

Individualized multidisciplinary diagnostic-therapeutic-rehabilitative and care paths
in the Italian residential forensic psychiatric system (REMS)Percorsi diagnostico-terapeutico-riabilitativi
e assistenziali multidisciplinari individualizzati in REMS

Livia Sanna | Edi Da Rugna | Artur Obexer | Silvia Bridi | Martina Degasperì | Andreas Conca

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Sanna, L., et al. (2023). Individualized multidisciplinary diagnostic-therapeutic-rehabilitative and care paths in the Italian residential forensic psychiatric system (REMS). *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII, 4, 253-264. <https://doi.org/10.7347/RIC-042023-p253>

Corresponding Author: Edi Da Rugna
email edi.darugna@sabes.it

Copyright: © 2023 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.

© The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest. This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors

Received: 27.07.2021

Accepted: 08.05.2023

Published: 30.12.2023

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
[doi10.7347/RIC-042023-p253](https://doi.org/10.7347/RIC-042023-p253)

Abstract

The Residence for the Execution of Safety Measures (RESM) is a psychiatric-forensic health facility housing who has been found not criminally responsible for a violent crime because of a mental illness, but also declared dangerous so that the treatment and rehabilitation in the community-based mental system are not possible.

Given the dual mission of the facility of reducing social danger while supporting community integration, the authors suggest creating user-centered diagnostic-therapeutic care programs, with both rehabilitative and forensic nature, carried out by multidisciplinary teams who work in an integrated and flexible way in a three-phase project, with the purpose for the patient to take responsibility and to develop alternative strategies to violence.

Keywords: REMS, forensic, social dangerousness, social reintegration, multidisciplinary

Riassunto

La Residenza per l'esecuzione di misure di sicurezza (REMS) è una struttura sanitaria psichiatrico-forense che accoglie pazienti psichiatrici autori di reato con una pericolosità sociale tale per cui non è possibile un percorso alternativo sul territorio.

Alla luce della duplice mission della struttura di ridurre la pericolosità sociale del paziente e sostenerne il reintegro nel tessuto sociale di provenienza, gli autori propongono la formulazione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali incentrati sul paziente, con carattere sia riabilitativo che forense, ad opera di équipes multidisciplinari in grado di intervenire in modo integrato e flessibile in un progetto articolato in tre fasi, diagnostica, terapeutico-riabilitativa intensiva e di licenza finale di esperimento, finalizzato all'assunzione di responsabilità e allo sviluppo di strategie alternative alla violenza.

Parole chiave: REMS, forense, pericolosità sociale, reinserimento sociale, multidisciplinare

Dr.ssa Livia Sanna, psichiatra, Equipe di psichiatria forense, Servizio di Psichiatria, Bolzano | **Dott.ssa Edi Da Rugna**, assistente sociale e criminologa, Equipe di psichiatria forense, Servizio di Psichiatria, Bolzano | **Dott. Artur Obexer**, psicologo giuridico, Equipe di psichiatria forense, Servizio di Psichiatria, Bolzano | **Dott.ssa Silvia Bridi**, tecnica della riabilitazione psichiatrica, Centro di riabilitazione psichiatrica Gelmini, Servizio di Psichiatria, Bolzano | **Dott.ssa Martina Degasperì**, terapeuta occupazionale, Day Hospital, Servizio di Psichiatria, Bolzano | **Prof. Univ. Dr. Andreas Conca**, psichiatra, Direttore del Servizio di psichiatria.

Individualized multidisciplinary diagnostic-therapeutic-rehabilitative and care paths in the Italian residential forensic psychiatric system (REMS)

Introduzione

La relazione tra malattia mentale ed aggressività è da decenni oggetto di studio (Bychowski, 1967; Häfner & Böker, 1973). La recente letteratura conferma un aumento da 2 a 4 volte del rischio relativo di comportamenti violenti in un'ampia gamma di disturbi psichiatrici (Whiting, Lichtenstein & Fazel, 2021), in particolare spettro schizofrenico (Fazel, Gulati, Linsell, Geddes & Grann, 2009), disturbi dell'umore (Webb, Lichtenstein, Larsson, Geddes, & Fazel, 2014) e disturbi di personalità (Yu, Geddes & Fazel, 2012). Tuttavia, diversi autori sottolineano come tale rischio sia mediato da altri fattori sia clinici che sociodemografici (Carpiniello, Vita & Menciacci, 2020; Fazel, Smith, Chang & Geddes, 2018; Whiting et al., 2021). I principali fattori di rischio di violenza in soggetti affetti da patologia psichiatrica sono rappresentati dal consumo di sostanze psicoattive e dalla presenza di precedenti penali; altri fattori predittivi sembrano essere il genere maschile, il basso livello socioeconomico, la storia di violenza assistita e la familiarità per uso di sostanze o comportamenti violenti (Carpiniello et al., 2020; Fazel et al., 2018; Whiting et al., 2021). Come dimostrato in diversi studi, anche fattori familiari sembrano risultare confondenti in tale associazione tanto che fratelli e sorelle sani di soggetti con schizofrenia o disturbo bipolare mostrano un rischio relativo di violenza inferiore rispetto a questi ultimi, ma comunque superiore rispetto alla popolazione generale (Fazel, Wolf, Palm & Lichtenstein, 2014; Webb et al., 2014).

Negli ultimi anni l'Italia ha visto evolversi il concetto di gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato nel tentativo di andare oltre gli aspetti custodialistici e ridefinire gli interventi terapeutici e riabilitativi adeguati a tale utenza. In quest'ottica, a partire dalla Legge 9/2012 in materia di sovraffollamento delle carceri, passando per la Legge 57/2013 che già legiferava in merito alla dimissione dei pazienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e definitivamente con la Legge 81/2014 recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli OPG, sono state istituite le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

Le REMS sono strutture sanitarie destinate all'accoglienza e alla cura degli autori di reato affetti da disturbi mentali ritenuti socialmente pericolosi alla luce dei criteri delineati dall'art. 133 c.p. e connotate da una esclusiva gestione sanitaria e da un numero limitato di posti letto (Secchi & Calcaterra, 2018). Detti soggetti vengono inviati dalla Magistratura in custodia cautelare e in misura di sicurezza detentiva e la loro ammissione e dimissione da detta struttura è di esclusiva competenza della Magistra-

tura così come il controllo perimetrale che spetta alle Prefetture; per quanto concerne invece i progetti diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) individualizzati, essi sono di esclusiva competenza della sanità pubblica (D.P.C.M. 1 aprile 2008; art. 3-ter decreto-legge 22.12.2011 n. 211 convertito in Legge 17 febbraio 2012 n. 9).

