

Situazione, qualità della vita e trattamento di persone dimesse dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia: Follow-up a due anni

Situation, quality of life and treatment of people discharged from the forensic psychiatric hospital of Reggio Emilia. Two years follow-up

Valentina Moretti • Arianna Sinisi • Giorgio Mattei • Gian Maria Galeazzi

Abstract

After the definitive closure of Italian Forensic Psychiatric Hospitals (FPH) most detained patients have been relocated to other facilities. Aim of the study is to follow-up patients discharged from the FPH of Reggio Emilia by administering questionnaires to patients and healthcare professionals, surveying patients' discharge pathways, recurrence of violence, psychopathological conditions, treatment, and quality of life. Results show that the discharge to lower intensity care facilities is possible and appreciated by patients. There was no correlation between risk assessment ratings and surveyed outcomes. Some issues emerged, which need monitoring, such as the *off label* use of medication and the occurrence of two cases of suicide from the initial cohort of 63 patients.

Key words: forensic psychiatric hospital • residences for the execution of security measures • discharge • outcomes • quality of life

Riassunto

Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) Italiani ha comportato la dimissione della maggioranza delle persone reclusi. Scopo dello studio è effettuare un follow-up dei pazienti dimessi da un reparto dell'OPG di Reggio Emilia. Attraverso la somministrazione di questionari rivolti a pazienti e operatori sono stati valutati: funzionamento del percorso di dimissione, recidive di violenza, condizioni psicopatologiche, terapia e qualità della vita dei pazienti. I risultati relativi a 23 pazienti mostrano che la dimissione verso strutture a minore intensità assistenziale è possibile e apprezzata. Non si sono rilevate correlazioni significative tra gli esiti e le misure di valutazione del rischio pre-dimissione. Fenomeni che necessitano di monitoraggio sono alcuni casi di suicidio nella coorte iniziale di 63 pazienti e il ricorso a terapie farmacologiche *off label*.

Parole chiave: ospedale psichiatrico giudiziario • residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza • dimissione • outcomes • qualità della vita

Per corrispondenza: Valentina Moretti, Centro di Salute Mentale di Correggio, Via Mandriolo Superiore 11/D, 42015, Correggio (RE), Tel. 0522 630430, e-mail: valentina.moretti@ausl.re.it

Valentina MORETTI, Psichiatra, DSMDP AUSL di Reggio Emilia

Arianna SINISI, Medico Chirurgo, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Giorgio MATTEI, Medico in Formazione Specialistica in Psichiatria, Scuola di Specializzazione in Psichiatria; Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Gian Maria GALEAZZI, Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Situazione, qualità della vita e trattamento di persone dimesse dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia: Follow-up a due anni

1. Introduzione

La storia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) italiani iniziò nella seconda metà dell'Ottocento, quando Cesare Lombroso e Augusto Tamburini, due tra i più autorevoli psichiatri italiani del tempo, avviarono il dibattito circa la necessità di istituire strutture atte ad ospitare autori di reato affetti da patologia psichica. Secondo Lombroso (1872), il manicomio giudiziario era la soluzione giusta per quelle persone per le quali la libertà era un rischio e il carcere una punizione eccessiva. Numerosi contributi permettono una ricognizione approfondita circa l'origine e lo sviluppo degli OPG e ad essi si rimanda (Daga, 1985; Grassi, 2016; Carabellese & Felthous, 2016; Rossi, 2015).

Alla vigilia delle recenti riforme legislative che avrebbero avviato il processo di superamento dell'OPG, queste strutture giudiziarie ospitavano soprattutto persone con patologie psichiche, autrici di reato, giudicate non imputabili per infermità mentale, ma valutate come socialmente pericolose.

Fino al 2015 erano sei gli OPG attivi sul territorio nazionale. Tra questi, l'OPG di Reggio Emilia, dal 1994 situato all'Interno degli Istituti Penali, in una struttura appartenente all'Amministrazione Penitenziaria; ospitava solo soggetti di sesso maschile e comprendeva cinque reparti, a struttura prettamente carceraria. Fino al 2008, il personale sanitario operante all'interno della struttura era dipendente dall'Amministrazione Penitenziaria. Già nel 2000, un Progetto di ricerca-intervento promosso da apposita Convenzione tra Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Regione Emilia Romagna, Comune e Azienda USL di Reggio Emilia, aveva previsto e attuato la "sanitarizzazione" di uno dei reparti (Antares): obiettivo era quello di umanizzare e migliorare l'assistenza, potenziando la dotazione di personale sanitario con psicologi e tecnici della riabilitazione psichiatrica. Il Progetto Antares raggiunse obiettivi concreti: il reparto venne dotato di solo personale sanitario all'interno, le celle vennero aperte durante il giorno per permettere ai pazienti di muoversi negli spazi liberi del reparto; inoltre, nonostante la collocazione carceraria, si avviarono interventi psicoterapeutici e riabilitativi, potenziando il lavoro di dimissione con progetti di inclusione sociale (Grassi, 2016).

In seguito al recepimento del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri Romano Prodi 1.04.2008, che sanciva il passaggio delle competenze sanitarie di tutti gli Istituti di Pena, compresi gli OPG, al Servizio Sanitario Nazionale, tra l'ottobre del 2009 e il marzo del 2010 nell'OPG di Reggio Emilia avvenne l'apertura di altri tre reparti: Andromeda, Fenice e Pegaso. Il solo reparto Centauro continuò a mantenere un assetto organizzativo caratterizzato dalla chiusura delle celle e dalla presenza, accanto al personale sanitario, di personale di Polizia Penitenziaria: sua funzione era quella di accogliere i nuovi giunti, per il periodo

di osservazione, e i pazienti con problematiche comportamentali che ne rendevano difficile la gestione in uno dei quattro reparti aperti (Moretti, 2014).

Il 17 febbraio 2012 il Parlamento varò la Legge 9, che prevedeva il superamento degli OPG entro il 31 marzo 2013, demandando la responsabilità di assistenza, cura e riabilitazione delle persone affette da patologia mentale autrici di reato ai Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP) delle AUSL di appartenenza; sancì inoltre l'istituzione di nuove strutture di cura, contenimento e controllo: Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Queste strutture residenziali dovevano essere di norma regionali, dotate all'interno di sola assistenza sanitaria e all'esterno, ove necessario, di sistemi di sicurezza e vigilanza perimetrale. In sostanza la Legge 9 definì che la cura e l'assistenza delle persone non imputabili per infermità mentale dovevano essere garantite al di fuori degli stabilimenti penitenziari: gli autori di reato affetti da disturbo mentale dovevano essere affidati ai DSM-DP e godere di tutte le opportunità degli altri cittadini.

