

# La pena y la cura. Servicios de salud mental en Italia después del cierre de los hospitales psiquiátricos judiciales

Penal conviction and treatment. Mental health services in Italy after the closure of forensic hospitals

ROBERTO MEZZINA

*Psiquiatra, ex Director del Departamento de Salud Mental del Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación ASUI Trieste. Presidente de la Red Internacional de Colaboración en Salud Mental. Vicepresidente de la Federación Mundial de Salud Mental (WFMH).*

*Correspondencia: romezzin@gmail.com*

Recibido: 09/03/2022 ; aceptado: 04/05/2022

**Resumen:** El artículo describe el proceso de reforma que tuvo lugar en Italia con el cierre de los seis hospitales psiquiátricos judiciales del país y su sustitución por pequeñas unidades forenses. El uso de los hospitales judiciales se regía por la exclusión de los juicios de las personas con enfermedades mentales graves que dificultaban el ejercicio de su capacidad, las cuales, si eran declaradas "socialmente peligrosas", eran sometidas a un sistema de "medidas de seguridad". Este cambio significativo, que se llevó a cabo a través de los Ministerios de Salud y de Justicia, y de las Regiones, ocurrió en Italia entre 2011 y 2017, y se entiende como el paso final del proceso de reforma en la atención de la salud mental que comenzó en 1978 y culminó con el cierre completo de todos los hospitales psiquiátricos en 1999.

Las nuevas pequeñas unidades forenses/judiciales, con un número limitado de camas para todo el país, se denominan REMS (Residencias para la Ejecución de Medidas de Seguridad). Están gestionadas por las Regiones y se basan en los principios de orientación

terapéutica y de recuperación, respuesta transitoria y territorial, y responsabilidad de los servicios de salud mental de la comunidad para facilitar el alta. Las formas de aplicación de la ley en lo que respecta a las características de las REMS fueron diversas, por ejemplo, gestión pública o privada, número de camas, política de puertas abiertas, inclusión en los departamentos de salud mental con fines de prevención y provisión de alternativas por parte de los servicios comunitarios de salud mental. Experiencias significativas, como la de Trieste y la región de Friuli Venezia Giulia, interpretan esta reforma en función del papel que desempeñan los servicios públicos de salud mental en la prevención de delitos mediante una respuesta rápida y eficaz a las crisis, estableciendo vías de atención personalizadas y apoyando a sus pacientes dentro de la prisión y en el sistema judicial. Todavía existe un difícil equilibrio con el sistema judicial y penitenciario, que a menudo hace hincapié en el confinamiento y la función "de custodia" en las REMS como novedoso sustituto de los antiguos hospitales judiciales y ejerce una presión constante para ampliar el uso y la disponibilidad de sus camas en cuanto a las medidas de seguridad temporales, incluido el desvío de personas de las prisiones a las REMS.

El riesgo de una reacción contra la reforma ha sido frenado recientemente por la Corte Constitucional, pero persiste un duro debate sobre el futuro de las REMS. Los cambios más radicales y coherentes, según los instrumentos internacionales para la protección de los derechos humanos, solo pueden realizarse con nuevos cambios legislativos, abandonando los conceptos de incapacidad y peligrosidad, que siguen siendo pilares del Código Penal. El artículo ofrece datos generales recientes, prácticas pioneras, observaciones críticas y termina con indicaciones para el cambio en las políticas y las prácticas.

**Palabras clave:** hospitales forenses, derechos humanos, servicios de salud mental, prisión, legislación, incapacidad, peligrosidad, reforma de la salud mental.

**Abstract:** The paper describes the process of reform that took place in Italy with the closing of all of the forensic psychiatric hospitals in the country and their replacement with a network of small forensic units. The use of forensic hospitals was ruled by the exclusion from trials of persons with a severe mental illness that hampered their capacity, but, if declared 'socially dangerous', were submitted to a system of 'security measures'. This significant change in Italy occurred between 2011 and 2017, and it was meant as the final step of the reform process in mental healthcare that started in 1978, with the complete closure of all psychiatric hospitals in 1999.

The new small forensic units, with an overall limited number of beds for the whole country, are called REMS (Residences for the Execution of Security Measures). They are managed by Regions and are based on the principles of therapeutic and recovery orientation, transitory and territorial response, and responsibility of community mental health services for facilitating discharge. The ways of implementing the law regarding REMS' features were diverse, e.g., public or private management, number of beds, open door policy, or inclusion in mental health departments aiming at the prevention and provision of alternatives on part

of community mental health services. Some significant experiences were those of Trieste and the region of Friuli Venezia Giulia, which set up personalized pathways of care, supporting their patients within prison and in the judicial system.

There is still a difficult balance with the judicial and prison system, which often emphasizes confinement and the 'custodial' function in REMS as a novel substitute of old forensic hospitals, and makes ongoing pressure for a wider use and availability of their beds, including the diversion of people from prisons to REMS. The Constitutional Court has recently stopped the risk of a reaction against the reform, but there is still a harsh debate about the future of REMS. More radical and coherent changes, according to the CRPD and other international instruments for protection of human rights, can be carried out only with a further legislative change, abandoning the concepts of incapacity and dangerousness, which are still the pillars of the penal code. The article provides recent general data, exemplary practices, and critical observations, and concludes with a series of indications for change in policies and practices.

**Key words:** forensic hospitals, human rights, mental health services, prison, legislation, incapacity, dangerousness, mental health reform.

#### UNA “REVOLUCIÓN SUAVE”: EL CIERRE DE LOS HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS JUDICIALES

DESDE EL INICIO DEL PROCESO DE DESINSTITUCIONALIZACIÓN, se ha producido, a nivel internacional, un cambio en las instancias de control y contención de las conductas relacionadas con el sufrimiento psicopatológico, en particular si van acompañadas de desorden social, incluyendo la comisión de delitos penalmente relevantes, dando lugar a otras configuraciones institucionales, pasando de los antiguos asilos judiciales a los servicios “forenses”, que operan tanto dentro como fuera de la prisión. En este campo, se enfrentan y comparan áreas de conocimiento y regulación situadas en diferentes orillas, pero que siempre han contribuido, compartiendo poderes y competencias, a la constitución y normativización del campo “híbrido” de la desviación (1,2): la justicia y, en tiempos históricos mucho más recientes, la psiquiatría siguen siendo disciplinas adyacentes que han tenido que ver con la definición de normas y con el manejo de lo anormal, aunque desde perspectivas y con propósitos completamente diferentes.

En Italia la Ley de Reforma Psiquiátrica número 180, llamada “Ley Basaglia”, se fusionó en la ley número 833 estableciendo el Servicio Nacional de Salud a finales del año 1978 al tiempo que abolía la hospitalización forzosa basada en la “peligrosidad para uno mismo u otros” y vinculaba los tratamientos de salud obligatorios a medidas temporales para proteger la salud. Es sabido que la Ley Basaglia se detuvo

ante el problema de los hospitales psiquiátricos judiciales, medidas de seguridad de “detención” previstas por el Código Penal para personas y pacientes psiquiátricos delincuentes (3). Estas instituciones se establecieron como solución organizativa ante las solicitudes de internamiento externas a la prisión para los presos que se manifestaban y creaban disturbios (Aversa fue el primero en 1876), en una época anterior a la ley de 1904 que establecía oficialmente los asilos civiles, y se utilizaron al amparo del nuevo Código Penal de la era fascista (el llamado Código Rocco de 1930), en relación con la “no imputabilidad” por “enfermedad mental” (total o parcial) en una persona que cometía un delito (4). Si el caso se combinaba con una sentencia de peligro social, formulada sobre la base de un informe pericial psiquiátrico, el “delincuente loco” era excluido, “absuelto” del proceso penal, y sometido a una “medida de seguridad” precisamente en un Hospital Psiquiátrico Judicial (OPG) o en un “hogar de ancianos y custodia”, una medida de cinco y diez años de duración que además era prorrogable. Se trataba por tanto de la llamada “doble vía”, que sancionaba el “estatus especial” en los procesos penales del paciente psiquiátrico hasta el punto de crear una “cadena perpetua blanca” en una institución híbrida, más parecida a una prisión que a un hospital psiquiátrico.

