

Formulare il caso in psichiatria forense con HCR-20^{v3}: assunti metodologici, opportunità operative, prospettive di utilizzo

Risk formulation with HCR-20^{v3}: methods, practice and clinical applications

Luca Castelletti | Franco Scarpa | Vincenzo Caretti

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Castelletti L., Scarpa F., Caretti V. (2021). Formulare il caso in psichiatria forense con HCR-20^{v3}: assunti metodologici, opportunità operative, prospettive di utilizzo. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XV, 1, 50-60.
<https://doi.org/10.7347/RIC-012021-p50>

Corresponding Author: Luca Castelletti
luca.castelletti@aulss9.veneto.it

Copyright: © 2021 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

Received: 06.03.2020
Accepted: 28.04.2020
Published: 31.03.2021

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-012021-p50](https://doi.org/10.7347/RIC-012021-p50)

Abstract

Italian forensic psychiatry has undergone to rapid changes in these last years. Old forensic hospitals has been closed down since 2015, replaced by small regional units included in the community psychiatric service network. This radical reform enhanced the need for staff to rapidly update their practices according to evidences. In this way, the Italian version of HCR-20^{v3} introduces a range of contributions that may positively impact on clinical practice. The introduction of case formulation as methodological and practical development of previous version, may have positive and effective consequences on this changing scenario. Two clinical cases developed according with the risk formulation operativity are discussed in this paper.

Keywords: psychiatry and security measures, Italian forensic reform, risk formulation, HCR-20^{v3}.

Riassunto

I veloci cambiamenti che hanno riguardato l'assetto organizzativo della psichiatria delle misure di sicurezza italiana impongono un aggiornamento delle valutazioni, osservazioni e delle pratiche. La recente pubblicazione della versione italiana di HCR-20^{v3} rappresenta una preziosa opportunità per fare il punto sulle conoscenze e le prassi relative alla prevenzione del rischio di comportamenti violenti per soggetti con disagio psichico in misura di sicurezza. In particolare, in quest'ultima versione viene enfatizzato il ruolo della formulazione del rischio come esercizio cruciale per l'approntamento di piani terapeutici sistematici nell'indagine delle variabili storiche, cliniche e di rischio futuro, mutabili con il cambiamento dei fattori temporali e di contesto. Nel lavoro verranno presentati due casi clinici a supporto del nuovo approccio metodologico.

Parole chiave: psichiatria e misure di sicurezza, superamento degli OPG, formulazione del caso con HCR-20^{v3}.

Luca Castelletti, REMS del Veneto, Nogara (VR), Aulss 9 "Scaligera", Verona | Franco Scarpa, Usl Toscana Centro, Empoli (FI) | Vincenzo Caretti, Lumsa University, Roma

Formulare il caso in psichiatria forense con HCR-20^{V3}: assunti metodologici, opportunità operative, prospettive di utilizzo

Le recenti novità legislative in materia di soggetti con infermità psichica autori di reato hanno tracciato un radicale cambiamento nella gestione e nel trattamento di questi pazienti in Italia (Carabellese & Felthus, 2016; De Fazio & Sgarbi, 2017). Confinati precedentemente in strutture-contenitori quali gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), i soggetti in Misura di Sicurezza (Mds) sperimentano oggi per la prima volta nel nostro contesto nazionale percorsi di cura e trattamento più vicini agli standard della psichiatria generale (Scarpa et al., 2017; Di Lorito et al., 2017). I luoghi dei suddetti percorsi di cura costituiscono una nascente rete di spazi e funzioni e comprendono come sede d'elezione la salute mentale di comunità, attraverso il riconoscimento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) come centrali nello sviluppo e monitoraggio dei percorsi di cura. Per come definite dalla Legge 81/2014, le nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, le REMS, fungono da servizio residenziale regionale ausiliario all'approntamento di percorsi di cura non altrimenti realizzabili nei contesti di comunità (Catanesi et al., 2019). Il trattamento nelle Mds dipende dal riconoscimento e gestione di una gamma complessa di variabili ed interventi sul campo (Kennedy et al., 2018). L'“outcome” primario, il giudizio sulla pericolosità sociale e la sua eventuale riduzione o scomparsa per il “folle reo”, è rimasto immutato all'interno del codice penale e presenta numerose insidie (Mandarelli et al., 2019). Per molti addetti ai lavori del settore sanitario la natura non clinicamente declinabile e sfuggente della pericolosità sociale rappresenta controindicazione tale da esitare in atteggiamenti di passività e delega da parte di settori della salute mentale pubblica rispetto alle problematiche rappresentate dalla presa in carico territoriale del paziente in Mds, sempre più frequentemente non detentiva (Casacchia et al., 2015). Se da un lato il sistema giudiziario e penale, con i suoi codici strutturati, Penale e di Procedura Penale, declina i criteri della pericolosità sociale nell'art. 203 c.p. e provvede con due misure, quella detentiva e quella non detentiva della libertà vigilata, il sistema di assistenza per la salute mentale interviene con una progressione graduale di interventi basati sui livelli di intensità di cura e di riabilitazione diversificati all'interno del percorso terapeutico riabilitativo individualizzato (Carabellese, 2017; Castelletti et al., 2018). I limitati riferimenti scientifici basati sulle evidenze contribuiscono a generare reazioni di tipo difensivo tra gli operatori della salute mentale (Catanesi, 2017; Coluccia et al., 2017). Inoltre la natura specifica del contesto italiano della riforma rende di fatto solo parzialmente applicabili i contributi teorico-tecnici sviluppati in altre aree nazionali, relativamente alla valutazione e cura di questi pazienti

(Salize et al., 2005, Ferracuti et al., 2019). In letteratura internazionale si è data enfasi come *outcome* prioritario per i servizi psichiatrico forensi all'analisi e contestuale riduzione del rischio di comportamenti etero-aggressivi recidivanti (Otto, 2000; Heilburn et al., 2010). Da questo, sono stati sviluppati strumenti che possono incrementare la capacità predittiva di comportamenti violenti, poiché le valutazioni non strutturate si rivelano poco affidabili (Philipse et al., 2005). Per quanto riguarda l'uso di strumenti di prevenzione del rischio di recidiva, esistono più di 400 *tools* per il *violence risk assessment* di cui HCR-20 V2 e poi V3 sono stati dimostrati come i più usati a livello internazionale (Vollm et al., 2018).

1. Sviluppo della versione italiana di HCR-20^{V3}

La versione 3 di HCR-20 arriva a distanza di 16 anni dalla precedente checklist (Douglas et al., 2013, 2014). Per il pubblico italiano è la prima occasione di conoscere lo strumento che più di altri ha saputo affermarsi nell'abbondante schiera di proposte emerse dalla letteratura sul tema negli ultimi trent'anni. Esso appartiene agli strumenti di giudizio clinico strutturato, *structured clinical judgement, SCJ*, che includono valutazioni di variabili statiche, quindi non modificabili, e di fattori clinici dinamici e di gestione del caso, sensibili a variazioni con l'approntamento di interventi sul caso. Sono l'esito di una ricerca psicometrica avviata negli anni '80 basata sull'evidenza che il giudizio clinico semplice non strutturato sul rischio di recidiva violenta di soggetti portatori di disagio psichico appare poco affidabile e riproducibile (Monahan, 1984). Dalla probabilità non dissimile “al lancio di moneta” che denunciava Steadman (1983) relativamente al giudizio predittivo, si sono sviluppati nell'ultimo trentennio strumenti di prevenzione della recidiva violenta con robuste evidenze di efficacia (Singh et al., 2011), seppure condizionate dall'elevata quota di casi falsi positivi. HCR-20 si è rivelato lo strumento più usato a livello internazionale per affidabilità, praticità, versatilità d'uso.

