

The DUNDRUM ToolKit, Italian version and its potenzial use
in the italian forensic treatment modelIl DUNDRUM ToolKit, versione italiana
e il suo potenziale utilizzo nel modello trattamentale forense italianoFelice Carabellese | Lia Parente | Donatella La Tegola | Ilaria Rossetto
Filippo Franconi | Enrico Zanalda | Gabriele Mandarelli
Roberto Catanesi | Henry Gerard Kennedy | Fulvio Carabellese

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Carabellese F., et al. (2022). The DUNDRUM ToolKit, Italian version and its potenzial use in the italian forensic treatment model. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVI, 4, 271-282. <https://doi.org/10.7347/RIC-042022-p271>

Corresponding Author: Lia Parente
email parentelia@libero.it

Copyright: © 2022 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: 14.12.2022

Accepted: 30.12.2022

Published: 31.12.2022

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-042022-p271](https://doi.org/10.7347/RIC-042022-p271)

Abstract

The legislative process that led to the closure of the Judicial Psychiatric Hospitals (OPG), replaced by the Residences for the Execution of Security Measures (REMS), constituted a significant step forward towards the establishment of a community model of care of offenders with severe socially dangerous mental disorders more respectful of human rights. Among the main criticalities that had been identified in the previous forensic psychiatric treatment system, based on OPGs, were considered the overcrowding, the problematic hygienic-sanitary conditions, the inexistence of treatment programs that were adequate to the levels of social danger that changed over time, the non-therapeutic-rehabilitative nature of the internment in OPG, the "anti-therapeutic" presence of the Penitentiary Police personnel, the hypothetically unlimited duration of the internment. The new model has certainly remedied these critical issues, but other issues have arisen that need to be worked on. The authors report here the first data of a multicenter research project that developed on the national territory during the years 2021 and 2022 aimed at validating the DUNDRUM Toolkit, a tool for evaluating the effectiveness of forensic treatment and recovery, in validation course also in other European countries, particularly adaptable to the treatment model that has been developing in Italy with the establishment of REMS.

Keywords: Dundrum, risk assessment, risk management, forensic treatment, REMS.

Riassunto

Il processo legislativo che ha portato alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), sostituiti dalle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), ha costituito un significativo passo in avanti verso l'istituzione di un modello comunitario di cura degli autori di reato affetti da gravi disturbi mentali socialmente pericolosi più rispettoso dei diritti umani. Tra le principali criticità che erano state ravvisate nel precedente sistema trattamentale psichiatrico forense, basato sugli OPG, sono state considerate il sovraffollamento, le condizioni igienico-sanitarie problematiche, l'insussistenza di programmi trattamentali che fossero adeguati ai livelli di pericolosità sociale modificantisi nel tempo, la natura non terapeutico-riabilitativa dell'internamento in OPG, la presenza "anti-terapeutica" del personale di Polizia Penitenziaria, la durata ipoteticamente senza termine dell'internamento. A queste criticità il nuovo modello ha certamente posto rimedio, ma sono sorte altre problematiche su cui bisognerà lavorare. Gli autori riportano in questa sede i primi dati di un progetto di ricerca multicentrico che si è sviluppato sul territorio nazionale nel corso degli anni 2020-2022 teso a validare il DUNDRUM Toolkit, strumento di valutazione dell'efficacia del trattamento forense e della recovery, in corso di validazione anche in altri Paesi europei, particolarmente adattabile al modello trattamentale che si è andato sviluppando in Italia con l'istituzione delle REMS.

Parole chiave: Dundrum, risk assessment, risk management, trattamento forense, REMSmonitoring; REMS; Italia.

Hanno partecipato alla ricerca e si ringraziano per il loro contributo: Alocchi G, Ascolillo C, Barbon I, Bruno M, Castelletti L, Cerabolini M G, Coviello M L, Cuccurullo F, De Donatis T, De Giorgi S, D'Andrea A, Drosi F, Ferrante V, Imperadore G, Leozappa M, Liardo R, Liuni F, Lombardo G, Montalbò D, Nicolò G, Ortenzi R, Padovani F, Paoletti G, Partipilo M, Pascale F, Penta E, Posteraro D E, Pozza A, Prati M, Rivellini G, Rizza P, Spadaro F, Stanga V, Vilella C, Zeroli S, Zito A, Zuffranieri M.

Felice Carabellese, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari Aldo Moro, Italy | Lia Parente, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari Aldo Moro, Italy | Donatella La Tegola, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari Aldo Moro, Italy | Ilaria Rossetto, Section of Legal Medicine, University of Milan, Italy | Filippo Franconi, ASST, Mantua, Italy | Enrico Zanalda, President of Italian Society of Forensic Psychiatry | Gabriele Mandarelli, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari Aldo Moro, Italy | Roberto Catanesi, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, University of Bari Aldo Moro, Italy | Henry Gerard Kennedy, Professor of Forensic Psychiatry, Trinity College University, Dublin, Ireland | Fulvio Carabellese, Doctoral Student, Ionian Department, University of Bari Aldo Moro, Italy

The DUNDRUM ToolKit, Italian version and its potenzial use in the italian forensic treatment model

Introduzione

La Legge 833 del 1978, legge istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), nonostante avesse sancito la chiusura degli ospedali psichiatrici (OP) civili italiani lasciò insoluta la questione OPG e negli anni a venire non si è osservato alcun processo analogo di deistituzionalizzazione riguardante i pazienti forensi (Barbui & Saraceno, 2015; Casacchia et al., 2015). Questo sino al 2015, con la Legge 81/2014 (Carabellese & Felthous, 2016).

La riforma che ha portato al sistema delle REMS è cominciata in realtà con il D.P.C.M. del 1° aprile 2008, allorché il Governo italiano stabilì la necessità di giungere alla progressiva chiusura dei 6 OPG all'epoca esistenti. Successivamente, attraverso la legge 9 del 2012 venne stabilita la necessità di istituire le REMS, strutture residenziali di dimensioni minori rispetto a quelle degli OPG. Infine, la legge 81 del 2014 ha posto termini temporali per il processo di deistituzionalizzazione, definito le principali procedure operative, richiesto l'approntamento di programmi di dimissione individuali dei pazienti presenti in OPG, oltre ad avere limitato la durata massima della misura di sicurezza psichiatrica detentiva, ossia dell'internamento in REMS.

Peraltro, nel corso degli ultimi venticinque anni, in Italia il trattamento del malato di mente autore di reato ha subito profonde modifiche a seguito di una serie successiva di interventi giurisprudenziali e legislativi che hanno finito col trasformare radicalmente le prestazioni sanitarie nei contesti forensi e creare infine un modello trattamentale forense unico, quello attuale. Punto di svolta è stata certamente la Sentenza 18/07/03 n. 253 della Corte Costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 222 del c.p. (Ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario) nella parte in cui non consentiva al giudice di adottare una misura di sicurezza diversa da quella del ricovero in OPG. Fra gli elementi qualificanti di quella sentenza il principio che ogni misura di sicurezza deve essere a un tempo idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente ed a far fronte alla sua pericolosità sociale. A quella sentenza fece seguito, non a caso forse, l'istituzione di una Commissione Interministeriale Ministero di Giustizia e della Salute che indagò la realtà degli OPG italiani ed il successivo pronunciamento della Corte Costituzionale (17-29.11.04, n.367) che estese analogo principio anche alle misure di sicurezza provvisorie.

Ai lavori di quella commissione seguirono poi una serie di provvedimenti legislativi, tutti propedeutici in un certo senso alla chiusura definitiva degli OPG.

Il definitivo superamento degli OPG è stato sancito, come si è già detto, dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9

art. 3-ter ma già in precedenza, con l'approvazione di un emendamento al D.L. 22 dicembre 2011, n. 211, si era stabilito che "il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari è fissato al 1° febbraio 2013". Lo stesso decreto prevedeva inoltre che entro il 31 marzo 2012 si sarebbero definiti "i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia".

Come è noto, i requisiti strutturali dovevano rispettare, fra gli altri, i criteri di a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture; b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna; c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime. Il trattamento forense era così assegnato per intero ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), diffusi sul territorio attraverso le articolazioni di cui si compongono.