La legge ha infatti stabilito che ogni paziente autore di reato, in cui si riscontri un vizio di mente, totale o parziale (artt. 88 e 89 C. p.), e una elevata pericolosità sociale (art. 203 C. p.), abbia la possibilità di aderire ad un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato formulato e gestito dal Dipartimento di Salute Mentale e trasmesso al Ministero della Salute e all'Autorità Giudiziaria entro 45 giorni dall'ingresso del paziente in struttura, volto a consentirgli il recupero di un ruolo sociale gratificante per la persona e allo stesso tempo adattivo e funzionale per la comunità (Scarpa, Castelletti & Lega, 2017).

Ad oggi sono 30 le REMS che insistono sul territorio italiano con un totale di circa 600 posti letto per una popolazione in gran parte di sesso maschile e nazionalità italiana, con un'età media di 40 anni, un basso livello d'istruzione ed un elevato tasso di disoccupazione (Lombardi et al., 2019). Ad un anno dall'apertura delle REMS, Catanesi e colleghi (2019) riportavano come la maggior parte dei pazienti (82,2%) risultasse già nota ai servizi di salute mentale al momento dell'ingresso in REMS con una durata media di malattia di 11,5 anni; più del 70% dei soggetti era già stato ricoverato in ambiente psichiatrico in precedenza e più della metà (54,8%) era stato sottoposto almeno una volta a trattamento sanitario obbligatorio. Come confermato da pubblicazioni successive, gli autori riportavano come i quadri psicopatologici più frequentemente riscontrati rientrassero nello spettro schizofrenico seguiti dai disturbi di personalità, soprattutto di tipo borderline ed antisociale, e dai disturbi affettivi; elevato era anche il tasso di comorbidità psichiatrica data soprattutto dalla presenza di disturbi da uso di sostanze nel 27,5% dei soggetti (Catanesi, Mandarelli, Ferracuti, Valerio & Carabellese, 2019; Lombardi et al., 2019; Maiorca et al., 2020; Vorstenbosch & Castelletti, 2020).

I pazienti afferiscono alle REMS soprattutto per reati violenti contro la persona, ed in particolare per omicidio e tentato omicidio e in quasi la metà dei casi riportano precedenti penali per lo più a carattere violento (Catanesi et al., 2019; Lombardi et al., 2019; Vorstenbosch & Castelletti, 2020) per i quali viene loro riconosciuta nella maggior parte dei casi (46,2%) la completa incapacità di intendere e volere e pertanto la non imputabilità, mentre solo nel 14,8% dei casi viene attribuito un vizio parziale di mente; il restante 34% verrebbe inserito in REMS in misura di sicurezza provvisoria nel caso in cui, a procedimento non an-

cora concluso, sussistessero forti indizi di commissione del fatto nonché un'elevata pericolosità sociale (Catanesi et al., 2019; Lombardi et al., 2019; Maiorca et al., 2020).

È dunque evidente come il contesto forense possieda un suo profilo di specificità relativo a metodi, trattamenti, motivazioni, obiettivi e setting di cura (Carabellese, Urbano, Coluccia, Mandarelli, 2018) e come nelle REMS si concentri una popolazione altamente complessa a causa di caratteristiche sociodemografiche, cliniche e comportamentali tali da richiedere interventi specifici che integrino diversi aspetti fondamentali quali la cura, la riabilitazione psichiatrica e la riabilitazione forense, la quale diviene indispensabile nell'ambito di un intervento volto ad evitare che gli agiti aggressivi e violenti commessi siano reiterati, così da ridurre per quanto possibile la pericolosità sociale psichiatrica dell'individuo.

Nonostante il grande passo avanti segnato dai recenti provvedimenti normativi, la cura dei pazienti psichiatrici autori di reato incontra tuttora notevoli difficoltà ed appare ad oggi estremamente eterogenea nelle diverse realtà. Nonostante la normativa (D.M. 1 ottobre 2012) preveda per l'assistenza e la gestione di un nucleo di 20 pazienti un team multidisciplinare costituito da 12 infermieri, 6 operatori sociosanitari, 2 psichiatri, 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica, 1 psicologo, 1 assistente sociale e 1 amministrativo, si rilevano differenze significative tra le varie strutture (Rivellini, 2019).

Inoltre, come osservato nella nostra esperienza e nel regolare scambio con altri professionisti dello stesso settore, mentre alcune strutture prediligono la riabilitazione psichiatrica in senso stretto, altre hanno scelto un orientamento prettamente forense focalizzato su responsabilizzazione e riduzione della pericolosità. Laddove molte strutture hanno incentrato i propri programmi sul lavoro intramurario, meno hanno ricercato offerte sociooccupazionali esterne. Inoltre, la scarsa disponibilità di risorse, in termini di personale e spazi, ha ostacolato spesso un intervento assertivo e multidimensionale sui pazienti. Infine, in alcune strutture, la persistente attribuzione agli operatori psichiatrici di un ruolo custodialistico ha fatto sì che essi si siano trovati molto spesso a dover agire compiti di controllo e gestione della sicurezza interna piuttosto che di cura e protezione dei pazienti, compromettendo così la piena realizzazione degli obiettivi terapeutici prefissati.

In un'ottica di specificità dell'intervento e multidisciplinarietà dell'approccio quindi, gli autori ritengono indispensabili protocolli standardizzati per l'assessment e la gestione del rischio di violenza nei pazienti psichiatrici e propongono a tal fine un percorso che integri le diverse attitudini che si sono andate evidenziando, definendo delle linee guida che riconoscano alla REMS l'obiettivo di cura, intesa nel più ampio senso del termine.