Las primeras críticas a la ley de la reforma señalaron que en los primeros años había habido un aumento de alrededor del 15% en el número de internos en los seis hospitales psiquiátricos judiciales italianos (OPG)<sup>1</sup>, pero posteriormente esta cifra se mantuvo estable. Incluso durante un período de veinte años y con eventos alternos, la Ley 180, que a nivel de ley sancionó la abolición del “estatus especial” de la persona con trastorno mental y la devolvió a una condición de ciudadanía plena, se llevó a cabo con el cierre de todos los asilos civiles en 1999. Sin embargo, a pesar de las críticas de la incongruencia con la evolución legislativa consagrada en la Ley 180, por un lado, y de la propia institución, marcada por el atraso y la violación de los derechos constitucionales, por el otro, lo que se denominaron “asilos penales” persistieron. Sentencias posteriores del Tribunal Constitucional (1982, 2003, 2004) promulgaron, sin embargo, que la persistencia de un trastorno y la peligrosidad debían ser evaluadas en el momento de la aplicación de la medida de seguridad, con el consiguiente envío de la persona a un OPG, y finalmente declararon su inconstitucionalidad, mientras que otras medidas -circulares ministeriales- limitaban el envío para la observación desde prisión o para valoración pericial psiquiátrica. Además, terribles escándalos, incluyendo las muertes de personas contenidas (1974), y la visita del Comité para la Prevención de la Tortura y del Trato Inhumano o Degradante (CPT) con el informe al Consejo de Europa que estigmatizó a Italia salpicaron este largo período (5).

Con el decreto de 2008, que promulgó la introducción de un servicio de salud penitenciaria gestionado por el Servicio Nacional de Salud, se inició finalmente un

<sup>1</sup> Cuadro con el significado de las abreviaturas al final del artículo.

proceso de regionalización de los propios OPGs, atendiendo al principio a unos 1400 internos. Sin embargo, el escándalo persistió. Uno de los resultados más tangibles de la Comisión sobre el Estado del Servicio Nacional de Salud (2010) fue la denuncia, documentada visualmente por una película hecha *ad hoc*, del estado miserable y deplorable en el que se encontraban los OPG italianos, lo que provocó un llamamiento del Presidente de la República para una solución rápida y definitiva del problema. Se creó una coordinación nacional de asociaciones de la sociedad civil, llamada StopOPG, que apoyó y apoya el proceso de superación de estas instituciones totales híbridas y arcaicas.

Las disposiciones legislativas y las medidas relacionadas con la superación de los OPG, que se sucedieron desde octubre de 2011 (Decreto-ley 211/2011, convertido en Ley 9/2012) hasta febrero de 2016 y culminaron en la Ley 81 de 30/5/14 “Disposiciones urgentes relativas a la superación de los hospitales psiquiátricos judiciales”, condujeron a la salida definitiva de todas las personas internadas en ellos en mayo de 2017 y su consiguiente cierre. Esta ley, incluyendo el camino que la precedió, determina la finalización del proceso de desinstitucionalización psiquiátrica que comenzó en Italia en los años 70, promulgado por la Ley de Reforma, y ha favorecido lo que se ha definido, a pesar de las contradicciones obvias y los problemas aún no resueltos (6), una verdadera “revolución suave” (7) que ha transformado profundamente el terreno difícil e incierto entre la cura y la sanción. La contribución del Comisionado Parlamentario para la Superación de los OPG, quien produjo informes puntuales semestrales y anuales hasta 2018 (7), documentando y monitoreando el proceso y las nuevas prácticas institucionales, fue fundamental. También está operativo un sistema de monitoreo para el camino de superación del hospital psiquiátrico judicial y la salud mental penitenciaria (SMOP) adoptado por 19 de las 20 Regiones.

## LAS NUEVAS ESTRUCTURAS

Los hospitales psiquiátricos judiciales (OPG) se cerraron gracias a la construcción de estructuras residenciales destinadas a superarlos, construidas por cada Región en relación con la “necesidad histórica” de plazas en OPG. Estas estructuras, con un máximo de 20 camas con fines terapéuticos exclusivos, están gestionadas por un equipo multiprofesional. La mayoría de las veces son públicas y administradas por el Departamento de Salud Mental (DSM) responsable del territorio, con personal propio y adicional, y a veces son administradas por contratistas privados.

Los aspectos de seguridad, y, por lo tanto, también la obligación de permanecer en ellas, se han confiado exclusivamente a las autoridades de seguridad pública a través del “control perimetral”, generalmente llevado a cabo por sistemas de vigi-

lancia remota. La exclusión de las tareas de supervisión y control para el personal sanitario (salvo la obligación de informar de las expulsiones) ha contribuido parcialmente a evitar tener que ejercer simultáneamente funciones contradictorias de atención y custodia, inherentes a la medida de seguridad y ya superadas con el cierre de los asilos civiles.

En primer lugar, se confirmó y sancionó el principio de territorialidad, pero aún debe implementarse plenamente el nuevo sistema de las que más tarde pasaron a llamarse “Residencias para la ejecución de medidas de seguridad” (REMS), todavía llevado a cabo parcialmente en lugares transitorios. En 2019 había unas 50 personas que se encontraban fuera de su región, entre las cerca de 600 que residían en las 26 REMS italianas. Las características estructurales y organizativas adoptadas por las REMS, que siguen siendo residencias sanitarias con fines terapéuticos, son extremadamente variables. Las dimensiones varían de 2 a 20 camas (que es el límite máximo establecido por la ley), mientras que cabe destacar la gran contradicción de haber creado en la antigua OPG lombarda de Castiglione delle Stiviere un conjunto “polimodular” para unas 200 plazas. Sin embargo, la nueva configuración institucional no ha cambiado el marco normativo de referencia, confirmando el antiguo enfoque de “doble vía”, es decir, el uso de medidas de seguridad que luego se imponen al infractor no atribuible o parcialmente imputable en lugar de la sentencia a la sanción penal ordinaria. Además, todavía es posible, como para los antiguos OPG, enviar personas en “medida de seguridad provisional” incluso en la fase preliminar o incidente probatorio y sin la valoración pericial psiquiátrica necesaria (8).

Uno de los principales desafíos de la ley de reforma fue demostrar que sería posible tratar a las personas con trastorno mental sin utilizar otras instituciones totales, como los OPG o la prisión, como un vertedero de fracasos terapéuticos y dificultades de gestión, sino tratando de devolver a las personas la integridad de su experiencia, manteniendo la continuidad en el apoyo y el cuidado necesarios. Esta cadena, en parte rota y desconectada por intervenciones, servicios, elecciones y estrategias, hoy ha entendido el delicado tema de las REMS, y debe ser concebida y asumida como un todo, como un circuito cuyas partes interactúan (9,10), y por lo tanto como marco integral de toda acción antiinstitucional de renovada coherencia.