Si è così posto rimedio, a distanza di quasi cinquanta anni, al divario rimasto insoluto fra modelli trattamentali per i malati di mente non autori di reato – di tipo prevalentemente comunitario – e malati di mente autori di reato socialmente pericolosi – prevalentemente asilare: l'OPG – con un'opzione riabilitativa di tipo comunitario anche per questi ultimi, in linea cioè con i dettami della Sentenza della Corte Costituzionale del luglio 2003 già citata.

Con la 81 del 2014 tutte le Regioni italiane si dovettero attivare per progettare e realizzare le REMS, in cui internare tutti i pazienti con un profilo più alto di pericolosità sociale in senso psichiatrico tale da richiedere una misura di sicurezza di tipo detentivo. Ai DSM da allora sono stati pure affidati i pazienti con un più basso profilo di pericolosità sociale psichiatrica, a cui applicare una misura di sicurezza di tipo non detentivo, la *libertà vigilata*. Allo stesso tempo alle Regioni fu affidato il compito di programmare il reinserimento sociale di prosciolti e semi infermi di mente provenienti da OPG e CCC chiusi.

Del nuovo modello trattamentale forense italiano

Le REMS sono state concepite come strutture residenziali sul territorio, ciascuna con non più di 20 posti letto, incentrate su una finalità prettamente terapeutico-riabilitativa, con una previsione di durata di trattamento limitata, come in effetti dimostrato dall'indagine di Catanesi ed altri (2019). Le REMS sono state pensate come strutture

distribuite all'interno delle regioni e per nessuna di esse è stata prevista una natura ad elevata sicurezza paragonabile a quella esistente negli OPG (Kennedy, 2002). Alcune sono classificabili al più come strutture a media sicurezza, altre forniscono livelli di sicurezza più bassi (Sgarbi et al., 2017; Traverso & Traverso, 2017).

Esistono attualmente circa trenta REMS attive sul territorio italiano, che garantiscono un numero totale di posti letto pari a 604 (Corleone, 2017), significativamente inferiore al numero di pazienti che risultavano essere internati negli OPG alla fine del 2008 (n = 1639) (dati del Ministero di Giustizia, 2019), allorché ebbe inizio il processo di deistituzionalizzazione dei pazienti forensi.

Il numero limitato di posti letto previsti nelle REMS ha determinato per un verso un elevato turn over dei pazienti al loro interno in qualche modo favorito dalla stessa legge 81 del 2014 che ha stabilito come la durata dell'internamento in REMS non possa superare la pena edittale massima prevista per il reato commesso dal soggetto riconosciuto affetto da infermità di mente totale o parziale e, per altro verso, l'esistenza di una lista di attesa per l'ingresso nelle suddette strutture.

Tale lista di attesa è gestita dal Ministero della Giustizia, attraverso criteri che non contemplano misure di priorità che poggino su valutazioni cliniche del rischio. I pazienti che attendono l'ingresso in REMS possono trovarsi in una condizione di libertà, addirittura in carcere, o possono essere già trattati presso altre strutture psichiatriche di tipo non forense, talora sottoposti a una misura di libertà vigilata con prescrizioni.

In ragione dell'autonomia regionale in materia sanitaria, esistono livelli eterogenei di sicurezza tra le REMS nelle diverse regioni italiane, differenti prassi operative e riabilitative, autonomi criteri per le dimissioni degli internati dalle REMS, oltre a caratteristiche organizzative differenti.

In accordo con la legislazione italiana, le REMS garantiscono sicurezza della collettività e cure per quei soggetti giudicati penalmente infermi o semi-infermi di mente, che presentano anche un giudizio di elevata pericolosità sociale in senso psichiatrico.

La cornice normativa attuale implica, peraltro, che gli psichiatri delle REMS hanno poco o nessun potere decisionale rispetto all'ingresso ed alla dimissione dalla REMS stessa. Tali decisioni vengono prese, al contrario, dall'autorità giudiziaria, solitamente sulla base di un parere peritale psichiatrico forense o sulla scorta delle relazioni periodiche di verifica inviate all'Autorità Giudiziaria dai sanitari delle REMS.

Non sono poche le problematiche che i DSM hanno dovuto fronteggiare in questi primi anni di attività delle REMS, prima fra tutte, come si è già avuto modo di dire, la lunga lista di attesa che in tutte le regioni italiane si è venuta a creare subito dopo l'attivazione delle REMS, con conseguenti problemi di natura etica, giuridica e di sicurezza sociale (Castelletti, Scarpa & Carabellese, 2018).

Vi è inoltre che dalla 833/1978 in poi i sanitari dei servizi psichiatrici pubblici hanno operato in un contesto

in cui psichiatria clinica e psichiatria forense sono state a lungo separate l'una dall'altra: il malato di mente autore di reato socialmente pericoloso non lambiva neppure l'abituale circuito terapeutico del SSN e dei DSM.

Il sistema trattamentale che si sta attualmente delineando richiede invece una integrazione di competenze e conoscenze di entrambi gli ambiti di intervento. Conoscenze e professionalità "forensi" sono necessarie, dunque, anche nella dimensione clinica dei servizi psichiatrici territoriali così come sono divenute fondamentali, anche nel trattamento territoriale, competenze sino ad allora proprie solo di quella piccola quota di psichiatri che lavorava negli OPG, gli unici abituati a ragionare in termini di prognosi "criminologica", di predizione cioè del rischio di recidiva di reato e di adozione di tutte quelle misure terapeutico-riabilitative efficaci in tal senso, nel prevenire cioè nuove condotte-reato.

Il giudizio professionale strutturato

Una simile valutazione, infatti, implica non solo un'approfondita conoscenza clinica del soggetto, ma anche l'individuazione di tutte le variabili cliniche e non (familiari, sociali, legate al contesto) che potenzialmente sono in grado di influenzare in senso negativo ma anche positivo le scelte comportamentali del paziente, aumentando o diminuendo il rischio di un nuovo accadimento antisociale (Carabellese, Carabellese, & Kennedy, 2021). Previsioni in grado di supportare il cosiddetto "*structured professional judgement*" (SPJ) in tema di valutazione oggettiva basata sulle evidenze dell'uso terapeutico della sicurezza e dei percorsi di cura e di riabilitazione più efficaci di soggetti che hanno commesso condotte penalmente rilevanti e sono affetti da disturbi mentali severi, ad alta complessità.

Il SPJ è sempre più riconosciuto come un modo efficace per migliorare la qualità, la coerenza e la trasparenza del processo decisionale relativamente al trattamento in sicurezza di pazienti affetti da problematiche psichiche autori di reato, a rischio di agiti violenti auto e/o eterodiretti. Al contrario, il giudizio professionale non strutturato è soggetto a critiche di arbitarietà e test formali spesso mostrano come presenti una scarsa concordanza tra valutatori differenti (Jeandarme, Habets, & Kennedy, 2019).

Gli strumenti basati sul giudizio professionale strutturato riuniscono i fattori di rischio per i quali vi è evidenza scientifica di rilievo e concordanza fra diversi esperti nella pratica clinica.

Essi, inoltre, attingono alla conoscenza ed al linguaggio condivisi nella letteratura internazionale che costituiscono la "cultura" professionale delle competenze nel modo in cui tale competenza è stata definita da Collins e Evans (2007). Si tratta pertanto di strumenti che accomunano i professionisti sanitari forensi, di paesi diversi, nella loro pratica clinica e valutativa quotidiana e consentono di sostenerli nel loro processo decisionale, di solito preso in équipe, relativamente a differenti ambiti del trattamento forense.

In Italia al 31 dicembre 2018 erano internati in tutte le 30 REMS attive circa 600 pazienti in misura di sicurezza detentiva (Catanesi, Mandarelli, Ferracuti, Valerio, & Carabellese, 2019). Dalla stessa fonte già citata (Catanesi et al., 2019), risulta che il 70% di tutti i pazienti internati nelle REMS erano affetti, anche in comorbilità, da “major mental disorders” (MMD), ovvero schizofrenia, psicosi non schizofreniche e disturbi dell’umore, secondo le definizioni interazionali (Hodgings, 1992) di tale dizione; poco più del 30% erano invece affetti da disturbi di personalità. I reati, in assoluta maggioranza (oltre 80%) sono reati contro la persona, commessi con violenza; fra essi l’omicidio è quello più frequente, spesso intra-familiare.