Ispirandosi ad altre esperienze europee, tale protocollo si delinea in più fasi tra loro distinte per contenuti, obiettivi ed interventi, ma allo stesso tempo dinamiche, così che il paziente possa accedere a moduli a diverso livello di sicurezza ed assistenza, sulla base dell'evoluzione del quadro psicopatologico, delle capacità personali, della com-

pliance e della motivazione, nonché del mutarsi delle proprie esigenze (Kolb, 2008). In particolare, il progetto prevede tre fasi articolate su due strutture, una detentiva ed un'altra riservata alle licenze finali di esperimento. Il percorso proposto si articola secondo tre fasi distinte a partire dall'assessment clinico, psicologico, forense, funzionale e sociale così da delineare il quadro completo delle competenze e delle disabilità nonché delle risorse territoriali e personali che il soggetto porta con sé. A tal fine gli autori propongono l'integrazione nell'equipe multidisciplinare della figura del terapeuta occupazionale che già la letteratura internazionale coinvolge nei protocolli di valutazione del rischio (Cordingley & Ryan, 2009) e di intervento in contesto forense (Chui et al., 2016; O Connell & Farnworth, 2007). Seguiranno dunque il lavoro terapeutico-riabilitativo e gli interventi sociali, prima all'interno della struttura poi sempre più orientati al reinserimento sul territorio, così da consentire al paziente di realizzare una vita integrata nel contesto sociale di appartenenza.

A tal fine, ruolo fondamentale avranno azioni di sensibilizzazione nonché la creazione di una rete di collaborazione con altri enti e associazioni che insistono sullo stesso territorio. All'interno della struttura, al fine di poter portare avanti i percorsi descritti, diviene indispensabile la collaborazione di diverse figure professionali: psichiatra, psicologo con competenze sia di neuropsicologia che di psicoterapia, nonché di psicologia forense, infermiere, tecnico della riabilitazione psichiatrica, terapeuta occupazionale, assistente sociale, criminologo.

I principali obiettivi del progetto risultano pertanto essere: clinici, ovvero il trattamento della patologia psichiatrica di base, la riduzione della sofferenza determinata dalla sintomatologia, la gestione degli aspetti di impulsività e discontrollo e lo sviluppo della consapevolezza della malattia; forensi, relativi quindi a riduzione del rischio di violenza, aumento delle capacità personali e sociali, sviluppo dell'insight e della capacità di confrontarsi, comprendere e modificare i propri comportamenti disfunzionali aggressivi; sociogiudiziari, quali la riduzione della pericolosità sociale, l'aumento del livello funzionale e lavorativo, e un miglioramento della capacità di integrarsi socialmente.

In conclusione, gli autori sostengono la necessità di implementare nelle REMS programmi dove l'integrazione di più saperi professionali divenga una ricchezza atta a far sì che il trattamento sia orientato alla persona nel suo insieme, con il fine di sostenerne, mediante interventi multidisciplinari, la cura, la riabilitazione e la reintegrazione sociale nell'interesse del paziente e della comunità.

Fase I

La prima fase di accoglienza è da svolgersi in REMS. Qui, mentre si pianifica la quotidianità all'interno della struttura, si attuano una valutazione multidisciplinare (medica, psicologica, forense, sociale e funzionale) e uno studio della documentazione clinica e peritale al fine di formulare una diagnosi multidimensionale (Fig.1).

All'ingresso è prevista l'apertura della cartella clinica sul Sistema di Monitoraggio per superamento OPG (SMOP), un sistema informatizzato implementato nel 2016 dal Laboratorio territoriale sperimentale per la sanità penitenziaria "Eleonora Amato" della ASL di Caserta con cui si sono successivamente convenzionate diverse regioni italiane, mediante il quale è possibile raccogliere le informazioni e gli interventi relativi allo specifico paziente con aggiornamenti continui da parte degli operatori coinvolti e monitoraggio costante della correttezza e completezza dei dati da parte del case manager. Quindi si procederà con l'approfondimento anamnestico, l'acquisizione di informazioni dai servizi che hanno precedentemente seguito il paziente, l'osservazione clinica e la somministrazione di scale standardizzate di psicopatologia, nonché con eventuali indagini di laboratorio e neuroimaging. Al contempo si avvierà la valutazione psicologica tramite colloqui individuali e test per l'assessment di personalità, capacità cognitive, relazionali e psicosociali, comportamento, risorse, motivazione e aspetti più specifici quali impulsività, cognizione sociale, Alessitimia e teoria della mente. In particolar modo la valutazione del funzionamento della personalità, come viene proposto nell'Alternative Model of Personality Disorders (AMPD) del DSM5 viene ritenuto funzionale in quanto esplicita delle compromissioni su dimensioni rilevanti come la capacità di regolazione delle emozioni ed impulsi o l'empatia, in collegamento con comportamenti aggressivi violenti e, pertanto indicativi per interventi mirati psicoterapeutici (Berberich G. 2015). Questo approccio sostiene interventi riguardanti le diverse skills (Yoon D. 2018). Opportuna si ritiene la proposta del costrutto di "Psicopatia" come specificatore del disturbo antisociale di personalità. Può essere valutato con la PCL-R di Haare (Hare, 2003), non solo a fini puramente diagnostici, ma anche e soprattutto a fini prognostici e di intervento.

Contemporaneamente è prevista la valutazione forense mediante colloqui non strutturati e assessment sistematici. I colloqui individuali saranno incentrati sulla storia biografica delinquenziale e sulla ricostruzione del reato in termini di meccanismo del delitto, ricostruzione del delitto e vittimologia (Urbaniok, 2012).

Sulla base dello Structured Professional Judgment Approach (Hart & Logan, 2011) saranno invece utilizzati strumenti standardizzati di assessment del rischio di violenza quali il Dynamic Assessment of Situational Aggression (DASA, Ogloff & Daffern, 2006) per la valutazione di fattori dinamici del comportamento aggressivo situazionale e la terza edizione dell'Historical Clinical Risk-20 (HCR-20v3, Caretti et al, 2019; Castelletti, Rivellini & Stratico, 2014) per la valutazione del rischio di recidiva di comportamenti violenti. Quest'ultimo è stato validato in strutture carcerarie e REMS italiane riportando una buona attendibilità e una correlazione con aspetti quali l'ostilità e il dominio dell'antagonismo rilevati da altri strumenti valutativi (Caretti et al, 2019). Invece il DASA, originariamente sviluppato per valutare la violenza imminente all'interno degli ospedali psichiatrici, ha mostrato

una buona validità predittiva (Vojt, Thomson & 2010), una correlazione con minori tassi di violenza da parte dei pazienti e un minor ricorso ad interventi coercitivi da parte degli operatori (Kennedy et al. 2020) e, non meno importante, una validità ecologica che lo rende utile nella quotidianità all'interno di contesti istituzionalizzati (Chu, Daffern & Ogloff, 2013). Ad esso può essere associato il Dundrum restriction, intrusion and liberty ladders (DRILL, Kennedy et al. 2020) sviluppato dai colleghi irlandesi, che consta di una sezione relativa ai comportamenti violenti ed una riguardante gli interventi da attuare in caso di violenza, inclusi de-escalation, restrizione degli spazi, contenzione meccanica e farmacoterapia.