Nessuna Regione fu in grado di rispettare la scadenza del 31 marzo 2013 (Grassi, 2016), ragion per cui si resero necessarie due proroghe, sino alla approvazione della Legge 81/2014. Questa blindò i tempi di superamento degli OPG al 31 marzo 2015, accelerando l'applicazione della Legge 9/2012 e rivedendone parzialmente i contenuti. Si ribadì che il Sistema Sanitario Nazionale e in particolare le AUSL e i DSM-DP debbono farsi carico dei rei, mentalmente infermi, attivando percorsi di cura e inserimento sociale attraverso i servizi territoriali e le comunità protette, potendo contare sulle REMS come *extrema ratio*; l'applicazione della misura di sicurezza detentiva può avvenire nei soli casi in cui il giudice abbia acquisito elementi dai quali risulti che ogni altra misura sia inidonea ad assicurare le cure adeguate ed a far fronte alla pericolosità sociale dell'infermo e del seminfermo di mente; l'accertamento della pericolosità sociale del soggetto deve essere effettuato solo in base alle qualità della persona, non all'eventuale carenza di strumenti; la durata delle misure di sicurezza detentive non può superare la durata massima della pena detentiva comminata per il reato commesso. Al fine di favorire il processo, il testo approvato stabilì inoltre l'onere per le Regioni, attraverso i DSM-DP, di predisporre percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) di dimissione di ciascuna delle persone ricoverate negli OPG. Per i pazienti per i quali era stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma doveva documentare in modo puntuale le ragioni a sostegno dell'eccezionalità e della transitorietà del prosieguo del ricovero.

Nell'anno intercorso tra la Legge 81 e il 1° aprile 2015 la maggior parte dei servizi sanitari regionali si attrezzò per dare risposta, in alcuni casi definitiva, in altri con carattere di provvisorietà, ai bisogni delle persone con misura di sicurezza detentiva. I primi giorni di aprile 2015, come previsto dalla legge, iniziarono i trasferimenti dagli OPG nelle REMS.

Contestualmente al varo della Legge 9/2012, tra il 2013 e il 2014 a Reggio Emilia venne condotto uno studio pilota (Moretti, 2014) che mirava a fornire una descrizione, in termini di valutazione del rischio di violenza, della popolazione del reparto Antares; il campione coinvolto nello studio pilota era costituito da 63 soggetti di sesso maschile di età compresa tra i 23 e i 67 anni (media = 41.8 anni; DS = 11.2), e lo strumento utilizzato nella sua seconda edizione in lingua inglese il questionario Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) di Webster, Eaves, e Hart (1997), uno tra i sistemi più affermati di valutazione strutturata del rischio di violenza negli autori di reato affetti da patologia mentale. L'applicazione della logica strutturata propria del Violence Risk Assessment aveva richiesto anche il rilevamento e la registrazione delle caratteristiche sottese al costrutto di psicopatologia nel funzionamento delle persone oggetto di indagine tramite la somministrazione della Hare Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R) (Hare, 1991), nella sua versione italiana (Caretto, Manzi, Schimmenti, & Seragusa, 2012). L'analisi statistica era rivolta ad esplorare le eventuali correlazioni fra i principali indicatori di associazione tra disturbi mentali e violenza descritti in letteratura: giovane età, tipologia di diagnosi psichiatrica, presenza o assenza di abuso di sostanze in comorbidità. Lo studio della relazione tra livelli di gravità di rischio di violenza ed età adolescenziale/giovanile, basato su dati di letteratura che pongono l'accento sulla riduzione dei comportamenti antisociali con l'età, non aveva portato al riscontro di differenze statisticamente significative. Al contrario, erano emersi dati significativi in merito alla comorbidità psichiatrica e tossicologica: l'abuso di sostanze si associava significativamente ad un aumentato rischio di violenza, in linea con dati di letteratura che indicano una relazione tra condotte di abuso e violenza, e sottolineano la debolezza dell'associazione tra violenza e disturbo mentale *tout court* (Eronen, Angermeyer, & Schulze, 1998).

I punteggi totali ad HCR-20, valutati nel 2014, variavano da un minimo di 10/40 ad un massimo di 34/40 (media = 19.9, DS = 5.96), collocando così il campione in un range di rischio di violenza di grado medio, riscontro in linea con quanto operativamente suggerito dalle caratteristiche del reparto di indagine (a "media sicurezza"), che accoglieva persone per le quali la valutazione clinica aveva attestato una accettabile riduzione del rischio di violenza. Le medie dei punteggi di HCR-20 calcolate sulla base delle diverse diagnosi mostravano punteggi più elevati nelle categorie: disturbi mentali in comorbidità con disturbi di personalità e abuso di alcool e/o sostanze, disturbi di personalità, disturbi di personalità con abuso di alcool e/o sostanze, disturbi psicotici in comorbidità con abuso di alcool e/o sostanze. I punteggi totali di PCL-R, valutati nel medesimo periodo, variavano da un minimo di 1/40 ad un punteggio massimo di 30/40 (media = 12.6, DS = 6.86), la popolazione studiata si collocava in un range di basso grado di psicopatologia. Punteggi in media più elevati si riscontravano per le stesse categorie diagnostiche sopradescritte in relazione ad HCR-20.

Scopo del presente lavoro è effettuare, a 24 mesi di distanza, un follow-up riguardante il medesimo campione di pazienti coinvolti nello studio pilota sopracitato (Moretti, 2014), in particolare per quanto concerne il percorso di dimissione, la qualità della vita, e alcune variabili di interesse forense oltre specificate.

2. Materiali e Metodi

Il presente studio di coorte, approvato dal Comitato Etico Provinciale di Reggio Emilia, è stato realizzato a partire dal campione indagato nel summenzionato studio "HCR-20: introduzione di uno strumento per il violence risk assessment nella pratica clinica dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia" (Moretti, 2014), costituito da 63 soggetti di sesso maschile. Due criteri di inclusione sono stati considerati: 1. appartenenza al campione originario e 2. capacità di fornire un consenso valido.

Lo studio è stato condotto in accordo con quanto previsto dalla Dichiarazione di Helsinki in merito allo svolgimento di ricerche mediche su esseri umani.

Per ogni paziente coinvolto nello studio sono stati raccolti dati oggettivi e soggettivi (previa acquisizione del consenso informato da parte del paziente), utilizzando tre strumenti dedicati, di seguito descritti.

a) I dati oggettivi sono stati raccolti mediante un questionario *ad hoc* diretto agli operatori della salute mentale referenti dei singoli casi. Il questionario è composto da nove domande: le prime sette riguardano il percorso di dimissione del singolo caso in esame (dove si trova attualmente il paziente e da quando; ha presentato riacutizzazioni del disturbo psichiatrico di base e/o necessità di ricovero del periodo di follow-up; assume terapie long-acting e/o clozapina; è coinvolto in programmi riabilitativi); le ultime due domande indagano aspetti di interesse forense, in particolare la recidiva di atti violenti e la loro gravità.

b) I dati soggettivi sono stati raccolti mediante un questionario *ad hoc* destinato al paziente, costituito da dodici domande esploranti la percezione soggettiva del suo stato di malattia e la condivisione del percorso di dimissione e cura con i curanti (pensa di soffrire di un disturbo psichiatrico; in caso affermativo, pensa che esso impatti sulla sua qualità di vita; pensa che esso possa avere impattato sulla sua storia giudiziaria; il progetto terapeutico-riabilitativo che ha previsto il suo trasferimento dall'OPG alla struttura in cui si trova ora, è stato concordato con i suoi curanti; è soddisfatto del percorso effettuato e dell'attuale collocazione; da quando ha lasciato l'OPG, ha percepito un cambiamento della sua qualità di vita? Se sì, in positivo o in negativo?; quali fattori pensa siano particolarmente determinanti per la sua qualità di vita?). I pazienti sono stati invitati a rispondere a queste domande nel corso di uno o due colloqui effettuati con un operatore sanitario della struttura in cui risiedevano.