Sono cifre importanti, su cui riflettere, in un’ottica di programmazione sanitaria.

Ebbene vi sono numerose evidenze che dimostrano come i pazienti affetti da MMD che commettono reati hanno delle peculiarità, che attengono al loro profilo personale, cognitivo e psicopatologico, nonché ad aspetti che rimandano a fattori familiari, relazionali, sociali e culturali ed altri co-fattori patologici (Fazel & Grann, 2006), che rimarcano la loro specificità rispetto ai pazienti affetti dai medesimi disturbi ma che non commettono reati, dai quali dunque si distanziano per profonde differenze. Specificità, a cui devono inevitabilmente corrispondere altrettanto specifiche capacità di individuazione e valutazione di tali fattori, di conseguenti, specifici approcci terapeutici, specifiche competenze terapeutico-riabilitative, da attuarsi in altrettanto specifici luoghi di cura in cui deve operare personale specificamente formato, in grado di garantire non solo la cura, la sicurezza e la protezione dei pazienti internati ma anche la sicurezza dei sanitari stessi, esposti come sono a maggiori rischi di rimanere vittime di aggressioni, attesa la tipologia di pazienti che assistono. Come avviene in quasi tutti i paesi europei.

Si consideri a riguardo – altro dato di estremo interesse emerso dalla ricerca citata – che oltre 80% dei pazienti internati in REMS erano già assistiti dai DSM all’epoca del reato commesso, segno inequivoco che gli strumenti e le competenze usuali messe in campo dai DSM per la cura dei loro assistiti non sono sufficienti per intercettare, prevenire ed evitare che alcuni fra loro – quei pazienti con le caratteristiche che la letteratura internazionale segnala – commettano dei reati violenti. Riuscire ad identificare in tempo pazienti che rispondano a quei profili più specifici ed individuare eventuali indicatori di rischio di agiti violenti, potrebbe significare salvare vite umane.

I dati della ricerca nazionale citata devono sollecitare questo tipo di riflessioni.

Altro dato che la medesima ricerca nazionale (Catanesi et al., 2019) più volte citata ha dimostrato, è costituito dalla presenza importante (oltre il 30%) fra tutti gli internati con misura di sicurezza psichiatrica detentiva nelle REMS attive in Italia, di soggetti affetti da disturbi di personalità, fra cui soprattutto Disturbo Borderline di Personalità e Disturbo Antisociale di Personalità. Disturbi questi ultimi che, più frequentemente di altri disturbi di personalità, correlano con un profilo psicopatico (Porter,

& Porter, 2007), dimensione psicopatologica che solleva specifici e complessi problemi in termini di aumento del rischio di recidiva violenta dei soggetti che ne sono affetti (Felthous & Saß, editors, 2007), di gestione di tale rischio e della sua trattabilità (Douglas, Vincent, & Edens, 2004), ovvero, secondo alcuni (Meloy, 1988), di sostanziale intrattabilità. Appare evidente allora che la necessità di delineare il profilo psicopatologico di ciascun autore di reato malato di mente socialmente pericoloso in tutta la sua multiforme complessità e di individuarne i livelli di pericolosità sociale con oggettività clinica e con strumenti validati, assume una importanza primaria in ambito forense (Carabellese, 2017), anche ai fini, in tutta evidenza, delle scelte trattamentali in grado di garantire i bisogni di salute di quel paziente, commisurandoli ai livelli di sicurezza che quel paziente pone, per favorirne i percorsi di recupero possibili ed, allo stesso tempo, per tutelare i sanitari impegnati in contesti di cura forensi e, naturalmente, la collettività.

Riconoscere tali specifiche competenze significa prendere accuratamente in considerazione anche gli inevitabili possibili profili di responsabilità professionale conseguenti a valutazioni erranee o fatte senza ausilio di strumenti oggettivi e validati e scelte trattamentali e riabilitative inadeguate, profili che inevitabilmente si ripercuoterebbero sulla collettività in senso lato, sia in termini economici che di tributo di sofferenza delle persone coinvolte, che di inefficacia dei doveri di garantire il diritto alla tutela della salute ed alla integrità psicofisica dei pazienti, che ricadono sui sanitari. Diritti primari da garantire anche agli stessi sanitari che lavorano nei contesti forensi.

Per un uso terapeutico della sicurezza nei contesti trattamentali forensi

Il nodo problematico allora, è che sulla base di giudizi predittivi devono essere assunti percorsi trattamentali differenziati, che incidono sulla vita dei pazienti e che possono incidere – per i potenziali riflessi sociali – anche sulla tutela della collettività.

Avere conoscenze professionali specifiche, cliniche e forensi, metodologie di valutazione affidabili, strumenti effettivamente utili a prevedere comportamenti antisociali futuri, diviene, dunque, – alla luce degli scenari trattamentali delineati – determinante per il buon funzionamento dell’intero sistema trattamentale forense, specie se si tiene conto che i sanitari dei DSM finora non si sono occupati affatto di queste valutazioni e non hanno dimetichezza con essi.

Negli altri Paesi europei questi tipi di valutazione sono invece di uso più comune.

Sono stati messi a punto strumenti di risk assessment per predire il rischio di recidiva antisociale e violenta che si basano su valutazioni codificate che prendono in considerazione variabili predittive, come l’HCR-20-II (Historical-Clinical-Risk Management-20, HCR-20-II), giunto alla sua terza versione HCR-20 3v, validata anche

in Italia. Vi sono per converso strumenti che prendono in considerazione fattori protettivi, come il SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for Violence) di de Vogel V et al., 2007, tradotto in italiano da Spissu M (2010), in corso di validazione per la popolazione italiana per l'individuazione e la valutazione dei fattori che incidono positivamente sui percorsi di cura e di recupero forensi. In Italia si è proceduto anche alla validazione della Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) di Hare, a cura di Caretti, per l'individuazione e la valutazione della psicopatia, dimensione psicopatologica significativamente correlata con la recidiva criminale.

Altro strumento validato per la popolazione italiana è il DUNDRUM Toolkit V1.0.30.2010 di Kennedy HG et al, suddiviso nei Tool 1 e 2, per la gestione delle liste di attesa all'ingresso nelle strutture forensi e la individuazione dei livelli di sicurezza terapeutica più adeguati e nei Tool 3 e 4 per la valutazione dell'efficacia del trattamento forense e della recovery, strumento quanto mai utile per via della sua strutturazione specifica, per il modello trattamento forense italiano.

Ecco che anche in Italia, dove tali metodiche sono di uso meno comune e soprattutto meno standardizzato nei servizi psichiatrici proprio per le diverse competenze finora svolte, i sanitari delle strutture territoriali e comunitarie psichiatriche del SSN e del privato accreditato, che devono confrontarsi con questa tipologia di pazienti, dovrebbero necessariamente acquisire queste competenze e formarsi adeguatamente.

Così come è necessario che vi sia un'adeguata formazione indirizzata alla gestione del rischio clinico delle strutture forensi, come pure un'accurata attenzione e premura all'organizzazione del lavoro nei servizi forensi e alle caratteristiche strutturali delle strutture che accolgono i pazienti con un profilo di pericolosità sociale psichiatrica.

Non vi è dubbio a riguardo che l'Università dovrebbe farsi parte attiva a proposito di formazione. Specie se si considera che la psichiatria forense non costituisce disciplina specifica di un corso di studio in ambito sanitario, neppure a livello di scuole di specializzazione delle scuole di medicina, come è invece in altri Paesi, specie anglosassoni e statunitensi, dove al contrario rappresenta materia di formazione ultra-specialistica per gli psichiatri.

Sarebbe necessario, dunque, nel piano di studio delle scuole di specializzazione si provvedesse a colmare questo vuoto.

