

Giulia Anna Pasquariello
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"
Corso di Laurea Triennale in Servizio Sociale (CLaSS) L-39
Relatrice: Prof.ssa Carla Faleri
Correlatrice: Prof.ssa Fabrizia Covino

LE RESIDENZE PER L'ESECUZIONE DELLE MISURE DI SICUREZZA. Evoluzione del sistema di assistenza al paziente psichiatrico forense

*La follia può essere tutto o niente. È una condizione umana.
In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione.
La società per dirsi civile dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia*
Franco Basaglia, *Conferenze Brasiliane*, 1979

Il presente lavoro è stato elaborato con l'obiettivo di descrivere ed analizzare l'evoluzione del sistema di assistenza al paziente psichiatrico forense che ha portato all'istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, in acronimo R.E.M.S. Il percorso di stesura di questa tesi ha origine dal mio personale interesse per il sistema penitenziario, per il trattamento delle malattie psichiatriche e dei diritti degli autori di reato e l'approfondimento di tali tematiche è stato possibile attraverso sia l'acquisizione di conoscenze teorico normative ma soprattutto attraverso l'esperienza di tirocinio che mi ha permesso di effettuare il passaggio dalla teoria alla prassi. Infatti, ho avuto l'opportunità di svolgere il tirocinio professionale presso l'Ufficio interdistrettuale di Esecuzione Penale Esterna di Roma e mediante questa realtà ho potuto toccare con mano il ruolo del Servizio Sociale nella giustizia per adulti a cui appartengono le R.E.M.S. In particolare, ho potuto visitare la R.E.M.S. Castore di Subiaco, partecipando in prima persona al lavoro di équipe di cui si avvalgono i professionisti di riferimento. In questo modo ho avuto l'occasione di approfondire sia il ruolo dell'assistente sociale che opera in questo ambito e i servizi del territorio che collaborano con le R.E.M.S sia le storie di vita delle persone ricoverate all'interno di questa Istituzione. Tale visita ha posto le basi per una chiave di lettura del contesto sempre più profonda e mi ha spinto ad approfondire questo mondo che merita ancora tanta attenzione, umana e giuridica.

Per comprendere la natura del paziente psichiatrico autore di reato il primo passo è stato quello di ricostruire il contesto storico-culturale entro il quale la sua definizione ha avuto luogo. È possibile affrontare la riflessione partendo dallo stigma con cui viene contrassegnata la sua essenza, basato su due aspetti in particolare: la commissione di un reato (quindi la criminalità) ed il disagio psichico (quindi la follia). Le azioni degli esseri umani vengono continuamente etichettate ed utilizzate per definire la forma ed i confini della cosiddetta normalità. Proprio questi confini hanno influenzato nel tempo la percezione che la società ha di tutto ciò che ruota attorno alla nozione di pena e di sanzione. (M. Roccato, S. Russo; 2012)
Nel corso dei decenni, le trasformazioni sociali, culturali e normative hanno infatti fortemente condizionato la natura delle misure di sicurezza, tanto in termini di trattamento quanto in termini di luoghi di cura. Il susseguirsi di questi mutamenti ha consentito di superare l'approccio esclusivamente custodiale e repressivo che caratterizzava Manicomi ed Ospedali Psichiatrici Giudiziari, a favore di interventi a vocazione riabilitativa. Le istituzioni, da parcheggi cronici ed isolati, divengono tappe intermedie nel percorso di riabilitazione degli infermi autori di reato. L'obiettivo primario è il recupero, la stabilizzazione e la reintegrazione della persona all'interno della società. Il focus non è più sulla malattia ma sull'ammalato e la presa in carico comporta uno stretto coordinamento e correlazione con i servizi del territorio oltre che del Servizio Sanitario di competenza. Questi cambiamenti, nella prospettiva di gestione dei folli rei, hanno messo in discussione il carattere essenziale delle istituzioni precedenti ed hanno inevitabilmente determinato lo sviluppo di nuove esigenze alle quali i servizi hanno dovuto imparare a rispondere. Si creano dunque le condizioni per una rottura definitiva con tutte quelle istituzioni incapaci di far fronte alle nuove sfide.