I questionari *ad hoc* utilizzati possono essere richiesti scrivendo agli Autori del presente lavoro. Le risposte ottenute da tali questionari sono state suddivise in macro-aree, analizzate secondo i metodi della ricerca qualitativa.

c) Per la raccolta dei dati soggettivi sono stati utilizzati anche questionari standardizzati, nella loro versione italiana validata. In merito a ciò si precisa che i dati riguardanti la qualità della vita sono stati raccolti *de novo* mediante il World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF; World Health Organization, 1996), un questionario autosomministrato costituito da 2 items generali e 24 items specifici divisi in quattro aree o domini: area della salute fisica, area psicologica, area delle relazioni sociali e area dell'ambiente. Gli items sono valutati su una scala a 5 punti e

i punteggi possono essere successivamente standardizzati su una scala da 1 a 100 al fine di semplificare la comparazione dei risultati con quelli di altri strumenti per la valutazione della qualità della vita (QdV). I punteggi più alti indicano una migliore QdV. Oltre alla QdV, altri dati standardizzabili sono stati acquisiti mediante la Historical Clinical Risk Management-20 (HCR-20) e la Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R). Prima di procedere oltre nella descrizione di questi due strumenti, si precisa che al fine della realizzazione del presente studio sono stati presi in considerazione i punteggi di HCR-20 e PCL-R ottenuti nello studio pilota condotto nel 2014 (Moretti, 2014). La scala HCR-20 prende nome dalle tre sottoscale di cui si compone e dal numero dei fattori considerati: 10 storici (Historical o H) utili a determinare il contesto basale dell'espressione di 5 fattori clinici (Clinical o C) e 5 fattori di gestione del rischio (Risk Management o R), stimati come maggiormente suscettibili di variazioni in seguito alla messa in atto di interventi terapeutico-riabilitativi di varia natura. La codifica (HCR-20 Coding Sheet) delle singole voci prevede punteggi da 0 a 2 descrittivi l'assenza o la presenza del fattore di rischio con livelli crescenti di certezza. La letteratura non è unanime nell'attribuire un punteggio di cut-off, considerato, a seconda degli autori, mancante (Cawood & Corcoran, 2009), corrispondente a 21 (Thamakosit, 2007) o 27 (Fujii, Tokioka, Lichton, & Hishinuma, 2005). Di fatto, la scala assolve al bisogno sempre più sentito di individuare dei *range* di rischio: attribuiti i punteggi, si considerano tre livelli di gravità (basso, medio o alto). La scala PCL-R è stata utilizzata nella modalità *file review*, preceduta da una revisione delle informazioni collaterali disponibili. Ad ognuno dei 20 items che compongono lo strumento può essere attribuito un punteggio da 0 a 2 in base all'assenza/presenza e gravità del criterio. Il punteggio totale consente di indicare in quale grado il soggetto esaminato corrisponde al "prototipo" dello psicopatico. A livello internazionale, è stato stabilito un cut-off clinico pari al punteggio totale di 30; punteggi da 20 a 30 documentano un medio grado e punteggi da 0 a 19 un basso grado di psicopatia.

L'elenco delle strutture nelle quali i pazienti sono stati, in tempi diversi, dimessi, è stato fornito dall'ufficio ricoveri dell'OPG di Reggio Emilia. Le strutture ospitanti i pazienti sono state contattate telefonicamente; si è richiesto di poter parlare con un operatore referente del caso d'interesse (psichiatra, assistente sociale, educatore, responsabile di struttura, eccetera) al quale è stato presentato e descritto lo studio. Successivamente, come da accordi telefonici, sono stati inviati via e-mail o via fax i questionari e il WHOQOL, accompagnati dalla nota informativa e dai moduli per il consenso. In molti casi si è reso necessario un sollecito a 30 e a 60 giorni dal primo contatto, con successivo rinvio del materiale. Tale materiale è stato restituito dalle strutture, via mail o via fax, compilato e firmato dal paziente nei casi in cui questi abbia accettato di partecipare allo studio.

I dati raccolti sono stati analizzati con il software IBM SPSS, versione 23. L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando le comuni misure di sintesi (media, *m*; mediana, *M*; frequenza percentuale) e dispersione (deviazione standard e range). È stata poi condotta un'analisi inferenziale utilizzando l'indice di correlazione di Pearson (per confrontare variabili continue), il test del Chi-quadrato (per il confronto tra gruppi) ed il test T di Student (per il confronto tra medie

di campioni indipendenti). In particolare, si sono esplorate possibili correlazioni tra i punteggi ottenuti agli strumenti di valutazione del rischio e gli esiti (HCR-20, PCL-R, WHOQOL-Breve, età dei pazienti e dati relativi ai questionari per l'operatore e per il paziente), e tra i punteggi HCR-20, PCL-R, QdV, assunzione di clozapina o terapie depot e tipo di istituzione coinvolta nell'accoglienza dei pazienti. Infine, sono state valutate le possibili differenze esistenti nei valori medi di HCR-20, PCL-R, QdV ed età dei pazienti arruolati, confrontando i pazienti ai quali è stata prescritta clozapina con quelli ai quali non è stata prescritta. In tutte le analisi effettuate è stato fissato un livello di significatività pari a $p < .05$.

3. Risultati

Il presente studio ha avuto una mediana di follow-up di 24 mesi (range 21-28 mesi) dalla somministrazione del questionario HCR-20.

Il campione oggetto di studio è risultato costituito da 23 pazienti, numero inferiore rispetto ai 63 coinvolti nello studio pilota del 2014; ciò per le seguenti ragioni. Del totale dei soggetti, 16 (25.4%) non sono stati contattati a causa della mancata reperibilità delle strutture o perché non è stato possibile venire a conoscenza dell'ultima collocazione del paziente; 3 pazienti (4.8%) sono deceduti, di cui 2 (3.2%) per suicidio ed 1 per infarto miocardico acuto. Pertanto, sono stati contattati 44 pazienti (69.8%) e rispettive strutture, ai quali sono stati inviati gli strumenti di ricerca precedentemente descritti. Di questi pazienti, 16 (25.4%) non hanno riconsegnato il materiale compilato, neanche dopo i solleciti inviati; 4 (6.3%) hanno negato il consenso alla partecipazione allo studio. I pazienti che hanno accettato di partecipare allo studio sono stati 24 (38%). Di questi, 20 (31.7% del campione originario) hanno compilato completamente tutti gli strumenti; 1 è stato escluso perché i questionari risultavano fortemente incompleti; 1 ha dato il consenso alla sola compilazione del questionario rivolto agli operatori; 1 ha acconsentito che l'operatore compilasse la sezione relativa e ha compilato il WHOQOL, rifiutandosi di rispondere alle domande del questionario destinato al paziente; 1 ha acconsentito alla compilazione dei questionari operatore e paziente, ma non al WHOQOL. In totale sono stati compilati 23 questionari da parte degli operatori, 21 questionari rivolti al paziente, 21 WHOQOL-Breve.

Il campione definitivo, di cui sono stati raccolti e analizzati i dati, risulta pertanto composto da 23 soggetti. Nella Tabella 1 si riportano i dati relativi alle diagnosi psichiatriche registrate e all'attuale collocazione dei pazienti, i quali sono tutti di sesso maschile, accogliendo l'OPG di Reggio Emilia pazienti esclusivamente di questo genere.