Perché il DUNDRUM

Il DUNDRUM (Manuale per la Comprensione della Pericolosità, Recovery e Urgenza, V1.0.30 30.05.16 (Kennedy, et al, 2016) è uno strumento di valutazione composto in realtà da quattro differenti scale (Strumenti Strutturati di Giudizio Professionale per il Triage di Ammissione, di Urgenza, di Completamento del Trattamento e di Valutazioni della Recovery) da tempo utilizzato in diversi Paesi europei con i pazienti forensi con finalità valu-

tative e trattamentali ed adottato in Italia ufficialmente dalla Regione Piemonte per la gestione unitaria delle liste di attesa dei pazienti forensi.

Si tratta di strumento di valutazione e di gestione del paziente forense di immediata comprensione da parte dei sanitari in formazione nella fase di apprendimento e di facile utilizzo di ciascuna delle diverse parti che lo compongono. Esso garantisce trasparenza e coerenza nel processo decisionale.

Più in particolare le quattro diverse scale di cui è formato il DUNDRUM hanno finalità e campi di applicazione diversi e specifici e si utilizzano con soggetti in contesti forensi diversi e fanno pertanto di esso uno strumento particolarmente utile ed efficace (Carabellese, 2017) nel panorama trattamento forense italiano, attese le sue radicali ed uniche specificità.

Ad ogni item si attribuisce un punteggio che da 0 (assenza di problematicità), via via aumenta in termini di gravità fino a 4, punteggio massimo. Il punteggio di 4 esprime evidentemente un livello di attenzione molto alto, ovvero una urgenza di intervento non procrastinabile a seconda del Tool (1, 2, 3 e 4) di cui trattasi.

Gli item del triage sono divisi tra quelli di sicurezza del DUNDRUM-1 e quelli di urgenza del DUNDRUM-2. Lo scopo degli item del triage di sicurezza è di strutturare il processo decisionale riguardante il livello appropriato di sicurezza terapeutico per la persona che necessita dell'ammissione in struttura e che proviene dal sistema di giustizia penale. Nel nostro Paese potrebbero essere: REMS, comunità forensi, comunità psichiatriche non forensi, affidamento al servizio psichiatrico territoriale con o senza prescrizioni tipiche della misura della libertà vigilata.

Gli item del triage del DUNDRUM-1 non sono pensati per essere usati come guida alla valutazione del rischio di violenza futura, altri strumenti, tipo l'HCR-20, essendo già stati validati a questo scopo. Tantomeno gli item del triage del DUNDRUM-1 sono diretti a produrre un punteggio attuariale relativo a soglie di ammissione prefissate.

Gli item del DUNDRUM-1 sono da considerare un mezzo per strutturare il processo decisionale in accordo con i fattori più rilevanti di rischio, in un modo trasparente, il più obiettivo e condiviso possibile, processo che conduca ad una consistenza maggiore.

Essi possono facilitare, inoltre, il confronto fra servizi e sistema giudiziario.

Il DUNDRUM-1 è concepito come uno strumento di giudizio che può assistere, infatti, tanto i clinici quanto gli esperti del Giudice nel consigliare con criteri oggettivi circa l'appropriatezza di un eventuale invio in una struttura forense, circoscrivendo il livello di sicurezza a cui tale struttura deve rispondere, ovvero alla non necessità di invio in una struttura forense.

Gli item del Triage di Sicurezza del DUNDRUM-1 e quelli del Triage d'Urgenza del DUNDRUM-2, da usare insieme quando si tratta di pazienti inseriti nelle liste di attesa, sono utilizzati già in una fase di pre-ammissione ad un servizio forense, quale una comunità forense o una

REMS ovvero strutture psichiatriche comunitarie non forensi o ancora in un reparto di psichiatria ospedaliero o intra-carcerario, per la valutazione dei livelli di sicurezza più adeguati da adottare; ovvero nella valutazione di un eventuale trasferimento da un servizio di psichiatria forense e non ad un altro a più alto o più basso livello di sicurezza.

Una netta preponderanza di punteggi 3 e 4 ai diversi item del DUNDRUM-1 nella fase di pre-ammissione depone per la necessità dell'inserimento in una struttura forense a più alto livello di sicurezza, cioè a dire in REMS, ovvero per la necessità della applicazione di una misura di sicurezza psichiatrica detentiva; per punteggi prevalentemente più bassi, di 2, potrebbe essere sufficiente la misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata, giudizio condizionato, ad esempio anche dalle risorse socio-sanitarie del territorio, dalla presenza di una famiglia supportiva, dalla compliance del paziente, e così via. Con punteggi prevalenti ancora più bassi, potrebbe essere sufficiente l'inserimento in una comunità non forense o, se vi sono garanzie di continuità trattamento, il semplice affidamento ambulatoriale al servizio psichiatrico territorialmente competente.

Il DUNDRUM-1 inoltre è concepito come uno strumento di giudizio professionale strutturato estremamente efficace, da usare anche in fase di valutazione sulla opportunità del passaggio del paziente già internato in REMS ad un livello di sicurezza inferiore o viceversa.

Strumento di valutazione, dunque, di particolare interesse per il modello trattamento forense adottato in Italia in grado di garantire trasparenza e coerenza nel processo decisionale.

In particolare, gli item del **DUNDRUM 1** sono i seguenti:

- Item 1 Triage sicurezza: Gravità della violenza
- Item 2 Triage sicurezza: Gravità dell'autolesionismo
- Item 3 Triage sicurezza: Immediatezza del Rischio di Violenza dovuto a dis. Mentale
- Item 4 Triage sicurezza: Immediatezza del rischio di suicidio
- Item 5 Triage sicurezza: Bisogno dello specialista forense
- Item 6 Triage sicurezza: Evasione/fuga
- Item 7 Triage sicurezza: Prevenire l'accesso
- Item 8 Triage sicurezza: Sensibilità della vittima/Questioni di pubblica sicurezza
- Item 9 Triage sicurezza: Esigenze complesse riguardanti il rischio di violenza
- Item 10 Triage sicurezza: Comportamento istituzionale
- Item 11 Triage sicurezza: Procedimento legale

I punteggi per gli item del DUNDRUM 1 hanno una ottima coerenza interna (Flynn et al 2011) e gli stessi risultati sono stati replicati anche in altre giurisdizione (Freestone et al 2015).

Il DUNDRUM-2 trova utilizzo specifico nei pazienti

inseriti nelle liste di attesa e va abbinato in questi casi al DUNDRUM-1 che valuta l'esatto livello di sicurezza come risposta trattamento specifica rispetto ai bisogni altrettanto peculiari del paziente.

Gli item del triage di urgenza del DUNDRUM-2 sono dedicati a fornire un supporto per decidere chi, all'interno delle liste d'attesa per l'ammissione ad un dato livello di sicurezza, ha più urgenza di essere ammesso, eventualmente anche scavalcando l'ordine di inserimento temporale nella lista. In generale, un punteggio alto (prevalenza di 4) indica una urgenza maggiore di inserire il paziente in una struttura a più alto livello di sicurezza e via via a discendere in termini di gravità.

Questo, evidentemente, al di là del criterio cronologico di inserimento nella lista di attesa.

Gli item del triage di urgenza del DUNDRUM-2 sono dedicati a fornire un supporto strutturato per decidere chi, all'interno delle liste d'attesa per l'ammissione ad un dato livello di sicurezza, ha più urgenza di essere ammesso. In generale, un punteggio alto indica una urgenza maggiore.