L'occasione è propizia per il pubblico italiano, perché la versione italiana curata da Caretti et al. (2019) propone le novità relative ad un ampliamento nell'uso dello strumento rispetto alla precedente versione. Qui infatti si elimina qualsiasi riferimento alfanumerico ad eventuali *cut-off scores* che implicino un giudizio di pericolosità sociale basato su indici numerici. Il giudizio finale, di natura deduttiva, si compone attraverso una serie di sette step, legati in progressione operativa e inferenziale: raccolta delle informazioni, valutazione dei fattori di rischio, quantificazione della loro rilevanza, formulazione del caso, descri-

zione di possibili scenari futuri, sviluppo di strategie gestionali, valutazione del rischio complessivo. Questi accompagnano in modo sistematico il valutatore o il gruppo di valutazione all'ipotesi formulativa e operativa. Per gli scopi di questo studio, ci occuperemo della descrizione dei primi quattro step. I venti *items* di HCR-20^{V3} sono suddivisi in 10 storici (H), 5 clinici (C) e 5 di gestione del rischio futuro (R) e vengono arricchiti rispetto alla versione precedente, edita nel 1997, dalla possibilità di individuare con maggiori dettagli le singole aree di indagine. Un'ulteriore sostanziale novità è rappresentata dall'introduzione dei criteri di rilevanza per ciascun fattore di rischio. Questi vengono definiti, da manuale, come "l'estensione per cui il fattore viene considerato critico per il valutatore cui viene chiesto di sviluppare una formulazione del caso rispetto a ciò che ha contribuito lo scatenamento del comportamento violento e come meglio prevenire il piano di gestione del rischio futuro" (Caretti et al., 2019). Si tratta quindi di effettuare un'operazione di "secondo filtro" rispetto alla semplice individuazione dei fattori di rischio. Essa consiste nel focalizzare di quali fattori presentano maggiore incidenza per lo sviluppo di un piano terapeutico capace di intercettare le problematiche ancora attive relativamente al rischio di recidiva comportamentale.

2. Formulazione del caso in psichiatria forense

Le informazioni raccolte dall'individuazione dei fattori di rischio e dalla loro attuale rilevanza nello sviluppo del piano terapeutico rappresentano la base informativa su cui far poggiare la formulazione del rischio. Questa è per sua natura narrativa, dal momento che raccoglie in una dimensione raccontata del caso i contributi sistematici; è inferenziale, rispetto a quanto dedotto, e perciò applicabile nell'intervento clinico; è diacronica relativamente alla sua capacità di tenere in considerazione aspetti relativi al passato del soggetto, alla sua attualità e a quello che potrebbe accadere in un futuro a medio termine. Si mostra per sua natura aperta, rimodulabile (Sturmey, 2010). La formulazione vale se poggia su una sistematicità di informazioni, sull'operatività dell'équipe che lavora al caso, se include il paziente nella narrazione criminologica e se è funzionale all'operatività che vuole sostenere (Francia & Verde, 2015; Ray & Simpson, 2019). È pertanto esercizio clinico soggetto a verifica e a cambiamenti rispetto all'andamento interno del punto di osservazione ed esterno delle reti coinvolte nella gestione del caso. Mantiene le caratteristiche dell'elaborazione tecnico-trattamentale delle équipe multidisciplinari, indirizzando il ragionamento sulla specificità del lavoro con il paziente autore di reato in modo sistematico e orientato alla creazione di piani operativi.

Recenti progressi in ambito di applicazioni di analisi del rischio di recidiva di comportamenti etero-aggressivi in pazienti psichiatrici hanno trovato un interessante approdo nell'uso clinico della formulazione del caso (Hart et al., 2003; Kropp et al., 2008; Eels & Lombart, 2011).

Si riconosce all'esercizio della formulazione con HCR

20^{V3} per i pazienti forensi una serie di funzioni (Hart & Logan, 2011; Logan, 2014). Essa riguarda in primo luogo le ipotesi esplicative di funzionamento individuale, pregresso e attuale. Trae ispirazione dai contributi della psicologia clinica nelle inferenze causali sul funzionamento psichico del paziente in relazione allo stile comportamentale. Apre conseguentemente scenari applicativi di tipo terapeutico integrato che, nel caso del contesto italiano, si interfacciano con le novità organizzative e pratiche connesse con il sistema riformato delle Mds. Le informazioni relative alla formulazione possono essere condivise con il paziente destinatario delle cure che può così acquisire un ruolo più attivo nella programmazione integrata degli interventi. La disponibilità a condividere e a co-partecipare al piano terapeutico da parte dei pazienti inseriti in Mds assume importanza conoscitiva e operativa, in riferimento a competenza della terapia in corso e all'avvio di una valida alleanza terapeutica (Shaw et al., 2017). Si tratta di una proposta rivolta alle équipe curanti impegnate a sviluppare piani di cura individuali per i soggetti giudicati infermi/seminfermi e pericolosi socialmente in Mds, deventiva e non.

Aiuta nella comprensione dell'organizzazione procedurale del processo di formulazione far riferimento al modello cosiddetto delle 5 P (Weerasekera, 1996). Esso si compone dell'identificazione del Problema, relativamente all'analisi delle caratteristiche dei sintomi e dei comportamenti del soggetto autore di reato. Questo include anche la perimetrazione delle competenze di un servizio di trattamento per le misure di sicurezza, non raramente coinvolto in mandati di controllo e supervisione lontani dalla sua *mission* di cura. Segue l'analisi dei fattori Predisponenti comprendenti le caratteristiche del soggetto, ad esempio una sottostante patologia del carattere ad una diagnosi principale di psicosi, quelle del contesto di vita, abitativo residenziale ed umano, la rete delle risorse sociali e sanitarie. In sequenza dinamica, vanno indagati i fattori Precipitanti la crisi del soggetto, in riferimento agli eventi-reato e al conseguente ingresso all'interno del circuito delle misure di sicurezza. Tra questi, si possono rintracciare gli eventi acuti legati a brusche modificazioni della rete sociale ed affettiva, come un lutto o una separazione, gli stili di vita legati all'abuso di sostanze, a stressor riguardanti i beni materiali. I processi di cura possono avvalersi dell'analisi dei fattori Perpetuanti la situazione critica del soggetto, che si riflettono sulle caratteristiche cliniche del paziente, ed includono anche la condizione sociale, materiale, dei diritti individuali e delle risorse. A questo si associa l'analisi, ed eventualmente l'applicazione, dei fattori di Protezione, che assumono crescente interesse in psichiatria forense e fanno esplicito riferimento ai modelli del *risk-taking* sviluppati dai teorici della riabilitazione *recovery-oriented* (Slade, 2009). Si definiscono come la presenza di quei fattori che proteggono dall'esposizione di situazioni e contesti potenzialmente rischiosi per la condotta del soggetto con disagio psichico e si riferiscono in particolare alle dimensioni dell'abitare, della socialità, del lavoro.

