

Il malato di mente autore di reato socialmente pericoloso dopo la chiusura degli OPG: gli strumenti diagnostici dalla valutazione psichiatrico-forense alle pratiche trattamentali

Closing OPG: socially dangerous mentally ill offenders' diagnostic tools. From forensic-psychiatric evaluation to the treatment

Felice Carabellese

Abstract

In Italy the treatment of socially dangerous mentally ill offenders, has been largely modified during the last years: a series of consecutive legislative and jurisprudential actions has radically modified the way of dealing with them. Actually therapeutic and rehabilitative skills that are useful for this kind of patients have been sourced in the departmental organization of public psychiatric services. Those offenders have been this way considered as any other mentally ill person. According to us there still remain differences between the main aim of the treatments, its modalities, the specific skills required to the staff involved. It would be also useful to distinguish those two kinds of patients. The public psychiatric assistance requires specific diagnostic tools also because in many cases it is expectable that the mentally ill offender would have wrong behaviors again.

The main aim of the author will be discussing the problem of which diagnostic tool to use during the passage from the evaluation moment to the treatment one. This passage hasn't been considered by the existing laws since as it happened for the operativity of the public psychiatric services.

Meanwhile the author would like to give readers some starting points in order to reflect on some concrete projects that can be adopted in future times.

Key words: psychiatric social dangerousness • violent behavior • criminal recidivism; risk assessment

Riassunto

Nel corso degli ultimi anni in Italia il trattamento del malato di mente autore di reato socialmente pericoloso è andato incontro a profonde modifiche: una serie successiva di interventi legislativi e giurisprudenziali hanno infatti finito col trasformarne radicalmente le caratteristiche operative. Di fatto, le competenze terapeutiche e riabilitative di questa tipologia di pazienti sono state ricondotte nell'alveo dell'organizzazione dipartimentale della psichiatria pubblica. Così come per qualsiasi altro malato di mente. Persistono tuttavia, a nostro parere, differenze in termini di obiettivi del trattamento, sue modalità, competenze specifiche del personale coinvolto, protagonisti inusuali che si muovono nel nuovo scenario delineato, nodi tuttora non disciolti del tutto, che fanno dell'approccio al reo infermo di mente socialmente pericoloso e, per certi versi, al malato di mente a rischio di reiterare condotte violente, niente affatto scontato rispetto alle prassi consolidate dell'assistenza psichiatrica, che richiede perciò strumenti diagnostici ed operativi altrettanto specifici.

Approccio rispetto a cui, dunque, ancora molta strada in termini culturali e di formazione specifica va di conseguenza recuperata.

Obiettivo dell'Autore è quello di affrontare in particolare la questione degli strumenti diagnostici da utilizzare nel passaggio dal momento valutativo a quello trattamentale vero e proprio, aspetto che l'attuale quadro normativo, come pure l'operatività dei servizi psichiatrici pubblici, ha lasciato problematicamente vuoto e, nello stesso tempo, fornire alla riflessione dei lettori alcune progettualità concrete per il lavoro futuro.

Parole chiave: pericolosità sociale psichiatrica • condotta violenta • recidiva criminale • risk assessment

Per corrispondenza: Felice Carabellese, Policlinico Universitario di Bari, p.za G. Cesare 11, 70124 Bari • email: felicefrancesco.carabellese@uniba.it

Felice CARABELLESE, Professore Associato di Psicopatologia Forense, Direttore dello Short Master "Il Trattamento Riabilitativo e Psicoterapico Forense al Malato di Mente Autore di Reato", Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

Il malato di mente autore di reato socialmente pericoloso dopo la chiusura degli OPG: gli strumenti diagnostici dalla valutazione psichiatrico-forense alle pratiche trattamentali

Introduzione

Il quadro normativo attuale all'interno del quale si muovono le prassi terapeutiche e riabilitative al malato di mente autore di reato socialmente pericoloso rappresentano il punto di arrivo di un lento e progressivo mutamento di prospettive nello scenario nazionale che riviene da lontano. Si parte dalla Legge 244/07 almeno, legge che ha sancito il definitivo trasferimento dell'intera sanità penitenziaria – sino ad allora di esclusiva competenza del Ministero di Giustizia – al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Quella legge conteneva in allegato il progetto finalizzato al superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) – anch'esso all'epoca di competenza del Ministero della Giustizia – quale obiettivo programmatico per ricondurre le cure ai malati di mente socialmente pericolosi internati in OPG all'interno dell'organizzazione dipartimentale dei servizi psichiatrici pubblici, colmando così le distanze fra modalità di cure prestate agli internati e quelle garantite a tutti gli altri malati di mente.

Come è noto infatti la Commissione di esperti istituita nell'ottobre del 2004 delineò una realtà dei malati di mente internati (Biancosino et al, 2009) che avrebbe potuto giovare di un modello alternativo all'OPG, piccole comunità con un più spiccato profilo curativo da collocare su tutto il territorio nazionale, in cui inserire sia gli ex-internati in OPG che i nuovi malati di mente autori di reato socialmente pericolosi sottoposti a misura di sicurezza psichiatrica detentiva. Di qui il D L n. 211 del 20 dicembre 2011 che prevedeva in ogni regione l'istituzione delle cosiddette Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) in cui internare, come scelta del tutto eccezionale in realtà, i vecchi e nuovi rei infermi di mente con "elevato" profilo di sociale pericolosità una volta chiusi definitivamente gli OPG.

La commissione suggeriva anche la creazione in ogni regione di strutture intra-carcerarie a forte impronta clinica per la cura dei malati con infermità di mente sopraggiunta durante la detenzione.

Si arriva così al DL n. 81 del 30 maggio 2014, che fissava al 1 aprile 2015 la chiusura degli OPG ed il trasferimento di tutti gli internati nelle REMS, la cui assistenza socio-sanitaria è stata da allora affidata per intero ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), all'interno della cui organizzazione sono, pertanto, incardinate.

Tutte le Regioni italiane si sono, dunque, attivate per progettare e realizzare in tempi brevi speciali strutture nelle quali accogliere gli infermi *socialmente pericolosi* con misura di sicurezza.