#### ENTRE LA AFIRMACIÓN DE LOS DERECHOS Y LAS CONTRADICCIONES DE LA NUEVA LEY: LA PERSISTENCIA DEL “ESTATUS ESPECIAL” DEL DELINCUENTE ENFERMO

Nuestra experiencia parte del principio fundamental de que no debe haber un camino, un estatuto, una institución especial para los delincuentes que tienen trastornos psiquiátricos, que deben ser considerados responsables y, como tales, tienen derecho a un juicio. Con esta perspectiva, el Distrito de Salud Mental (DSM) debe

fortalecerse y hacerse responsable con respecto a las vías de tratamiento incluso en la sentencia, tanto en condiciones de detención normal como a través de alternativas (que también implican la modulación de la sentencia). La rendición de cuentas sigue siendo un principio clave, que involucra en primera instancia a la persona jurídica o al delincuente, pero también a las agencias de salud involucradas en la ruta de tratamiento, es decir, los servicios.

En este sentido, existe una convergencia significativa con la evolución del derecho internacional. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), en su artículo 12, establece como derecho inalienable un reconocimiento igual ante la ley, vinculado al reconocimiento de la capacidad jurídica. Dice (11): “Los Estados Parte reafirman que las personas con discapacidad tienen derecho al reconocimiento en todos los lugares de su personalidad jurídica”. En virtud de esa Convención, las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir, incluso en condiciones de detención, servicios adecuados. Esto refleja lo que también está previsto en nuestro país por el Decreto del Primer Ministro sobre Salud Penitenciaria, de 2008, a través de la actividad directa de los equipos del DSM en las instituciones de prevención y sanción. Este principio, respaldado durante cuarenta años por la experiencia de Trieste, está también apoyado por los recientes avances en la aplicación de la propia CDPD a la salud y se recoge en un programa de la Organización Mundial de la Salud, la OMS, sobre la calidad de los derechos (12).

En particular, el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en las directrices relativas al artículo 14 de la Convención (Derecho a la libertad y la seguridad de la persona), establece de manera clara y radical no organizar servicios judiciales especiales; no implementar una desviación de la justicia (del castigo) a la psiquiatría (a la terapia), donde, si el control social sigue siendo la guía y no el derecho a la salud, se impone la antigua combinación de asilo de cuidado y custodia. En consecuencia, consagra el derecho de defensa. Si bien excluye cualquier forma de tratamiento forzoso, establece que las formas de la toma de decisiones no deben reemplazar al sujeto, sino que solo deben servir de apoyo a su autodeterminación.

La Observación General sobre la CDPD (13) definió la capacidad mental como las capacidades de toma de decisiones de una persona y rechazó las concepciones médicas prevalientes de la capacidad mental, afirmando que son “altamente controvertidas” y que la capacidad mental “no es, como se presenta comúnmente, un fenómeno objetivo y científico que ocurre en la naturaleza”. Argumentó en esa ocasión que la capacidad mental y la capacidad jurídica no deben confundirse, y que las competencias comprometidas en el proceso de toma de decisiones de la primera no deben ser una justificación para la suspensión de la capacidad jurídica, si consideramos que se afirma el principio del consentimiento informado. Por lo tanto, concluyó que la toma de decisiones de sustitución en todas sus formas, el tratamiento obliga-

torio y la exclusión del proceso penal, establecidos sobre la base de una discapacidad mental, ya no son aceptables.

De hecho, incluso fuera del marco del derecho internacional, todavía no hay apoyo teórico al concepto, presente en el código penal italiano, de “incapacidad para comprender” (el significado de los hechos experimentados) y “querer” (refiriéndose a las acciones): ni por parte de las “ciencias blandas”, como las ciencias cognitivas, la neuropsicología, el psicoanálisis (14), que excluyen un mecanismo determinista de causalidad y previsibilidad de los comportamientos, ni por parte de la misma filosofía, sobre todo si se miran los conceptos de intencionalidad y significado (15-17).

Afirmar la imputabilidad del enfermo mental no significa negar la enfermedad y sus efectos, sino proponer la búsqueda del sentido del gesto-crimen dentro de la historia de ese sujeto, y la continuidad de su existencia, sin negarlo e invalidarlo a través de supuestos automatismos naturalistas atribuidos a la enfermedad. En lo que respecta a la peligrosidad, para las personas con trastornos psiquiátricos, se ha referido correctamente a elementos de contexto, especialmente de naturaleza relacional, que se expresan, sobre todo, dentro de las relaciones familiares y, en cualquier caso, de las relaciones significativas (18). En cambio, ante el concepto de peligrosidad se reafirma el “patologismo determinista de derivación lombarda”, incluso si es “imposible dar un contenido científico a la respuesta a la pregunta sobre el peligro social psiquiátrico” (19). Se han expresado posiciones críticas similares: “El peligro social consiste en su esencia en un juicio individualizado del pronóstico conductual, con el que la repetición de actos delictivos se considera concretamente previsible”. De ahí el nuevo impulso de afrontar y desmontar la cuestión, que la nueva ley no ha resuelto, de la peligrosidad. Los estudios epidemiológicos sobre la asociación entre la violencia y la comisión de delitos asociados a diagnósticos psiquiátricos parecen encontrar situaciones diversas (20,21). Aparte de las cuestiones metodológicas relacionadas con los metaanálisis, y este último metaanálisis en particular, una relación estadísticamente significativa entre un descriptor (el diagnóstico) y la probabilidad de cometer delitos (peligrosidad) no muestra un vínculo causal lineal. La multifactorialidad lleva a considerar el peso de los determinantes sociales tanto en la salud como en la desviación social. Estos factores actúan “agrupados”, como se sabe por los estudios de “interseccionalidad” entre variables que crean poderosas sinergias.

#### ¿PELIGRO O RIESGO? UN FALSO CONFLICTO

Las dos denominaciones nos llevan por dos direcciones diferentes.

La primera atribuye a la enfermedad y a la persona que manifiesta la peligrosidad como atributo inalienable. Se remonta a la ley de 1904 que inició la hospitalización forzosa en los asilos italianos en base a la peligrosidad. Obviamente, se opone

frontalmente a la CDPD, donde “no se debe implementar ninguna discriminación sobre la base de la condición o discapacidad en sí misma”. Sus consecuencias operativas son instituciones cerradas destinadas a contener al peligroso sujeto. Además, oculta los factores de riesgo contextuales y situacionales que, en cambio, deben ser considerados para lograr una gestión global. Desde una lectura radical, la agresividad se interpreta como un mecanismo de defensa frente a la institución, así como de rebelión y autoafirmación paradójica, “un primer gesto de rebelión de los enfermos internados frente a la opresión que vivencian” (22). Algo que no debe llevarnos a proponer y reproducir esa violencia y opresión, sino a romper su cadena.

La segunda dirección, la del riesgo, también puede conducir a otro callejón sin salida, representado por la obsesión “moderna” con la “aversión al riesgo”, la estrategia de contención del riesgo que se traduce en opciones institucionales de contención y confinamiento (23). Sin embargo, el riesgo es evitable si se trata, pero ¿cómo tratarlo? Sobre la base de la hipótesis de una condición gradual de “riesgo”, se puede y debe lidiar con la interacción entre los delincuentes y sus historias, marcada a su vez por la violencia familiar o el abandono, con graves laceraciones del Ser, y donde los determinantes sociales son relevantes y se superponen para la comisión del acto delictivo y la violencia: problemas relacionales en el hogar, el trabajo, el entorno social, los lazos sociales, etc.

¿Cómo encaja todo esto en la cuestión de la alternativa a los OPG? Como ya se informó, *de facto*, con la Ley 81 se sustituye la ejecución de medidas de seguridad de “detención” en hospitales psiquiátricos judiciales por el envío a REMS. En este sentido, la mayor contradicción ha sido la aplicación del sistema penitenciario en una estructura que, por ley, está exclusivamente bajo gestión sanitaria interna, con solo “control perimetral” por parte de las autoridades de seguridad pública. Esto todavía se encuentra en numerosas REMS italianas, a pesar del Acuerdo de la Conferencia de Regiones Estatales y de las posiciones posteriores adoptadas por el propio Departamento de Administración Penitenciaria (DAP) a este respecto (8).