3. Metodo

Per illustrare le potenzialità applicative della formulazione del caso con HCR-20^{V3} si illustreranno 2 casi clinici tratti dalla pratica di due Autori, L.C. e F.S. Sono stati scelti come paradigmatici dell'utenza che spesso affluisce all'interno del circuito delle MdS. Pazienti problematici, "difficili" (Biondi & Picardi, 2018), dal profilo di pericolosità sociale non facilmente quantificabile. La difficoltà di inquadramento dei due casi, si incrocia con le difficoltà con cui le équipes cliniche della REMS, o della comunità terapeutica, elaborano il grado di pericolosità sociale e quindi di appropriatezza residenziale (il cosiddetto *placement need*, (Shinkfield & Ogloff, 2014), per ciascun paziente. Nel primo caso, si intende evidenziare come l'analisi sistematica con HCR-20 e la sua successiva formulazione consentano nell'interlocuzione tra équipes curante e perito di applicare una MdS meno afflittiva e appropriata per i bisogni di cura del paziente. Nel secondo caso, l'analisi del *risk assessment* e conseguente formulazione, evidenziano come per soggetti con comorbidità, ad esempio con tratti di personalità antisociale e abuso di sostanze, le soluzioni per la dimissione da una REMS possono tenere in considerazione la storia criminologica del paziente, delle risorse proprie e ambientali, delle concrete possibilità di presa in carico di queste tipologie clinico-criminologiche da parte di un Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

In entrambi i casi, si intende seguire la modalità d'uso strutturata prevista da HCR-20^{V3}, che prevede due momenti applicativi distinti e apparentemente disgiunti. L'analisi della presenza dei fattori di rischio e della loro rilevanza, che formano il giudizio di *risk assessment*, appartengono ad un processo di tipo nomotetico, ossia strutturato e regolato da specifiche modalità di attribuzione. Dai risultati di questo esercizio sistematico ed *evidence-based* (tabelle 1 e 2), si sviluppano la/le ipotesi della formulazione del caso, appartenente alla categoria dell'idiografico, ovvero specifico di quel singolo caso clinico (Webster & Cox, 1997; Dematteo et al., 2010). Gli indici reato dei due casi, per certi versi omologhi, sottolineano inoltre l'alta incidenza di reati all'interno del contesto familiare da parte di questa categoria di pazienti (Catanesi et al., 2019; Lombardi et al., 2019).

4. Formulazione di casi forensi

4.1 Il paziente in Libertà Vigilata

Il superamento dell'OPG, inadeguato nelle sue opportunità terapeutiche poiché sopraffatto, in cinque delle sei strutture esistenti, dalla natura e regolamentazione prettamente carceraria, trattandosi in effetti di istituti penitenziari, ha reso necessario allestire non solo le strutture REMS testé citate ma anche individuare percorsi territoriali, come prevede la Legge 81-2014 "*in grado di far fronte alla pericolosità sociale con misure diverse da quelle di invio in REMS*". La necessità di misure territoriali non detentive

rispetto a quelle detentive da scontare nelle REMS ha spinto i DSM ad aprire le proprie strutture residenziali, comunità terapeutiche, alloggi supportati, case famiglia, ed altre soluzioni, per ospitare pazienti cui è applicata la MdS ma alle quali è riconosciuta una pericolosità sociale di grado inferiore. Questo può accadere attraverso la libertà vigilata (LV) sia in prima istanza, con MdS applicata già nella fase ancora processuale, e quindi di natura provvisoria, sia a valle di un periodo trascorso nella REMS dopo la misura di tipo detentivo.

Tale opportunità richiede peraltro un'accurata valutazione del grado di pericolosità sociale effettuata da parte dei periti, allo scopo di fornire al Giudice quegli elementi che gli consentano l'applicazione della misura di LV. In tal senso l'orientamento del Giudice, in linea con quanto prevede il Codice Penale, è quello di ritenere la misura della LV come uno strumento tecnico che prescrive alla persona limiti rispetto ad alcuni fattori connessi al controllo, quali le limitazioni negli orari di movimento, di frequenza di luoghi, di obbligo di firma settimanale ed altro, lasciando invece al progetto terapeutico ogni altra forma di adesione basata sul rapporto terapeutico e sulle norme contenute nella Legge 833/78. In alcune regioni come la Toscana sono state allestite specifiche Residenze Sanitarie Psichiatriche (RSP), "intermedie di II Livello" rispetto alla REMS (III Livello) ed alle ordinarie strutture del territorio (I livello), deputate ad ospitare pazienti in LV, dove si attuano percorsi terapeutico riabilitativi. Descriviamo il caso del percorso di un paziente verso una struttura intermedia inviato dopo valutazione del perito in accordo con il servizio territorialmente competente e l'équipe della struttura ospitante.

4.1.1 Caso clinico 1

Stefano è un uomo di 49 anni inviato nella RSP con ordinanza di applicazione di MdS provvisoria del Giudice delle Indagini Preliminari (GIP) del Tribunale *per il delitto previsto e punito dall'art. 572 c.p. perché con condotta abituale e sistematica di violenza fisica e psicologica, maltrattava la propria madre in particolare realizzando comportamenti gravemente lesivi della integrità fisica della madre, in particolare picchiandola ripetutamente con calci, schiaffi e pugni, scagliandole contro oggetti, costringendola in ripetute occasioni ad allontanarsi dalla comune abitazione per sottrarsi alle aggressioni fisiche a cui era sottoposta; offendendola quotidianamente ed esternando gravi minacce all'incolumità fisica della madre; sfogando la propria aggressività anche sui mobili e sulle suppellettili dell'abitazione che in più occasioni danneggiava, induceva in tal modo nella madre uno stato di prostrazione psicologica, di sofferenza morale e di terrore incompatibile con normali condizioni di vita.*