In Puglia un'apposita commissione, costituita da funzionari regionali, dai direttori dei DSM, dai magistrati degli uffici di Sorveglianza, da esperti psichiatri-forensi dell'Università di Bari, dal Provveditore del Dipartimento dell'Am-

ministrazione Penitenziaria (DAP) di Puglia, ha monitorato le fasi di dimissione degli internati originari della regione provenienti dai diversi OPG e la programmazione delle REMS regionali, prevedendo inoltre alcune comunità "dedicate" – 10, per complessivi 100 posti letto –, in cui inserire i rei infermi di mente con un più basso profilo di sociale pericolosità ma ad "elevata complessità"¹ terapeutico-riabilitativa, in altri termini con necessità trattamentali – cura e controllo, verrebbe da dire – maggiori rispetto a quelle che richiede il paziente psichiatrico che non ha commesso reati, sebbene medesimo ragionamento, a nostro parere, andrebbe fatto anche per il paziente psichiatrico "complesso" (Fagiolini et al., 2015), a rischio cioè di agiti violenti. Sia come sia, sta di fatto che si è venuta a realizzare in tal modo una rete di strutture psichiatriche a differente gradiente di sicurezza da utilizzare per la cura ed il recupero dei malati di mente autori di reato socialmente pericolosi, sottoposti a misure di sicurezza psichiatriche detentive e non detentive.

2. Vecchie e nuove misure di sicurezza psichiatriche: vecchie e nuove metodologie di indagine

Il rimaneggiamento normativo e legislativo dei luoghi in cui si fa trattamento del reo infermo di mente socialmente pericoloso è proceduto parallelamente ad altrettanto ampia rivisitazione giuridica e dottrina del costruito stesso della sociale pericolosità psichiatrica, anche sulla spinta di noti pronunciamenti del Giudice delle leggi, che ha avvicinato la sua impostazione originaria, frutto di un compromesso fra gli indirizzi allora dominanti², all'approccio a maggior impronta terapeutica che la caratterizza attualmente (Catanesi et al, 2009), lasciando tuttavia alcuni nodi insoluti a proposito del "come" trasformare questo profondo ripensamento, anche culturale, in operatività concrete.

Focalizzeremo pertanto la nostra attenzione in particolare sugli strumenti diagnostici – da individuare – in grado di tradurre il momento valutativo psichiatrico-forense, ancora prettamente peritale, nel trattamento psichiatrico-forense, anch'esso da costruire.

1 Regolamento Regionale 30 settembre 2014, n. 18; Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 139 suppl. del 06.10.2014

2 La Scuola Classica promossa da Giovanni Carmignani (1768-1847), Pellegrino Rossi (1787-1848), Francesco Carrara (1805-1888), dominante nel 19° secolo in Italia (cfr. Di Tullio B., *Principi di Criminologia e Psichiatria Forense*, Roma, Istituto di Medicina Sociale, 1960) e quella Positiva, con Cesare Lombroso (1835-1909), ed altri esponenti della stessa scuola (il Ferri ed il Garofalo per primi; cfr. Lusa V, Cioeta R., *New Criminal Anthropology*, Roma, Laurus Robuffo, 2013)

Vi è da dire, infatti, che l'accertamento della sociale pericolosità rimane di esclusiva competenza del giudice, con l'aggiunta, per inciso, di importanti novità dettate dal DL 81/2014³, che non sono passate inosservate agli addetti ai lavori, nei quali ha suscitato non poche domande. Il giudice può avvalersi naturalmente dell'ausilio tecnico dell'esperto psichiatra-forense.

È noto tuttavia che molti periti psichiatri-forensi nelle loro valutazioni tendono a rifarsi a metodiche di indagine e valutazioni che risentono molto della sensibilità ed esperienza personale più che rifarsi alle pratiche basate sulle evidenze scientifiche più accreditate.

Nel 1999 Fornari e Coda, prendendo in considerazione sia variabili statiche che dinamiche, proposero una valutazione della pericolosità sociale basata sulla individuazione di una serie di indicatori interni ed esterni. È stato un tentativo valido che ha segnato profondamente la prassi valutativa psichiatrico-forense della sociale pericolosità nel nostro Paese, a cui tuttora molti psichiatri-forensi fanno riferimento. Proposta senza dubbio utile al perito nel formulare un giudizio predittivo sul rischio di reiterazione di nuove condotte delittuose e/o violente, ancora più utile nell'indicare la necessità di una misura di sicurezza psichiatrica detentiva in OPG, ma che mostra i suoi limiti di fruibilità in termini trattamentali nel post-OPG, non trovando pari riscontri metodologici e/o operativi, in fase di applicazione della misura di sicurezza al reo infermo di mente socialmente pericoloso nelle REMS, nelle comunità dedicate o nei servizi psichiatrici del DSM.

Qualsiasi strumento diagnostico e valutativo si voglia usare, infatti, dovrebbe necessariamente funzionare da ponte fra la fase preliminare peritale e quella trattamentale successiva. La indispensabile collaborazione fra perito, giudice e DSM nella fase di valutazione peritale, preliminare alla successiva applicazione della misura di sicurezza una volta chiusa la fase del giudizio, non può che concretizzarsi se non attraverso strumenti ed un linguaggio comune, di garanzia per tutti i protagonisti in giuoco.

Nel nostro Paese tuttavia paghiamo il prezzo dell'assenza di prassi operative in tal senso o di linee guida a cui rifarsi. Né esiste una cultura specifica a riguardo (Carabellese & Mandarelli, 2017), contrariamente a quanto avviene in paesi vicini a noi, come la Gran Bretagna, dove viceversa il trattamento psichiatrico-forense assorbe la maggior parte delle risorse finanziarie pubbliche dedicate alla psichiatria e può fare affidamento su una rete modulare di strutture forensi distribuite su tutto il territorio, con sanitari che vi ci lavorano, appositamente formati a tal fine e che, dunque, mantengono abitualmente e comunemente medesimi

strumenti diagnostici e di supporto obiettivo al trattamento. Il rischio altrimenti è quello di parlare linguaggi differenti fra il momento valutativo peritale e quello di applicazione della misura di sicurezza psichiatrica, in altri termini di perdere in operatività efficace nel momento in cui, dal giudizio di sociale pericolosità psichiatrica formulato sulla scorta delle specifiche variabili individuate, si deve transitare all'applicazione della misura di sicurezza psichiatrica a valenza trattamentale oltre che contenitiva.