Con la pubblicazione del DPCM del 1° aprile 2008 è incominciato in Italia un vero e proprio processo di rinnovamento dell'assistenza sanitaria; quest'ultima doveva essere garantita in modo universale a tutti

coloro che ne avessero avuto bisogno, a prescindere dalla condizione giuridica, inoltre, si è sancito il passaggio dell'assistenza sanitaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute. L'istituzione delle R.E.M.S. si inserisce proprio in questo contesto di cambiamento e la Legge n. 9 del 2012 e n. 81 del 2014 ne sono i principali riferimenti legislativi.

Con la Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, si è giunti alla definizione e all'effettiva attuazione dei criteri strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture e vengono previste due tipologie di REMS: una di "valutazione e stabilizzazione" e una di "mantenimento a vocazione riabilitativa e psicosociale". La prima tipologia si occupa di formulare una diagnosi di impostare sulla base di questa il relativo programma di trattamento; l'obiettivo è quello di generare una fase di assestamento che consenta al paziente di passare ad una struttura di minore intensità assistenziale, individuata in questo caso nella seconda tipologia indicata dalla legge. Il mantenimento, infatti, consente di preservare i progressi raggiunti permettendo alla persona di sperimentarsi, tanto a livello sociale quanto terapeutico, attraverso attività rivolte alla reintegrazione sociale. (K. Poneti; 2021)

Mentre, con la Legge 81/2014 intitolata "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", si stabilisce, in via definitiva, la chiusura degli OPG e si determinano una serie di punti particolarmente innovativi che riguardano l'essenza delle Residenze.

Viene istituito l'obbligo, per il giudice, di motivare la scelta di applicare una misura di sicurezza detentiva all'interno della REMS, che deve essere considerata come extrema ratio ed applicata in virtù del principio di territorialità. La pericolosità sociale deve inoltre essere accertata in base alle qualità soggettive della persona e non in base alle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.

Viene imposto l'obbligo della creazione e dell'invio dei Progetti Terapeutico-Riabilitativi Individualizzati (PTRI). Ogni piano viene predisposto sia sulla base delle caratteristiche fisiche, psichiche e sociali della persona, sia sulle risorse e attività concretamente disponibili della struttura.

Il progetto viene inizialmente definito dal CSM di pertinenza territoriale e successivamente viene modellato sulla base delle disposizioni dell'équipe multidimensionale delle R.E.M.S., che si servono anche delle valutazioni degli assistenti sociali degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna. Successivamente il piano deve essere inoltrato all'Autorità Giudiziaria competente e anche al Ministero della Salute, dopodiché viene inserito all'interno della cartella clinica integrata, in cui confluiscono oltre agli elementi sociosanitari anche la documentazione economico-giuridica. Il ricovero nelle REMS non può superare la durata massima della pena detentiva prevista per il reato commesso. (F. Corradini, M. Raineri; 2022)

Le R.E.M.S., in definitiva, sono strutture residenziali specializzate, di gestione quasi esclusivamente sanitaria e controllate dalla Magistratura di Sorveglianza. In riferimento all'anno 2021 sul territorio nazionale si contano 36 R.E.M.S. per un totale di circa 600 pazienti ricoverati, rappresentati all'89% da uomini. Nel Lazio sono presenti sei di queste strutture di cui una destinata esclusivamente alla popolazione femminile. (G. Torrente, L. Scomparin, M. Pelissero; 2022)

Il personale è costituito da un'équipe multidisciplinare che si compone di medici, psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali, terapisti ed operatori e da personale tecnico ed amministrativo. Ciascuna struttura sulla base della legislazione definisce il proprio regolamento interno le cui disposizioni mirano a coordinare la vita interna di pazienti e professionisti.

L'assegnazione del paziente all'interno delle strutture, tramite il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), avviene fondamentalmente sulla base di due fenomeni intrecciati tra loro: la lista d'attesa ed i posti letto disponibili per struttura che sono circa 20. In aggiunta al trattamento sanitario e psicoterapico (individuale e di gruppo) vengono realizzati numerosi interventi che comprendono l'insegnamento di tecniche di rilassamento, la predisposizione di programmi di educazione alimentare e attività riabilitative e sportive basate sulla fruizione del patrimonio naturalistico, storico e culturale del territorio.