También hemos encontrado en la práctica cómo la declarada “peligrosidad”, si se vincula a una patología crónica, o a un trastorno de la personalidad, que no puede ser adecuadamente tratada y, sobre todo, rehabilitada en contextos reales, se inserta en un círculo vicioso donde el sujeto está restringido por una medida de seguridad de “detención”, en lugar de su verificación en las condiciones de realidad de la experiencia. Afortunadamente, la nueva ley estipula que esta medida no puede exceder la duración de la pena prevista para el delito.

Cuando, por el contrario, se encuentra un “peligro social atenuado” (una nueva categoría sin fundamento, como la semi-enfermedad, podríamos hablar así de semi-peligrosidad) como producto de un trabajo terapéutico y rehabilitador, el consultor técnico (CTU) puede proponer en su lugar al magistrado la transición de

una medida de seguridad de detención a otra no privativa de libertad. En nuestra opinión, debe tenerse en cuenta el principio, reiteradamente recordado por el Tribunal Constitucional, de que la medida de seguridad de la detención debe considerarse como una solución residual y extrema que debe imponerse únicamente en los casos en que ninguna otra forma de tratamiento pueda considerarse adecuada. Sin embargo, debe ser monitorizado constantemente para evitar abusos propios del pasado. Las propias REMS son en sí mismas lugares que deben entenderse como residuales y agotados.

#### HACERSE CARGO

En el circuito que eventualmente puede conducir a una persona con trastorno mental a una REMS en lugar de a la prisión, el papel del Departamento de Salud Mental en la reforma introducida por la Ley 81 es absolutamente central y estratégico. En el pasado, no intervenía sobre lo que decidía el magistrado a menos que se solicitara expresamente un programa, incluso después de una pregunta específica planteada al CTU. En la nueva legislación, el DSM es fundamental para evaluar y proponer alternativas para hacerse cargo, a través de protocolos específicos con el poder judicial, en todos los grados de la investigación y el juicio (como en la Región Friuli Venezia Giulia), y en el apoyo al plan de tratamiento en REMS y también al Proyecto Terapéutico de Rehabilitación Individual (PTRI) propuesto como una alternativa a las REMS. El acuerdo de la Conferencia Estado-Regiones con el DAP de 26 de febrero de 2015 ya ha previsto que este PTRI se formulará inmediatamente, dentro de los 45 días posteriores a la entrada en REMS, con el objetivo de adoptar soluciones distintas a las REMS.

Lo dicho hasta ahora ha encontrado apoyo en la opinión del Comité Nacional de Bioética (24), que subrayó los principios de residualidad de la medida de seguridad, de territorialidad en su ejecución, de individualidad del proyecto terapéutico y, sobre todo, del principio de primacía de la salud del paciente sobre las necesidades de control social. El aspecto calificativo y central está representado por la forma, la práctica, con la que el DSM juega este papel en la dinámica de la reforma. Cuando los servicios territoriales de salud mental pretenden su funcionamiento en clave ambulatoria, con recurso rutinario a la hospitalización, con un uso “administrativo” del tratamiento sanitario obligatorio, y se cuidan de mantener técnicas y vocaciones terapéuticas sin considerar la demanda de control social y los aspectos de sanción penal, el riesgo de abandono o, por el contrario, de la inducción de instancias fuertemente represivas y de contención se convierten en la norma. Por el contrario, si se ha organizado una red orgánica de servicios capaces de aceptar el malestar en su conjunto, dispuestos a asumir la carga de las necesidades que lo acompañan, a ser transitables

y sensibles a la subjetividad y singularidad del ciudadano portador de este malestar, se crean condiciones que permiten afrontar de forma articulada la complejidad de la vía de tratamiento, en la intersección con los circuitos de la sanción.

Nuestra experiencia (y me refiero a la realizada, ahora hace cincuenta años, en el Departamento de Salud Mental de Trieste) se basa en los principios de: responsabilidad por la salud mental en el ámbito territorial, con la presencia activa del Servicio y la movilidad hacia la demanda; de accesibilidad (y modelo de reconocimiento no solo clínico); de continuidad terapéutica, incluida la respuesta a las crisis proporcionada por y en el servicio territorial; de globalidad e integración de las intervenciones; del trabajo de un equipo multidisciplinar.

El horizonte es el de un enfoque sistémico e integral de toda la vida de la persona. A continuación se exponen los principales pasos que, según nuestra experiencia, han resultado fundamentales para la atención de personas con trastornos mentales en riesgo de cometer delitos y problemas con la justicia. La prevención secundaria se realiza a través de la práctica proactiva y asertiva de los subgrupos de continuidad terapéutica, que operan en los diversos Centros de Salud Mental (CSM), abiertos las 24 horas, cada uno con 6 camas, dirigidos a personas de alta prioridad con criterios definidos: actualización constante de la lista y modulación de la intensidad, de alrededor de 1/10 usuarios del CSM (25-28).

Las intervenciones de crisis del CSM, incluso a domicilio, están dirigidas a prevenir el tratamiento sanitario obligatorio (TSO) a través del compromiso activo de la persona, la negociación asertiva, a veces incluso en colaboración con la policía. El TSO en sí no es ya un evento fuera del sistema de salud mental, sino una decisión del servicio en caso de fracaso del programa y riesgo para la salud del sujeto. La gestión global de las necesidades personales y sociales ("*whole life*", "de la vida") se sitúa en una perspectiva de habilitación y recuperación articulada en proyectos personalizados (los PTRI), posiblemente con presupuesto a cargo de Salud, centrados en los ejes hogar-trabajo-vida social. En otras partes de Italia, las prácticas se están moviendo en esta misma dirección, lo que ha llevado a la contención en el uso de TSO. La tasa de TSO en Italia sigue cayendo, a menos de 15 por cada 100.000 habitantes (29).

#### APOYO EN PROCEDIMIENTOS JUDICIALES, PERITAJE PSIQUIÁTRICO E INTERVENCIÓN EN PRISIÓN

En cualquier caso, y en todo sistema "post-asilo", consideramos imprescindible plantearse el cruce del nudo sancionador en la práctica de la salud mental territorial. Si se inicia un proceso judicial que concierne a una persona conocida por el servicio, o en todo caso portadora de trastorno mental, se debe contar de manera inmediata en todo momento del proceso, desde el interrogatorio hasta el reporte de

apoyo a la defensa legal, con la presencia y oferta de un servicio que trabaje en la comunidad con la policía y el poder judicial. Los diversos pasos de acompañamiento, apoyo, información, comunicación, interacción con los aparatos de orden público y justicia... no están dirigidos a justificar, sino a hacer comprender a las personas el camino, la historia de la persona hasta el gesto de ruptura, hasta el delito potencial, y permite devolver a las razones “humanas” el comportamiento sintomático o desviado (30). Y, también, ofrecer garantías a quienes trabajan en el lado de la seguridad y al poder judicial de investigación, juicio y vigilancia, a través de la formulación de un proyecto, un camino de cuidado y reinclusión social.

En cuanto a la práctica de la pericial psiquiátrica, creemos que es necesaria, aunque el papel pericial como tarea del servicio suponga una contradicción. Esta práctica ve el acto experto como una reconstrucción necesaria de la historia, la subjetividad y la continuidad del significado (“la relación ininterrumpida de significado” de la que escribió Klaus Dörner (31)). La experiencia investiga, por lo tanto, algunas cuestiones clave que se asocian con la relación entre la subjetividad y el desorden en la enfermedad: cómo esta es dirigida y manejada por el sujeto (32,33), qué sentido tiene el síntoma, el sentido de la propia experiencia de la enfermedad como hecho interpersonal y social.