Laddove infatti è il DSM, attraverso la sua rete operativa, che prende in carico il reo socialmente pericoloso e deve attuare in concreto la misura di sicurezza psichiatrica nella sua duplice polarità, monitorandone obiettivamente l'attuabilità, è evidente che, perché questo si realizzi, lo psichiatra dei servizi deve poter incidere su quei medesimi fattori che hanno indotto il giudice, attraverso il parere tecnico dell'esperto, ad applicare la misura di sicurezza e che, da norma vigente, lo portano a verificarne periodicamente la persistenza o la scomparsa o quantomeno la riduzione dei presupposti che la hanno motivata. Non vi è peraltro chi non veda l'utilità, la necessità anzi, anche ai fini dei prevedibili ma non ancora esplorati profili di responsabilità professionale dei sanitari che si faranno carico della cura (e del controllo) del reo infermo socialmente pericoloso, di un confronto fra tutti i nuovi protagonisti di questo più complesso, nuovo, percorso valutativo-riabilitativo – perito, DSM, REMS e/o comunità, Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE) e, soprattutto, giudice – che si focalizzi solo sulle variabili obiettive di rischio di reiterazione criminale, individuate attraverso l'utilizzo di strumenti validati, su cui costruire appunto un progetto di cura e riabilitativo che sia concretamente attuabile, efficace, verificabile.

Si pone la questione, dunque, di un corretto assessment diagnostico e predittivo sull'autore di reato affetto da malattia mentale da attuare senz'altro nel momento valutativo peritale, che trovi però analogia risonanza in termini di linguaggi, strumenti diagnostici utilizzati, di metodologie di monitoraggio, di operatività verificabili, anche all'interno dei DSM, ovvero in sede di applicazione "trattamentale" della misura di sicurezza, detentiva o non detentiva che sia. E che sia esportabile naturalmente, in termini di confronto/verifica, agli altri interlocutori di cui si è detto.

In quest'ottica il compito del perito psichiatra-forense è quello di occuparsi della valutazione della pericolosità sociale fondata sull'individuazione, attraverso strumenti diagnostici validati e di riconosciuta efficacia, condivisi operativamente dagli psichiatri del DSM, oggetto di confronto/negoiazione con gli altri interlocutori, dei potenziali fattori di rischio di recidiva antisociale e/o violenta presenti nel caso specifico (Douglas et al. 1999; Monahan et al., 2000; Douglas & Kropp, 2002; Douglas et al., 2003; Carabellese et al., 2013; Margari et al., 2015), apprezzarne l'entità, la persistenza e/o la loro modificabilità in termini di adattabilità, riconoscere infine la presenza di eventuali fattori protettivi (Carabellese et al., 2015) su cui è possibile intervenire terapeuticamente, per poi passare il timone del trattamento vero e proprio ai sanitari delle REMS, delle comunità dedicate e degli altri servizi del DSM, con i quali necessariamente ci si deve già essere confrontati, certo che questi ultimi riconosceranno gli stessi fattori individuati dal perito e lavoreranno su di essi, utilizzando medesimi linguaggi, medesimi strumenti e perseguendo gli stessi obiet-

3 Art. 1, comma 1, lettera b: *“Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale”*.

tivi – la cura del malato ed il contenimento del rischio di recidiva delittuosa e/o di agiti violenti – attraverso percorsi trattamentali appropriati, da modularsi dopo averne monitorato obiettivamente l'andamento nel tempo.

Il perito inoltre, nell'esprimere il suo giudizio, dovrebbe tener conto dell'effettiva presenza sul territorio, al di là della REMS che resta misura di sicurezza eccezionale, detentiva, di efficaci presidi socio-sanitari in grado questi ultimi di assistere il soggetto socialmente pericoloso, curarlo e al tempo stesso contenere il rischio di recidiva, riducendo – se possibile – la risonanza di quegli stessi fattori di rischio emersi in fase di valutazione, intervenendo e valorizzando quelli protettivi e monitorando l'andamento degli uni e degli altri nel tempo, a progetto terapeutico-riabilitativo avviato, dandone puntuale informazione all'AG.

Motivo in più perché collaborazione e confronto fra psichiatra forense e psichiatra clinico diventino prassi abituali.

È evidente allora, per i motivi esplicitati sinora, del perché i medesimi strumenti diagnostici utilizzati in fase valutativa dovrebbero essere condivisi fra periti, sanitari delle strutture in cui le misure di sicurezza psichiatrica troveranno poi concreta realizzazione e gli altri interlocutori già richiamati in precedenza. Né può costituire del resto *“elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”* (art 1, comma 1 lettera b, DL 81/2014).

La chiusura degli OPG ha reso, dunque, ineludibile la necessità che anche nel nostro Paese si proceda dapprima con un corretto *“risk assessment”* basato sulle evidenze (Monahan et al, 2005) del comportamento antisociale e/o violento (violent risk assessment = VRA) di “quel” sofferente psichico – a parere del sottoscritto, autore di reato o no che sia – per poi passare alla conseguente indicazione delle possibili prospettive di gestione e trattamento disponibili (*risk management*), finalizzate alla cura (Lindqvist & Skipworth, 2000) ed al contenimento del rischio di recidiva criminale e/o violenta più efficaci (Monahan et al, 2001), momenti che devono transitare in maniera bidirezionale attraverso un linguaggio e strategie comuni.

Perché questo sia reso possibile è indispensabile appropriarsi di strumenti comuni, validati ed efficaci, tenendo a mente tuttavia che, anche nei Paesi in cui queste prassi sono ormai consolidate, permangono perplessità, difficoltà, limiti e possibili errori (Hillbrand & Young, 2008), su cui lavorare.

3. Degli strumenti diagnostici in tema di risk assessment e di risk management

Molti dei giudizi predittivi sul rischio di recidiva criminale e/o violenta sono tuttora il frutto dell'esperienza clinica personale, ovvero costituiscono un parere clinico “non strutturato”.

Senza voler sottovalutare il valore che l'esperienza personale riveste nella pratica forense, vale la pena di ricordare che il giudizio clinico non strutturato in tema di sociale pericolosità, che è un giudizio dicotomico, si presta a suggestioni di varia natura che ne possono compromettere l'accuratezza e, soprattutto, la tenuta nel tempo. Già negli anni '80, Monahan (1984) dimostrava come al più in un terzo dei casi il giudizio predittivo espresso sulla scorta della propria sola esperienza clinica si riveli accurato.

