomina la categoria diagnostica dei disturbi di personalità.

Sul piano dei reati commessi, la quasi totalità rientra nella categoria dei "reati contro la persona". I più rappresentati sono: maltrattamenti in famiglia, omicidio e tentato omicidio, violenza/lesioni personali.

Le diagnosi, formulate secondo i criteri del DSM-5⁴ dopo osservazione in REMS, sono riassunte schematicamente nella Tabella 4.

Le varie diagnosi possono essere ricondotte a 4 raggruppamenti principali (Figura 1).

Il gruppo maggiormente rappresentato è costituito dalle psicosi, perlopiù schizofrenica o schizoaffettiva, in cui si riscontrano alcuni elementi distintivi: la scarsa comorbidità con altri quadri psicopatologici (perlopiù con disturbo da uso di alcol), il dato forense dell'infermità totale e la specifica natura del reato: omicidio e tentato omicidio (quasi per intero riconducibile a soggetti di tale gruppo). In quasi tutti i casi in esame le vittime sono costituite da un familiare stretto: la madre o il padre.

Nei disturbi di personalità gli elementi più rilevanti sono rappresentati da una preponderanza del disturbo antisociale

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche.

	N. pazienti (su un totale di 46)	Valore percentuale
M/F	43/3	93% - 7%
Nazionalità	43 italiana, 3 straniera	93% - 7%
Età media	42 anni (età min.: 21; età max: 76)	
N. paz. per fascia di età		
18-30	11	24%
31-40	10	22%
41-50	13	28%
51-60	9	20%
>60	3	7%

Caratteristiche cliniche, diagnostiche e forensi di un campione di pazienti di una REMS

Tabella 2. Provenienza dei soggetti.

Provenienza	N. soggetti	Valore percentuale
Libertà vigilata	17	33%
OPG	12	23%
Carcere	10	19%
Comunità*	8	15%
Libertà	3	6%
SPDC	2	4%

*di cui 6 con provvedimento di libertà vigilata.

Tabella 3. Grado di infermità.

Grado di infermità (*)	N. soggetti	Valore percentuale
Vizio totale di mente	30	65%
Vizio parziale di mente	15	33%
* non noto:	1	2

di personalità, pari alla metà dei disturbi di personalità del campione. Si riscontra discreta comorbidità con i disturbi da uso di alcol/sostanze (50% dei casi) ed eterogeneità nella tipologia di reati compiuti: violenza/lesioni personali, resistenza/oltraggio a PU, maltrattamenti in famiglia, minacce.

Per quanto riguarda il disturbo da uso di alcol/uso di sostanze, si osserva che quasi la metà dei casi del campione in esame (il 45% del totale) appartiene a tale categoria (Figura 2) e presenta una comorbidità nel 60% dei casi. Si rileva eterogeneità dei reati commessi e una frequente associazione con alcuni tipi di reato: più della metà dei casi di maltrattamenti in famiglia, resistenza e oltraggio a PU, lesioni personali e minacce (Figura 3).

L'ultimo raggruppamento diagnostico riguarda le condizioni di disabilità cognitiva e i disturbi neuro-cognitivi su base esotossica, da uso cronico e protratto di alcool e/o sostanze o post-infettiva. Le caratteristiche salienti sono: disabilità cognitiva perlopiù di grado lieve, spesso associata a disturbi da uso di sostanze/alcol o disturbi psicotici. Nell'insieme, concomitano frequenti problematiche di uso di alcool/sostanze: 8 casi su 11.

Si rileva una concordanza diagnostica completa in circa il 60% del campione e un livello di concordanza parziale nel 30%. Si registrano 3 casi di non concordanza, mentre per restanti 3 di essi non si ha accesso a un raffronto per mancanza di dati di confronto (Tabella 5). La correlazione tetracorica non ha evidenziato tuttavia la presenza di una correlazione statisticamente significativa $\rho = -1,0000$, $p = 0,49$.

DISCUSSIONE

Lo studio risente di varie limitazioni, quali l'esiguità del campione, la difficoltà nel recupero delle informazioni dai fascicoli clinici e giudiziari e relative alla disabilità cognitiva, su cui non si dispongono valutazioni complete e sistematiche.

Tabella 4. Diagnosi formulate secondo i criteri del DSM-5.

Diagnosi (REMS)	N. soggetti	Valore percentuale
Psicosi (n. tot.)	22	48%
Schizofrenia	11	
Disturbo schizoaffettivo	2	
Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici	5	
Psicosi indotta da sostanze/NAS	4	
Disturbo bipolare	1	
Disturbo personalità (n. tot.)	13	28%
Disturbo borderline di personalità	4	
Disturbo antisociale di personalità	6	
Disturbo misto di personalità	2	
Disturbo di personalità non altrimenti specificato (NAS)	1	
Disturbo di personalità (psicopatia grave)	1	
Disturbo da gioco d'azzardo	1	
Disturbi da uso di alcol/sostanze (n. tot.)	21	46%
Disturbo da uso di alcol	7	
Disturbo da uso di sostanze	11	
Disturbi da uso di alcol e uso di sostanze	3	
Disabilità intellettiva/disturbi neurocognitivi (n. tot.)	11	24%
Disabilità intellettiva (lieve)	7	
Disturbo neurocognitivo (eziologia esotossica)	4	