La cuestión central del determinismo biomédico es que no tiene en cuenta el significado (34), que en cambio puede ser un medio para reconocer un nivel de capacidad legal con respecto al delito. Como se sabe, en los estudios sobre “recuperación”, dar un significado al hecho de sentirse mal es esencial para la reapropiación de uno mismo, y por lo tanto también será central en la rehabilitación relacionada con el castigo, con la sanción (35,36). La pregunta principal entonces es entender cómo se enmarca un gesto-crimen en una historia, qué significado particular puede jugar y cómo comenzar a partir de él. Incluso desde la cárcel.

Con el Decreto del Primer Ministro de 1 de abril de 2008, y en los acuerdos posteriores de la Conferencia Estado-Regiones, surge la clara indicación de que “las intervenciones de rehabilitación diagnóstica y terapéutica estén garantizadas por los departamentos de salud mental de las autoridades sanitarias territorialmente competentes, así como por los especialistas del Servicio” (Acuerdo n° 3 / CU de 22/01/2015). En general, se espera que esto suceda a través de la creación de las llamadas “Articulaciones Psiquiátricas”, es decir, secciones especializadas, gestionadas siguiendo criterios de salud, dentro de las cárceles, una experiencia que aún debe verificarse rigurosamente tanto desde el punto de vista de la eficacia como del de los derechos humanos. Así se señala en el informe del Garante de los Derechos de las Personas Privadas de Libertad. Recientemente se han producido quejas sobre el estado, no muy diferente de los antiguos OPG, de algunas de las secciones psiquiátricas especiales en las prisiones (como en Turín, en enero de 2022). Frente a esto, vale la pena destacar la elección compartida en una medida minoritaria por algunos

DSM italianos para garantizar la entrada de los servicios de salud mental en la prisión (considerando que la prisión es parte del territorio), con el fin de mantener la continuidad de la atención y la relación, y también para hacer frente a las nuevas demandas en un lugar con una alta concentración de sufrimiento, poniéndolos en contacto con los recursos y programas disponibles “fuera”.

En Trieste, desde 1980, el DSM ha optado por intervenir en prisión, primero con un pequeño número de operadores, luego a través de un acuerdo que involucró directamente a todos los CSM a través de operadores autorizados, también capaces de apoyar intensamente situaciones críticas y, en cualquier caso, de garantizar la debida continuidad de los programas terapéuticos, de rehabilitación y de reinserción social. Esto va en beneficio de aquellos que ya son conocidos por el servicio y de otros que manifiestan su enfermedad, o se enferman, dentro de la prisión (37). Más allá de la respuesta basada en la entrevista y los fármacos, la intención siempre es construir un proyecto de recuperación individual que se proyecte fuera, fuera del estrecho horizonte de la detención, para predecir un posible futuro de vida. Unas cuarenta y cinco personas al año, de las que ya se conocen una veintena, son actualmente seguidas o al menos evaluadas cuando presentan sospechas de trastornos psíquicos y/o conductuales de dudosa naturaleza.

La práctica del CSM en la prisión (coordinada a nivel departamental en un “grupo penitenciario”) permitió eliminar pronto los envíos a los OPG desde la prisión, dado que siempre se ha asumido como un éxito importante, también por la administración de la prisión. Actualmente, el servicio se ha convertido en casi diario y se integra estrechamente con el servicio general de salud gestionado por ASUITS (Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste), que también incluye el Departamento de Adicciones.

En casos y situaciones especiales, las alternativas ofrecidas por los servicios DSM son posibles. Es posible acordar con el magistrado la hospitalización en el servicio en el hospital general (SPDC) de personas en condiciones agudas de descompensación (también por TSO) o estancias más largas de 24 horas en el CSM, por ejemplo, en espera o en curso de valoración, con fines más puramente rehabilitadores, proponiendo detención o arresto domiciliario en el servicio. Las alternativas al camino psiquiátrico-forense se han implementado más fácilmente durante largos períodos de hospitalización en el CSM, cuando otras soluciones no son útiles o no están disponibles. Esto consiste en “colocar a la persona en el centro de la atención del servicio”, comenzando de nuevo con programas habilitantes tanto residenciales como en las diferentes áreas garantizadas hoy por el Centro de Día “generalizado”, para un proyecto de vida integral.

El PTRI apoyado por el Presupuesto de Salud, con uso específico de fondos como el FAP (Fondo para la Posible Autonomía), en co-diseño con los servicios

sociales de las autoridades locales, es una herramienta útil en este sentido, también para evitar caminos de deriva social e institucionalización. Un elemento clave es la implicación de las cooperativas sociales, y, por tanto, de la comunidad local en sus instancias públicas y privadas, para la realización del PTRI: en función del apoyo diario, acompañamiento, gestión de programas de inserción sociolaboral y vida asistida (38,39). Cabe señalar la importancia de esta herramienta también en otras situaciones en las que se utiliza, hasta el establecimiento de ONLUS (Organización sin ánimo de lucro de utilidad social) entre los ex internados en OPG, en una lógica de empresa social a través de la forma cooperativa (40).

#### ANULANDO LA LÓGICA DE LA EXCLUSIÓN EN LAS REMS

También en términos de REMS, los sistemas que tienen mejores servicios y relaciones consolidadas de colaboración con el poder judicial han sido capaces de desarrollar modelos y experiencias que son innovadores. La Región Autónoma de Friuli Venezia Giulia, al comienzo del proceso de superación de los OPG, había previsto la reducción a la mitad del modelo organizativo de la única REMS regional, reducida entonces de 20 a 10 camas, de acuerdo con las necesidades “históricas” en comparación con los OPG (para Trieste igual a cero desde 2006). Posteriormente, se realizó el despliegue del modelo de 10 plazas en tres subunidades territoriales (actualmente, como REMS provisionales, las tres de 2 plazas cada una). Por lo tanto, la REMS regional “difusa” resultante se coloca en los servicios de tres DSM (en el caso de Aurisina, en Trieste, dentro de una sede de un Centro de Día) y funciona como una red y en una red con todos los servicios regionales involucrados, evitando así el establecimiento de un lugar o servicio dedicado, por lo tanto “especial”, o de una estructura penitenciaria, de detención, operando en cambio con la puerta abierta.

La afirmación en la práctica de la responsabilidad territorial de los servicios descritos anteriormente, al responder a las necesidades de un responsable que garantice los caminos de las personas, se activa para evitar un “otro lugar” donde se pasa a recluir, excluir, relegar, segregar, delegar, retener. La responsabilidad es compartida entre la misma persona, la REMS y el CSM de referencia. El principio de la pequeña escala ha permitido insertar “una persona a la vez” y un “estar con ella”, permitiendo la reconstrucción de la historia y la red social juntos, teniendo en cuenta que la historia se actualiza en una red de relaciones (por ejemplo, para un huésped, el acompañamiento de la familia de origen en Sicilia; para una pareja milanesa, la conexión con el padre en Milán).