Il medesimo gruppo di lavoro ha inoltre sviluppato due strumenti di assessment specifici per i contesti forensi. Il DUNDRUM 1 permette, sulla base della gravità della violenza perpetrata, la valutazione del livello di sicurezza necessario per un determinato paziente, il DUNDRUM 2 invece si dimostrerebbe utile nel periodo precedente all'inserimento in REMS, per la valutazione strutturata della priorità di ammissione e dell'eventuale possibilità di porre il paziente in una lista d'attesa (Kennedy, Carabellese & Carabellese, 2021).

Per la formulazione di un intervento integrato risulta in questa stessa fase indispensabile eseguire un assessment del funzionamento psicosociale con particolare attenzione alle potenzialità ed alle risorse del soggetto, oltre ad una valutazione dell'impatto della patologia psichiatrica sull'esecuzione delle attività della vita quotidiana (ADL - Activities of Daily Living e IADL - Instrumental Activities of Daily Living). A tal fine si può eseguire un'analisi delle autonomie, attraverso l'esecuzione di training individualizzati basati su ADL e IADL, e delle competenze, mediante attività artigianali, strutturate e non, sulla base della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (W.H.O., 2001)2001). Allo stesso scopo sarà inoltre utile l'utilizzo della Dynamic Performance Analysis (Polatajko, Mandich, & Martini, 2000) e di interviste semistrutturate quali il Canadian Occupational Performance Measure (COPM, Carswell et al., 2004).

Il sopracitato D.M. 1 ottobre 2012 all'allegato A prevede poi l'integrazione nell'equipe sanitaria che opera in REMS anche della figura dell'assistente sociale responsabile di chiarire la condizione civile-penale e amministrativa in cui versa il paziente ricoverato, attivare tutte le risorse utili a consentire la costruzione di un progetto riabilitativo e ridurre il rischio di recidiva come le procedure per i permessi di soggiorno, l'iscrizione al sistema sanitario nazionale e la possibilità di accedere alle prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza.

Dal punto di vista sociale sarà poi necessaria la verifica delle condizioni anagrafiche e della storia personale dell'individuo, l'anamnesi sociale, ossia la presenza di reti formali e informali, nonché di risorse abitative, oltre all'individuazione delle risorse familiari, in termini di carico e di benessere, e personali.

Si sottolinea come all'obbligo di ingresso in REMS disposto dalla Magistratura non corrisponda un'altrettanto

obbligatoria adesione al trattamento sanitario: anche per i pazienti forensi, infatti, l'evenienza del TSO ospedaliero è da limitarsi a situazione di urgenza ed acuzie tali da soddisfarne tutti i noti presupposti di legge (Legge 180/78) mentre il TSO extra-ospedaliero, seppur legalmente consentito, è un'evenienza estremamente rara anche perché la normativa e le procedure in merito risultano alquanto lacunose (Carabellese, Urbano, Coluccia & Mandarelli, 2018). Per tale ragione il paziente sarà invitato ad esprimere il proprio consenso informato al percorso di cura e a stipulare un contratto terapeutico con l'equipe REMS e con l'equipe territoriale, che formalizzi gli obiettivi di cura

e le reciproche responsabilità. Quanto concordato in tale contratto sarà dunque oggetto del PDTA integrato individualizzato formulato dall'equipe REMS in accordo con il servizio territoriale e con il paziente. In esso, sulla base di aspetti psicopatologici e forensi, integrando strumenti terapeutico-riabilitativi e strategie compensative, saranno specificati tempistiche ed interventi che mirino al recupero e allo sviluppo della persona, con particolare attenzione al coinvolgimento del soggetto stesso, dell'equipe curante e, laddove possibile, dei familiari. Il medesimo PDTA sarà reso noto all'Autorità Giudiziaria competente in forma di relazione clinica preliminare.



Figura 1. Assessment multidimensionale del paziente autore di reato

Fase II

Nella fase due ci si concentra sugli interventi intensivi multidisciplinari e multidimensionali in merito al disturbo psichiatrico di base e agli aspetti psicologici correlati al reato e alla situazione socio-familiare del soggetto.

Nei pazienti autori di reato si osservano una serie di variabili (comorbilità con dipendenze patologiche, diversità etnico-culturali, condotte autolesive, rischio suicidario) che, unite ai trascorsi giudiziari, conferiscono loro una

maggior complessità nella presa in carico e nel trattamento (Vita, Dell'Osso, & Mucci, 2019). Tuttavia, i metodi e i principi della cura psichiatrica sono applicabili a tutti gli individui con disturbi psichici, ivi compresi i pazienti autori di reato, con un corretto adeguamento all'individuo e all'ambiente.

Nello specifico è possibile intervenire farmacologicamente sulla patologia psichiatrica di base e sugli aspetti personali disfunzionali, quali ad esempio impulsività e discontrollo comportamentale, ed attuare regolarmente il

TDM (therapeutic drug monitoring), ossia il dosaggio plasmatico dei farmaci mediante semplice prelievo ematico al fine di verificarne il rispetto dei limiti di tossicità anche in relazione ad eventuali disfunzioni epatiche e/o renali, la corretta compliance da parte del paziente, l'eventuale correlazione con disturbi riconducibili ad effetti avversi o la necessità di un adeguamento del dosaggio alla luce di una mancata risposta clinica (Hiemke et al., 2018).

Essendo l'autonomia personale e l'autodeterminazione cruciali nel percorso di cura di una persona, saranno proposti colloqui motivazionali e di psicoeducazione mirati allo sviluppo di insight, per potenziare la partecipazione attiva al progetto terapeutico-riabilitativo ed una completa aderenza al trattamento (Miller e Rollnick, 2012; Swanson, Pantalon & Cohen, 1999).