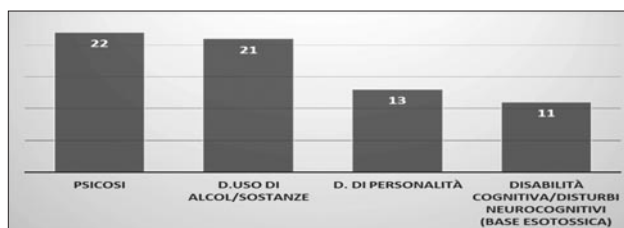


Figura 1. Raggruppamenti diagnostici principali.

Rispetto al primo degli obiettivi dello studio, si riscontrano quattro raggruppamenti clinico-diagnostici principali: psicosi, disturbo di personalità, disturbo da uso alcol/sostanze e disabilità cognitiva. Gli ultimi tre sembrano essere caratterizzati da una certa associazione reciproca.

Maiorca G et al.

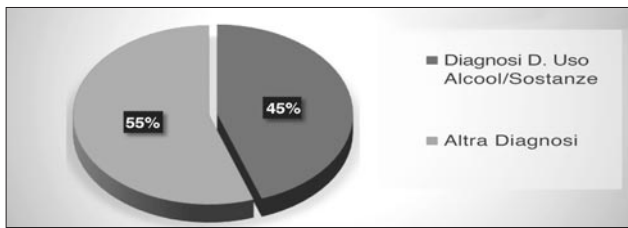


Figura 2. Disturbi da uso di alcol/sostanze sul totale dei pazienti della REMS.

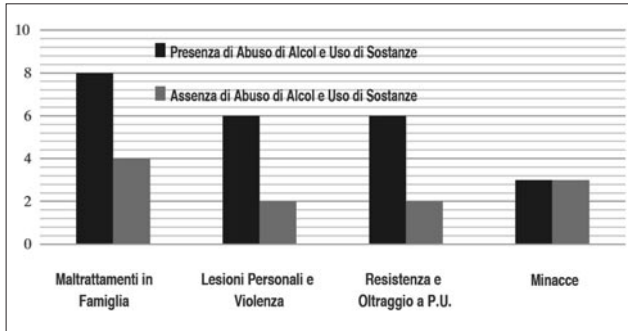


Figura 3. Disturbi da uso di alcol/sostanze e reati.

Tabella 5. Concordanza diagnostica del campione.

Concordanza diagnostica	N. assoluto	Valore percentuale
Concordanza completa	26	56%
Concordanza parziale	14	30%
Non concordanza	3	7%
Non confrontabili (mancanza dato di confronto)	3	7%

In merito al secondo degli obiettivi si rileva l'importanza delle problematiche inerenti l'uso d'alcol/sostanze, in frequente associazione con antisocialità e disabilità cognitiva.

Tali riscontri sono in linea con quanto riportato dalla letteratura scientifica per quanto riguarda il rapporto tra violenza e disturbi mentali gravi⁵⁻⁸. Il rischio maggiore sembra associato alla presenza di un disturbo antisociale di personalità o a un disturbo da uso alcol/sostanze⁹⁻¹¹.

Il ruolo centrale svolto dall'alcol e delle sostanze nell'incremento del rischio di violenza e reati, anche gravi, in associazione o meno a disturbi mentali, è ampiamente documentato in letteratura e rappresenta un predittore di rischio di recidiva di tipo "maggiore"¹²⁻¹⁴.

Questi dati pongono in luce delle importanti criticità per quei soggetti la cui diagnosi primaria è disturbo da uso d'alcol/sostanze, in particolare quando associato al disturbo antisociale di personalità.

Quest'ultima categoria nosografica costituisce un'entità controversa in ambito psichiatrico, in quanto caratterizzata nei suoi elementi centrali, costitutivi e stabili da comporta-

menti devianti e criminali, poco distinguibile da quella di una parte rilevante della popolazione carceraria. Si stima, per es., che in tale popolazione i tassi di prevalenza sarebbero pari al 47% per i maschi e del 21% per le donne¹⁵. Esistono a tal proposito forti perplessità e preoccupazioni in ambito psichiatrico, legate a rischi di passaggio di soggetti autori di reato con tali caratteristiche dalle strutture carcerarie alle REMS. Inoltre si riaprono vecchi scenari in merito al mandato custodialistico alla psichiatria, dai quali faticosamente si cerca di sottrarsi¹⁶. Tale preoccupazione è legata a un elemento concreto di scarsa trattabilità, rischio di manipolazione e distorsione del sistema sanitario specialistico e in definitiva di delega custodialistica di soggetti con tratto predominante antisociale.