La entrada de la comunidad en la REMS se realizó mediante actividades culturales, un mercado, conciertos, la presencia de grupos escolares. Herramientas útiles en un sentido evolutivo fueron los permisos para la inserción laboral y para la participación

en las actividades del CSM de origen. La comparación con los aspectos de sanción a tomar directamente por la REMS ha sido un trabajo difícil y duro para los servicios que operan con la puerta abierta y sin contención (28). La sanción constituida por el internamiento, que se basa en el principio de exclusión, se ha invertido en cierto sentido en su opuesto: en la inclusión en una relación cercana, en la humanidad de esta relación, en la acogida del huésped, del extranjero. Se llevó a cabo la continua deconstrucción y reconstrucción, es decir, la trituración en la práctica del modelo REMS como un potencial nuevo mini-OPG. Si esto, por un lado, ha supuesto la desinstitucionalización de la estructura tal y como está concebida, en sus aspectos solitarios, por otro, ha permitido la construcción de una pequeña “institución inventada”, por decirlo con Franco Rotelli (41), que tenía el propósito de negar, de superarse para encontrar nuevas soluciones, más útiles para las personas. Esto solo es posible en el marco de servicios fuertes y capaces, orientados a principios claros. Por lo tanto, estamos trabajando para evitar el envío a REMS, ofreciendo al poder judicial oportunidades y alternativas.

#### LA SITUACIÓN ACTUAL DE LAS REMS

Las formas en que se implementaron las REMS se vieron profundamente afectadas por entornos culturales y políticas regionales muy divergentes, para lo cual fue necesario encontrar un punto de síntesis en la Conferencia Estado-Regiones. Además del caso de Lombardía, ya mencionado, algunas regiones han optado por la solución de tener más de un módulo, o inversamente no tener su propio REMS, sino de “apoyarse” en otras regiones (así, Piamonte, Umbría); otras regiones incluso han propuesto inicialmente instalaciones penitenciarias en desuso o han designado entidades privadas. En muchas las estructuras de “control perimetral” (muros, redes, cámaras de vigilancia) han ido acompañadas de la persistencia de modelos de custodia, con detectores de metales, puertas cerradas incluso en el interior, camas ancladas al suelo y (aunque limitado) uso de la sujeción; otras se han dotado de vigilantes internos como función disuasoria y preventiva de posibles episodios de violencia (7).

La práctica crítica de la regulación penitenciaria no se ha aplicado en todas partes y se ha visto afectada por el equilibrio existente con el Poder Judicial y las Prefecturas, o incluso por la relación con los comandantes de los Carabinieri y la Policía Estatal. Inmediatamente criticados como mini-OPG, en realidad las REMS han asumido colectivamente el desafío de ayudar a realizar en la práctica la alternativa a las viejas instituciones. Han formado una coordinación nacional capaz de interactuar con el Ministerio y las Regiones (7), que ha apoyado el trabajo de StopOPG. En muchas de ellas se ha establecido un modelo de comunidad terapéutica, generalmente con buenos resultados, pero la cuestión crucial ha sido la relación con el territorio, en particular con el DSM, la posibilidad de ser “transitoria” y garantizar la reinserción social a través de

nuevas medidas terapéuticas y soluciones habitacionales protegidas o apoyadas. Entre los principales datos: el alto índice de rotación, en comparación con los antiguos OPG.

En diciembre de 2021, se desplegó finalmente un órgano de coordinación ministerial sobre el proceso de superación de los OPG. Cabe señalar que el DSM se ha comprometido entretanto, especialmente en algunas realidades, a garantizar la realización de proyectos alternativos a las REMS en diálogo con el Poder Judicial. Aunque no hay datos oficiales, se estima que hay alrededor de 6.000 personas con trastornos mentales y medidas judiciales seguidas en el territorio por los Departamentos de Salud Mental (42). El 70% de estos pacientes son huéspedes de instalaciones residenciales, ocupando cerca del 15% de las plazas disponibles y suponiendo un gasto anual de alrededor de 300 millones de euros.

Entre los resultados que hay que comunicar, destaca la limitada tasa (menos del 5%) de reincidencia en los delitos. Las plazas actuales del sistema REMS, aunque con una buena rotación, muestran una tendencia a alargar la estancia por un efecto de acumulación de pacientes con delitos graves y una duración prolongada de las medidas (5-10 años), lo que obviamente no debería pasar en el sistema REMS.

La llamada “lista de espera” tiene un alcance que es difícil de cuantificar, ya que no existe un sistema nacional fiable (a 21 de julio de 2021 serían 750 para la DAP, 568 para la Conferencia Estado-Regiones), y, además, la mayoría, como ya se ha señalado, se acogen a la cuestionable práctica de la medida de seguridad provisional, que excluye la pronta participación del DSM en la toma de posesión. Los sujetos que esperaban ingresar a la REMS desde la cárcel cayeron en un año (de octubre de 2020 a octubre de 2021) de 98 a 35. De ahí la constante petición de un aumento de camas por parte de la judicatura (en su momento se estableció un número fijo de camas para garantizar que no se ampliase más y de forma indefinida el contenedor psiquiátrico forense, por los riesgos conocidos y ya mencionados que conlleva). Existe un sistema de seguimiento del proceso de aumento de los OPG y de la asistencia sanitaria penitenciaria (SMOP), adoptado por 19 de las 20 Regiones. Recientemente, los Ministerios de Salud y Justicia y las Regiones han proporcionado más datos en un informe al Tribunal Constitucional. A 31 de julio de 2021, había 36 REMS, con un total de 652 camas; con el MSR final, el sistema debería incluir 740. Solo 19 personas de las 596 presentes estaban fuera de la región; también había 15 personas sin hogar y 58 extranjeros.

#### ENTRE LOS RIESGOS DE REGRESIÓN Y LAS PERSPECTIVAS PARA EL AVANCE DE LA REFORMA

Al evaluar los resultados actuales de la reforma, se puede decir que el objetivo del legislador de superar definitivamente la lógica basada en el asilo, basada en el internamiento, que aún sustentaba los OPG, aún no se ha logrado plena y definitivamente. Mientras que el cierre de los OPG, largamente pospuesto, fue finalmente

coronado con un éxito importante, el nuevo sistema provisional de las REMS, con todas sus contradicciones no resueltas, se injerta en un declive del sistema de salud mental italiano, que tiene sus causas estructurales en la disminución en términos de inversión y en la persistente falta de equidad entre las regiones (43,44). Entre los problemas hasta ahora no resueltos, surge la persistencia en las leyes del sistema de la “doble vía” para los infractores juzgados no imputables, por incapacidad y peligrosidad, y por tanto sometidos a medidas de seguridad.

Habría que contrarrestar el uso (y abuso) de tales medidas, como lo demuestran los que están en la “lista de espera” para ingresar en las REMS, casi todos con medidas de seguridad provisionales. A menudo se imponen incluso antes de que se evalúen las alternativas ofrecidas por los servicios de salud mental que operan en el área. Su fortalecimiento, previsto desde el primer decreto-ley de 2011, no solo no se hizo realidad, sino que hubo una reducción adicional y considerable de los recursos. Con el Proyecto de Ley de Justicia n° 103/17 también existía el riesgo de un retorno a las REMS, como los OPG, como un contenedor indiferenciado de personas con trastorno mental y aspectos de trastorno social, por ejemplo, trastornos de personalidad.

Entre las diversas amenazas de regresión del marco legislativo actual, debe considerarse la investigación abierta por el Tribunal Constitucional que planteó la cuestión radical de la ilegitimidad de la nueva ley (Ley 81/2014) sobre la base de una solicitud presentada por el Tribunal de Tívoli<sup>2</sup>.