	N (=23)	%
DIAGNOSI PSICHIATRICA		
Schizofrenia, disturbi schizoaffettivi e psicosi NAS	12	52.3
Disturbi deliranti	3	13
Disturbi di personalità	5	21.8
Disturbi dell'umore	1	4.3
Psicosi organica	1	4.3
Disabilità intellettiva	1	4.3
COLLOCAZIONE		
Comunità terapeutica	12	52.3
OPG	3	13.0
REMS	2	8.7
Appartamento protetto	1	4.3
Domicilio	2	8.7
Residenza psichiatrica a trattamento intensivo RTI	1	4.3
Residenza sanitaria assistenziale RSA	2	8.7

Tabella 1. Caratteristiche del campione per quanto riguarda diagnosi psichiatrica e collocazione dei pazienti al follow-up

	N	Media ± DS	Range
Età	23	38.5 ± 9.9	23-58
HCR-20	23	20.6 ± 5.3	10-30
PCL-R	23	11.6 ± 5.4	1-24
QdV Fisico	21	59 ± 14.6	35.7
QdV Psicologico	21	58.7 ± 14.6	29.1-83.3
QdV Sociale	21	65.4 ± 17.3	33.3-100
QdV Ambiente	21	60.0 ± 14.0	28.1-81.2
QdV Totale	21	60.8 ± 10.5	41.7-77.1

Tabella 2. Caratteristiche del campione per quanto riguarda età, HCR-20, PCL-R, punteggi di QdV (dei singoli domini e totale)

I 23 questionari compilati dagli operatori, oltre alle informazioni sulla collocazione del paziente al momento della compilazione, hanno consentito di raccogliere i seguenti dati: nel periodo di follow-up per 5 pazienti (21.7%) si sono resi necessari 1 o più ricoveri in ambiente psichiatrico per riattivazione della patologia psichiatrica. La terapia con farmaci neurolettici long-acting (depot) è risultata prescritta a 9 pazienti (39.1%): per 6 di loro (26.1% del totale) la terapia è costituita da flufenazina decanoato, 2 pazienti (8.7%) assumono aloperidolo decanoato, 1 paziente assume zuclopentixolo decanoato. 15 dei pazienti arruolati (65.2%) assumono clozapina; di questi, 5 (21.8%) assumono sia clozapina che terapia depot. Dei pazienti che assumono clozapina, 9 (60%) hanno diagnosi di schizofrenia, disturbi schizoaffettivi e psicosi non altrimenti specificate; 4 (26%) hanno un disturbo di personalità; 1 soggetto (7%) ha un disturbo dell'umore; 1 soggetto (7%) ha diagnosi di disturbo delirante.

Per ciò che concerne le recidive di atti violenti, solo in un caso vengono riportati "due episodi di aggressività reattiva a provocazioni verbali", che non hanno configurato reato.

Per quanto riguarda il grado di soddisfazione in merito all'attuale collocazione, 19 soggetti (90.5%) si dichiarano molto/abbastanza soddisfatti, mentre 2 (9.5%) poco soddisfatti. 18 soggetti (85.7%) hanno dichiarato di aver percepito, in seguito alla dimissione dall'OPG, un cambiamento in positivo della qualità della vita; per 3 pazienti (14.3%) il cambiamento di collocazione è risultato indifferente in merito alla qualità della vita. Tra i motivi menzionati come determinanti nel cam-

biamento della qualità della vita figurano una maggiore libertà ed autonomia (47.6%), migliore qualità di vitto e alloggio (28.6%), maggiore disponibilità degli operatori ed adeguatezza percepita delle cure (28.6%). Dalle domande riguardanti il rapporto con i curanti è emerso che per 4 soggetti il rapporto con gli ex-curanti dell'OPG era problematico, altalenante o pessimo, mentre solo 1 soggetto definisce problematico il rapporto con i curanti nella nuova struttura.

Il calcolo dei coefficienti di correlazione di Pearson tra le variabili età, HCR-20, PCL-R, QdV (singoli domini e totale) conferma la correlazione positiva esistente tra i punteggi di HCR-20 e quelli di PCL-R ($r = 0.76$; $p < .001$), già nota in letteratura (Douglas, Yeomans, & Boer, 2005). Non è invece emersa alcuna correlazione tra HCR-20 e QdV, e tra PCL-R e QdV.

I valori di HCR-20 all'interno del campione esaminato sono stati suddivisi in 2 intervalli rispetto alla mediana, definendo così due gruppi di pazienti: quelli con alto HCR-20 e quelli con basso HCR-20. Questi due gruppi di pazienti sono stati confrontati, mediante tabelle di contingenza, con i dati raccolti mediante il questionario *ad hoc* destinato agli operatori, ma non sono emersi risultati statisticamente significativi. In particolare, non sono emerse differenze significative in merito all'assunzione di clozapina o terapia depot (rispettivamente: $\chi^2 = 1.18$ $df = 1$; $p = .28$; $\chi^2 = .06$ $df = 1$; $p = .78$), e al numero di ricoveri in ambiente psichiatrico ($\chi^2 = .4$; $df = 1$; $p = .52$).

Anche i valori di PCL-R all'interno del campione esaminato sono stati suddivisi in 2 intervalli rispetto alla mediana, individuando così due gruppi di pazienti: quelli con alto PCL-R e quelli con basso PCL-R. Anche in questo caso non è stata riscontrata una differenza nei due gruppi rispetto all'assunzione di clozapina ($\chi^2 = 1.2$; $df = 1$; $p = .3$) o di terapia depot ($\chi^2 = .35$; $df = 1$; $p = .55$).

Le strutture ospitanti i soggetti sono state divise in due gruppi: il gruppo 1 comprendente strutture ad "alta istituzionalizzazione" (OPG, REMS e RTI), e il gruppo 2 contenente strutture a "bassa istituzionalizzazione" (comunità terapeutica, appartamento protetto, RSA e domicilio). Sono emerse differenze significative per quanto riguarda il valore medio della QdV totale ($t = -2.75$; $df = 19$; $p = .01$), mediamente più alta di 12.1 punti tra coloro che si trovano nel gruppo 2, rispetto a coloro che si trovano nel gruppo 1, ovvero in strutture a più alta istituzionalizzazione. Questa differenza della QdV totale nei due gruppi dipende in gran parte dal valore medio della QdV del dominio sociale, dove si riscontra la maggior differenza (21.7 punti di differenza media). Anche negli altri domini della QdV i valori medi dei due gruppi risultano sempre più elevati per i soggetti in strutture a bassa intensità. Il confronto dei valori di HCR-20, PCL-R ed età dei soggetti nei due gruppi di istituzioni non rileva differenze statisticamente significative.

Confrontando i pazienti in terapia depot che risiedono in strutture ad alta istituzionalizzazione (1 paziente) con quelli che risiedono in strutture a bassa istituzionalizzazione (8 pazienti) non sono emerse differenze significative ($\chi^2 = 2.6$; $df = 1$; $p = .11$). Per quanto riguarda clozapina, questo farmaco è risultato prescritto al 71.4% dei pazienti nel gruppo 1 e al 66.7% dei pazienti nel gruppo 2. Anche in questo caso non sono emerse differenze significative ($\chi^2 = .05$; $df = 1$; $p = .82$).