Gli item del **DUNDRUM 2**, sono:

- Item 1 A Triage d'Urgenza: Paziente in comunità forense
- Item 1 B Triage d'Urgenza: Detenuti in carcere in attesa di giudizio
- Item 1 C Triage d'Urgenza: Detenuti condannati in via definitiva
- Item 1 D Triage d'Urgenza: Trasferimenti prioritari a livelli di sicurezza terapeutica più alti
- Item 1 E Triage d'Urgenza: Trasferimenti prioritari al medesimo livello o ad uno inferiore di sicurezza terapeutica
- Item 2 Triage d'Urgenza: Salute mentale
- Item 3 Triage d'Urgenza: Prevenzione del suicidio
- Item 4 Triage d'Urgenza: Questioni umanitarie
- Item 5 Triage d'Urgenza: Questioni sistemiche
- Item 6 Triage d'Urgenza: Urgenza legale

Solo apparentemente di più complessa comprensione ma anche di più ampio supporto al giudizio strutturato, l'item 1, suddiviso in 5 diverse opzioni di scelta a seconda del contesto di riferimento in cui è collocato il paziente in fase di pre-ammissione: comunità forense; detenuto in carcere in attesa di giudizio; detenuto con pena definitiva in carcere; eventuale trasferimento da un livello più alto di sicurezza (ad es. REMS) ad uno più basso (comunità forense in libertà vigilata) o viceversa. Il diverso contesto di pre-ammissione rappresentando in effetti una variabile valutativa di grande significatività.

DUNDRUM-3: Item di Completamento del Programma

Un programma trattamento forense con pazienti assistiti in strutture forensi che hanno una storia pregressa di episodi violenti in relazione causale con la condotta violenta

tenuta ha due obiettivi principali: ridurre la probabilità (rischio) di futuri comportamenti violenti e, secondariamente come conseguenza del primo, ridurre la gravità del danno, qualora, a progetto terapeutico-riabilitativo terminato e dimissione avvenuta, dovessero riproporsi condizioni cliniche e di contesto simili a quelle che in precedenza ne hanno generato uno. Da coloro i quali sono dimessi da un servizio psichiatrico-forense (REMS o comunità) o trasferiti da un livello di sicurezza terapeutico più alto ad uno più basso, è ragionevole attendersi che abbiano completato i progetti riabilitativi specifici, programmati alla luce delle aree funzionali più valide dei pazienti, delle risorse di cui dispongono – interne ed esterne – e delle condizioni cliniche e non, che avevano reso necessario la loro originaria ammissione al servizio forense, così come è ragionevole aspettarsi che si riduca la probabilità (rischio) per il futuro che si assuma ancora tale condotta.

Il DUNDRUM 3 supporta l'équipe di cura nel fare tale genere di valutazione, tenendo comunque sia a mente che la remissione psicopatologica (assenza di sintomi) non è tuttavia equivalente al recupero e la remissione non è di per sé sufficiente per una dimissione. Questa va pensata anche tenendo a mente altri fattori legati alla recovery: risorse del territorio; struttura ed eventuale supporto della famiglia; possibilità abitative del paziente; posizione economica del paziente; garanzie sulla continuità delle cure, ed altro ancora. Il DUNDRUM-3 è progettato per valutare i progressi nei programmi di trattamento in settori selezionati per la loro rilevanza ai bisogni forensi. Dimostrare progressi in questi settori dovrebbe ridurre il rischio di recidiva e, più in particolare, ridurre la gravità del comportamento offensivo tenuto. Ciò che viene valutato è la presenza, l'impegno e i contributi attivi del paziente al trattamento che lo riguarda.

Gli elementi di Completamento del Programma del DUNDRUM-3 e di Recovery del DUNDRUM-4 dovrebbero essere di supporto quando si prendono decisioni che emergono alla luce di evidenti cambiamenti terapeutici e di recupero del paziente e con la disponibilità a passare a programmi con livelli di sicurezza inferiori o comunitari.

La soglia per l'ammissione ad un dato livello di sicurezza terapeutica può cambiare nel tempo, tanto da rendersi terapeuticamente vantaggioso un trasferimento da un livello più alto di sicurezza (REMS) ad uno più basso ovvero la dimissione dalla struttura forense in cui il paziente è attualmente allocato con proposta di revoca della misura di sicurezza psichiatrica o proposta di attenuazione della stessa: da una misura di sicurezza detentiva ad una non detentiva.

Questa disponibilità a tali modifiche nell'assetto strutturale del paziente è largamente determinata dagli effetti dinamici di cambiamenti durante la permanenza del paziente in struttura; cartina di tornasole in tal senso, secondo il DUNDRUM è costituita dall'andamento dei permessi esterni accordati al paziente. Per questa ragione, gli items di guarigione (DUNDRUM-3 e DUNDRUM-4) andrebbero valutati alla prima occasione utile, ideal-

mente allo stesso momento del primo punteggio degli items del Triage (DUNDRUM-1 e DUNDRUM-2) ed i primi due andrebbero considerati inseparabili l'uno dall'altro.

In generale, per l'uso del DUNDRUM, si raccomanda fortemente che i punteggi siano completati solo con l'ausilio del manuale completo, dal momento che le definizioni sono essenziali se si desiderano raggiungere affidabilità e consistenza della valutazione.

Peraltro, lo stesso manuale sottolinea come i punteggi ottenuti ai diversi Tool sono più accurati se completati insieme dal team dei diversi professionisti sanitari che collaborano tra loro (psichiatra, psicologo, infermiere, tecnico della riabilitazione psichiatrica, assistente sociale, educatore professionale).

Infine, si raccomanda di coinvolgere nel processo valutativo e decisionale, qualora possibile, lo stesso paziente come parte integrante del processo terapeutico-riabilitativo, fornendo al paziente la versione di auto-valutazione del DUNDRUM-3 e DUNDRUM-4, sebbene, evidentemente, la decisione riguardante l'ammissione, il trasferimento o la proposta di dimissione rimanga sempre prerogativa sotto la responsabilità del clinico.

In particolare, gli item del **DUNDRUM 3** sono i seguenti:

- Item P1 di Completamento del Programma: Salute Fisica
- Item P2 di Completamento del Programma: Salute mentale
- Item P3 di Completamento del Programma: Droghe e alcol
- Item P4 di Completamento del Programma: Problemi comportamentali
- Item P5 di Completamento del Programma: Cura di sé ed attività di vita quotidiana
- Item P6 di Completamento del Programma: Istruzione, occupazione e creatività
- Item P7 di Completamento del Programma: Famiglia e rete sociale: amici e relazioni intime.

Gli item del DUNDRUM-3 prendono in considerazione i pilastri del trattamento, poi più specificamente ripresi nel DUNDRUM-4, ed offrono valutazioni alternative dei fattori rilevanti per le decisioni sul trasferimento in strutture forensi a minore livello di sicurezza (Davoren et al 2012) e per concordare un maggiore accesso ai permessi e raccomandare la dimissione con o senza condizionalità (Davoren et al 2013).

È abbastanza intuitivo che punteggi molto alti al DUNDRUM-3 segnalano la necessità di permanenza in REMS del paziente e via via a discendere per i livelli di sicurezza da garantire e per la persistenza in sicurezza del trattamento a condizioni intermedie (prevalenza di 2), fino in ultimo (prevalenza di 1) alla proposta di dimissione, mano a mano che i punteggi divengono prevalentemente più bassi.

La serie di item del DUNDRUM-4 ha lo scopo di for-

nire uno strumento di valutazione efficace per un giudizio professionale strutturato che supporti la decisione di trasferire pazienti da livelli più alti a livelli più bassi di sicurezza terapeutica ovvero di dimettere il paziente da una struttura forense o non forense in maniera condizionale oppure senza alcuna misura di sicurezza.

Si tratta pertanto di strumento di supporto al processo di recovery successivo alla dimissione ed alla valutazione dell'adeguatezza del trattamento effettuato e di ciò che andrà fatto in futuro affinché sia garantita la stabilità ottenuta durante il percorso di cura in REMS o altra struttura forense. I punteggi più bassi naturalmente guideranno i sanitari verso i giudizi più favorevoli alla dimissione con o senza condizionalità del paziente.

Il DUNDRUM 4 dovrebbe sempre essere usato insieme alla serie di item che riguardano il completamento dei programmi terapeutici contenuti nel DUNDRUM 3.

In particolare, gli item del **DUNDRUM 4** sono i seguenti:

- Item 1 di recovery: Stabilità
- Item 2 di recovery: Insight
- Item 3 di recovery: Rapporto terapeutico
- Item 4 di recovery: Permessi
- Item 5 di recovery: Item di rischio dinamici
- Item 6 di recovery: Sensibilità della vittima
- Item 7 di recovery: Speranza.