La Corte Constitucional (45) rechazó la solicitud, considerando también el riesgo de una grave desestabilización y el vacío regulatorio que habría abierto la declaración de inconstitucionalidad. La sentencia, sin embargo, dudaba en una exhortación a una medida legislativa orgánica sobre las nuevas medidas de seguridad de detención implementadas por las REMS, reposicionando como central el papel del DAP y el Poder Judicial. Aquí radica el mayor riesgo: que lo que era transitorio, diseñado para superar los OPG (para los que ni siquiera se utilizó la dicción REMS hasta 2014), se convierta en un sistema estabilizado con mayor número de camas, mayores y obligatorios automatismos, en definitiva, que se institucionalice una nueva y problemática doble vía, lo que legitima plenamente incluso la impugnación de medidas provisionales de seguridad. Se organizan porque a menudo faltan acuerdos interinstitucionales sobre una base territorial, para la evaluación y la toma de control, entre el Poder Judicial y los DSM, mientras que estos últimos no están ni cultural ni operativamente equipados de forma adecuada.

El ciudadano con trastorno mental vuelve a estar sujeto a un derecho diferente: discutiendo la diferencia con el TSO, el Tribunal afirma que el propósito de las

<sup>2</sup> Esta se refería a una persona que había golpeado al alcalde de Tívoli, a quien había ido a pedir vales de comida, con un cartón de vino. Sometido a valoración pericial y juzgado incapaz y peligroso, no había encontrado colocación inmediata en REMS.

REMS no puede ser exclusivamente terapéutico, sino también privativo de la libertad (46). Confirmando la doble vía sobre la base de la no imputabilidad por incapacidad, la peligrosidad vuelve a legitimarse como una cuestión de psiquiatría, que debe “defender a la comunidad” de la mano de la justicia. Entre las muchas contradicciones no resueltas por la sentencia, está la que existe entre castigo y cuidado, que las medidas de seguridad sin embargo reproducen con toda evidencia: insertar la pena en el contexto del cuidado, no al revés (46). Surgen entonces una serie de preguntas con una perspectiva más amplia: ¿es posible superar la disciplina de las medidas de seguridad? ¿Es factible una reforma del Código Penal en materia de incapacidad y peligrosidad? De hecho, se ha presentado y reformulado un nuevo proyecto de ley, en un escenario ciertamente cambiado para mejorar viejas propuestas de los años 80 (47). Dicho proyecto tiene la intención de suprimir los artículos 88 y 89 del Código Penal (no imputabilidad por enfermedad mental) e intervenir en el nivel de desviación del contexto de castigo al contexto terapéutico en el territorio, previendo una operatividad -aunque limitada- de las articulaciones e intervenciones psiquiátricas en la prisión. Sin embargo, esto abriría otras contradicciones, como una nueva exclusión del circuito normal de la pena y la construcción de contenedores *ad hoc* tanto dentro como fuera de la prisión, mientras que el sistema REMS quedaría de hecho eclipsado.

## CONCLUSIONES

A la espera de la reorganización legislativa, y sobre todo en espera de medidas legislativas más valientes y radicales, es posible concluir con algunos indicios de una buena práctica, que se sitúa en el espacio de la relación entre la psiquiatría y la justicia, en la contradicción entre tratamiento y sanción penal (48).

- Fortalecer el trabajo de los servicios: no solo utilizar residencias y comunidades, sino poner a disposición recursos, actividades útiles para hacerse cargo, proyectos, lo que implica enfrentar y hacerse cargo de la crisis en el territorio a partir de los servicios territoriales, trabajando con la policía, evitando delegaciones y convirtiéndola en el motor de la vía de atención posterior. Esto permite reducir el énfasis en la peligrosidad, desestigmatizando a través de prácticas concretas de “hacerse cargo” de la imagen social de la persona con algún desorden.
- Llevar a cabo proyectos personalizados de amplio alcance (que abarquen “toda la vida”), involucrando los recursos del territorio y lo social privado, una herramienta sugerida por el Presupuesto de Salud, pero también las prácticas y equipos de continuidad de la atención territorial (que utilizan los principios organizativos de gestión de casos, Tratamiento Asertivo Comunitario, Tratamiento Asertivo Comunitario Familiar, etc.).

- Implementar protocolos de colaboración interinstitucional con el Poder Judicial y su difusión y aplicación, el llamado “tablero” integrado con la salud penitenciaria. Ofrecer activamente los recursos del sistema de salud mental, incluidos los CSM, SPDC, soluciones residenciales y de vivienda y rehabilitación, al poder judicial, ofrecer habilidades para programas y experiencia en una lógica de “concertación”.
- Ingresar a la prisión como una práctica normal de los trabajadores de servicios para garantizar la continuidad terapéutica, ofreciendo soluciones en caso de “crisis de la institución”, ahora más frecuente dada la “sanitización” de la prisión.
- Evitar la deriva hacia medidas de seguridad, interceptar el riesgo de las REMS, proponer alternativas. Si hay un envío a una REMS, planificar la gestión y la ruta de atención junto al CSM de referencia, y los recursos del territorio, para que se puedan ofrecer otras opciones.

Todo ello, en definitiva, puede permitir volver a cruzar el campo de la sanción y transformarlo, evitando al mismo tiempo una psiquiatría acrítica: la cura en la pena, y no al revés.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Castel R. *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*. Milano: Feltrinelli, 1979.
- (2) Castel R. Dalla pericolosità al rischio. *Aut-aut* 2016; 370: 147-166.
- (3) Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its success and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018; 27: 336-345.
- (4) Canosa R. *Storia del manicomio in Italia dall'Unità a oggi*. Milano: Feltrinelli, 1979.
- (5) Comitato del Consiglio d'Europa per la prevenzione della tortura e dei trattamenti inumani o degradanti (CPT), 2008. Disponibile en: <https://www.coe.int/it/web/cpt/-/council-of-europe-anti-torture-committee-publishes-report-on-ita-1>
- (6) Barbui C, Saraceno B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins. *Br J Psychiatry* 2015; 206: 445-446.
- (7) Corleone F. *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*. Quaderni del Circolo Rosselli 2018; 1:141-157.
- (8) Pellegrini P. *Liberarsi della necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quasi un manuale*. Merano: Edizioni AlphaBeta Verlag, 2017.
- (9) Steadman H, Monahan J. *The movement of offenders population between mental health and correctional facilities*. Bethesda, MD: National Institute of Justice, 1982.
- (10) De Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. Deinstitutionalization: a different path. *The Italian mental health reform*. *Health Promot*. 1986; 1(2): 151-165.
- (11) United Nations. Human Rights. Office of the High Commissioner. General comment No. 1 Article 12: Equal recognition before the law. 11 abril de 2014 Disponible en: <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/general-comment-no-1-article-12-equal-recognition-1>
- (12) World Health Organization. *Quality Rights Programme*, 2017. Disponibile en: [www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/](http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/)
- (13) United Nations. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. *Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities*. Septiembre de 2015.
- (14) Colucci M. *Individui pericolosi, società a rischio*. *Aut-aut* 2016; 370: 3-20.
- (15) Husserl R. *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro primo: Introduzione generale alla fenomenologia pura*. Torino: Einaudi, 1981.
- (16) Ricoeur P. *Filosofia della volontà I. Il volontario e l'involontario*. Génova: Marietti, 1990.
- (17) Habermas J. *Teoria dell'agire comunicativo*. Bologna: Il Mulino, 1986.
- (18) Dell'Acqua G, Cogliati MG, Mezzina R. *Servizi psichiatrici e nodi della sanzione*. En: Dell'Acqua G, Mezzina R (eds.) *Il folle gesto. Perizia psichiatrica, manicomio giudiziario, carcere nella pratica dei servizi di salute mentale a Trieste (1978-88)*. Roma: Sapere 2000, 1988.
- (19) Fornari F. *Psicopatologia e psichiatria forense*. 1ª ed. Torino: UTET, 1989.
- (20) Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(2):152-61.