Tuttavia, negli ultimi anni si è andata ampliando la letteratura a supporto dell'efficacia di interventi terapeutici obbligatori, in particolare laddove la patologia psichiatrica viene ritenuta determinante nella messa in atto di violenze e reati e rappresenta quindi essa stessa una forma di coercizione ai danni del paziente, la cui capacità di intendere e volere viene a scemare.

In una recente review, Hachtel e colleghi (2019) riportano come la percezione di costrizione nel contesto terapeutico sembri dipendere da diversi fattori, non necessariamente correlati allo status giudiziario, ma piuttosto legati alla relazione con il servizio sanitario che eroga il trattamento, al mancato coinvolgimento attivo del paziente nel progetto e ad una sensazione di mancanza di rispetto. Gli stessi autori concludono che un intervento terapeutico attento, corretto e che evochi fiducia, unito ad un controllo fermo ma non autoritario o punitivo ("firm but fair"), forti della durata prolungata e della continuità imposte dalla cornice legale, possono portare il paziente ad una maggiore motivazione e ad un impegno attivo nel percorso di cura tali da indurre una volontà di cambiamento, un miglioramento dei sintomi e una riduzione del rischio di recidiva. Alla luce di tali evidenze, in questa seconda fase del progetto, saranno attivati interventi psicoterapeutici mediante colloqui settimanali individuali e sessioni di gruppo sul disturbo psichiatrico e sul funzionamento personologico di base e si individueranno obiettivi e strategie di intervento forense specifici per il singolo paziente. In particolare, ci si focalizzerà sull'elaborazione della psicodinamica del reato in base alla ricostruzione del delitto e dei fattori di rischio secondo il principio del trattamento orientato al reato (Borchard, 2020) e sulla gestione dell'aggressività e dei comportamenti violenti mediante la partecipazione ad un training anti violenza (Morran & Wilson, 1997) (Fig. 2). Costante durante il PDTA sarà il monitoraggio di aspetti specifici quali consapevolezza e assunzione di responsabilità.

Sarà avviato poi un lavoro mirato al potenziamento del funzionamento globale mediante interventi riabilitativi in loco (Fig. 3), sessioni di gruppo settimanali incentrate su training cognitivo, problem solving (D'Zurilla & Nezu, 2007), social skills training (Jones & Harvey 2020; Turner et al., 2018) e regolazione di impulsi ed emozioni

(Lanciano, Barile, & Curci, 2011). A tal proposito, Ahmed e colleghi (2015) hanno dimostrato come nei soggetti affetti da schizofrenia, i deficit nella memoria di lavoro e nell'apprendimento verbale appaiano più gravi negli autori di reato rispetto a chi non aveva mai commesso un crimine, mentre una review sistematica qualche anno dopo, mostrava un impatto positivo di cognitive remediation e social cognitive therapy sui comportamenti aggressivi di pazienti schizofrenici, suggerendo quindi come lo sviluppo di interventi di questo genere, migliorando le competenze funzionali, possano contribuire a ridurre non solo i sintomi core del disturbo, ma anche l'aggressività in generale e la violenza fisica in particolare (Darmedru et al., 2017).

A causa delle restrizioni, i pazienti forensi hanno spesso limitazioni di accesso alle tipiche attività di vita quotidiana, percependo così una perdita di controllo e di autonomia e trovandosi a dover gestire molto tempo non strutturato (Chui et al., 2016). Infatti, alcuni studi relativi ai contesti detentivi hanno dimostrato come la prolungata deprivazione occupazionale (Whiteford, 1995) e l'impossibilità a mantenere una propria routine quotidiana (Molineux & Witheford, 1999) inducano un disorientamento temporale e una contrazione dei ruoli occupazionali. In aggiunta, uno studio canadese (Chui et al., 2016) riporta come gli obiettivi che i pazienti forensi richiedono con maggior frequenza includano produttività, regolazione delle emozioni, acquisizione di strumenti ed abilità per le attività della vita quotidiana e sviluppo di capacità atte alla gestione autonoma della casa. Alla luce di ciò, anche nell'ambito della REMS possono essere proposti interventi di terapia occupazionale che integrino strumenti riabilitativi e strategie compensative, secondo obiettivi individualizzati sulla base di necessità, desideri e competenze del singolo paziente (Chui et al., 2016). Mediante interventi di gruppo (Duncan, Munro, Nicol, 2003; Freeman, 1982; Chacksfield & Forshaw 1997) e individuali (Chui et al., 2016) dunque, si potrà supportare il paziente nel confronto con situazioni tipiche della vita quotidiana al fine di migliorare la capacità d'azione e potenziare l'autonomia, così da favorire il reinserimento dell'individuo nella comunità di appartenenza (Chacksfield, 1997; Lloyd & Guerra, 1988; Whiteford 1995; Forward, Lloyd, Trevan-Hawke, 1999).

Al fine di garantire un intervento mirato sulla base delle competenze e delle necessità della persona, ruolo dell'assistente sociale in questa fase è quello di mappare i servizi e le associazioni del territorio mediante un'analisi delle risorse presenti in termini di interventi riabilitativi esterni e offerte occupazionali e lavorative.

L'intervento sociale prevede inoltre l'eventuale domanda al Giudice Tutelare di nomina di un amministratore di sostegno (AdS) che tuteli gli interessi del paziente, così come, ove opportuno, di invalidità civile INPS-INAIL, nonché la verifica, con l'ausilio del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP) e dell'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE), del permesso di soggiorno o altra documentazione analoga.