I comportamenti aggressivi di Stefano si distribuivano in un arco temporale non chiaramente determinato, ma presumibilmente iniziati in età adulta, interrompendosi solo quando nel gennaio 2018 egli veniva ricoverato in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Figlio unico di una coppia di genitori benestanti il cui legame

non è sempre stato stabile per problemi di coppia. Afferma di avere sempre percepito nell'ambito familiare "indifferenza" da parte dei suoi genitori nei suoi confronti e un clima non connotato da affetto. Il padre si suicida nel 1989, lui ne ha 18, tale circostanza non gli viene mai comunicata e la morte è attribuita ad un evento cardiaco. Riferisce di avere subito dall'età di 14-15 anni comportamenti "bullizzanti" e derisori da parte dei compagni di scuola per motivi che egli riconduce a supposte anomalie del volto. Viene bocciato ripetutamente alla scuola superiore e solo dopo molto tempo riesce a raggiungere il diploma, cambiando comunque indirizzo di studi. Successivamente si iscrive all'Università e consegue la laurea all'età di 37 anni. Riferisce di non avere mai avuto una relazione sentimentale, anzi esprime il suo scarso interesse. Attività sportiva e interessi sociali scarsi, non frequenta comitive di ragazzi o acquisisce amicizie approfondite. Nega uso di sostanze o di alcol, verso le quali non mostra alcuna appetizione. Non lavora mai, l'unico interesse e la dote di cui ritiene essere provvisto, è il canto per cui si sottopone a numerosi provini, anche in trasmissioni TV di carattere nazionale, senza alcun esito. Il quadro clinico sembra essere insorto nella prima adolescenza con pensieri di tipo paranoide psicotico, ideazione delirante persecutoria di riferimento, rituali ossessivi di ordine e simmetria, dispercezioni uditive dal contenuto denigratorio. Nel corso del tempo si sono presentati alterazioni del tono dell'umore, con episodi depressivi, sbalzi di umore e discontrollo degli impulsi con aggressività verbale e/o fisica. Esprime vissuti di inadeguatezza e di rabbia che manifesta con agiti aggressivi contro la madre, di solito in seguito a contrasti o per una sua scarsa tolleranza alle frustrazioni. Un grave disturbo dismorfofobico, focalizzato al livello del volto, lo spinge a sottoporsi a interventi di chirurgia estetica per correggere le anomalie del viso che gli vengono diagnosticate (prognatismo della mascella, ptosi palpebrale ed altro), con ingenti spese sostenute dalla madre. Dall'età di 16 anni comincia a essere inviato a psichiatri soprattutto del circuito privato. I ripetuti comportamenti aggressivi sfociano nella denuncia da parte della madre, l'intervento della polizia a casa ed il conseguente provvedimento di ricovero in SPDC dove è preso in cura dal servizio pubblico. In SPDC viene rilevata la presenza di un'ideazione delirante paranoide, assenza di consapevolezza di malattia e scarsa aderenza alla terapia farmacologica prescritta, che assume solo in maniera passiva perché costretto. Non presenta critica nei confronti dell'agito aggressivo compiuto. Viene posta diagnosi di schizofrenia paranoide cronica, disturbo ossessivo compulsivo e dismorfofobia.

L'esito dell'accertamento peritale è la valutazione della presenza di un disturbo schizoaffettivo con vizio di mente totale che rende il soggetto socialmente pericoloso per l'alta probabilità della reiterazione del reato sulla base delle caratteristiche di disturbo, della relazione con la madre. Il perito si pronuncia comunque per la "prosecuzione di un iter terapeutico con un programma di trattamento presso strutture terapeutiche residenziali a lungo tempo vincolato mediante i provvedimenti giudiziari".

4.1.2 Risk assessment e formulazione del caso

La valutazione del rischio secondo HCR20^{V3} ha evidenziato la presenza dei seguenti fattori storici: la pregressa violenza attuata (H1); una evidente difficoltà nelle relazioni sia familiari che amicali (H3); la difficoltà scolastica e l'assenza di capacità lavorative (H4); la presenza di disturbo psichiatrico maggiore (H6); pregresse esperienze traumatiche (H8); scarsa aderenza al trattamento psichiatrico (H10). Osservando gli aspetti più protettivi, si sottolinea la mancanza di uso di sostanze (H5), la assenza di ideazione violenta (H9), di altri comportamenti antisociali (H2), un assetto di personalità privo di tratti antisociali o psicopatici (H7), che indirizzano verso una prognosi criminologica potenzialmente favorevole. L'analisi dei fattori di rischio dell'attualità (C) consente di evidenziare: insufficiente *insight* relativo in particolare alla necessità di trattamento e alla possibilità di nuova espressione di gesti violenti se non sufficientemente supervisionato, sul piano farmacologico e nel supporto socio-familiare (C1); il disturbo psichico ancora in una fase di produttività, nonostante la terapia in atto (C3); persistenti aspetti di instabilità cognitiva, nello specifico nella scarsa capacità di comprendere le esperienze negative e frustranti cui va incontro e pertanto di apprendere dall'esperienza (C4). Inconsistente adesione al trattamento, garantita al momento solo dalla costante sollecitazione operata dagli operatori della struttura dov'è ospite (C5). Nell'analisi dei fattori di gestione del rischio (R), elemento da valutare sia alla condizione attuale che in proiezione futura, è utile evidenziare: necessità di individuare una soluzione abitativa diversa da quella familiare per l'elevata probabilità di riproposizione di comportamenti già evidenziati nella relazione con la madre, incapace di far fronte alle richieste (R2); mancanza di adeguata garanzia di continuità nell'adesione al trattamento terapeutico (R4); ipotesi di un aggravamento nel momento in cui resterebbe senza supporto familiare poiché la madre è anziana (R5). Positiva la collaborazione dei servizi psichiatrici territoriali (R1) (Tabella 1).

Fattori di rischio	Presenza	Rilevanza
Storici (H)		
H1 Violenza	S	P
H2 Altri comportamenti antisociali	N	N
H3 Relazioni	S	S
H4 Lavoro	S	S
H5 Uso di sostanze	N	N
H6 Disturbo mentale maggiore	S	S
H7 Disturbo di personalità	P	P
H8 Esperienze traumatiche	P	S
H9 Atteggiamenti violenti	N	N
H10 Risposta al trattamento/supervisione	S	S
Clinici (C)		
C1 Insight	S	S
C2 Ideazione o intenzioni violente	N	N
C3 Sintomi disturbi mentali maggiori	S	S
C4 Instabilità	P	S
C5 Risposta al trattamento/supervisione	P	S
Gestione del rischio (R)		
R1 Servizi e programmi terapeutici	N	N
R2 Condizione abitativa	S	S
R3 Supporto personale	P	S
R4 Risposta al trattamento/supervisione	S	S
R5 Stress o adattamento	P	S
Legenda: S=Si, N=No, P=Parziale		

Tabella 1

Formulazione. I reati si consumano all'interno del contesto domestico, riconoscono specificità di dinamica instauratesi all'interno di quell'ambiente e lì restano confinati. Non si rilevano nella storia del soggetto inclinazioni antisociali espresse durante l'infanzia e adolescenza, intese come fattori predisponenti a condotte potenzialmente etero-aggressive. Manca nella storia del soggetto un'anamnesi positiva per abuso o assunzione di sostanze e alcolici, sovente fattori predisponenti e precipitanti l'azione criminosa nelle storie dei soggetti in misura di sicurezza. I fattori di rilevanza, come illustrato in tabella 1, sono molteplici e diacronici, poichè interessano aspetti del passato, presente e futuro del soggetto. La mancanza tra questi di fattori di rischio relativi all'immaginario violento pregresso del soggetto, ad un'attuale disposizione a includere la violenza come possibile soluzione alla risoluzione dei conflitti, e di modalità relazionale contribuisce al giudizio complessivo di ridimensionamento della pericolosità sociale del paziente e alla valutazione di appropriatezza ambientale calibrata sulle sue caratteristiche forensi e criminologiche. L'ingresso in una struttura residenziale protetta come prima presa in carico all'interno

del circuito delle MdS appare appropriata, la valutazione strutturata dei fattori di rischio alla base degli scenari di gestione presente e futura del paziente evidenziano la netta prevalenza di variabili di tipo clinico e sociale, quindi dinamiche e modificabili.