La necessità di allargare il giudizio predittivo sul rischio di nuovi agiti violenti e criminali anche ad ambiti clinici diversi da quelli più squisitamente forensi, come è noto, ha condotto la ricerca a studi di follow up su coorti anche molto vaste di popolazioni (Fazel et al, 2012), al fine di individuare fattori di rischio specifici, statisticamente persistenti nelle coorti indagate e significativamente correlati con le condotte oggetto di indagine, da ricondurre a gruppi specifici di popolazione (Kraemart et al, 1997). Sulla scorta di tali fattori sono state costruite una serie di scale psicometriche attuariali (Holt, 1978; Gottfredson, 1987; Halleck, 1987; Amador, & Strauss, 1990), che consentono di ottenere in maniera più oggettiva un punteggio finale, modulato quindi su gradienti diversi di rischio.

La più nota di queste scale è la Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) (Quinsey et al, 1998), sottoposta ad una prima revisione (Quinsey et al, 2006) e giunta ora alla sua terza edizione (Harris et al, 2015). Gli ideatori della VRAG individuano 12 variabili correlate alla condotta violenta, fra cui età, genere, la presenza di schizofrenia, di un disturbo di personalità, il punteggio ottenuto alla PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised, Hare, 2003), precedenti esperienze di vittimizzazione, abuso di alcol, precedenti reati ed altre ancora, da utilizzare come indicatori per il giudizio valutativo. La VRAG ha dimostrato buone capacità predittive in contesti diversi, non solo clinici-forensi, ma anche carcerari, in juvenile offenders (Rice & Harris, 1997), nei sex offender (Barbaree et al, 2001; Douglas, Yeamans, Baer, 2005). La sua capacità predittiva in popolazioni psichiatriche dimesse da strutture ospedaliere è stata confermata anche da altre ricerche (Harris, Rice, Camilleri, 2004); meno accurato invece il giudizio predittivo in popolazioni femminili (Hasting, Krishnan, Tangney, 2011).

Da sottolineare che una delle variabili predittive di condotta violenta e di recidiva antisociale della VRAG è costituita dal punteggio ottenuto alla PCL-R, un'intervista semi-strutturata, fra gli strumenti più utilizzati (Hare, 2003) per l'individuazione della dimensione della psicopatia (Cleckley, 1976; Meloy, 1988), chiamata in causa nella recidività violenta e criminale (Grams et al, 1999; Laurell & Diderman, 2005), dimostratasi utile ed accurato strumento predittivo (Hart, 1998).

È stato sottolineato peraltro come la PCL-R, al di là della accuratezza predittiva, che è buona, specie per certa tipologia di autori di reato cosiddetti predatori (McDermott et al, 2008), anche nella pratica clinica si dimostra efficace, offrendo un valido ausilio nel monitorare il paziente a rischio di condotte violente durante il trattamento terapeutico riabilitativo (Lamberti, 2007).

Della PCL-R vi è una versione validata per il nostro Paese (Caretti et al, 2011).

Il peso tuttavia che la VRAG e le altre scale attuariali attribuiscono ai soli fattori di rischio statici, fa perdere di accuratezza prognostica allo strumento quando a quei fattori di rischio se ne sovrappongono altri più dinamici, legati al contesto, non riconducibili alle 12 variabili individuate dallo strumento. Fu Monahan (2005) a proporre allora di prendere in considerazione al tempo stesso modelli attuariali e clinici, questi ultimi più sensibili a variabili dinamiche, per combinarli fra loro.

Esempio noto e molto utilizzato di questo approccio è l'HCR-20 (Historical Clinical Risk-20, Webster et al,

1994), giunta alla sua terza versione (Douglas et al, 2016), attualmente in corso di validazione anche per la popolazione italiana.

L'HCR-20 utilizza molti indicatori analoghi a quelli della PCL-R, dunque vi è un filo conduttore unico che unisce i due strumenti, si compone anch'essa di 20 items come quest'ultima e si suddivide in tre diverse sezioni che integrano le informazioni anamnestiche (Historical), più statiche, con quelle cliniche presenti nel caso di specie (Clinical), più dinamiche, e quelle da proiettare ragionevolmente nel futuro (Risk); quest'ultima sezione supporta la programmazione più specificamente trattamentale ed il monitoraggio della gestione del rischio (*risk management*).

L'HCR-20 è stata utilizzata con successo su pazienti affetti da disturbi mentali assistiti sul territorio (Douglas et al, 1999), su autori di reato affetti da differenti disturbi mentali (Gray et al, 2011), dimostrandosi più accurata della VRAG sia con i pazienti psichiatrici a rischio di condotte violente (Gray et al, 2008), che nel modulare il giudizio predittivo del rischio di recidiva antisociale nelle popolazioni forensi (Dolan & Blattner, 2010); meno efficace nel giudizio predittivo nei disturbi caratterizzati da condotte impulsive (Gray et al, 2011). Il suo utilizzo si è dimostrato utile anche nella valutazione predittiva e nel monitoraggio clinico del rischio di condotte autolesionistiche (O'Shea et al, 2014).

Del tutto recentemente Fazel (et al, 2017) ha messo a punto uno strumento predittivo, l'OXMIV, composto da un numero molto limitato di item, disponibile online gratuitamente, in grado di fornire una proiezione del rischio di agiti violenti in termini percentuali. È strumento agile, snello, che può essere utilizzato nelle primissime fasi del processo valutativo-trattamentale, con le prime informazioni raccolte.

In definitiva si tratta di strumenti di facile accesso anche a figure professionali non mediche, che non richiedono training particolarmente complessi, ma che dimostrano un'indubbia efficacia sia nel momento diagnostico e del giudizio predittivo – in particolare la PCL-R –, per intenderci in fase di accertamento peritale sulla sociale pericolosità psichiatrica, che – specie l'HCR-20 – in quello trattamentale e di monitoraggio clinico del trattamento stesso, di ausilio cioè alle scelte che l'équipe, necessariamente multi-professionale (Swanson, 2008), deve operare di volta in volta per attuare il progetto terapeutico-riabilitativo del DSM in maniera appropriata, efficace e darne riscontro obiettivo all'Autorità Giudiziaria che è parte integrante del medesimo processo.

4. Del perché usare strumenti diagnostici validati nel risk assessment e nel risk management

Dalla loro istituzione nel 1891 fino al 2015, i Manicomi Giudiziari, poi denominati OPG, l'equivalente degli ospedali ad alta sicurezza di altri Paesi, hanno costituito nel nostro Paese l'unica misura di sicurezza psichiatrica detentiva, con tanto di presenza della polizia penitenziaria⁴. La loro

chiusura ha rappresentato senza dubbio un evento unico nello scenario europeo ed extraeuropeo (Carabellese & Felthous, 2016).