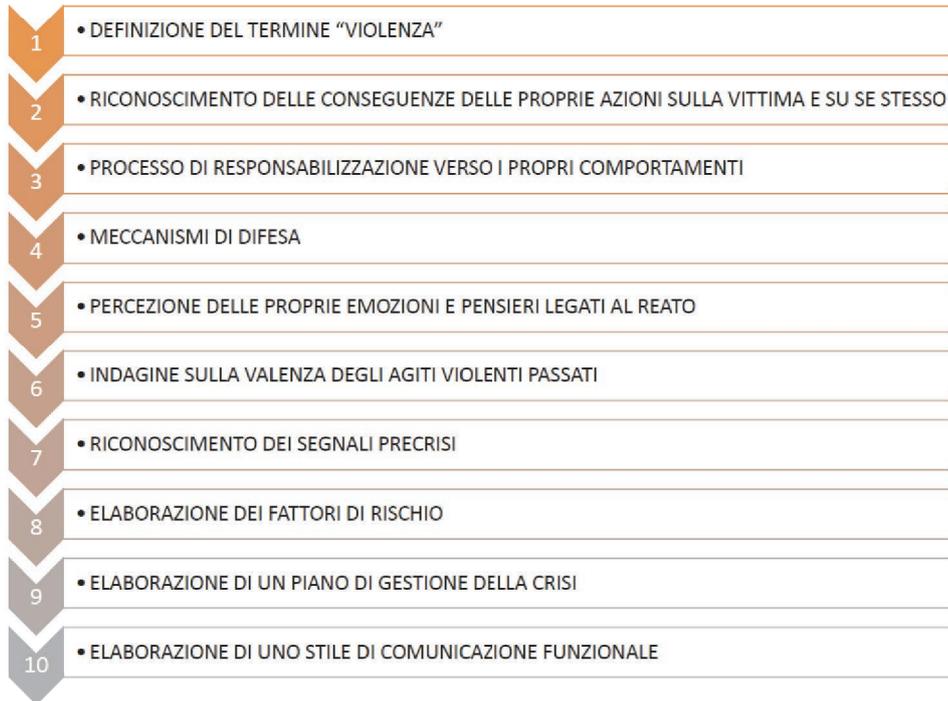


Figura 2. Temi chiave del Training antiviolenza



Figura 3. Focus degli interventi riabilitativi interni.

Al fine di sostenere la partecipazione attiva del paziente al proprio percorso, in questa fase saranno previsti anche incontri informativi con avvocati e UEPE sulla posizione giudiziaria e sulle conseguenze degli atti compiuti. Si avranno inoltre contatti regolari con l'AdS e si sosterranno la collaborazione, il confronto e lo scambio di informazioni con altri servizi sanitari, sociali e del settore giudiziario come avvocati, UEPE, Magistratura Ordinaria e di Sorveglianza.

Si ritiene, inoltre, indispensabile il coinvolgimento di familiari e caregivers sia nel fornire informazioni circa la storia del paziente, sia per un vero e proprio intervento focalizzato sulla gestione dell'emozione espressa, sul potenziamento di competenze comunicative e sullo sviluppo, mediante un lavoro psicoeducativo, di strategie di gestione dei sintomi e dei comportamenti caratteristici del paziente, in vista di un rientro a domicilio.

Di fondamentale importanza per tutta la durata del PDTA sarà il monitoraggio del progetto riabilitativo mediante strumenti standardizzati come la già citata COPM (Carswell et al., 2004) che, somministrata a distanza dall'avvio degli interventi, permette una valutazione degli esiti e, conseguentemente, l'adeguamento dei trattamenti. Si procederà, inoltre, alla redazione di relazioni cliniche periodiche sull'andamento del percorso di cura del soggetto sottoposto a misura di sicurezza nella REMS all'Autorità Giudiziaria.

Fase III

La terza fase del percorso in REMS prevede l'inserimento in una struttura a minore intensità assistenziale e di controllo con formula equiparabile alla licenza finale di esperimento, con l'obiettivo di una progressiva autonomizzazione e reintegrazione sociale mediante interventi di prevenzione delle ricadute psicopatologiche e reiterazione di comportamenti disfunzionali, aggressivi e violenti.

A questo punto del percorso sarà utile, a supporto della valutazione clinica di idoneità del paziente al passaggio dalla fase II alla fase III a minore contenimento, la ripetizione del DUNDRUM 1 (Flynn, O'Neill, McInerney & Kennedy, 2011).

Essenziale in questa fase è lo svolgimento di colloqui psicologici individuali secondo il Good Lives Model of Offender Rehabilitation (GLM; Ward & Stewart, 2003), con l'obiettivo di elaborare e sostenere i fattori protettivi e di resilienza, sviluppare strategie di prevenzione e coping, coinvolgere la rete sociale disponibile, elaborare schemi e comportamenti interpersonali disfunzionali e definire gli obiettivi di vita.

Parallelamente proseguono i colloqui individuali e di gruppo incentrati su motivazione, autoregolazione, problem solving e competenze sociali, in particolar modo alla luce delle sollecitazioni legate all'uscita dalla struttura.

In vista di ciò, sulla base di collaborazioni con associazioni di volontariato e cooperative sociali, vengono quindi realizzati progetti occupazionali in strutture esterne ed in-

terventi terapeutico-riabilitativi sul territorio che prevedano l'attivazione di borse lavoro, l'attuazione e l'agevolazione di una rete territoriale di supporto, l'individuazione di opportunità socializzanti, la promozione e l'implementazione di inserimenti lavorativi e sociali post-dimissione ed interventi volti a favorire la continuità delle cure.

Vengono incoraggiati ed implementati colloqui presso il servizio territoriale competente e programmata una intensificazione degli scambi con familiari, AdS e figure del settore giudiziario (Avvocati, UEPE, Magistratura Ordinaria e di Sorveglianza). Risulta di estremo rilievo in questa fase mantenere regolari contatti e massima collaborazione con il centro di salute mentale per definire il progetto di dimissione, avviare ed accompagnare paziente, familiari e territorio verso il percorso di dimissioni.

In ultimo, viene elaborata una relazione di dimissione multidisciplinare per i servizi che accoglieranno il paziente e per l'Autorità Giudiziaria competente.

Conclusioni

Sebbene il processo di chiusura degli OPG fosse doveroso alla luce delle innumerevoli criticità evidenziate negli anni, anche le nuove residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza presentano ad oggi alcune lacune e sono ancora diversi gli unmet needs nel trattamento integrato dei pazienti accolti in struttura.

Le evidenze del parziale potere predittivo dell'osservazione clinica in termini di previsione del rischio di violenza hanno sottolineato l'esigenza di strumenti di assessment standardizzati ad integrazione del giudizio clinico (Monahan, 1981) per favorire una valutazione accurata ed oggettiva del rischio di aggressività, l'individuazione dei fattori di rischio individuali per la stessa ed il monitoraggio periodico degli outcomes.

In merito agli interventi, pur essendo prematuro parlare di chiare prove di efficacia, dal momento che la letteratura risulta ancora esigua e metodologicamente acerba (Vita et al., 2019), vengono descritti diversi approcci terapeutico-riabilitativi forensi orientati a fattori di rischio statici, dinamici e situazionali (Zara, 2016), di cui sono stati riconosciuti benefici e criticità (Castelletti et al., 2014).