4.2 La REMS

4.2.1 Caso clinico 2

Si tratta di un soggetto, Paolo, di 50 anni ammesso presso la REMS da circa un anno per applicazione di una misura di sicurezza provvisoria. Il reato per il quale è stato inviato in REMS consiste nell'aver maltrattato i genitori e la zia, con lui coabitanti, in un arco di tempo di circa un anno. Nei loro confronti ha tenuto "comportamenti violenti e vessatori in modo sistematico. In particolare offendendo e umiliando gli anziani genitori, danneggiando porte, mobili, suppellettili di casa, e l'auto del padre. Minacciando loro di morte e giungendo ad aggredire e percuotere ripetutamente e violentemente non solo i genitori ma anche l'anziana zia, sfer-

rando pugni e calci in varie parti del corpo, e colpendoli con oggetti contundenti” si legge nell’ordinanza del Giudice.

Storia anamnestic. Primogenito di 3 figli, sviluppo infantile regolare, durante gli studi della scuola dell’obbligo non sono segnalati problemi di adattamento alle regole scolastiche o difficoltà di apprendimento. Durante l’infanzia il padre è stato il suo punto di riferimento, la madre era la figura principale su cui contava quando stava male. Il paziente ricorda un episodio di quando aveva 6 anni, mandato in colonia perché gli dicevano che era troppo attaccato ai genitori. Racconta che gli operatori della colonia lo punivano sottoponendolo ad una specie di tortura fisica, obbligandolo a stare per lungo tempo in una posizione che gli procurava forti dolori. Nel percorso scolastico ha ottenuto discreti risultati, fino alle scuole superiori, abbandonate dopo il primo anno. A 15 anni inizia il consumo di sostanze stupefacenti, inizialmente cannabinoidi, in seguito, a 17, di eroina assunta per via endovenosa e di cocaina. Della adolescenza ricorda la difficoltà alla socializzazione con i coetanei che riconduce alla disparità nella disponibilità di denaro ed al bisogno di sentirsi alla pari con loro condividendo l’abuso di stupefacenti. Per tale problema viene preso in carico dal Servizio per le tossicodipendenze (SerD) della zona. Dai 20 ai 22 anni è in trattamento residenziale presso una comunità terapeutica (CT) per tossicodipendenti a Rimini. Dimesso dalla comunità, inizia a lavorare come operaio ma in breve riprende il consumo di eroina e cocaina. Negli anni successivi intraprenderà per 4-5 volte dei trattamenti comunitari senza risultati apprezzabili e verrà poi seguito in regime ambulatoriale. Vent’anni fa la sua prima denuncia per guida di autoveicolo in stato di ebbrezza alcolica e senza patente. Seguiranno negli anni altre denunce per minacce, lesioni personali, furto, rapina. In quegli anni viene formulata diagnosi di “disturbo bipolare” cui seguono più di 30 ricoveri presso i servizi psichiatrici di diagnosi e cura di cui numerosi in trattamento sanitario obbligatorio, con scompensi per lo più in fase maniacale accompagnati da abuso di alcool e da tossicodipendenza da cocaina ed eroina, saltuariamente cannabis. E’ stato in carico presso il SerD e il Centro di Salute Mentale (CSM). Dal novembre 2013 al settembre 2015 è ospite presso una CT per una MdS non detentiva della LV, dopo pochi mesi dalla dimissione ha una ripresa del potus e dell’uso occasionale di sostanze. L’adesione alle terapie e ai percorsi di cura residenziali e riabilitativi è scarsa, complice la mancata consapevolezza di patologia, con conseguenti ricadute psicopatologiche e con scivolamenti e derive socio-lavorative favorite da concomitante abuso di alcool e cocaina. Presenta tendenza alla manipolazione, deresponsabilizzazione, proiettività e conflittualità personale. Per quanto riguarda la vita relazionale il paziente riferisce di aver sempre avuto relazioni brevi, se qualcosa non gli andava bene interrompeva subito il rapporto. Prima di entrare in REMS si frequentava con una ragazza più giovane di lui, che per allontanarlo dalle sue attenzioni indesiderate ha anche contattato le forze dell’Ordine. Ha vissuto una convivenza di cui però parla poco, con tono distaccato e svalutante.

4.2.2 Risk assessment e formulazione del caso

Seguendo lo schema proposto dallo strumento (tabella 2), si riconosce nella storia di Paolo una natura della violenza connessa a dei nuclei di instabilità e incapacità di trattenerne gli affetti negativi (H6, H7). Questi sono legati alla strutturazione della personalità che si delinea fin dall’adolescenza. Il problema violenza in questo caso si manifesta nella sua intensità non tanto per il singolo evento-reato quanto per la reiterazione costante di stili e finalità che includono la sopraffazione come modalità di risoluzione dei conflitti (H2). Lo stile antisociale, impulsivo e irresponsabile, specie in relazione alla priorità di mantenere bisogni artificiali legati all’appetizione per le sostanze, condiziona buona parte degli altri aspetti dello spettro esistenziale, come ad esempio lo stile caotico di conduzione delle relazioni (H3, H5). Nonostante la disponibilità di un assetto cognitivo sostanzialmente conservato, il paziente non è mai riuscito a dare continuità e progettualità alle relazioni intercorse, lamentando una sostanziale insoddisfazione degli aspetti affettivi e sentimentali nella propria vita ma disconoscendo gli aspetti vendicativi e sopraffattori frequentemente esibiti durante le relazioni (H9). Il combinato di un disturbo bipolare soggiogante specie nelle sue prevalenti manifestazioni maniacali e la deflagrante associazione con abuso di sostanze che negli ultimi 15 anni è coincisa con la cocaina e gli alcolici, hanno prodotto la gravità clinico-comportamentale esitata in decine di ricoveri in SPDC, volontari e obbligatori. A questo si aggiunga la sostanziale indisponibilità mostrata fino ad ora a mantenere un programma di trattamento anche *sub judice*, come ha dimostrato il fallimento delle prese in carico comunitarie che hanno preceduto l’ingresso in REMS, anche in LV (H10). Nell’attualità della degenza in REMS, egli ha avuto un periodo iniziale di cattivo adattamento: maleducato nei confronti di altri degenti, scortese con gli operatori e svalutante nei confronti del personale medico e degli psicologi, verosimilmente per una mancata accettazione all’ambiente di cura, alla quale rispondeva con negazione e provocatorietà. Mostra tuttavia nel giro di relativamente poco tempo delle buone doti di coping: riduce il livello di protesta e polemica poiché ne comprende la non convenienza (C4). Apprende rapidamente dall’ambiente quali comportamenti sono graditi, fino a che punto spingere il limite delle condotte. Non si sono verificati episodi di rilievo all’interno della REMS rispetto ai comportamenti osservati. Poco disponibile a mettersi in discussione costruttivamente rispetto alle vicende passate e ai problemi in corso, preferisce chiedere con una certa insistenza rassicurazioni su tempi e modi dell’eventuale uscita (C1). Ha accettato con fatica la terapia antipsicotica, con AP di ultima generazione. Rifiuta l’ipotesi di un *long-acting*, che percepisce come una sorte di prigionia farmacologica (C5; R4). Riconosce nel corso dei colloqui il legame causale tra i suoi stili di abuso di sostanze, in particolare cocaina ed alcool nell’ultimo periodo, e i disturbi della condotta (C1).