Infine, all'interno dell'elaborato si propone un'analisi del ruolo del Servizio Sociale Professionale attraverso la testimonianza di due esperte del settore: la Dott.ssa Katia Cambone che presta la sua professionalità presso il CSM di Montesacro, facente riferimento alla ASL di Roma 1, e la Dottoressa Maria Chiara Scenti, assistente sociale attiva presso la R.E.M.S. Castore di Subiaco. Attraverso queste interviste ho avuto modo di approfondire il ruolo dell'assistente sociale che opera con e per le REMS attraverso le collaborazioni con gli altri servizi del territorio. L'assistente sociale che opera all'interno delle R.E.M.S. contribuisce in modo fondamentale nella fase di accoglienza, di definizione del PTRI e delle dimissioni.

È una figura di indispensabile che compone l'équipe di lavoro multidimensionale. L'équipe è un gruppo istituzionale mono o pluridisciplinare che attraverso la cooperazione e il coordinamento, mira al perseguimento di una visione integrata dei bisogni. Essi sono espressi in primo luogo dalla persona e poi anche dal contesto sociosanitario. L'obiettivo è quello di garantire la globalità degli interventi attraverso prestazioni multidimensionali (A. Lusso, B. Rovai, M. Cesaroni; 2000).

Il lavoro d'équipe, come riportato dalla Legge n. 328 del 2000 (e dai successivi riferimenti legislativi in materia), si realizza soprattutto nel contesto dell'integrazione sociosanitaria e pluridisciplinare. Infatti, l'integrazione sociosanitaria nasce proprio dalla necessità di concretizzare l'utilizzo di approcci multidimensionali e può essere definita come la realizzazione, attraverso un'azione di coordinamento e raccordo, di interventi di natura sanitaria e sociale. Essa permette, secondo queste modalità, di far fronte a diversi tipi di bisogni attraverso progetti e pianificazioni di ambedue le nature.

Inoltre, per mezzo di questa modalità di intervento, è possibile fornire risposte quanto più possibile complete ed efficienti, proprio perché l'azione combinata permette di evitare ipotetici sprechi, come ad esempio la realizzazione di interventi diretti e non condivisi da parte di entrambi gli ambiti di riferimento (sanitario e sociale) sullo stesso bisogno (M. L. Raineri; 2021)

L'assistente sociale, essendo segnalatore e attivatore di reti, attraverso il contatto con la dimensione esterna alle strutture, acquisisce informazioni sul contesto socio familiare e sulle ipotetiche risorse a cui accingere (sempre in un'ottica di reinserimento sociale). Egli collabora con parenti ed amici della persona, con i servizi del territorio che hanno già avuto in carico o che probabilmente avranno in carico il soggetto al termine della misura, con enti e altre forme di associazionismo del tessuto sociale. Si occupa anche della richiesta di eventuali forme di sostegno economico o di tutela ed è responsabile del controllo della spesa durante il periodo del ricovero in R.E.M.S. È responsabile delle dimissioni protette, ossia si occupa di predisporre il passaggio da un contesto di protezione ad un altro oppure di preparare la persona alla possibile totale autonomia.

L'assistente sociale all'interno di questo contesto deve adempiere, oltre alla funzione di aiuto, anche alla funzione di controllo sociale. Il controllo, soprattutto in ambito penale, fa parte del percorso di aiuto alla persona ed ha carattere di tutela. Questo controllo, che si esprime tramite valutazioni e verifiche periodiche, non è fine a sé stesso ma orientato ad accompagnare la persona verso una crescente autonomia. L'intervento del Servizio Sociale è diretto al mantenimento dei legami con l'ambiente di provenienza ed è il mezzo attraverso cui viene attuato l'impatto del contesto privativo della libertà personale.

Ulteriormente, gli Uffici interdistrettuali di Esecuzione Penale Esterna rappresentano un collegamento importante rispetto al lavoro dell'assistente sociale della REMS. (M. Cortigiani, P. Marchetti 2015) L'U.E.P.E., nel corso dell'esecuzione della misura di sicurezza, rappresenta una fonte di sostegno ed assistenza tanto per la persona beneficiaria quanto per i servizi territoriali, anche se il suo intervento è ancora poco regolato e spesso la sua competenza si sovrappone a quella degli altri Uffici del territorio. Si rileva fondamentale il raccordo con il Comune di riferimento, attraverso cui può essere richiesta una residenza provvisoria. Essere provvisti di una residenza è fondamentale per la richiesta di aiuti, sia economici che sociali. Questo tipo di riconoscimento permette infatti di indicare un bacino territoriale presso cui riferire e restituire la persona al termine della sua misura.