Alla luce di ciò, in tempi recenti si sono iniziate a proporre valutazioni sempre più strutturate e standardizzate (Zara, 2016) ed interventi che, integrando le variabili statiche e dinamiche, permettano di agire sulle diverse dimensioni psicopatologiche, comportamentali, funzionali, forensi e socioambientali del paziente (Hogan & Mark, 2019).

Sulla base di tali presupposti, il presente lavoro suggerisce un modello di intervento dinamico e multidisciplinare che consenta, attraverso un percorso strutturato, ma al contempo individualizzato, non solo di lavorare sulla diagnosi psicopatologica di base, ma anche di prevenire il rischio di reiterazione di agiti aggressivi e/o violenti.

La dinamicità del PDTA è definita dalla strutturazione del progetto in fasi consecutive, da quella di accoglienza con fine maggiormente diagnostico-valutativo a quella di licenza finale di esperimento propedeutica al reinserimento sociale, caratterizzate ognuna da obiettivi ed interventi specifici, che possano però essere adeguati, in itinere, tenendo conto dell'evoluzione delle capacità personali e delle esigenze della persona (Stück, Briken & Brunner, 2022), secondo quanto emerge dall'assessment formale e informale da parte del team e dal feedback da parte del paziente e della rete sociofamiliare.

La multidisciplinarietà prevede la collaborazione di diverse figure professionali al fine di valutare il paziente nella sua complessità così da poter formulare un progetto integrato che prenda in considerazione risorse e problematiche di carattere fisico, psichico, forense, funzionale e relazionale/ambientale della persona.

A tale scopo, nonostante l'attuale normativa non lo preveda, si ritiene utile l'inserimento della figura del terapeuta occupazionale all'interno del team multidisciplinare forense. Infatti, mentre interventi propri della terapia occupazionale sono ormai di comprovata efficacia nel trattamento di pazienti psichiatrici (Sarsak, 2018; Kim et al., 2018) e alcuni autori ne riportano la validità anche in termini di riduzione dell'aggressività (Trapp, Heid, Röder, Wimmer & Hajak, 2022), in più occasioni se ne è sottolineata l'assenza in ambito forense, tanto da proporre l'implementazione di tale figura in questo setting (Couldrick & Aldred, 2003; Taylor, Brintnell, Shim & Wilson, 1997; Forward, Lloyd & Trevan-Hawke, 1999) per potenziare il coinvolgimento attivo dei pazienti, aspetto spesso marginalizzato a causa di protocolli di sicurezza che impattano direttamente sull'interazione sociale e sul funzionamento lavorativo, provocando un'alienazione occupazionale e un depauperamento delle risorse e delle capacità (Cronin-David, Lang & Molineux, 2004; Dressler & Snively, 1998).

Sarà poi l'assistente sociale a coordinare gli interventi interni ed esterni alla REMS in vista della dimissione sia in strutture residenziali e/o semi-residenziali sociosanitarie accreditate, collaborando con i servizi specialistici del territorio per la costruzione e conduzione del percorso di reinserimento sociale della persona sottoposta a misura di sicurezza garantendone la continuità della presa in carico sociale, sempre interfacciandosi con la magistratura civile-penale e di sorveglianza (CNOAS, 2020).

Verranno dunque sfruttate le risorse sociali e dei servizi territoriali, sulla base delle potenzialità del soggetto e della sua famiglia, che divengono il fulcro del presente protocollo a fondamento di un percorso di uscita del paziente, in collaborazione con la rete di supporto informale e dei Dipartimenti di Salute Mentale, che tenga in considerazione le difficoltà dell'individuo così da integrarle nel progetto, prevedendone i risvolti e limitandone gli effetti mediante adeguate strategie di supporto, con il fine ultimo di incoraggiare la piena consapevolezza del paziente rispetto ai disturbi di base e ai problemi comportamentali e sostenerne il miglior reintegro sociale possibile.

In un'ottica di comunicazione e collaborazione, il team di lavoro è dunque sollecitato in più occasioni a confrontarsi con il paziente e sul paziente, valutando ad ogni step competenze acquisite o da implementare e disabilità persistenti, siano esse fisiche, psichiche o intellettive, così da poter adattare tempistiche ed interventi all'individuo, dall'accoglienza alla dimissione.

Limite del presente lavoro è il fatto di non essere stato ad oggi ancora applicato in maniera sistematica e strutturata in una REMS, e dunque, seppur basato su evidenze scientifiche ed esperienze cliniche in altri contesti, manca di quegli adeguamenti ed integrazioni conseguenti alla realizzazione nella pratica clinica di protocolli operativi. Il carattere ad oggi prettamente speculativo preclude la disponibilità di dati di effectiveness su una popolazione residenziale forense, sarà dunque necessario attuare tali procedure per verificarne la piena validità in termini di recovery e reintegrazione sociale, nonché di prevenzione di recidive violente nel medio e lungo termine. Sarà allora indispensabile un monitoraggio degli esiti a breve, medio e lungo termine, mediante verifiche in itinere che ne permettano variazioni e correzioni in un'ottica di prevenzione delle recidive e recovery, sempre però nel rispetto di quello che è il suo mandato.

Infine, vi sono diverse tematiche che esulano dagli obiettivi prettamente clinici di tale lavoro e non sono pertanto state approfondite, come quelle relative alla sicurezza interna e al consenso informato in un contesto particolare come quello forense. Tali criticità richiederanno ulteriori approfondimenti, sia in termini legislativi che di risvolti clinici, al fine di definire linee guida e procedure che tutelino pazienti e operatori.