Il DUNDRUM-3 ed il DUNDRUM-4 hanno dimostrato di avere una eccellente coerenza interna ed una affidabilità *inter-rater* (O'Dwyer et al 2011).

A completamento dello strumento, il self-report del DUNDRUM-3 e del DUNDRUM-4, vale a dire di uno strumento di auto valutazione che compila direttamente il paziente, con gli stessi item, più o meno, che compongono la formulazione usata dai sanitari.

Le versioni auto-valutative del DUNDRUM-3 e DUNDRUM-4 sono state validate (Davoren et al 2015) e possono dimostrarsi utili per la comunicazione e l'impegno nella stesura di piani di cura e trattamento individuali orientati alla recovery.

Peraltro, il divario tra le valutazioni del personale sanitario e l'autovalutazione dei pazienti è esso stesso un utile indicatore del progressivo recupero nel tempo.

Si tratta del resto di uno strumento ad alta valenza etica che coinvolge il paziente forense in maniera trasparente nelle valutazioni che lo riguardano, di cui egli stesso ha contezza. Il meccanismo di autovalutazione del self-report è sovrapponibile a quello di supporto al giudizio strutturato dei sanitari.

Considerata l'importanza del DUNDRUM Toolkit, così duttile ed ampio nel suo ambito di applicazione, specie in un modello trattamentale forense quale è quello italiano, tutto proteso alla riabilitazione, si ritiene che esso si presti molto bene alla valutazione del livello di sicurezza terapeutica per pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato a rischio di violenza e di recidiva, alla gestione del problema delle liste di attesa con criteri più oggettivi, uni-

tari e condivisi, nonché alla pianificazione del trattamento, alla valutazione dell'appropriatezza dello stesso, della sua efficacia e del momento più opportuno di dimettere il paziente, con o senza condizionalità successiva alla dimissione ed alle questioni legate alla recovery del paziente nel suo contesto.

Diviene, dunque, fondamentale, a parere dei curatori dell'opera, mettere a disposizione dei Dipartimenti di Salute Mentale che coordinano le REMS e le comunità forensi, come anche degli esperti psichiatri forensi, del DAP e delle strutture carcerarie e comunitarie, forensi e non, oltre che dei ricercatori, questo strumento originale, giunto ora ad essere validato per la popolazione italiana ed il sistema sanitario italiano, che sarà pubblicata a breve contemporaneamente ad analoghi processi di validazione fatti in altri paesi europei.

Metodologia di indagine

Per raggiungere questo fine, dopo aver tradotto l'opera su autorizzazione degli autori dello strumento (Carabellese F & Carabellese F) ed averla adattata alla realtà normativa italiana, anche attraverso un percorso di confronto progressivo ed in più tappe con i sanitari che hanno partecipato alla ricerca, è stato arruolato un campione su tutto il territorio nazionale composto da oltre 250 autori di reato affetti da disturbi mentali, provenienti da diversi contesti: REMS italiane, varie strutture socio-assistenziali intra ed extra carcerarie, centri clinici intra ed extra carcerari, detenuti con disturbi mentali potenzialmente trasferibili in strutture ospedaliere e/o forensi, comunità psichiatrico-forensi, pazienti inseriti in liste di attesa con misure di sicurezza psichiatrica, accompagnando l'attribuzione dei punteggi degli item del DUNDRUM ad altre valutazioni storiche ed attuariali, attraverso una scheda raccolta dati allegata, acquisibili dalla documentazione e/o tramite brevi interviste.

Più in dettaglio, hanno partecipato alla ricerca le REMS e strutture sanitarie e penitenziarie del Piemonte, della Lombardia, del Veneto, della Toscana, del Lazio, della Campania, della Puglia, della Basilicata, della Calabria e della Sicilia.

Preliminarmente all'arruolamento dei pazienti, si è provveduto a formare tutti i sanitari coinvolti (psichiatri, psicologi ed altri professionisti sanitari) nel progetto di ricerca multicentrico attraverso incontri finalizzati a questo scopo a cura del Prof. Felice Carabellese, a sua volta formato all'utilizzo dello strumento dal Prof. Henry Gerard Kennedy presso il Mental Central Hospital di Dublino di cui era Clinical Director negli anni 2018 e 2019.

Si è proceduto poi ad effettuare verifiche periodiche sull'andamento dell'arruolamento dei pazienti confrontandosi periodicamente con tutti i ricercatori coinvolti, al fine di rendere omogenei i criteri di valutazione e di utilizzo del DUNDRUM.

Tali verifiche sono state supervisionate dal Prof. Henry Gerard Kennedy, ideatore e curatore, insieme ad altri psi-

chiatrici forensi, del DUNDRUM Toolkit.

La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico del Policlinico Universitario di Bari (prot. N. 66510/AA. GG del 16.09.2020).

In questa sede non saranno riportati i dati ottenuti dalla ricerca finalizzata alla validazione del DUNDRUM per la popolazione italiana, costituendo essi oggetto di un progetto editoriale specifico successivo, contestuale alla validazione dello strumento anche in altri paesi europei, di prossima concretizzazione. Vale la pena di anticipare tuttavia che il DUNDRUM, nel suo adattamento italiano, ha dimostrato di possedere una eccellente coerenza interna ed una affidabilità inter-rater molto elevata.

Si dimostra, dunque, a parere dei curatori dell'opera e dei sanitari che hanno contribuito all'arruolamento dei pazienti, strumento ideale per il modello trattamentale forense italiano.

Discussione

La chiusura degli OPG che ha dato corso alla deistituzionalizzazione dei pazienti affetti da disturbi mentali che, a motivo della loro malattia, si rendono responsabili di condotte penalmente rilevanti, rappresenta per il nostro Paese il compimento di un processo cominciato ormai cinquanta anni fa ed a lungo rimasto incompleto. Da questo punto di vista non può che incontrare il favore di tutti i sanitari coinvolti ma anche del nostro tessuto sociale.

Dal 2015, anno della chiusura degli OPG è passato poco tempo per poter trarre delle conclusioni, ma sufficientemente lungo per riflettere sui punti di forza e sulle criticità e valorizzare i primi ma cercare al tempo stesso di eliminare le seconde o quantomeno ridurle sensibilmente.

Molto è stato fatto, ma molto resta ancora da fare. In termini di formazione – l'Università è da questo punto di vista piuttosto assente e certamente dovrebbe fare di più –, di buone pratiche cliniche e riabilitative – alcune società scientifiche si sono attrezzate per stilare, sia pure molto sinteticamente, delle linee guida sulla riabilitazione forense –, di cultura dell'uso terapeutico della sicurezza e di sicurezza dei professionisti sanitari che lavorano nei contesti forensi, del riconoscimento di una specificità trattamentale e di prassi che separano e necessariamente devono rimanere separate fra psichiatria generale e psichiatria forense, di maggior omogeneizzazione delle pratiche trattamentali e riabilitative forensi su tutto il territorio nazionale, di gestione più efficace e oggettiva delle liste di attesa, ed in ultimo e, forse, soprattutto, in termini di riassetto normativo dell'intera filiera della valutazione della sociale pericolosità sociale e dell'applicazione delle misure di sicurezza psichiatriche.

Non vi è dubbio, del resto, che la Legge 81 del 2014 ha rappresentato una riforma coraggiosa, guardata con interesse da tutti i paesi occidentali, ma anche con un certo scetticismo, un punto di svolta eticamente più in linea con i diritti dei pazienti, ma forse ha trascurato di considerare appieno i diritti e la salvaguardia dell'integrità psico-fisica

dei professionisti sanitari che di quei pazienti si prendono cura quotidianamente. E certo non può dirsi che non siano pazienti ad alta complessità, con aspetti diversi da quelli che si rivolgono ai servizi psichiatrici territoriali pubblici abitualmente e che conservano una stabilità psicopatologica attivamente collaborativa con le strutture psichiatriche territoriali.