Alla dimensione ambulatoriale risponde invece il Centro di Salute Mentale (CSM), che ha il compito di erogare servizi di prevenzione, presa in carico, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone maggiorenni, residenti sul territorio, con patologia psichiatrica. È caratterizzato dalla presenza di un'équipe multidisciplinare composta da psichiatra, psicologo, assistente sociale, infermiere, terapeuta della riabilitazione psichiatrica ed educatore professionale.

Il CSM rappresenta il punto di riferimento territoriale dell'infermo reo nel suo percorso di reinserimento sociale, per questo motivo è importante che avvii la presa in carico della persona il prima possibile, soprattutto se questa è sconosciuta al servizio. L'intervento del CSM, nel contesto delle misure di sicurezza detentive, si esplica soprattutto nella costruzione del PTRI e nella fase delle dimissioni. Per assicurare la continuità terapeutica, è fondamentale che la persona continui ad intrattenere rapporti con il CSM anche durante il regime di ricovero in R.E.M.S. In questo modo, all'uscita dalla struttura, la persona rimane inserita all'interno di una relazione già approfondita e protetta. È importante che le dimissioni siano ben organizzate prima che la persona esca definitivamente dalla struttura; il "rientro in società" deve essere programmato in collaborazione con le équipe di tutti i servizi necessari per garantire la massima tutela. Programmare con criterio questo passaggio, consente di dare vita ad un vero e proprio fattore di protezione. Il lavoro d'équipe del CSM, dunque, permette di rispondere in modo integrato ai bisogni delle persone. Questo perché la maggior parte degli infermi

rei, oltre ai disagi derivati dalla patologia psichiatrica, può sperimentare problematiche relative alla dimensione sociale come ad esempio isolamento, esclusione e discriminazione.

Nelle conclusioni si è cercato di ricondurre i dati raccolti e le testimonianze acquisite mediante l'esperienza di tirocinio e le interviste alle esperte, alle letture e conoscenze approfondite per la stesura di questo elaborato. Nella realizzazione di questo passaggio si è reso evidente che, nonostante i passi in avanti, le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza presentano vari aspetti di non facile soluzione. Infatti, dalla loro implementazione fino al giorno d'oggi, hanno dato adito a diverse obiezioni, tanto che la loro essenza è stata dibattuta perfino in ambito costituzionale. L'argomento, di fatto, si presta a molteplici chiavi di lettura e lascia spazio ad un'interpretazione tutt'altro che univoca. Lungo il percorso intrapreso in queste pagine sono stati quindi ricercati, attraverso un excursus storico normativo, tutti quei fattori che hanno influenzato la realizzazione e l'esecuzione delle misure di sicurezza, ponendole il più delle volte al centro del dibattito sociale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI, SITOGRAFICI E LEGISLATIVI

Bibliografia

- Caputo, A. (2015). *La Pericolosità Sociale. Vecchie esigenze e nuove prospettive alla luce della legge 30 maggio 2014, n°81*. Ariccia: Aracne editrice int., S.r.l.
- Cesaroni, M., Lusso, A., Rovai, B. (2000). *Professione assistente sociale. Metodologia e tecniche dell'intervento sociale*. Tirrenia: Del Cerro, p. 134.
- Cortigiani, M., Marchetti, P. (a cura di) (2015). *L'assistente Sociale – Società complesse, nuovi bisogni, strategie e modelli di intervento*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli S.p.A.
- Corradini, F., Raineri, M. (2022). *Linee guida e procedure di servizio sociale*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.
- Filippini, S. (a cura di) (2020). *Nuovo Codice Deontologico dell'assistente sociale: le responsabilità professionali*. Roma: Carocci Editore S.p.A.
- Goffman, E. (2001). *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Torino: Edizioni Di Comunità.
- Mantovani, F. (1984). *Il problema della criminalità. Compendio di scienze criminali*. Padova: Cedam, p. 512.
- Miravalle, M. (2015). *Roba da matti – il difficile superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Pelissero, M., Scomparin, L., Torrente, G. (a cura di) (2022). *Dieci anni di REMS – un'analisi interdisciplinare*. Torino: Edizioni Scientifiche Italiane.
- Poneti, K. (2021). *Le REMS in prospettiva costituzionale: sul diritto alla salute contro il potere di rinchiusure*. Firenze: L'Altro Diritto, Vol. 5.
- Raineri, M. L. (a cura di) (2021). *Assistente sociale domani – volume 1*. Trento: Edizioni Centro Studi Erickson S.p.A.
- Riva, G. (2022). *Follia in cella*. Roma: L'Espresso, n. 17, pp. 22-27.
- Roccato, M., Russo, S. (2012). *Insicurezza e criminalità. Psicologia sociale della paura del crimine*. Napoli: Liguori.
- Russo, A., Sbrana, R. (2016). *I REI FOLLI cambiano casa: dagli O.P.G alle R.E.M.S*. United Kingdom: EmmeEmmePo Edizioni.
- Tornabene, T. (2020). *L'applicazione delle misure di sicurezza al malato psichiatrico autore di reato*. Torino: Independently published.