Il confronto tra i pazienti che assumono clozapina e quelli che non l'assumono, relativamente alle variabili HCR-20, PCL-R, QdV ed età, ha prodotto i seguenti risultati. L'età media nei due gruppi differisce significativamente: i pazienti che assumono clozapina hanno in media un'età più bassa di 9.8 anni rispetto a quelli che non l'assumono ($t = 2.34$; $df = 20$; $p = .03$), i quali però presentano valori di QdV-dominio psicologico mediamente superiori di 18.6 punti rispetto a coloro che assumono questo farmaco ($t = 3.34$; $df = 18$; $p < .01$). Inoltre, da un punto di vista descrittivo, sia la QdV media totale che la QdV media dei domini fisico e sociale risultano più elevate nel gruppo di soggetti che non assume clozapina, pur non emergendo differenze significative rispetto a quelli che assumono questo farmaco.

4. Discussione

Scopo del presente lavoro era effettuare un follow-up, a 24 mesi di distanza dalla valutazione indice, riguardante i percorsi di dimissione dei pazienti arruolati, il loro livello di qualità della vita, nonché la valutazione di alcune variabili di interesse forense. Ciò in linea con la letteratura più recente sul tema della chiusura degli OPG italiani (Barbui & Saraceno, 2015; Casacchia et al., 2015), la quale pone l'accento su alcune considerazioni critiche, sottolineando la necessità e l'interesse nell'avviare studi di *follow-up* nell'ottica di una maggiore definizione delle specifiche necessità cliniche e assistenziali di questi pazienti (Anastasia et al., 2014).

Nonostante il numero di pazienti arruolati nel presente studio (23) sia inferiore rispetto a quello dei pazienti arruolati nello studio pilota del 2014 (63), rappresentando così il 37% del campione originario, tenendo conto dei soggetti che si sono effettivamente potuti contattare, il *response rate* del presente studio è risultato del 54.5%, di poco inferiore alla percentuale media di risposta del 60% per indagini tramite questionario pubblicate su riviste mediche (Asch, Jedziewski, & Christakis, 1997).

Per quanto riguarda la rappresentazione dei gruppi diagnostici dei rispondenti a questa indagine, essa rispecchia quanto riportato dagli studi di letteratura, comunque esigui. Tra questi, si ricorda in particolare il Progetto OPG-ISS, condotto dal 2013 al 2015 dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), in una collaborazione con i 5 OPG nazionali e il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Messina; questo studio rappresenta la più ampia indagine disponibile negli ultimi dieci anni nel panorama nazionale in merito alle caratteristiche dei pazienti ricoverati negli OPG italiani. Alla data di avvio delle valutazioni (1 giugno 2013) nei sei OPG italiani erano presenti 1015 pazienti, 835 dei quali ricoverati nei 5 OPG coinvolti nel progetto; per quanto riguarda le diagnosi dei 473 pazienti inclusi nel progetto si è riscontrato che oltre il 50% dei partecipanti aveva una diagnosi di schizofrenia o altro disturbo psicotico. La larga prevalenza dei disturbi dello spettro schizofrenico tra i soggetti dimessi dall'OPG è confermata anche dal recente lavoro di Anastasia et al. (2014), in linea con i pochi studi disponibili nella letteratura internazionale (Taylor et al., 1998) e italiana (Fioritti et al., 2001). Secondo i dati del Progetto OPG-ISS, i disturbi di personalità rappresentavano circa il 20% delle diagnosi, in aumento rispetto a quanto osservato in prece-

deni indagini. La popolazione del nostro studio, pertanto, sembrerebbe essere corrispondente, per quanto riguarda le diagnosi primarie, a quella presente negli OPG italiani nell'ultimo periodo di apertura (Lega, Del Re, Mirabella, Di Fiandra, & Gruppo OPG-ISS, 2014); aspetto questo, che consente di ipotizzare una almeno parziale generalizzabilità dei dati prodotti alla popolazione di pazienti italiani attualmente coinvolti in programmi riabilitativi volti al superamento dell'OPG.

I valori globali alla HCR-20 compilata nel 2014 dai pazienti partecipanti al presente studio si distribuiscono attorno ad una media di 20.6 ($DS = 5.3$), e consentono pertanto di collocare questo campione in un range di rischio di violenza di grado medio. Il riscontro sembrerebbe porsi in linea con il fatto che, per ben il 74% dei pazienti, è stato possibile un trasferimento in una struttura a più bassa intensità di cura e istituzionalizzazione rispetto all'OPG e alla REMS.

Il valore medio di PCL-R raccolta nel 2014 per i partecipanti al presente studio è di 11.6 ($DS = 5.4$): il campione si colloca cioè in un range di basso grado di psicopatia. Questo dato non sorprende, a fronte del fatto che la diagnosi più rappresentata nel campione è "schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, psicosi NAS", entità diagnostiche sicuramente più lontane al costrutto di psicopatia di quanto non siano i disturbi gravi di personalità (Pham & Saloppé, 2010), i quali rappresentano una percentuale del nostro campione inferiore rispetto ai pazienti affetti da psicosi. Peraltro, la stessa diagnosi di grave disturbo di personalità rappresenta un costrutto clinico non pienamente sovrapponibile a quello di psicopatia, la psicopatia rappresentando, almeno della descrizione e concezione degli autori di prevalente orientamento biologico, una configurazione altra, rispetto alla psicosi e ai disturbi di personalità correntemente intesi in clinica (Hare, 1999).

Per quanto riguarda i dati relativi ai ricoveri e alle recidive di violenza, la scarsa numerosità dei primi e la messa in atto di un comportamento violento da parte di un solo paziente si potrebbe considerare in linea con il livello di rischio di recidiva stimato alla valutazione con HCR-20 nel 2014 come "medio"; tuttavia l'esiguità numerica del campione e il possibile *recall bias* suggerisce di astenersi da affermazioni nette. Il reale potere predittivo degli strumenti di *violence risk assessment* è inoltre un argomento molto controverso in letteratura (Moretti & Galeazzi, 2015).

I dati sull'attuale collocazione dei pazienti mostrano che l'87% dei soggetti è stato dimesso dall'OPG e che, come già detto, la maggior parte di essi si trova in strutture che presumibilmente hanno un più basso livello di intensità di cure e istituzionalizzazione rispetto a quest'ultimo. Tale riscontro sembra deporre a favore dell'effettiva applicabilità della Legge 81 del 2014, almeno per quanto riguarda l'OPG di Reggio Emilia.

Il valore medio totale della QdV è risultato essere 60.8 ($DS = 10.5$). Uno studio del 2007, condotto su una popolazione di pazienti psichiatriche forensi dimessi da un *security hospital* in Belgio, aveva riscontrato un valore medio totale di QdV quasi sovrapponibile (59.76; $DS = 13.60$) (Saloppé & Pham, 2007). I valori medi di QdV del nostro campione nei 4 singoli domini non si discostano molto dal valore medio della QdV totale: il valore più alto si riscontra nel dominio sociale ($m = 65.4$; $DS = 17.3$), mentre quello mi-

nore caratterizza il dominio della sfera psicologica ($m = 58.7$; $DS = 14.6$). La QdV dei soggetti del nostro studio nel dominio della salute psicologica è risultata inferiore a quella di tutte e 3 le categorie di soggetti (pazienti sani, ospedalizzati e seguiti ambulatorialmente) rappresentate nello studio di validazione dello strumento (De Girolamo et al., 2000). La QdV nel dominio della salute fisica è risultata inferiore a quella dei soggetti sani ed assistiti ambulatorialmente. Nei domini dei rapporti sociali e dell'ambiente la QdV è superiore solo a quella calcolata per i pazienti ambulatoriali. Inoltre, confrontando la QdV dei soggetti della nostra ricerca con quella dei soggetti di età inferiore ai 45 anni dello studio di validazione italiano, si osserva che quella dei nostri pazienti è inferiore in tutti i domini, tranne che in quello ambientale.