- (21) Whiting D, Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of schizophrenia spectrum disorders and violence perpetration in adults and adolescents from 15 countries: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(2):120–132.
- (22) Basaglia F. The destruction of the mental hospital as a place of institutionalisation. Thoughts caused by personal experience with the open door system and part time service—First international congress of social psychiatry, London 1964. En: Toresini L, Mezzina R (eds.). *Beyond the walls / Oltre i muri - Deinstitutionalisation in European best practices in mental health / La deistituzionalizzazione nelle migliori pratiche europee di salute mentale*. Merano: Alpha Beta Verlag, 2010.
- (23) Sashidharan S, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019; 28(6): 605-612.
- (24) Comitato Nazionale per la Bioetica CNB (2017) *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, 21 settembre 2017. <http://bioetica.governo.it/it/comunicazione/notizie/la-cura-delle-persone-con-malattie-mentali-alcuni-problemi-bioetici/>
- (25) Mezzina R. Community mental healthcare in Trieste and beyond. An ‘open door-no restraint’ system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis*. 2014; 202(6): 440–445.
- (26) Mezzina R. Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors – Trieste, Italy. *L'Information Psychiatrique* 2016; 92(9): 747–754.
- (27) Mezzina R. Friuli Venezia Giulia – Aurisina. En: *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone*, 19 agosto 2016–19, febbraio 2017. All. B: Contributi delle Rems, 104-111. Senato della Repubblica.
- (28) Mezzina R. Servicios comunitarios de salud mental con puertas abiertas y sin restricciones en Trieste, Italia. *Topía, Un sitio de psicoanálisis, sociedad, cultura*. 2017. Disponible en: <https://www.topia.com.ar/articulos/servicios-comunitarios-salud-mental-puertas-abiertas-y-restricciones-trieste-italia>
- (29) Ministero della Salute. *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale*, 2018. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2932\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2932_allegato.pdf)
- (30) Mezzina R. Appunti su pratica psichiatrica e “carcerario”. *Dei Delitti e Delle Pene*, 1987; 2: 333-346.
- (31) Dörner K. *Il borgese e il folle. Storia sociale della psichiatria*. Bari: Laterza, 1975.
- (32) Dell’Acqua G, Mezzina R. La storia, il soggetto, la capacità di intendere e di volere. En: De Leonardis O, Gallio G, Mauri D, Pitch T (eds.). *Curare e punire - Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*. Milano: UNICOPLI, 1988.
- (33) Strauss J. The person –key to understanding mental illness. *Towards a new dynamic psychiatry*. III. *Br J Psychiatry Suppl*. 1992; (18). 19-26.
- (34) Augé M, Herzlich C. *Il senso del male. Antropologia, storia, sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore, 1986.
- (35) Marin I, Mezzina R. Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2006;130(1): 129-152.
- (36) Mezzina R. Che cos’è la guarigione: l’oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca, *Introduzione a Guarire si può. Persone e disturbo mentale*, di Isabel Marin e Sil-

- va Bon, in 180, *Archivio Critico della Salute Mentale*. Merano: Alfabeta Verlag, 2012; pp. 7-23.
- (37) Oretti A, Castelpietra G. *Prevenire il suicidio in carcere. Le linee guida dell'OMS e la realtà italiana. Manuale per operatori penitenziari e sanitari*. Dipartimento di Salute Mentale / WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, ASS n. 1 Triestina, Trieste, 2012.
- (38) Mezzina R, Ridente G. *La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato*. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2015; 12. Disponibile en: [www.usl7.toscana.index.php/nrsp](http://www.usl7.toscana.index.php/nrsp)
- (39) Ridente P, Mezzina R. *From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction*. *Int J Ment Health* 2016; 45(1): 59-70.
- (40) Righetti A. *I budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche*. Bari: Laterza, 2013.
- (41) Rotelli F. *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*. 180 - *Archivio Critico della Salute Mentale*. Merano: Alfabeta Verlag, 2015.
- (42) Pellegrini P. *Liste di attesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive: analisi e possibili soluzioni*. *Iscriviti alla newsletter*, dpu. 2021.
- (43) Barone R, Mezzina R, Pellegrini P (eds.) *Programma del Coordinamento Nazionale delle Rems*. En: Corleone F (ed.) *Manicomi criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, Quaderni del Circolo Rosselli. Pisa: Pacini Editore, 2018; pp. 137-140.
- (44) Barone R, Mezzina R, Pellegrini P (eds.) *Commento alla proposta di riforma delle misure di sicurezza personali*. *Audizione del Coordinamento Nazionale Rems*, 24 Novembre 2017. *Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico e per la revisione del sistema delle pene accessorie D.M. 19.7.2017 in attuazione della legge 103/2017*.
- (45) Corte Costituzionale. *Sentenza n. 22/2022, relativa alla costituzionalità della legge n. 81/ 2014 sollevata dal Tribunale di Tivoli*. Disponibile en: [https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param\\_ecli=ECLI:IT:COS T:2022:22](https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COS T:2022:22)
- (46) Corleone F. *Cosa sono i Rems e perché la vera riforma è cancellare il Codice Rocco*. *Il Riformista*, 30 Gennaio 2022. Disponibile en: <https://www.ilriformista.it/cosa-sono-i-rem-e-perche-la-vera-riforma-e-cancellare-il-codice-rocco-276753/>
- (47) Camera dei Deputati. *Proposta di legge: MAGI ed altri: "Modifica all'articolo 73 e introduzione dell'articolo 73-bis del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e altre disposizioni in materia di riduzione della pena per la produzione, l'acquisto e la cessione illeciti di sostanze stupefacenti o psicotrope nei casi di lieve entità"* (2307), 2021. Disponibile en: <https://www.camera.it/leg18/126?tab=2&leg=18&idDocumento=2307&sede=&tipo=>
- (48) Mezzina R. *Pena e cura. Le risposte attuali dei servizi di salute mentale alla luce della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. En: *Salute nella polis carceraria: evoluzione della medicina penitenziaria e nuovi modelli operativi*, a cura di Rosanna Mancinelli, Marcello Chiarotti, Sandro Libianchi. *Rapporto ISTISAN 19/22*, 47-62. Istituto Superiore di Sanità, 2019. Disponibile en: <http://old.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=3215&tipo=5>

## ABREVIATURAS (POR ORDEN DE APARICIÓN)

- **REMS:** Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza/ Residencias para la Ejecución de Medidas de Seguridad
- **OPG:** Ospedale Psichiatrico Giudiziario/ Hospital Psiquiátrico Judicial
- **CPT:** Comitato per la Prevenzione della Tortura/ Comité del Consejo de Europa para la Prevención de la Tortura y del Trato Inhumano o Degradante.
- **SMOP:** Sistema informativo per il Monitoraggio degli Ospedali Psichiatrici giudiziari/ Sistema de información para el seguimiento de los hospitales psiquiátricos judiciales
- **DSM:** Dipartimento di Salute Mentale/ Departamento de Salud Mental
- **CDPD:** Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità/ Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad/ CRPD, Committee on the Rights of Persons with Disabilities
- **DAP:** Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria/ Departamento de Administración Penitenciaria
- **CTU:** Consulente Tecnico d'Ufficio/ Asesor técnico (o perito) al magistrado
- **PTRI:** Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati/ Proyecto Terapéutico de Rehabilitación Individual
- **CSM:** Centri di Salute Mentale/ Centros de Salud Mental
- **TSO:** Trattamento Sanitario Obbligatorio/ Tratamiento Sanitario Obligatorio
- **SPDC:** Servizio per Diagnosi e Cura/ Servicio para Diagnóstico y Tratamiento
- **FAP:** Fondo per l'autonomia possibile/ Fondo para la posible autonomía
- **ASUITS:** Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste
- **ONLUS:** Organizzazione non lucrativa di utilità sociale/ Organización sin ánimo de lucro de utilidad social