Non vi è dubbio che tale scelta ha determinato nel nostro Paese un profondo cambiamento nell'approccio al malato di mente autore di reato socialmente pericoloso, mettendo la psichiatria clinica, organizzata con servizi a forte connotazione comunitaria, diffusamente ramificati su tutto il territorio ma lontana dalla cultura psichiatrico-forense propria dell'era OPG, di fronte alla necessità di operare a riguardo un profondo cambio di rotta rispetto al passato.

Il reo infermo di mente socialmente pericoloso, ma analogo discorso vale per il malato di mente a rischio di agiti violenti, richiede infatti metodologie di indagine, strategie di intervento, approcci terapeutico-riabilitativi, del tutto specifici. In grado di farsi carico del controllo dell'agito violento del malato di mente, autore di reato o no che sia, monitorando nel tempo tale rischio; per altro verso in grado di separare il malato di mente che agisce condotte violente a motivo della sua patologia mentale dal violento tout court, che non può e non deve essere di pertinenza psichiatrica.

Vale la pena di sottolineare che la polarità "contenitiva" della misura di sicurezza psichiatrica richiama alla mente il tema del "controllo" del malato di mente, concetto – con relative finalità – desueto dall'armamentario culturale e terapeutico della psichiatria italiana dall'ormai lontano 1978, ma con cui tuttavia gli psichiatri, a mio parere, non possono non tornare inevitabilmente a fare i conti.

E conviene a questo punto che lo facciano nel miglior modo possibile.

Non si intende agitare qui la "posizione di garanzia" che ricade sugli operatori sanitari e, soprattutto, l'interpretazione prevalente che di essa ne ha dato la Suprema Corte⁵, ma è altrettanto indubbio che sulla scorta di quella interpretazione, sullo psichiatra e gli altri sanitari – come è ampiamente noto – ricadono obblighi di protezione e cura del malato di mente, nelle sue varie declinazioni (Felthous et al, in press).

Proprio su questa specificità, a nostro parere, vanno fatti gli sforzi operativi, programmatici e formativi più importanti nell'immediato e nel prossimo futuro. E la scelta e l'utilizzo di strumenti diagnostici comuni fra momento valutativo e momento clinico della "nuova" psichiatria forense trattamentale dei servizi pubblici è parte strategica di questi sforzi operativi.

Abbiamo notizia di strumenti utilizzati con successo in fase di risk management e di trattamento riabilitativo in alcune REMS laziali: la *Aggressive Incidents Scale and the Hamilton Anatomy of Risk Management* (AIS-HARM di Chaimowitz & Mamak, 2015) è fra questi, sebbene non ci sembri che vi sia una versione validata per il nostro Paese di questo strumento, né che sia di uso comune fra i periti anche in fase di valutazione psichiatrico-forense.

Nel complesso poli-modulare delle REMS di Castiglione delle Stiviere, struttura che serve un bacino molto ampio di regioni, sono utilizzati regolarmente, sia nella fase

4 Unica eccezione l'OPG di Castiglione delle Stiviere, con gestione demandata alla ASL competente.

5 Corte di Cass, Sez. Pen. IV, Sent. N. 9739, 1 dicembre 2004.

di risk assessment che di risk management, la HCR-20, la PCL-R e la VRAG. L'utilizzo di questi strumenti ha consentito alle diverse équipes in cui la struttura è oggi organizzata di individuare per il 6% dei pazienti ammessi nel 2016 una classe ad alto rischio di recidiva, per il 75% media e per il rimanente 19% bassa.

La questione evidentemente non è solo la scelta degli strumenti da impiegare, anche quello naturalmente, ma soprattutto che le scelte da fare divengano di patrimonio comune della psichiatria-forense, per come la abbiamo conosciuta sinora, quella valutativa, e la psichiatria clinica, che deve abituarsi a ragionare anche in termini di trattamento "forense", con le peculiarità che la caratterizzano, già nell'immediato futuro.

A titolo esemplificativo della necessità di un forte raccordo fra i protagonisti in campo e dell'utilizzo di strumenti diagnostici condivisi, vale la pena di richiamare in questa sede una recente indagine in corso di pubblicazione (Carabellese et al, in press) condotta nell'allora OPG di Castiglione delle Stiviere in collaborazione con i sanitari della struttura, sulle donne internate provenienti da tutto il territorio nazionale⁶. La ricerca ha dimostrato che in una percentuale non trascurabile del totale, molte di esse, autrici per lo più di gravi reati contro la persona, erano state ritenute non imputabili dai periti perché affette da gravi disturbi psicotici o da grave disturbo borderline di personalità, accertandosi poi, a seguito dell'osservazione clinica e dell'utilizzo di strumenti validati (PCL-R) dai sanitari dell'OPG, verificabili dunque anche da terzi, di possedere uno spiccato profilo psicopatico di personalità piuttosto che o oltre che il presunto quadro psicopatologico di ingresso. Ricerca che ha confermato peraltro la tendenza a sottostimare il potenziale rischio di agiti violenti nelle donne, da tempo segnalato (Skeem et al, 2005).

Si potrebbe dire che il loro internamento avrebbe dovuto essere preceduto da una programmazione più chiara dei risultati attesi dall'applicazione della misura di sicurezza e che probabilmente le loro capacità manipolatorie erano state efficaci nell'evitare e/o attenuare le conseguenze dei loro reati.

Ai sanitari dell'OPG non rimase che farsi carico di quelle donne, col risultato che erano – come era prevedibile – refrattarie alle terapie psicofarmacologiche e psicoterapiche, poco complianti, protagoniste durante l'internamento di episodi di violenza contro sanitari ed altre internate. Insomma di complessa gestione e di ancora più complessa "rendicontazione" all'AG in corso d'opera.

È noto infatti che gli psicopatici sono strutturalmente incapaci (Kilgus et al, 2016) di accettare una posizione down, come pure di operare per un cambiamento, l'una e l'altra inevitabile premessa di un rapporto terapeutico efficace; come anzi imparino in un rapporto psicoterapico a manipolare meglio il terapeuta a tutto vantaggio personale

(Hare, 1993) o addirittura come stiano peggio quando sottoposti ad esperienze psicoterapiche di gruppo, come dimostrato in una celebre ricerca di alcuni anni fa (Harris Grant et al, 1991). Di come necessitino in una parola di programmi ad hoc, che restano ad oggi di incerta efficacia. Con in più l'aggravante, per così dire, nel caso dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, di dover periodicamente informare la Magistratura di Sorveglianza sulla persistenza o meno della sociale pericolosità in quelle donne ovvero, di monitorarne le variabili in giuoco, l'andamento psicopatologico ed il percorso riabilitativo in corso di trattamento.