Il fatto che l'ambiente svolga un importante ruolo nella vita dei soggetti del nostro studio è confermato dai dati seguenti.

La QdV totale e, in particolar modo, quella del dominio riguardante le relazioni sociali, sono risultate significativamente superiori nei soggetti che si trovano in strutture a più bassa istituzionalizzazione. Inoltre, anche per altri domini è risultato che i soggetti ospitati in questo tipo di istituzioni percepiscono una QdV maggiore. Questo dato sembra trovare conferma nel fatto che il 90.5% dei pazienti si dichiara soddisfatto dell'attuale collocazione e che, di questi, il 57.9% si trova presso una comunità terapeutica e il 10.5% presso una RSA. A sostegno dell'ipotesi che ad una riduzione del livello di istituzionalizzazione corrisponda un miglioramento della QdV, depone anche il dato che l'85.7% dei pazienti ha affermato di aver avvertito, dopo la dimissione dall'OPG, un cambiamento in positivo della propria QdV. Appare degno di nota il fatto che l'elemento più frequentemente dichiarato determinante (47.6% dei soggetti) nella definizione di questo miglioramento, riguarda la sfera della libertà e dell'autonomia percepita come aumentata nella nuova collocazione.

Si potrebbe supporre, osservando alcuni dati, che il percorso di dimissione migliori anche il rapporto tra il paziente e le figure professionali con cui è in contatto. La "maggiore disponibilità degli operatori e adeguatezza delle cure" è citata nel 28.6% dei casi come fattore determinante nel miglioramento della QdV dopo la dimissione dall'OPG. Un solo soggetto afferma di avere un rapporto problematico o altalenante con i propri attuali curanti, contro i 4 soggetti che dichiarano di aver avuto un rapporto pessimo, problematico o altalenante con gli ex-curanti dell'OPG.

Purtroppo, non è possibile limitarsi alle sole considerazioni ottimistiche. Prendendo in considerazione, del campione di partenza, i soli soggetti dei quali abbiamo notizia, possiamo registrare, in 24 mesi, un tasso di mortalità grezzo del 6.4%. A causa del numero esiguo di dati a nostra disposizione, il confronto con i tassi di mortalità riportati in letteratura è improprio. In linea generale, tuttavia, nella popolazione psichiatrica non forense sia nazionale che internazionale si osserva una mortalità inferiore (Grigoletti et al., 2009; Walker, McGee, & Druss, 2015). Anche la letteratura dedicata specificatamente alla popolazione psichiatrica forense, riporta dei tassi di mortalità inferiori rispetto a quelli del nostro campione (Fazel, Fimi ska, & Cocks, 2016).

Inoltre, seppur il dato sia solo aneddotico, 2 dei 3 soggetti deceduti si sono suicidati poco dopo il trasferimento

in una comunità terapeutica. Seppur relativo ad un campione esiguo, questo tragico esito conferma le raccomandazioni della letteratura più recente che suggerisce la necessità, per i servizi, di "prendere in considerazione il miglioramento di interventi volti a ridurre la mortalità prematura, in particolare il suicidio, in pazienti dimessi" (Fazel, Fimi ska, & Cocks, 2016, p. 17, trad. in italiano degli Autori).

Riflessioni di un certo interesse vengono suggerite dall'osservazione dei dati inerenti la terapia assunta dai soggetti del campione. Il 39.1% assume una terapia con farmaci neurolettici long-acting. È una percentuale non trascurabile soprattutto se confrontata con i dati della letteratura internazionale che riportano al 20% la percentuale di pazienti con schizofrenia che, in molti Paesi, ricevono terapia depot (Kane et al., 1998). Questo dato potrebbe essere influenzato dalla scarsa consapevolezza di malattia dei pazienti: infatti il 50% di coloro che ricevono terapia depot hanno dichiarato di non soffrire di un disturbo psichiatrico. Vale la pena di notare che l'88.9% dei pazienti del nostro studio che assumono terapia depot, si trova presso una struttura a più bassa intensità di cura e grado di istituzionalizzazione; potrebbe quindi concorrere, nel condizionare la scelta terapeutica, la volontà di limitare le ricadute e gli scompensi psicopatologici legati alla non aderenza alla terapia orale, all'interno di strutture meno pronte a far fronte a questi eventi.

Un dato rilevante riguarda l'assunzione di clozapina: il 65.2% dei soggetti del nostro studio è in terapia con tale farmaco. Come è noto, l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) prevede, come indicazione prescrittiva *in label* di clozapina, la schizofrenia resistente al trattamento (effettuato con dosi appropriate di almeno due differenti farmaci antipsicotici) e le psicosi in corso di malattia di Parkinson (Taylor, Paton, & Kapur, 2015). Supponendo che la totalità dei soggetti dello studio con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizoaffettivo o psicosi NAS rientri nella prima categoria, osserviamo che il 100% di essi - per i quali l'utilizzo di clozapina rispetta quindi la prescrizione *in label* - assume tale farmaco. È una percentuale molto elevata se confrontata con i dati della letteratura che riportano, invece, un sottoutilizzo di clozapina nei casi in cui teoricamente sarebbe indicata: le percentuali vanno dal 25% degli USA al 51% dell'Australia (Warnez & Alessi-Severini, 2014).

Il 40% dei soggetti che assume clozapina ha ricevuto una diagnosi che esula dalle indicazioni prescrittive ufficiali dell'AIFA, come, per esempio, i disturbi di personalità. In questo gruppo di pazienti l'utilizzo *off label* del farmaco è elevato. Il fenomeno potrebbe essere legato al desiderio di contenere il più possibile il rischio di violenza dei pazienti anche dal punto di vista farmacologico, rappresentando così un indice di elevata *risk aversion* dei prescrittori - ipotesi a cui abbiamo accennato, in altri termini, anche in merito alla terapia depot. Ci si avvarrebbe quindi di un farmaco per cui sia stata dimostrata l'efficacia "nel diminuire sensibilmente il numero di episodi violenti in pazienti persistentemente violenti, indipendentemente dalla diagnosi psichiatrica sottostante ed anche in assenza di sintomi psicotici" (Kraus & Sheitman, 2005, p. 41, trad. in italiano degli Autori) nonostante i suoi importanti effetti collaterali (Bleakley & Taylor, 2013; Taylor, Paton, & Kapur, 2015).

Si presta invece ad una considerazione positiva il dato riguardante l'età dei pazienti che assumono clozapina: l'utilizzo del farmaco è risultato significativamente inferiore nel gruppo di pazienti con età più elevata. Tale constatazione è

in accordo con le linee guida che suggeriscono cautela nella prescrizione per i pazienti in età più avanzata (Taylor, Paton, & Kapur, 2015). La raccomandazione è volta soprattutto a ridurre il rischio di effetti collaterali maggiori (quali agranulocitosi, miocardite e cardiomiopatia, ostruzione intestinale e tromboembolia polmonare), in pazienti in cui l'età costituisce già di per sé un fattore di rischio per il verificarsi di questi eventi.