Sitografia

- Anastasia, S. (2022). *I Luoghi*, Garante Diritti Detenuti, Consiglio Regionale del Lazio.
- [«https://www.garantedetenutilazio.it/luoghi/»](https://www.garantedetenutilazio.it/luoghi/)
- (consultato il 29/09/2022).
- ASL Roma 1 – Sistema Sanitario Regionale. *Centro Salute Mentale via Monte Tomatico*.
- [«https://www.aslroma1.it/presidi-territoriali/centro-salute-mentale-via-monte-tomatico»](https://www.aslroma1.it/presidi-territoriali/centro-salute-mentale-via-monte-tomatico)
- (consultato il 07/11/2022).
- Barbuzzi, N. (2021). *Dalla Basaglia alle R.E.M.S*. Rivista Online Diritto.it.
- [«https://www.diritto.it/dalla-basaglia-alle-r-e-m-s-levoluzione-normativa-e-culturale-del-sistema-di-assistenza-al-paziente-psichiatrico-forense/»](https://www.diritto.it/dalla-basaglia-alle-r-e-m-s-levoluzione-normativa-e-culturale-del-sistema-di-assistenza-al-paziente-psichiatrico-forense/)
- (consultato il 15/07/2022).
- Borgna, G., Cafaro, V., Saccucci, A. (2022). *REMS e liste d'attesa: la Corte Europea condanna l'Italia*. Studio Legale Internazionale Saccucci & Partners.
- [«https://www.saccuccipartners.com/2022/01/24/rem-s-e-liste-dattesa-la-corte-europea-condanna-litalia/»](https://www.saccuccipartners.com/2022/01/24/rem-s-e-liste-dattesa-la-corte-europea-condanna-litalia/)
- (consultato il 28/09/2022).
- Concas, A., (2015). *Le misure di sicurezza – definizione e caratteri*. Rivista Online Diritto.it.
- [«https://www.diritto.it/le-misure-di-sicurezza-definizione-e-caratteri/»](https://www.diritto.it/le-misure-di-sicurezza-definizione-e-caratteri/) (consultato il 22/09/2022).
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche (2018). *REMS - Asl Roma 5*.
- [«https://www.aslroma5.info/web/rem-s»](https://www.aslroma5.info/web/rem-s)