La prevalenza di molti soggetti con tali problematiche induce ad alcune riflessioni. La prima riguarda la frequenza con cui tali soggetti transitano in REMS, perché giudicati affetti da vizio di mente e al contempo pericolosi socialmente, affidandone la gestione a un contesto puramente sanitario. La seconda è inerente l'adeguatezza di tali strutture, che nascono su presupposti sanitari e terapeutico-riabilitativi, nel gestire soggetti che spesso pongono difficoltà non indifferenti in quanto scarsamente motivati, e poco "curabili" nella dimensione prevalente di tipo antisociale, deviante e talora psicopatica. La terza riflessione è più di ordine teorico-speculativo: considerato il grado frequente di comorbilità e similitudine nel profilo di caratteristiche criminologico-forensi tra i disturbi da uso di alcol/sostanze, disturbo di personalità e disturbi cognitivi, pone il quesito su quanto tali entità diagnostiche siano indipendenti o non costituiscano invece (in gran parte) un'unica categoria.

La valutazione della variabile diagnostica pre- e post-ingresso in REMS conferma un discreto livello di concordanza globale, soprattutto per le condizioni di psicosi schizofrenica con infermità totale. Nei restanti casi si riscontra concordanza parziale. Una possibile spiegazione deve tenere presente la collocazione e le finalità della valutazione peritale e di quella successiva in REMS, oltre che dei tempi differenti. La prima, per esplicito mandato istituzionale, assume una dimensione "di stato", la seconda assume probabilmente una connotazione maggiormente prospettico-longitudinale, con l'emergere di dimensioni croniche e/o stabili: abuso e dipendenza da alcol/sostanze, personalità dissociata e/o il deficit intellettuale. Va tenuto inoltre presente anche l'aspetto dinamico della psicopatologia e l'impatto delle terapie, che si riflette sulle variabili diagnostiche.

CONCLUSIONI

Il presente studio evidenzia specifiche caratteristiche di composizione del campione in esame. Vi sono suggestioni che l'insieme dei soggetti possa essere inquadrato in due grandi macro-categorie: Psicosi da un lato e soggetti con disturbi da uso di alcol/sostanze, in frequente associazione con disturbo di personalità e/o disabilità cognitiva dall'altra. Tale riscontro, oltre che fungere da spunto per possibili future ricerche, può costituire la base per ipotizzare percorsi di intervento, gestione e prevenzione specifici e differenziati, che possano anche costituirsi come alternativi all'internamento nella REMS (perlomeno per come è attualmente concepita).

Caratteristiche cliniche, diagnostiche e forensi di un campione di pazienti di una REMS

Un elemento di originalità di questo studio è rappresentato dal confronto tra la diagnosi peritale e quella formulata presso la REMS. Si è evidenziato un livello di concordanza talora parziale, inerente anche a diversità di tempi e prospettive di valutazione, oltre che di mandato istituzionale. Su tale aspetto può essere opportuna una riflessione costruttiva, foriera di un maggior raccordo tra i vari soggetti, servizi e istituzioni coinvolte.

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

BIBLIOGRAFIA

1. 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 della Repubblica Italiana n.125 del 31-05-2014.
2. Pessina R, Santoriello C, Rossetto I, et al. Possibilità e limiti dei servizi di psichiatria forense: legislazione e organizzazione in un'ottica internazionale e nazionale. Riv Psichiatr 2019; 54 (Suppl.): S1-S61.
3. Latte G, Avvisati L, Calandro S, et al. 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. Riv Psichiatr 2018; 53: 31-9.
4. American Psychiatric Association. DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). Arlington, VA: APA Press, 2013.
5. Asnis GM, Kaplan ML, Hundorfean G, Saeed W. Violence and homicidal behaviours in psychiatric disorders. Psychiatr Clin North Am 1997; 20: 405-25.
6. Bo S, Abu-Akel A, Kongerslev M, Haahr UM, Simonsen E. Risk factors for violence among patients with schizophrenia. Clin Psychol Rev 2011; 31: 711-26.
7. Latalova K. Violence and duration of untreated psychosis in first-episode patients. Int J Clin Pract 2014; 68: 330-5.
8. Swanson JW, Holzer CE 3rd, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys, Hosp Community Psychiatry 1990; 41: 761-70.
9. Angermeyer MC. Schizophrenia and violence. Acta Psychiatr Scand Suppl 2000; 407: 63-7.
10. Fountoulakis KN, Leucht S, Kaprinis GS. Personality disorders and violence. Curr Opin Psychiatry 2008; 21: 84-90.
11. Walsh E, Fahy T. Violence in society. BMJ 2002; 325: 507-8.
12. Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. PLoS Med 2009; 6: e1000120.
13. Haoken PN, Sherry S. Drugs of abuse and the elicitation of human behavior. Addict Behav 2003; 28: 1533-54.
14. Murdoch D, Pihl RO, Ross D. Alcohol and crimes of violence: present issues. Int J Add 1990; 25: 1065-81.
15. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. Lancet 2002; 359: 545-50.
16. Lorettu L. True change or return to the past? The evolution of psychiatric care in Italy. Medicina Historica 2019; 3: 86.