Ecco, al di là della citazione esemplificativa, è evidente che se anche in fase valutativa fosse stato utilizzata la PCL-R, quello strumento avrebbe consentito o di far pendere il giudizio peritale in maniera diversa e semmai indirizzare quelle donne con spiccata propensione psicopatica verso una collocazione più adeguata – il carcere – ovvero avrebbe permesso di individuare subito certe variabili e costruire attorno ad esse un giudizio più strutturato ed obiettivo del rischio di recidiva che avrebbe consentito anche ai sanitari dell'OPG di misurarsi su quelle stesse variabili e lavorare, ciascuno per la propria parte ed in collaborazione fra loro, su di esse. Il non averla utilizzata ha condotto al risultato emerso al termine della ricerca.

Oggi peraltro, a chiusura degli OPG avvenuta, questa necessità è ancora più stringente, perché è il DSM a doversi occupare nelle REMS o in comunità di trattamento del reo infermo di mente – o presunto tale – socialmente pericoloso e non l'istituzione totale (OPG) con la Polizia Penitenziaria al suo interno.

Già medesime perplessità e medesime riflessioni cominciano del resto a giungere dagli psichiatri dei servizi che si ritrovano a dover affrontare le difficoltà del trattamento in REMS o comunità di malati di mente – o presunti tali – anche non necessariamente autori di reato, né tanto meno con una misura di sicurezza psichiatrica, il cui problema fondamentale è costituito dalla dimensione della violenza che caratterizza il loro quadro psichico e/o psicopatologico o più semplicemente, la loro condotta. Rispetto ai quali, evidentemente, il mandato sociale del controllo è di primaria importanza, ma le possibilità di successo dei servizi possono divenire inconsistenti. Anzi i servizi, laddove il rischio di condotta violenta non è riconducibile a malattia mentale obiettivamente evidenziata con strumenti diagnostici validati – e, mutuando quanto detto sinora, lo stesso giudizio di sociale pericolosità non riviene da una infermità acclarata con i medesimi strumenti diagnostici – nulla dovrebbero avere a che fare con il trattamento di soggetti responsabili di tali condotte. Ma questa scelta di diagnostica differenziale prima e trattamentale poi ha necessità evidentemente di strumenti diagnostici oggettivi (PCL-R, HCL-R 20), verificabili, validati, utili in fase di risk assessment e di risk management.

5. Discussione

Il sistema trattamentale che si è delineato con il DL 81/2014 ha sottolineato la necessità da parte dei servizi psichiatrici pubblici di farsi carico in maniera più mirata del reo infermo di mente socialmente pericoloso sottoposto a

6 Dal 1955 al 1974 restò attiva una sezione femminile a Pozzuoli. Alla chiusura definitiva di detta struttura nel 1975, dopo alcuni tragici eventi lì avvenuti nel 1974, fu istituita presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere, una Sezione femminile che rimase unica operante per tutto il territorio nazionale fino alla chiusura di quell'OPG nel 2015.

misura di sicurezza psichiatrica detentiva e non detentiva e, più in generale, del paziente difficile, a rischio di condotte violente.

Si tratta senza dubbio di una novità che ha colto del tutto impreparato lo psichiatra dei servizi, costretto ad adattarsi suo malgrado alle nuove operatività, spiazzato dalle sue abituali prassi cliniche e trattamentali, forse anche a motivo di alcuni nodi ancora non del tutto sciolti o apparenti incongruenze rintracciabili nelle norme che hanno determinato l'attuale situazione.

Operatività su cui sarà necessario, dunque, programmare momenti di riflessione e momenti di verifica nel tempo, obblighi da cui i sanitari dei servizi non si potranno e non devono sottrarsi.

D'altro canto la rapida disanima degli strumenti utilizzati comunemente in paesi in cui la pratica psichiatrico-forense è molto più forte e pervasiva e si occupa da tempo del trattamento del malato di mente "socialmente pericoloso" suggerisce che non vi sono ricette uniche, che gli strumenti attuariali o misti che siano, insieme ad indubbi vantaggi oggettivi hanno dei limiti intrinseci, che l'esperienza clinica e professionale è e rimane fondamentale, ma che l'utilizzo di tali strumenti, anche nella pratica della psichiatria generale (Swanson, 2008) oltre che nell'attività valutativa psichiatrico-forense, può essere di valido conforto al ragionamento diagnostico e clinico, in quanto in grado di fornire una base informativa clinico-anamnestiche e storica unica, facile da condividere, che funziona come fonte comune di riflessione per tutti, utile per coinvolgere le diverse professionalità che necessariamente devono farsi carico del paziente difficile e confrontarsi fra loro nel lavoro di equipe e perché infine, pur con i limiti sottolineati, focalizza sin dall'inizio i punti su cui poter lavorare progettualemente in maniera più efficace e mirata, base di confronto con gli altri interlocutori del complesso processo valutativo-trattamentale che si è venuto a creare. Strategia che il malato di mente autore di reato socialmente pericoloso o, più in generale, a rischio di condotte violente, necessariamente richiede.

Conclusioni

Dall'epoca della L.833/1978 in poi, gli operatori dei servizi psichiatrici territoriali hanno operato in un contesto in cui psichiatria clinica e psichiatria forense sono state nettamente separate l'una dall'altra: la prima, sollevata dal peso del controllo sociale, ha perso dimestichezza con la dimensione psicopatologica delle condotte violente e non ha facilità a trattare certa tipologia di pazienti; la seconda con esclusiva competenza sul malato di mente autore di reato socialmente pericoloso, relegata quasi in un angolo, chiusa come era negli OPG o nelle aule dei tribunali, di cui era interlocutrice unica.

Il sistema trattamentale che si è delineato con il DL 81/2014 ha rimescolato le carte demandando nuovamente – e per intero – all'abituale circuito terapeutico del SSN anche la cura ed il trattamento del malato di mente autore di reato socialmente pericoloso e, più in generale, ha sottolineato la necessità di farsi carico in maniera più mirata del paziente difficile, a rischio di condotte violente.