Dalla correlazione tra l'assunzione di clozapina e QdV è emerso un dato che non trova riscontro unanime in letteratura. Dalla nostra analisi è emerso che i pazienti che assumono clozapina presenterebbero una QdV inferiore rispetto a quelli che non l'assumono. In particolar modo, il dominio della salute psicologica è risultato significativamente inferiore. Ciò in contrasto con quanto affermato da una parte della letteratura sul tema, che documenta un miglioramento della QdV nei pazienti in terapia con clozapina (Galletly, Clark, McFarlane, & Weber, 1997; Meltzer, 2012). Altri studi, mirati ad approfondire aspetti più specifici legati all'assunzione di clozapina, hanno riscontrato una riduzione della QdV legata ad alcuni effetti collaterali particolarmente fastidiosi, come l'ipersalivazione (Maher et al., 2016). Uno dei nostri soggetti testimonia in maniera particolarmente icastica questo effetto del trattamento, affermando: "so che [il farmaco] mi fa stare bene, anche se quando dormo sbavo".

Non si può fare a meno di osservare che per i soggetti collocati in OPG, REMS o RTI non sono stati riscontrati valori significativamente più elevati di HCR-20, PCL-R o tassi percentuali più consistenti di assunzione di clozapina, rispetto a chi è stato trasferito in strutture a più bassa intensità di cure e istituzionalizzazione come comunità terapeutiche e appartamenti protetti; si potrebbe considerare che, nel nostro campione, la localizzazione dei soggetti non rispecchi la stima di rischio ottenuta con questi strumenti o la gravità psicopatologica espressa, come *proxi*, dall'impiego di clozapina. È da tenere in considerazione come questo risultato sia soggetto a un'alta probabilità di errore statistico di secondo tipo, data la scarsa numerosità del nostro campione, così come che la collocazione dei pazienti dopo la dimissione è influenzata da fattori di natura giuridica ed extraclinica.

In sintesi, questi riscontri ci sembrano essere il riflesso di quella commistione di aspetti clinici, giuridici, ambientali e logistici (nel senso delle possibilità fattive dei territori di appartenenza dei pazienti) che ha costituito il determinarsi dei primi scenari alla dimissione.

5. Limiti dello studio

Questo studio ha diversi limiti. Il primo limite è rappresentato dalla numerosità campionaria, significativamente inferiore rispetto alla coorte iniziale (di cui rappresenta il 37%), nonostante gli sforzi fatti dagli autori per contattare tutti i pazienti originariamente arruolati. Tuttavia, il confronto di alcune variabili caratterizzanti, come i punteggi medi (e le relative dispersioni) di HCR-20 e PCL-R, risulta sostanzialmente sovrapponibile: si può ipotizzare che il campione arruolato nel presente studio mantenga un buon livello di rappresentatività della coorte iniziale, sebbene

la scarsa numerosità del campione ne limiti il potere statistico.

Un secondo limite è rappresentato dalla modalità di raccolta dati adottata in questo studio. Nello specifico, il passaggio tra i vari istituti in seguito alla dimissione dei pazienti potrebbe aver favorito la perdita di alcune informazioni, ad esempio quelle riguardanti le recidive di atti di violenza di bassa o media intensità. Questo fenomeno potrebbe essere stato accentuato dal fatto che gli operatori contattati si sono trovati in molti casi a riferire "dati indiretti", di cui erano stati informati dalle strutture in cui il paziente si trovava precedentemente all'ultima collocazione. Tuttavia, i metodi di indagine impiegati hanno consentito la fattibilità dello studio, consentendo una descrizione sufficientemente accurata del nostro campione, e fornendo dati per molti aspetti in linea con i pochi studi analoghi presenti in letteratura.

Un ultimo importante limite riguarda ancora una volta i metodi di indagine impiegati, che non consentono di escludere la possibilità che i pazienti, nel rispondere alle domande inerenti il rapporto con i curanti, l'assunzione di alcool, la soddisfazione circa la collocazione e il rapporto con gli operatori, abbiano dato delle risposte compiacenti. Come già detto, tali metodi hanno consentito la realizzazione di questo studio, che afferisce ad un settore della ricerca in campo psichiatrico che necessita di ulteriori indagini e auspicabili approfondimenti futuri, anche mediante strumenti di ricerca differenti. Riteniamo tuttavia che, pur presentando i limiti qui riportati, il presente studio possa fornire un contributo all'analisi del processo di de-istituzionalizzazione in atto riguardante persone che fino a pochi anni fa non potevano beneficiare dei radicali mutamenti che la legge di riforma del 1978 e le sue applicazioni pratiche successive (in particolare, mediante i Progetti Obiettivi) hanno portato nella psichiatria italiana.

Conclusioni

Dal presente studio emerge che per la maggior parte dei pazienti coinvolti è stata possibile una dimissione dall'OPG verso situazioni a minore intensità assistenziale e gradi di istituzionalizzazione. Ciò sembra aver determinato un miglioramento della QdV percepita, in particolare a fronte di un'aumentata soddisfazione soggettiva attribuita alla possibilità di essere più liberi e autonomi. Questi aspetti, uniti alla scarsità degli agiti eteroaggressivi segnalati, depongono a favore di un processo di "de-istituzionalizzazione possibile", in linea con le recenti leggi vigenti in materia. I dati empirici raccolti, accompagnati dal riscontro nel nostro campione di bassi livelli di psicopatologia ed elevate frequenze di gravi disturbi psichiatrici (per lo più afferenti allo spettro schizofrenico e ai gravi disturbi di personalità) rinforzano l'idea che i pazienti provenienti dagli OPG possano beneficiare di percorsi di *recovery* alla stregua di tutti gli altri pazienti in carico ai servizi psichiatrici. Sembrano emergere tuttavia criticità, testimoniate per esempio, dal riscontro di due morti per suicidio su soli 47 pazienti rintracciati e dalla prescrizione di terapie specialistiche molto complesse (ad esempio, clozapina e concomitante depot) oppure *off label*. Ciò impone una riflessione sulla necessità di programmare dei percorsi di dimissione e riabilitazione capaci di gestire e limitare il rischio suicidario di una popolazione dalla nota,

e in questo studio confermata, gravità psicopatologica. Emerge inoltre l'indicazione a monitorare regolarmente l'appropriatezza del tipo di farmaci utilizzati, la qualità della vita, la soddisfazione degli utenti, oltre a coinvolgerli in progetti di *recovery*, eventualmente adottando strumenti specifici (Brunod, 2017) e un atteggiamento di responsabile *therapeutic risk taking* (Felton, 2015).

Ringraziamenti

Gli autori desiderano ringraziare tutti i pazienti coinvolti che hanno reso possibile questa ricerca e tutti gli operatori della salute mentale che hanno fatto da tramite per la raccolta dei dati; ringraziano inoltre la Dr.ssa Francesca Villanti per l'indispensabile contributo, l'Azienda USL di Reggio Emilia e, in particolar modo, il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Dr Gaddomaria Grassi.