Pazienti forensi, dunque, che richiedono in definitiva capacità e competenze professionali particolari e specifiche. Tutelare i primi – i pazienti forensi – senza garantire la sicurezza ed il benessere dei secondi – i sanitari che lavorano in contesti di cura forensi – rischia di minare alla base la credibilità e l'efficacia della riforma stessa. Una nuova cultura forense, ancorata ai principi di cura comunitari che costituiscono patrimonio storico della disciplina psichiatrica clinica italiana, che mutui al tempo stesso pratiche e strumenti da tempo utilizzati negli altri Paesi occidentali in tutti i contesti forensi di cura, deve costituire obiettivo primario della psichiatria forense italiana.

Conclusioni

Nel nuovo modello trattamentale e riabilitativo forense che si è andato delineando in Italia con la chiusura degli OPG e l'istituzione delle REMS, l'utilizzo sistematizzato del DUNDRUM Toolkit, in tutte le sue diverse e composite parti, sembra, a parere degli autori, particolarmente utile ed efficace.

Intanto perché consentirebbe, già in sede di perizia, di valutare oggettivamente e con alto grado di predittività, la necessità o meno di una misura di sicurezza psichiatrica e, nel primo caso, il livello di sicurezza più adeguato alla pericolosità che specificamente il soggetto pone.

Vi è poi tutta la complessa questione delle liste di attesa che pure può trovare conforto più oggettivo, al di là del mero criterio cronologico, dall'uso di questo strumento di valutazione che contiene una scala apposita graduata sull'impellenza di un ricovero in sicurezza del paziente. Da questo punto di vista l'esperienza del Piemonte è incoraggiante.

Infine il DUNDRUM-3 e DUNDRUM-4 utili per un giudizio strutturato oggettivo, condiviso, trasparente, che potrebbe diventare anche criterio omogeneo comune, sull'efficacia del trattamento forense e sulla recovery post-dimissione.

Utile pertanto anche nelle verifiche periodiche sulle condizioni del paziente in REMS e per le comunicazioni da fare all'autorità Giudiziaria.

Per non tacere poi del self-report. Utilissimo a parere degli ideatori dello strumento, parere confermato dall'esperienza accumulata dagli autori e da quanti hanno partecipato alla ricerca, nel coinvolgere i pazienti internati in REMS nel processo decisionale che attiene il trattamento che li riguarda, cartina di tornasole eticamente sensibile e rispettosa del loro punto di vista sull'efficacia del trattamento e momento di confronto trasparente con i sanitari che se ne prendono cura.

Un unico strumento in definitiva, composito e duttile, di agevole utilizzo, che risponde a tante esigenze e precise caratteristiche del nostro modello trattamento forense, ed anche ad alcune criticità, che potrebbe essere adottato facilmente da tutti i professionisti sanitari impegnati nei diversi contesti forensi, assumendo così vocabolo fondamentale in vista di un auspicabile, futuro, alfabeto comune e riconosciuto, omogeneo per tutti gli autori coinvolti in questo complesso ed interessante ambito di intervento.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM*, 5th ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Barbui, C., & Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new evolution begins? *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 445-446.
- Buchanan, A., Sint, K., Swanson, J., & Rosenheck, R. (2019). Correlates of Future Violence in People Being Treated for Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 176(9), 694-701.
- Carabellese F., & Felthous A. R. (2016). Closing Italian forensic psychiatry hospitals in favor of treating insanity acquittees in the community. *Behavioral Science and the Law* 34(2-3), 444-59.
- Carabellese, F. (2017). Closing OPG: Socially Dangerous Mentally Ill Offenders' Diagnostic Tools. From Forensic-Psychiatric Evaluation to the Treatment. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 173-181.
- Carabellese, F., Urbano, M. T., Coluccia, A., & Mandarelli, G. (2018). Informed consent in forensic treatment. Lights, shadows, assumptions, perspectives. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 12(3), 207-214.
- Caretti, V., Ciappi, S., Scarpa F., Castelletti, L., Catanesi R, Carabellese F, Ferracuti S, Nava F, Nicolò G, Paterniti R, Rivellini G. & Schimmenti, F. (Eds). (2019) *HCR20-3 Checklist per la valutazione del rischio di recidiva di un crimine violento. Adattamento italiano*. Firenze: Hogrefe.
- Caretti, V., Manzi, G. S., Schimmenti, A., & Seragusa, L. (Eds.) (2011). *PCL-R. Hare Psychopathy Checklist-Revised di: Hare, R.D.* Florence, Giunti O.S.
- Casacchia, M., Malavolta, M., Bianchini, V., Giusti, L., Di Michele, V., Giosuè, P., ... Xocco, W. (2015). Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: A new deal per la salute mentale? *Rivista di Psichiatria*, 50(5), 199-209.
- 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, 182-89.
- Catanesi, R. (2017). La responsabilità professionale dello psichiatra ai tempi delle REMS. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 182-192.
- Catanesi R, Mandarelli G, Ferracuti S, Valerio A, Carabellese F (2019). The new residential forensic psychiatric system (REMS). A 1-year population study. *Rassegna Italiana di Criminologia*, num. spec.
- Collins H. & Evans R. (2007). *Rethinking Expertise*. Chicago: University of Chicago Press.
- Corleone, F. (2017). *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*. Retrieved September 28, 2019, from <https://www.camera.it/temiap/2017/02/28/OCD177-2763.pdf>
- Davoren M., O'Dwyer S., Abidin Z., Naughton L., Gibbons O., Doyle E., McDonnell K., Monks S., Kennedy H.G. (2012). Prospective in-patient cohort study of moves between levels of therapeutic security: the DUNDRUM-1 triage security, DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales and the HCR-20. *BMC Psychiatry* 2012, 12:80. DOI: 10.1186/1471-244X-12-80
- Davoren M., Abidin Z., Naughton L., Gibbons O., Nulty A., Wright B. & Kennedy H.G. (2013). Prospective study of factors influencing conditional discharge from a forensic hospital: the DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery structured professional judgement instruments and risk. *BMC Psychiatry*, 13, 185 doi:10.1186/1471-244X-13-185
- Davoren, M., Hennessy, S., Conway, C., Marrinan, S., Gill, P., Kennedy, H.G. (2015). Recovery and Concordance in a Secure Forensic Psychiatry Hospital – the self-rated DUNDRUM-3 programme completion and DUNDRUM-4 recovery scales. *BMC Psychiatry*, 15: 61.
- de Girolamo, G., Buizza, C., Sisti, D., Ferrari, C., Bulgari, V., Iozzino, L., ... & Candini, V. (2016). Monitoring and predicting the risk of violence in residential facilities. No difference between patients with history or with no history of violence. *Journal of Psychiatric Research*, 80, 5-13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.05.010>
- De Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2007). *Manuale SAPROF Valutazione strutturata dei fattori protettivi per il rischio di violenza*. Versione 1. Utrecht: Forum Educatief.
- Douglas, K.S., & Webster, C.D. (1999) The HCR-20 violence risk assessment scheme: concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice & Behavior*, 26, 3-19.
- Douglas, K. S., Shaffer, C., Blanchard, A. J. E., Guy, L. S., Reeves, K., & Weir, J. (20014). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography*. *HCR-20 Violence Risk Assessment White Paper Series*, #1. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas K.S., Vincent G.M., & Edens J.F. (2004). *Risk for criminal recidivism: The role of psychopathy*. Patrick CJ Ed Guilford Press; New York, 533-554.
- Douglas, K. S. (2014). Version 3 of the Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20V3): Relevance to violence risk assessment and management in forensic conditional release contexts. *Behavioral Sciences and the Law*, 32, 557-576. DOI: 10.1002/bsl.2134.
- El Hadidy, A.M. (2018). Schizophrenia with and without homicide: a clinical comparative study. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 23(1): 95-107.
- Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397-1403.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: Systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Fazel, S., & La, N. (2009). Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *JAMA Psychiatry*, 301(19), 2016-2023. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.675>
- Felthous, A. R., & Carabellese, F. (2018). The pharmacotherapy of clinical aggression in criminal offenders. *Rassegna Italiana Criminologia. Rassegna Italiana di Criminologia*, 12(3), 196-206.