Rispetto al contesto ambientale futuro, il suo attuale domicilio è ora a circa 30 km di distanza dalla zona dei

genitori, ma le cose non sono andate molto meglio (R2). E' lui stesso ad ammettere d'aver una naturale attitudine a cercare i posti frequentati da gente poco raccomandabile perché, dice, si diverte di più. Con loro, in questi luoghi, riprende l'assunzione di sostanze, di cocaina ed alcolici (R3). Il CSM storico di competenza per motivi geografici non segue più Paolo, ora in carico presso il Centro nel nuovo comune. Il nuovo staff conosce poco la storia e le caratteristiche del paziente ma mostra interesse e non troppo pessimismo per il lavoro sul campo che li attende (R1). Non può contare su figure significative all'esterno, se si eccettuano gli anziani genitori.

Formulazione. Si tratta di un soggetto limitato dal disturbo psichiatrico, sopraffatto nella scelta non mediata, impulsiva e poco adesa all'esame di realtà. La REMS ha rappresentato, come spesso accade, il primo momento di forte contenimento ambientale protratto nella sua pur lunga storia di presa in carico territoriale. Qui, fatto salvo la intangibilità di aspetti della personalità e dei relativi specifici meccanismi di difesa, ha appreso della complessità del contesto dentro il quale maturano le scelte riguardanti il suo futuro, scontando la fatica e frustrazione relative alla sua tendenza all'azione non meditata con il venire a patti con i vari interlocutori, sanitari e giuridici. Il ricorso alla mediazione smussa gli aspetti di grandiosità e impulsività

favorendo l'espressione dei lati di cognitivismo riflessivo. L'allargamento della platea degli interlocutori, dalla REMS ai servizi socio-sanitari e all'Autorità Giudiziaria, se è talora fonte di frustrazione, dall'altro diviene esercizio imposto all'integrazione dei molteplici punti di vista, la cui autorevolezza si iscrive dentro il tracciato obbligato di percorso post-REMS, ma "vigilato". La valutazione clinico-psicopatologica elaborata all'interno della REMS non può prescindere dalla disponibilità di condivisione del Piano Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI), nell'interlocuzione con i servizi psichiatrici territoriali. Questi è garanzia di mantenimento e miglioramento del buon funzionamento raggiunto all'interno della residenza e ha il compito di supportare ed integrare coerentemente gli aspetti terapeutici riattivati, seppur parzialmente, durante la degenza in REMS. Utile, in casi come quello descritto, saper distinguere le aree di competenza sanitaria da quelle invece ascrivibili all'ordine pubblico e al contenimento della devianza, evidentemente di pertinenza di altre agenzie. Perimetrare le aree di competenza ed azione appare pratica di non secondaria importanza anche per gli aspetti medico-legali e della responsabilità professionale delle équipes curanti coinvolte. Il paziente è stato dimesso in LV, presso un suo nuovo domicilio, e seguito in modalità ambulatoriale da CSM e SerD.

Fattori di rischio	Presenza	Rilevanza
Storici (H)		
H1 Violenza	S	S
H2 Altri comportamenti antisociali	S	S
H3 Relazioni	S	S
H4 Lavoro	P	S
H5 Uso di sostanze	S	S
H6 Disturbo mentale maggiore	S	S
H7 Disturbo di personalità	S	S
H8 Esperienze traumatiche	P	P
H9 Atteggiamenti violenti	S	S
H10 Risposta al trattamento/supervisione	S	S
Clinici (C)		
C1 Insight	P	S
C2 Ideazione o intenzioni violente	P	S
C3 Sintomi disturbi mentali maggiori	P	P
C4 Instabilità	P	S
C5 Risposta al trattamento/supervisione	P	S
Gestione del rischio (R)		
R1 Servizi e programmi terapeutici	P	S
R2 Condizione abitativa	S	S
R3 Supporto personale	S	S
R4 Risposta al trattamento/supervisione	P	S
R5 Stress o adattamento	P	S
Legenda: S=Si, N=No, P=Parziale		

Tabella 2

5. Considerazioni conclusive

Il sistema di cura delle MdS si apre in uno spazio di interventi e progettazione di sistemi organizzativi mai elaborati in precedenza nel nostro Paese. La psichiatria forense italiana, in era OPG, era sostanzialmente limitata all'attività del foro, e quindi peritale, e all'indagine e al riconoscimento delle tecniche e dei saperi legati ai quesiti di norma posti in ambito penale e riferiti agli articoli 88 e 89 c.p. (Catanesi et al., 2009; Melega & Fioritti, 2000). Il radicale cambio di paradigma introdotto con le Leggi 9/12 e 81/14 ha imposto all'intera psichiatria italiana di ripensare i modelli di valutazione e trattamento per questa tipologia di soggetti.

Approcciare le storie e i nodi clinici, sociali ed essenziali che ciascun paziente forense porta con sé, in modo sistematico e strutturato contribuisce all'opera di identificazione delle variabili che hanno contribuito alla realizzazione del fatto-reato. Circo-scrive inoltre le aree di competenza sanitarie, quelle su cui è opportuno intervenire ovvero quelle che competono ad altre agenzie ed interlocutori. Un'analisi strutturata delle variabili di rischio attraverso HCR-20^{V3} può essere un utile esercizio per raggiungere questo obiettivo. L'individuazione delle aree cliniche e sociali su cui indirizzare gli interventi, attraverso la formulazione del caso, definisce una parte significativa dei PTRI da sviluppare per questi pazienti, forma l'articolazione di interventi più opportuni da proporre al paziente, chiarisce il contesto terapeutico più idoneo per la loro realizzazione. È noto che una delle criticità emerse dal contesto riformato delle REMS è rappresentato dalla creazione, nella maggior parte delle regioni italiane, delle cosiddette liste d'attesa generate da una domanda di posti letto in misura detentiva superiore all'offerta. Come illustrato nei due casi, un'attenta lettura dei fattori di rischio e della gestione complessiva che ne deriva, può aiutare le équipes della REMS, o della CT, nell'interlocuzione con il DSM ed il perito, ad avanzare ipotesi attendibili relativamente al grado di protezione residenziale più opportuna da adottare per quello specifico caso (Castelletti et al., 2019). Essa facilita la creazione di una prognosi psichiatrica forense, da realizzare attraverso gli obiettivi che un gruppo terapeutico definisce e realizza nel lavoro con il paziente destinatario di MdS. Dà pertanto la possibilità all'équipe di stimare tempi ragionevoli di permanenza all'interno della struttura residenziale, facendo così fronte alla duplice insidia di dimettere pazienti con alcune aree disfunzionali ancora attive e ben rappresentate e dall'altro di sottoporre ad ulteriori tempi di permanenza protratti pazienti in misura detentiva, non motivati da ragioni di *risk assessment* (Doyle et al., 2012; Coid et al., 2015; Penney et al., 2016).