Riferimenti bibliografici

Anastasia, A., Cataldo, D., Colletti, C., Di Falco, R., Centracchio, I., Del Nero, P., et al. (2013). Socio-demographic, clinical and criminological features of a population discharged from forensic hospital and admitted to neuropsychiatric clinic, in scheme of restriction of freedom. *Rivista di Psichiatria*, 49, 235-242.

Asch, D. A., Jedrzejewski, M. K., & Christakis, N. A. (1997). Response rates to mail surveys published in medical journals. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50 (10), 1129-1136.

Barbui, C., & Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins?. *British Journal of Psychiatry*, 206, 445-446.

Brunod, M., Castelletti, L., Franconi, F., & Gandellini, M. G. (2017). L'integrazione come archetipo della trasformazione dell'OPG di Castiglione delle Stiviere in Sistema Polimodulare di REMS. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXLI (1), in corso di stampa.

Bleakley, S., & Taylor, D. (2013). *Clozapine Handbook*. London: Lloyd-Reinhold Communications LLP.

Carabellese, F., & Felthous, A. R. (2016). Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in favor of treating insanity acquittees in the community. *Behavioral Sciences and the Law*, 34, 444-459.

Caretti, V., Manzi, G. S., Schimmenti, A., & Seragusa, L. (2012). *PCL-R. Psychopathy Checklist-Revised 2nd Edition*. Firenze: Giunti O.S.

Casacchia, M., Malavolta, M., Bianchini, V., Giusti, L., Di Michele, V., Giosue, P., et al. (2014). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care?. *Rivista di Psichiatria*, 50, 199-209.

Cawood, J.S., & Corcoran, M. H. (2009). *Violence assessment and intervention: the practitioner's handbook-2nd edition*. Boca Raton: CRC Press.

Daga, L. (1985). Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario. *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, 1 (3), 1-58.

De Girolamo, G., Rucci, P., Scocco, P., Becchi, A., Coppa, F., D'Adario, A., et al. (2000). Quality of life assessment: validation of the Italian version of the WHOQOL-Brief. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9, 45-55.

Douglas, K. S., Yeomans, M., & Boer, D. P. (2005). Comparative validity analysis of multiple measures of violence risk in a sample of criminal offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 479-510.

Eronen, M., Angermeyer, M. C., & Schulze, B. (1998). The psy-

chiatric epidemiology of violent behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, S13-S23.

Fazel, S., Fimi ska, Z., Cocks, C., & Coid, J. (2016). Patient outcomes following discharge from secure psychiatric hospitals: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 17-25.

Felton, A. (2015). Therapeutic risk taking: what is it? *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXXXIX (3), 89-104.

Fioritti, A., Melega, V., Ferriani, E., Rucci, P., Scaramelli, A. R., Venco, C., et al. (2001). Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals. *Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 36-51.

Fioritti, A., Melega, V., Ferriani, E., Rucci, P., Venco, C., Scaramelli A. R., et al. (2006). I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario. *Noos*, 12, 91-95.

Fujii, D.E.M., Tokioka, A. B., Lichton, A. I., & Hishinuma, E. (2005). Ethnic differences in prediction of violence risk with the HRC-20 among psychiatric inpatients. *Psychiatric Services*, 56, 6.

Galletly, C. A., Clark, C. R., McFarlane, A. C., & Weber, D. L. (1997). Relationships between changes in symptom ratings, neuropsychological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. *Psychiatry Research*, 72, 161-166.

Grassi, G. (2016). Un manicomio speciale. Gli OPG dalla Legge Giolitti al 2015. In G. Grassi & C. Bombardieri (Eds.), *Il polinamico della delinquenza: Storia degli ospedali psichiatrici italiani* (pp.71-122). Milano: Franco Angeli.

Grigoletti, L., Perini, G., Rossi, A., Biggeri, A., Barbui, C., Tansella, M., et al. (2009). Mortality and cause of death among psychiatric patients: a 20-year case-register study in an area with a community-based system of care. *Psychological Medicine*, 39, 1875-1884.

Hare, R. D. (1991). *The Hare psychopathy checklist-revised 2nd edition*. Toronto: Multi-Health Systems.

Hare, R.D. (1999). *Without conscience. The disturbing world of the psychopaths among us*. New York: The Guilford Press.

Kane, J. M., Aguglia, E., Altamura, A. C., Gutierrez, J. L. A., Brunello, N., Fleischhacker, W.W., et al. (1998). Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 8, 55-66.

Kraus, J. E., & Sheitman, B. B. (2005). Clozapine reduces violent behavior in heterogeneous diagnostic groups. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 17, 36-44.

Lega, I., Del Re, D., Mirabella, F., Di Fiandra, T., & il gruppo OPG-ISS (2014). Verso il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità (Inserito BEN)*, 27 (7,8), i-iii.

Lombroso, C. (1872). Sull'istituzione dei manicomi criminali in Italia. *Rendiconti del Regio Istituto Lombardo di Scienze, Lettere ed Arti*, 5 (1, 2), 72-74.

Maher, S., Cunningham, A., O'Callaghan, N., Byrne, F., Mc Donald, C., McInerney, S., et al. (2016). Clozapine-induced hypersalivation: an estimate of prevalence, severity and impact on quality of life. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 6, 178-184.

Meltzer, H. Y. (2012). Clozapine: balancing safety with superior antipsychotic efficacy. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 6, 134-144.

Moretti, V. (2014). *HCR-20: introduzione di uno strumento per il Violence Risk Assessment nella pratica clinica dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia*. Unpublished master's thesis, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia.

Moretti, V., & Galeazzi, G. M. (2015). La colonizzazione del rischio. Note sulla pratica della valutazione e gestione del rischio di violenza in psichiatria. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 139, 71-88.

- Pham, T. H., & Saloppé, X. (2010). PCL-R Psychopathy and its Relation to DSM Axis I and II Disorders in a Sample of Male Forensic Patients in a Belgian Security Hospital. *International Journal of Forensic Mental Health, 9*, 205-214.
- Rossi, S. (2015). Once upon a time: la parabola degli OPG fino al loro superamento. *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto, 4.2*, 193-216. Retrieved March 11, 2017 from <http://www.biodiritto.org/ojs/index.php?journal=biolaw>.
- Saloppé, X., & Pham, T. H. (2007). The impact of mental disorders on quality of life perceived by patients discharged from a security psychiatric hospital. *L'Encephale, 33*, 892-901.
- Taylor, D., Paton, C., & Kapur, S. (2015). *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Taylor, P. J., Leese, M., Williams, D., Butwell, M., Daly, R., & Larkin, E. (1998). Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *The British Journal of Psychiatry, 172*, 218-226.
- Thamakosit, W. (2007). Validity of the HCR-20: Violence Risk Assessment Scheme (Thai version). *Journal of Mental Health of Thailand, 15* (2). Retrieved March 11, 2017 from <http://thailand.digitaljournals.org/index.php/JMHT/article/view/8141>
- Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry, 72* (4), 334-341.
- Warnez, S., & Alessi-Severini, S. (2014). Clozapine: a review of clinical practice guidelines and prescribing trends. *BMC Psychiatry, 14* (1), 1.
- Webster, C. D., Eaves, D., & Hart, S. D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence, Version 2*. Burnaby: British Columbia.
- World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996*. Ginevra: Author.