- Felthous A.R., & Saß H. (eds.), *The International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law, Vol. 1: Diagnosis and Treatment*. Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd., 2007;135-146.
- Fioritti, A., Melega, V., Ferraiani, E., Rucci, P., Venco, C., Scaramelli, A. R., & Santarini, F. (2006). I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario. *Noos*, 12(1), 91-95. <https://doi.org/10.1722/2516.26318>
- Flynn, S., Abel Km, D., & While, D et al. (2011). Mental illness, gender and homicide: a population-based descriptive study. *Psychiatry Research.*, 185, 368-75;
- Flynn, G., O'Neill, C., McInerney, C., & Kennedy, H.G. (2011). The DUNDRUM-1 structured professional judgment for triage to appropriate levels of therapeutic security: retrospective-cohort validation study. *BMC Psychiatry*, 11: 43.
- Flynn, S., Rodway, C., Appleby, L., & Shaw, J. (2014). Serious violence by people with mental illness: national clinical survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(8), 1438-58
- Freestone, M., Bull, D., Brown, R., Boast, N., Blazey, F. & Gilluley, P. (2015). Triage, decision-making and follow-up of patients referred to a UK forensic service: validation of the DUNDRUM toolkit, *BMC psychiatry*, (15)1, 239.
- Fuller Torrey, E. (2015, June 16). Deinstitutionalization and the rise of violence. *CNS Spectrums. Cambridge University Press*. <https://doi.org/10.1017/S1092852914000753>
- Hachtel, H., Vogel, T., & Huber, C. G. (2019). Mandated Treatment and Its Impact on Therapeutic Process and Outcome Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 219. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00219>.
- Hodgings, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency, and crime. Evidence from a birth cohort. *Archives General of Psychiatry*, 49, 476-83.
- Hare, R.D. (2003). *Manual for the hare psychopathy checklist*, 2nd ed, revised. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hatchel, H., Nixon, M., Bennet, D., Mullen, P., & Ogloff, J. (2018). Motives, offending behaviour, and gender differences in murder perpetrators with or without psychosis. *Journal of Interpersonal Violence*.
- Howner, K., Andiné, P., Bertilsson, G., Hultcrantz, M., Lindström, E., Mowafi, F., ... Hofvander, B. (2018). Mapping Systematic Reviews on Forensic Psychiatric Care: A Systematic Review Identifying Knowledge Gaps. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 452. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2-018.00452>
- Kennedy, H. G. (2002). Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 433-443. <https://doi.org/10.1192/apt.8.6.433>
- Kennedy, H.G., O'Neil, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2016). *National Forensic Mental Health Service, Central Mental Hospital, Dunderum, Dublin 14, Ireland & Academic Department of Psychiatry*, University of Dublin, Trinity College.
- Kennedy, H.G., Carabellese, F., & Carabellese, F. (2021). Evaluation and management of violence risk for forensic patients: is it a necessary practice in Italy? *Journal of Psychopathology*, 27, 11-8. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-415>.
- Jeandarme I., Habets P., & Kennedy H. (2019). Structured versus unstructured judgment: DUNDRUM-1 compared to court decisions. *International Journal of Law and Psychiatry* 2019, 64, 205-210
- Logan, C., & Blackburn, R. (2009). Mental disorder in violent women in secure settings: Potential relevance to risk for future violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(1), 31-38. <https://doi.org/10.1016/J.-IJLP.2008.11.010>
- Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. Huchzermeier, C., Friedeman, G., Emelie, B., Godt, N., Kohler, D., Hinrichs, G., & Aldenhoff, J.B. (2007). The relationship between DSM-IV Cluster B personality disorders psychopathy according to Hare's criteria: Clarification and resolution of previous contradictions. *Behavioural Sciences and Law*, 25, 901-911.
- Mandarelli, G., Carabellese, F., Felthous, A. R., Parmigiani, G., Del Casale, A., Catanesi, R., & Ferracuti, S. (2019). The factors associated with forensic psychiatrists' decisions in criminal responsibility and social dangerousness evaluations. *International Journal of Law and Psychiatry*, 66, 101503. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2019.101503>
- Margari, F., Matarazzo, R., Casacchia, M., Roncone, R., Dieci, M., Safran, S., & Simoni, L. (2005). Italian validation of MOAS and NOSIE: a useful package for psychiatric assessment and monitoring of aggressive behaviours. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(2), 109-118. <https://doi.org/10.1002/mpr.22>
- Margari, F., Siculo, M., Spinelli, L., Mastroianni, F., Pastore, A., Craig, F., & Petruzzelli, M. G. (2012). Aggressive behavior, cognitive impairment, and depressive symptoms in elderly subjects. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 8, 347-353. <https://doi.org/10.2147/NDT.S33745>.
- McDermott, B.E., Edens, J.F., Quanbeck, C.D., Busse, D., & Scott, C.L. (2008). Examining the role of static and dynamic risk factors in the prediction of inpatient violence: Variable- and person-focused analyses. *Law and Human Behavior*, 32, 325-338.
- Meloy JR: *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics, and Treatment*. Jason Aronson, Inc.1988.
- Ministero della Salute. (2018). Rapporto salute mentale Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale (SISM). Retrieved from http://www.salute.gov.it/imgs-C_17_pubblicazioni_2841_allegato.pdf
- Ministry of Justice. (2019). Detenuti per posizione giuridica - 31 dicembre 2008. Retrieved September 28, 2019, from: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facet-Node_1=1_5_4&contentId=SST32974&previousPage=mg_1_14u
- Mohr, P., Knytl, P., Voráková, V., Bravermanová, A., & Melicher, T. (2017). Long-acting injectable antipsychotics for prevention and management of violent behaviour in psychotic patients. *International Journal of Clinical Practice*, 71(9), e12997. <https://doi.org/10.1111/ijcp.12997>
- Mullen, P. E., Burgess, P., Wallace, C., Palmer, S., & Ruschena, D. (2000). Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*, 355(9204), 614-617. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(99\)05082-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(99)05082-5)
- O'Dwyer S., Davoren M., Abidin Z., Doyle E., McDonnell K., & Kennedy H.G. (2011). The DUNDRUM Quartet: validation of structured professional judgement instruments DUNDRUM-3 assessment of programme completion and DUNDRUM-4 assessment of recovery in forensic mental health services. *BMC Research Notes*, 4, 229.
- O'Reilly K., O'Connell P., Corvin A., O'Sullivan D., Coyle C., Mullaney R., O'Flynn P., Grogan K., Richter M., & Kennedy H. (2018). Moral cognition and homicide amongst forensic patients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a cross-sectional cohort study. *Schizophrenia Research*. 193: 468-9.
- Otto, R. K. (2000). Assessing and managing violence risk in

- outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1239-1262.
- Porter, S., & Porter, S. (2007). Psychopathy and violent crime. In H. Herve, & J. C. Yuille (Eds.), *The psychopath: Theory, research, and practice* (pp. 287-300).
- Sgarbi, C., Paulillo, G., Frivoli, G. F., Domiano, P., Molinaro, V. I., Pellegrini, P., ... De Fazio, L. (2017). L'esperienza della REMS di Casale di Mezzani: funzionamento della struttura e caratteristiche dei pazienti ricoverati. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 203-212.
- Tarsitani, L., & Biondi, M. (2016). Migration and mental health: new challenges. *Rivista di Psichiatria*, 51(2), 45-46. <https://doi.org/10.1708/2246.24192>
- Traverso, S., & Traverso, G. B. (2017). La nascita delle REMS in Toscana ai sensi della Legge n. 81/2014. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 220-223.
- Verona, E., Sprague, J., Sadeh, N. (2012). Inhibitory control and negative emotional processing in psychopathy and antisocial disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 498-510.
- Vogel, V., Ruiters, C., Hildebrand, M., Bos, B., & van de Ven, P. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- Webster, C.D., Eaves, D., Douglas, K.S., & Wintrup, A. (1995). *The HCR-20 scheme: The assessment of dangerousness and risk*. Vancouver, B.C.: Mental Health Law and Policy Institute, and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing the Risk for Violence* (Version 2). Vancouver: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.