- (consultato il 30/09/2022).
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche (2022). *Castore*- Asl Roma 5.
- [«https://www.aslroma5.info/web/rem/castore»](https://www.aslroma5.info/web/rem/castore)
- (consultato il 07/11/2022).
- Greco, A. (2021). *Articolo 3 Costituzione – spiegazione e commento*. La Legge Per Tutti – informazioni e consulenza legale.
- [«https://www.laleggepertutti.it/532113_articolo-3-costituzione-spiegazione-e-commento»](https://www.laleggepertutti.it/532113_articolo-3-costituzione-spiegazione-e-commento)
- (consultato il 11/11/2022).
- Lanza, A. (2016). *Uno sguardo alla storia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: da “Manicomi Criminali” a “Manicomi Giudiziari” fino agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. Laboratorio Freudiano per la formazione degli psicoterapeuti – Psichiatria.
- [«https://www.laboratoriofreudiano.it/testi-on-line/psichiatria/uno-sguardo-alla-storia-degli-ospedali-psichiatrici-giudiziari-da-manicomi-criminali-a-manicomi-giudiziari-fino-agli-ospedali-psichiatrici-giudiziari/»](https://www.laboratoriofreudiano.it/testi-on-line/psichiatria/uno-sguardo-alla-storia-degli-ospedali-psichiatrici-giudiziari-da-manicomi-criminali-a-manicomi-giudiziari-fino-agli-ospedali-psichiatrici-giudiziari/)
- (consultato il 13/08/2022).
- Maisto, F. (2014). *Quale superamento dell’Opg?* Rivista Antigone, n. 1, pp. 27-49.
- [«https://www.antigone.it/rivista-archivio/1-2014.pdf»](https://www.antigone.it/rivista-archivio/1-2014.pdf)
- (consultato il 26/05/2022).
- Melani, G. (2014). *La funzione dell’OPG. Aspetti normativi e sociologici*.
- ADIR-“L’altro diritto”, p. 9.
- [«http://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/index.htm»](http://www.adir.unifi.it/rivista/2014/melani/index.htm)
- (consultato il 12/06/2022).
- Tondin, F. (2022). *Art. 27, commi 3 e 4, della Costituzione*. Commentario della Rivista Online “La Magistratura”.
- [«https://lamagistratura.it/commentario/art-27-commi-3-e-4-della-costituzione/#:~:text=superiore%20della%20magistratura-,Art.,colpevole%20sino%20alla%20condanna%20definitiva»](https://lamagistratura.it/commentario/art-27-commi-3-e-4-della-costituzione/#:~:text=superiore%20della%20magistratura-,Art.,colpevole%20sino%20alla%20condanna%20definitiva)
- (consultato il 11/11/2022).

Riferimenti Legislativi

- R.D. 30 giugno 1889, n. 6133. *Approva il testo definitivo del Codice penale per il Regno*.
- R.D. 1° febbraio 1891, n. 260. *Approva il Regolamento generale per gli Stabilimenti carcerari e per i Riformatori governativi del Regno*.
- L. 14 febbraio 1904, n. 36. *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati*.
- R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398. *Approvazione del testo definitivo del Codice penale*.
- *Costituzione della Repubblica Italiana*: promulgata il 27 dicembre 1947 ed entrata in vigore il 1° gennaio 1948.
- L. 12 febbraio 1968, n. 132. *Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera*.
- L. 26 luglio 1975, n. 354. *Norme sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*.
- DPR 29 aprile 1976, n. 431. *Approvazione del regolamento di esecuzione della legge 26 luglio 1975, n. 354, recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà*.
- L. 13 maggio 1978, n. 180. *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*.
- L. 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del servizio sanitario nazionale*.
- L. 8 novembre 2000, n. 328. *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*.
- Sentenza del 18 luglio 2003 n° 253. Giudizio di legittimità costituzionale degli articoli 219, primo e terzo comma (*Assegnazione a una casa di cura e di custodia*), e 222 (*Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario*) del Codice penale, promosso con ordinanza del 10 luglio 2002 dal giudice dell’udienza preliminare del Tribunale di Genova, iscritta al n. 514 del registro ordinanze 2002 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 47, prima serie speciale, dell’anno 2002.
- 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 sanità penitenziaria*.

- Relazione della Commissione Parlamentare 20 luglio 2011: Inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale. *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari.*
- D.L. 22 dicembre 2011, n. 211. *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri.* Entrata in vigore del provvedimento 23/12/2011. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 17 febbraio 2012, n. 9 (in G.U. 20/02/2012, n. 42). (Ultimo aggiornamento all'atto pubblicato il 24/12/2020).
- D. 1° ottobre 2012 Ministero della Salute. *Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.*
- D.L. 25 marzo 2013, n. 24. *Disposizioni urgenti in materia sanitaria.* Entrata in vigore del provvedimento: 27/03/2013. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 23 maggio 2013, n. 57. L'atto è integrato con le correzioni apportate dall'errata-corrige pubblicato in G.U. 27/03/2013, n. 73 durante il periodo di "vacatio legis".
- L. 30 maggio 2014 n. 81 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52. *Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.*
- Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 24 gennaio 2022. Ricorso n. 11791/20 - Causa SY c. Italia.
- Sentenza della Corte costituzionale del 27 gennaio 2022 n. 22.