Lo psichiatra e l'equipe tutta dei servizi psichiatrici pubblici è, dunque, chiamato a fare i conti con metodologie di indagine, con strumenti diagnostici, con pratiche di valutazione, interlocutori, lontani dal proprio sapere abituale e dalle corde stesse della propria formazione ma, comunque sia, non può sottrarsi dall'accettare la sfida di prestare la propria opera nella maniera più accurata possibile.

Dall'acquisire cioè quelle competenze e quella formazione specifica in grado di approcciare efficacemente la specificità del paziente che si trova nuovamente di fronte e farsi carico del reo infermo di mente a rischio di recidiva criminale e/o violenta che sia realmente tale e che, a motivo di ciò, può giovare delle cure ed, attraverso di esse, del "contenimento" di quel rischio.

Per assolvere anche a questo compito l'uso di strumenti diagnostici appropriati e di un approccio trattamentale forense, è l'unica strategia efficace per non dover rispondere di responsabilità che non gli competono, per concordare già in fase valutativa il più idoneo ed appropriato piano terapeutico-riabilitativo tarato su quegli indicatori – fattori di rischio e fattori protettivi – sui quali soli dovrà lavorare in seguito, rispondendo del loro andamento, in termini obiettivi, e solo di essi all'Autorità Giudiziaria.

Riteniamo tuttavia che questa sia una fase unica nella storia della psichiatria del nostro Paese, da cogliere appieno nella sua interezza, accompagnata da un ripensamento delle prassi operative e delle culture di intervento terapeutico, fase che in fondo la riconnette alla medesima cultura che aveva condotto alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici e poi alla chiusura degli OPG.

Riferimenti bibliografici

- Amador, X.F., & Strauss D.H. (1990). *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Columbia University.
- Barbaree, H.E., Seto, M.C., Langton, C.M., & Peacock, E.J. (2001). Evaluating the predictive accuracy of six risk assessment instruments for adult sex offenders. *Crim Justice Behav.*, 28, 490-451.
- Biancosino, B., Delmonte, S., Grassi, L., Santone, G., Preti, A., Migliorini, R., & de Girolamo, G. (2009). Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(10), 772-82.
- Carabellese, F., Candelli, C., Martinelli, D., La Tegola, D., Catanese, R., (2013). Cannabis use and violent behaviour. A psychiatric patients cohort study in Southern Italy. *Rivista di Psichiatria*, 48(1), 43-50.
- Carabellese, F., Candelli, C., La Tegola, D., Buzzerio, R., Martinelli, D., & Catanese R. (2015). Violent behavior in a cohort of psychiatric patients: psycho-social risk and protective factors. *Rassegna italiana di criminologia*, 2, 156-62.
- Carabellese, F., & Felthous, A.R. (2016). Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals In Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community. *Behavioral Sciences and the Law*, 34, 2-3, 444-459.
- Carabellese, F., Felthous, A.R., Rossetti, I., La Tegola, D., Franconi, F., & Catanese, R.: Female Psychopaths: a Sample of Italian Women in High Security Hospital. *J of American Academy of Psychiatry and the Law*, in press.
- Carabellese, F. & Mandarelli, G. (2017). Is involuntary psychiatric hospitalization a measure for preventing the risk of patients' violent behavior to self or others? A consideration of the Italian regulation. *Journal of Psychopathology*, 23, 91-97.