Gli esercizi così definiti contribuiscono alla creazione di una cultura clinica dei pazienti in MdS, in grado di svilupparsi ed evolvere nelle proposte e nelle interlocuzioni istituzionali. In questo senso è utile integrare alle informazioni provenienti da uno strumento di valutazione clinico-strutturata delle variabili di rischio come quello presentato in questo lavoro, la valutazione integrata dei

fattori di protezione, la cui importanza nello sviluppo di strategie di cura efficaci appare di crescente evidenza (Robbè et al., 2013). Circo-scrivere gli ambiti di competenza medico-psichiatrica rispetto al lavoro da condurre con questi pazienti aiuta a sgomberare il campo da equivoci circa la natura squisitamente di cura dello psichiatra e delle sue équipes in ambito di misure di sicurezza, destinando ad altre agenzie e figure professionali il compito relativo alla custodia e alla supervisione di ordini prescrittivi.

La mancata chiarezza relativa all'ambito di intervento rischia di produrre incertezza o inibizione ad agire in senso clinico-riabilitativo fino a produrre blocchi nella formulazione di scenari terapeutici evolutivi, come in parte è accaduto ed esemplificato nel caso 2. Non è purtroppo raro assistere a situazioni di gestione territoriale di soggetti in LV bloccati in CT o in altro domicilio senza sapere se e quando potranno evolvere dal loro contesto, avviluppati in un *cul de sac* giuridico-clinico. Occorre in questi casi evidentemente fissare obiettivi terapeutici e gestionali espliciti, di pertinenza psichiatrica, che traggono forma dal riconoscimento di variabili e fattori specifici del contesto operativo e delle caratteristiche individuali del paziente.

In un simile contesto, data la rigidità con cui il sistema si muove sulla scorta dell'immodificato assetto del doppio binario giuridico, di primaria utilità appaiono gli apporti da parte dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE) nella gestione degli aspetti relativi all'assetto prescrittivo connesso con le MdS non detentive. I servizi sanitari che si trovano da soli a gestire casi complessi e multifattoriali come la frequentissima comorbidità da sostanze o i deficit intellettivi, possono ricorrere all'aggravio in misura detentiva per mancanza di alternative percorribili. In questi casi, la formulazione del caso appare utile nello sforzo di estendere ed ampliare la gamma degli interlocutori coinvolti e degli interventi eseguibili ed esigibili, coerentemente con l'identificazione delle aree problematiche rilevate. Essa dovrà pertanto fornire indicazioni su qualità e quantità delle forme terapeutiche da erogare. Formulare il caso in psichiatria forense, nella modalità estesa all'équipe curante, diviene esercizio ordinatore dei vari livelli di analisi e intervento. Prevede l'inclusione dei servizi socio-sanitari già coinvolti e quelli eventualmente coinvolgibili nel caso, richiede la presenza attiva dei soggetti giuridici, i Magistrati, i difensori legali, l'UEPE. Necessita di una mappatura delle risorse umane e materiali presenti attorno al singolo caso, dalla rete primaria familiare all'eventuale valutazione di sussidi e di nomine di Amministratori di Sostegno, data anche l'elevata presenza di reati all'interno del contesto domestico in cui la vittima è spesso la figura che ufficialmente o non ricopre il ruolo di *case manager* a casa (Labrum & Solomon, 2016). Esso sintetizza i giudizi relativi al rischio e alla propria gestione con quelli relativi alle risorse e ai possibili scenari riabilitativi del *risk-taking*. Le aree di analisi e valutazione approdano infine al livello psicopatologico ed intrapsichico, con i contributi psichiatrici e psicologici. Si situa a questo livello l'opportunità da parte delle équipes di revisione e perfezionamento della diagnosi, passaggio iniziale per l'approntamento del di-

scorso terapeutico (Foresti & Rossi Monti, 2002). L'osservazione clinica residenziale fornisce spunti sulla formulazione clinica e criminologica degli eventi, eventualmente rimodulabile e modificabile con l'acquisizione di maggiori conoscenze e con l'evoluzione del quadro sintomatologico. La conoscenza della struttura del paziente, in termini psicopatologici e di analisi dei meccanismi di difesa, aiuta nella comprensione dei fatti e del funzionamento attuale del soggetto.

Le nuove équipes forensi presenti nelle REMS, nelle CT, nei servizi psichiatrici territoriali e *in fieri* come ausilio all'attività peritale, sono chiamate a confrontarsi con la complessità multidimensionale che la valutazione ed il trattamento del paziente psichiatrico autore di reato in MdS pone. Un uso sapiente e consapevole degli strumenti di giudizio clinico strutturato può contribuire a raccogliere con rigore e appropriatezza le sfide terapeutiche che abbiamo davanti.

Riferimenti bibliografici

- Biondi, M. & Picardi, A. (2018). I nuovi "casi difficili" in psichiatria. *Rivista di psichiatria*, 53, 223-232.
- Carabellese, F. (2017). Closing OPG: socially dangerous mentally ill offenders' diagnostic tools. From forensic psychiatric evaluation to the treatment. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 173-81.
- Carabellese, F. & Felthus, A. (2016). Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittes in the Community. *Behavioral Sciences and the Law*, 34, 444-459.
- Caretti, V., Scarpa, F., Ciappi, S., Castelletti, L., Catanesi, R., Carabellese, F., Ferracuti, S., Nava, F., Nicolò, G., Paterniti, R., Rivellini, G., Schimmenti, A. (2019). HCR-20^{v3} *Assessing risk for violence, checklist per la valutazione del rischio di recidiva di un crimine violento* (adattamento italiano). Firenze: Hogrefe.
- Casacchia M., Malavolta M., Bianchini V., Giusti L., Di Michele V., Giosuè P., Ruggeri M., Biondi M., & Roncone R. (2015). Closing forensic psychiatric hospital in Italy: a new deal for mental health care? *Rivista di Psichiatria*, 50 (5), 199-209.
- Castelletti, L., Bissoli, S., & Piazza, C. (2019). L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle "liste d'attesa": l'esperienza della REMS del Veneto. *Rassegna Italiana di Criminologia*, Numero speciale, 44-53.
- Castelletti, L., Scarpa, F., & Carabellese, F. (2018). Treating not guilty by reason of insanity and socially dangerous subjects by community psychiatric services: an Italian perspective. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 182-189.
- Catanesi, R. (2017). La responsabilità professionale dello psichiatra ai tempi delle REMS. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 182-192.
- Catanesi, R., Carabellese, F., & Grattagliano, I. (2009). Cura e controllo. Come cambia la pericolosità sociale psichiatrica. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15, 64-74.
- Catanesi, R., Mandarelli, G., Ferracuti, S., Valerio, A., & Carabellese, F. (2019). Indagine sulle REMS italiane. Un anno di osservazione. *Rassegna Italiana di Criminologia*, Numero speciale, 7-23.
- Coid, J. W., Kallis, C., Doyle, M., Shaw, J., & Ullrich, S.