- Catanesi, R., Carabellese, F., & Grattagliano, I. (2009). Cura e controllo. Come cambia la pericolosità sociale psichiatrica. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15, 64-74.
- Caretti, V., Manzi, G.S., Schimmenti, A., & Seragusa, L. (eds.) (2011). *PCL-R. Hare Psychopathy Checklist-Revised di: Hare, R.D.* Firenze: Giunti O.S.
- Chaimowitz, G. & Mamak, M. (2015). *Companion Guide to Aggressive Incidents Scale (AIS) and the Hamilton Anatomy of Risk Management (HARM)*. Hamilton, Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
- Cleckey, H.M. (1976). *The mask of sanity: an attempt to clarify some issues about the so called psychopathic personality* (5th ed). St Louis, MO: Mosby Medical Library.
- Di Tullio, B. (1960). *Principi di Criminologia e Psichiatria Forense*. Roma: Istituto di Medicina Sociale.
- Dolan, M., & Blattner, R. (2010). *The utility of the Historical Clinical Risk-20 scale as a predictor of outcomes in decision to transfer patients from high to lower levels of security. A UK perspective*. *BMC Psychiatry*, 10, 76.
- Douglas, K.S., Cox, D.N., & Webster, C.D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 149-184.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.P., Nicholls, T.L., & Grant, I. (1999). Assessing risk for violence among psychiatric patients: the HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist-Screening Version. *J Consult Clin Psychol*. 67(6), 917-30.
- Douglas, K.S., Webster, C.D., Hart, S.D., Eaves, D., & Ogloff, J.R.P. (Eds.) (2001). *HCR-20: Violence risk management companion guide*. Vancouver, BC/Tampa, FL: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University/Department of Mental Health Law & Policy, University of South Florida.
- Douglas, K.S., & Kropp, P.R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice & Behavior*, 29, 617-658.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P., & Hart, S.D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379.
- Douglas, K.S., Yeaman, M., Baer, D.P., (2005). Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders. *Crim Justice Behavior*. 52, 479-510.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster C.D., Belfrage H., Guy L.S., & Wilson C.M. (2016). HCR-20: Assessing the Risk for Violence (Version 3). *Intern J Forensic Mental Health*, 13, 93-108.
- Fagiolini, A., Coluccia, A., Maina, G., Forgiione, R.N., Goracci, A., Cuomo, A., Young, A.H. A Diagnosi Epidemiology and Management of mixed States in Bipolar disorder. *CNS Drugs*, 29(9): 725-40.
- Fazel, S., Singh, J.P., Doll, H., Grann, M. (2012). Use of risk assessments to predict violence and antisocial behavior in 73 samples involving 24827 people: systematic review and meta-analysis. *British Med. Journal*, 345.
- Fazel, S., Wolf, A., Larsson, H., Lichtenstein, P., Mallet, S., & Fanzhove, T.R. (2017). Identification of low risk of violent crime in severe mental illness with a clinical prediction tool (Oxford Mental Illness and Violence tool (OXMIV): a derivation and validation study. *Lancet Psychiatry* (4), 461-68.
- Felthous, A.R., O'Shaughnessy, R., Kuten, J., Pursell, J.F., Medrano, J., & Carabellese, F. (2016). The Clinician's Duty to Warn or Protect: in United States, England, Canada, New Zealand, France, Spain and Italy. In A.R. Felthous, H. Sab (Eds), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law*. New York: John Wiley & Sons.
- Fornari, U., Coda, S. (1999). Dal socialmente pericoloso al bisognoso di cure. Pericolosità sociale e società pericolosa. *Interventi*, 1, 5-24.
- Gottfredson, S.D. (1987). Statistical and actuarial considerations. In F.N. Dutille & C.D. Froust (Eds). *The Prediction of Criminal Violence*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Gramm, M., Langstrom, N., Tangstrom, A., & Gunnar, K. (1999). Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law Human Behav*. 23: 205-18.
- Gray, N.S., Taylor, J., & Snowden, R.J. (2008). Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *Br J Psychiatry*, 192(5), 384-7.
- Gray, N.S., Taylor, J., & Snowden, R.J. (2011). Predicting violence using structured professional judgment in patients with different mental and behavioral disorders. *Psychiatry Research*. 187 (1-2), 248-253.
- Halleck, S. (1987). In F.N. Dutille, C.D. Froust (Eds), *The Prediction of Criminal Violence*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Hare, R.D. (1993). *Without Causience. The Disturbing World of the Psychopaths Among US*. Guilford Publication Inc.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised: Technical manual* (2nd Ed). Multy-Health System.
- Harris, G.T., Rice, M.E., & Camilleri, J. (2004). Applying a forensic actuarial assessment (VRAG) to nonforensic patients. *J Interp Violence*. 19, 1063-74.
- Harris, G.T., Rice M.E., Quinsey, V.L., & Cormier C.A. (2015). *Violent offenders: Appraising and managing risk. Third Edition*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Harris Grant, T., Rice, M.E., & Cornier, C.A. (1991). Psychopathy and Violent Recidivism. *Law and Hum Behav.*, 15(6), 625-37.
- Hart, S.D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: conceptual and methodological issues. *Legal Criminol Psychol*. 3, 121-37.
- Hasting, M.E., Krishnan, S., & Tangney, I.P. (2011). Predictive and Incremental Validity of the Violence Risk Appraisal Guide Scores with Male and Female jail inmates. *Psychol Assessm*. 23, 178-83.
- Hillbrand, M. & Young, J.L. (2008). Instilling Hope into Forensic Treatment: The Antidote to Despair and Desperation. *J Am Acad Psychiatry Law*, 36 (1): 90-94.
- Holt, R.R. (1978). Clinical and statistical prediction. A reformulation and some new data. *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 56, 1-12.
- Kilgus, M.D., Maxmen, J.S., Ward, N.G. (2016). *Essential Psychopathology and its Treatment (Fourth Ed)*. WW Norton & Co. New York, NY.
- Kraemart, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S., & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry*, 54(4), 337-43.
- Lamberti, J.K. (2007). Understanding and Preventing Criminal Recidivism among Adults with Psychopathic Disorders. *Psychiatr Serv*, 58, 773-81.
- Laurell, J., & Diderman, A.M. (2005). Recidivism is related to psychopathy (PCL-R) in a group of men convicted of homicide. *International J Law Psychiatry*. 28, 255-68.
- Lindqvist, P., & Skipworth, J. (2000). Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 320-23.
- Lusa, V. & Cioeta, R. (2013). *Nuova Antropologia Criminale*. Roma. Laurus.
- Margari, F., Craig, F., Margari, L., Matera, E., Lamanna, A.L., Lecce P.A., La Tegola, D., Carabellese, F. (2015). Psychopathology symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and risk factors in juvenile offenders. *Neuropsychiatric Diseases and Treatment*. 11, 343-352.
- McDermott, B.E., Quambeck, C.D., Busse, D., Yastro, K., Scott, C.L. (2008). The Accuracy of Risk Assessment Instruments in Prediction of Impulsive versus Predatory Aggression. *Beha Sci Law*. 26, 759-777.
- Meloy, J.R. (1988). *The psychopathic mind: origins, dynamics and treatment*. Northvale, N.J.: Jason Aronson.
- Monahan, J. (1984). The prediction of violent behavior: toward a second generation of theory and policy. *Am J Psychiatry* 47, 511-521.

- Monahan, J., Steadman, H., & Appelbaum, P. et. Al. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry*, 176, 312-19.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P.C., Mulvey, E., Roth, L., Grisso, T. & Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Robbins, P.C., Appelbaum, P., Banks, S., Grisso, T., Heilbrun, K., Mulvey, E.P., Roth, L., Silver, E. (2005). An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders. *Psychiatr Serv.*, 56 (7), 810-5.
- Monahan, J., Steadman, H.J., Appelbaum, P.S., Grisso, T., Mulvey, E.P., Roth, L.H., Robbins, P.C., Banks, S., Silver, E. (2006). The classification of violence risk. *Behav Sci Law*, 24(6), 721.
- O'Shea, L.E., Picchioni, M.M., Mason, F.L., Sugaman, P.A., & Dickens, G.L. (2014). Predictive validity of the HCR-20 for patients self-harm. *Comprehensive Psychiatry*. 55 (8), 1937-49.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., Cormier, C.A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., Cormier, C.A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Second Edition. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rice, M.E. & Harris, G.T. (1997). Cross-validation and extension of the Violent Risk Appraisal Guide for child molesters and rapists. *Law and Human Behavior.*, 21, 231-41.
- Skeem, J., Schubert, C., Stowman, S., Beeson, S., Mulvey, E., Gardner, W., Lidz, C. (2005). Gender and Risk Assessment Accuracy: Underestimating Women's Violence Potential. *Law Human Behav.* 29 (2), 173-86.
- Swanson, J.W. (2008). Preventing the unpredicted: managing violent risk in mental health care. *Psychiatr Serv.*, 59: 191-5.
- Webster, C.D., Harris, Grant, T., Rice, M.E., Cormier, C. Quinsey, V.L. (1994). *The violence prediction scheme: Assessing dangerousness in high risk men*. Toronto, ON, Canada: University of Toronto Centre of Criminology.
- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver, B.C.: Mental Health Law and Policy Institute, and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Douglas, K. S., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing the Risk for Violence (Version 2)*. Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.