- (2015). Identifying causal risk factors for Violence among Discharged Patients. *Plos One*, 10(11), 1-17.
- Coluccia, A., Nucci, G., Cuomo, A., Benvenuti, M., Carabellese, F., Fagiolini, A., & Gabbriellini, M. (2017). La responsabilità dello psichiatra. *Rivista di Psichiatria*, 52, 226-235.
- De Fazio, L. & Sgarbi, C. (2017). Il percorso di chiusura degli Opg e le nuove Rems: stato dell'arte e prospettive future. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 158-166.
- DeMatteo, D., Batastini, A., Foster, E., & Hunt, E. (2010). Individualizing Risk Assessment: Balancing Idiographic and Nomothetic Data. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10, 360-371.
- Di Lorito, C., Castelletti, L., & Lega, I. (2017). The closing of forensic hospitals in Italy: determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 54-63.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20 V3, Assessing risk for violence*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, British Columbia.
- Doyle, M., Carter, S., Shaw, J., & Dolan, M. (2012). Predicting community violence from patients discharged from acute mental health units in England. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 627-637.
- Eels, T.D., & Lombart, K.G. (2011). Theoretical and evidence-based approaches to case formulation. In *Forensic case formulation*, ed. Wiley, Chichester, UK, 3-33.
- Ferracuti, S., Pucci, D., Trobia, F., Alessi, M.C., Rapinesi, C., Kotzalidis, G.D., & Del Casale A. (2019). Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978-2018). *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 45-49.
- Foresti, G., & Rossi Monti, M. (2002). La diagnosi e il progetto. Visioning clinico e organizzatori psicopatologici. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, 65-82.
- Francia, A., & Verde, A. (2015). Il reo narra il suo delitto: idee per una criminologia narrativa aperta alla complessità. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 116-126.
- Hart, S. & Logan, C. (2011). Formulation of violence risk using evidence-based assessments: the structured professional judgement approach. In *Forensic case formulation* (pp. 83-106), ed. Wiley, Chichester, UK.
- Hart, S.D, Kropp, P.R, & Lawas, D.R. (2003). *The risk for sexual violence protocol (RSVP): Structured Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence*. Burnaby, British Columbia: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, Vancouver, Canada.
- Heilburn, K., Yasuhara, K., & Shah, S. (2010). Violence risk assessment tools: overview and critical analysis. In Otto R., Douglas K., *Handbook of Violence Risk Assessment* (pp. 1-18). New York: Routledge.
- Kennedy, H., Castelletti L., & O'Sullivan O. (2018). Impact of service organization on teaching and training, in: *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe - A Cross-Border Study Guide*, (pp. 211-238), Kris Goethals, Springer, Cham (CH)
- Kropp, P.R., Hart, S.D., & Lyon, D. (2008). *Guidelines for stalking Assessment and Management (SAM): User Manual*. Vancouver, Canada: ProActive Resolutions Inc.
- Labrum, T., & Solomon, P.L. (2016). Factors associated with family violence by persons with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 244, 171-78.
- Logan, C. (2014). The HCR-20 Version 3: a case study in risk formulation. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 172-180.
- Lombardi V., Veltri A., Montanelli C., Mundo F., Restuccia

- G., Cesari D., Maccari M., Scarpa F., & Sbrana A. (2019). Sociodemographic, clinical and criminological characteristics of a sample of Italian REMS Volterra patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 50-55
- Mandarelli, G., Coluccia, A., Urbano, M.T., Carabellese, Fu., & Carabellese, Fe. (2019). Questioni attuali, problematiche e prospettive del trattamento penitenziario dopo la Legge 81/2014. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 316-326.
- Melega, V. & Fioritti, A. (2000). Italian forensic psychiatry: a story still to be written. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 9 (4), 219-226.
- Monahan, J. (1984). The prediction of violent behaviour: toward a second generation of theory and policy. *American Journal of Psychiatry*, 47, 511-521.
- Otto, R.K. (2000). Assessing and Managing Violence Risk in Outpatient Settings. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1239-62
- Penney, S. R., Marshall, L. A., & Simpson, A. I. F. (2016). The assessment of dynamic risk among forensic psychiatric patients transitioning to the community. *Law and Human Behavior*, 40(4), 374-386.
- Philipse, MW. (2005). *Predicting criminal recidivism: empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Enschede: Febodruk.
- Ray, I., & Simpson, A. (2019). Shared risk formulation in forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law*, 47, 1-7.
- Robbè, M., de Vogel, V., & Douglas, M. (2013). Risk factors and protective factors: a two-sided dynamic approach to violence risk assessment. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 24 (4), 440-57.
- Salize, H.J., & Lepping, P. (2005). Dressing H. How harmonized are we? Forensic mental health legislation and service provision in the European union. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 47, 18-27.
- Scarpa, F., Castelletti, L., & Lega, I. (2017). The closure of forensic psychiatric institutions in Italy. In B. Vollm, & P. Braun (Eds.), *Long Term Forensic Psychiatric Care – Clinical, Ethical and Legal Challenges*. New York NY, USA.
- Shaw, J., Higgins, C., & Quartey, C. (2017). The impact of collaborative case formulation with high risk offenders with personality disorder. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 1-13.
- Shinkfield, G. & Ogloff, J. (2014). A Review and Analysis of Routine Outcome Measures for Forensic Mental Health Services, *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 252-271.
- Singh, J.P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25.980 participants. *Clinical Psychology Review*, 31, 499-513.
- Slade, M. (2009). The contribution of risk taking to recovery. In *Personal Recovery and Mental Illness* (pp. 176-181). Cambridge University Press.
- Steadman, J. (1983). Predicting dangerousness among the mentally ill: art, magic and science. *International Journal of Law and Psychiatry*, 6, 381-390.
- Sturmey, P. (2010). Case formulation in forensic psychology. In M. Daffern, L. Jones, & J. Shine (Eds.), *Wiley series in forensic clinical psychology. Offence paralleling behaviour: A case formulation approach to offender assessment and intervention* (pp. 25-51). Wiley-Blackwell.
- Vollm, B., Clarke, M., Tort Herrando, V., Seppanen, A., Gosek, P., Heitzman, J. & Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, 51, 58-73.
- Webster, C. & Cox, D. (1997). Integration of nomothetic and ideographic positions in risk assessment: Implications for practice and the education of psychologists and other mental health professionals. *American Psychologist*, 52, 1245-46.
- Weerasekera, P. (1996). *Multiperspective case formulation: A step toward treatment integration*. Malabar, FL: Krieger.