Rorschach Factors (*)	GROUP A (N = 47) (Perdue, 1961)		GROUP B (N = 53) (Perdue, 1964)	
	Mean	SD	Mean	SD
Total R	15.37	3.90	17.40	7.00
W	6.27	2.60	5.71	2.70
D	8.40	0.43	10.33	5.09
Dd	0.60	1.40	1.13	1.21
S	1.06	1.20	1.23	1.50
M	0.75	0.91	0.73	1.22
FM	1.09	0.94	1.18	1.40
m	0.69	1.20	0.35	0.86
F	1.25	1.20	3.20	3.10
F+	8.15	2.60	7.44	3.40
F-	1.25	1.20	1.04	3.90
FC	1.64	1.40	1.58	1.62
CF	0.97	1.00	1.24	1.90
C	0.13	0.45	0.30	0.68
SumC	2.52	2.70	2.43	4.10
FV	0.50	0.66	0.84	1.60

FY	0.28	0.83	0.70	1.10
H	1.36	1.30	1.29	1.70
Hd	0.60	0.92	1.90	1.58
A	7.34	2.10	7.15	2.70
Ad	1.89	1.80	1.91	6.70
P	4.92	1.50	4.19	2.20
R (plates I-VII)	11.49	3.00	10.41	4.40
R (plates VIII-X)	5.66	2.90	6.56	3.30
T/ 1 st R (sec.)	12.97	2.50	11.80	4.90

(**): according to Beck (1949, 1950, 1952) and Piotrowski (1957)
 Table 1. Rorschach responses in 100 murderers

Rorschach Variable (*)	Mean	Range	Notes
R	21.3	10-35	< 20 in 8/21
G	5.2	1-13	//
D	13.1	3-20	//
Dd	1.8	1-5	//
Dbl (Space)	0.7	0-3	Present in 14/21
Do	0.33	0-2	Present in 6/21
F%	80.0	60-92	//
F+%	76.0	47-97	//
K	1.4	0-4	Present in 16/21
FC	0.3	0-2	Present in 7/21
CF	1.0	0-4	Present in 11/21
C	0.52	0-4	Present in 5/21
CF+C	1.5	1/7	//
FClob	0.8	0-3	Present in 14/21
A%	44.5	23-85	//
H%	10.2	3-33	Present in 18/21
Anat%	8.4	3-45	Present in 14/21
V%	29.5	10-72	Present in 18/21
Orig%	1.6	3-5	Present in 9/21
Card Rejection	//	//	Present in 7/21, once or more; Card II: 2; V: 1; VI: 2; VII: 3; X: 2
Rotation of the cards	18.3	4-11	Present in 16/21
Responses in para-standard position	30.2	11-58	Present in 17/21

(*): Not Specified Rorschach Method
 Table 2. Rorschach Variables in 21 Male Murderers
 (Schachter & Cotte, 1972)

Bibliografia

- Ahmed, A.O., Hunter, K.M., Goodrum, N.M., Batten, N., Birgenheir, D., Hardison, E., et al. (2015). A randomized study of cognitive remediation for forensic and mental health patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 68, 8-18.
- Berberich, G., & Zaudig, M. (2015). Das alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen in DSM-5. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 9(3), 155-163.
- Borchard, B. (2020) Deliktorientierte Therapie – Bedeutung, Missverständnisse und Begriffsbestimmung. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 14(10), 50-57.
- Bychowski, G. (1967). Psychopathology of aggression and violence. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 43(4), 300-9.
- Carabellese, F., Urbano, M., Coluccia, A., Mandarelli, G. (2018). Informed consent in forensic treatment. Lights, shadows, assumptions, perspectives. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XII (3), 207-2014.
- Caretti, V., Scarpa, F., Ciappi, S., Castelletti, L., Catanesi, R., Carabellese, F., et al. (2019). *HCR-20 v3 - Assessing risk for violence. Checklist per la valutazione del rischio di recidiva di un crimine violento*. Adattamento italiano. Hogrefe.
- Carpiniello, B., Vita, A., & Mencacci, C. (2020). *Violence and Mental Disorders*. Springer.
- Carswell, A., McColl, M.A., Baptiste, S., Law, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2004). The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 210-22.
- Castelletti, L., Rivellini, G., & Stratico, E. (2014). Efficacia predittiva degli strumenti di Violence Risk Assessment e possibili ambiti applicativi nella psichiatria forense e generale italiana. Una revisione della letteratura. *Journal of Psychopathology*, 20, 153-162.
- Catanesi, R., Mandarelli, G., Ferracuti, S., Valerio, A., Carabellese, F. (2019). The new italian residential forensic psychiatric system (REMS). A one-year population study *Rassegna Italiana di Criminologia, Special Issue*, 7-23.
- Chacksfield, D. (1997). Forensic occupational therapy: is it developing specialism? *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 4(7), 371-74.
- Chacksfield, D., & Forshaw, D. (1997). Occupational therapy and forensic addictive behaviours. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 4(7), 381-86.
- Chu, C. M., Daffern, M., & Ogloff, J. R. (2013). Predicting aggression in acute inpatient psychiatric setting using BVC, DASA, and HCR-20 Clinical scale. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 24(2), 269-285.
- Chui, A.L.Y., Wong, C.I., Maraj, S.A., Fry, D., Jecker, J., & Jung B. (2016). Forensic Occupational Therapy in Canada: The Current State of Practice. *Occupational Therapy International*, 23, 229-240.
- Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali. (2020) *Nuovo Codice Deontologico dell'Assistente Sociale*. Approvato il 21/02/2020 con delibera n.17, come modificata il 23/05/2020 da delibera n.71.
- Cordingley, K., & Ryan, S. (2009). Occupational Therapy Risk Assessment in Forensic Mental Health Practice: An Exploraton. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(12), 531-538.
- Couldrick, L., & Aldred, D. (eds.) (2003). *Forensic occupational Therapy*. Londond: COT.
- Cronin-Davis, J., Lang, A. & Molineux, M. (2004). *Occupational*

- science: *The forensic challenge*. In M. Molineux (Ed.), *Occupation for occupational therapist* (pp. 169-179). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- D'Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (2007). *Problem Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention*, 3rd ed. New York: Springer-Verlag
- Darmedru, C., Demily, C., & Franck, N. (2017). Cognitive remediation and social cognitive training for violence in schizophrenia: a systematic review. *Psychiatry Research*, 251-266
- Dressler, J. & Snively, F. (1998). *Occupational therapy in the criminal justice system*. In C. Cara & A. MacRae (Eds.), *Psychosocial occupational therapy, a clinical practice* (pp. 527-552). Albany: Delmar Publishers.
- Duncan, E., Munro, K., & Nicol, M. (2003). Research priorities in forensic occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(2), 55-64.
- Endrass, J., Rossegger, A., Urbaniok, F., & Borchard, B. (2012). *Interventionen bei Gewalt- und Sexualstraftätern: Risk-Management, Methoden und Konzepte der forensischen Therapie*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Famulari R., Fierro L., & Parigi D. (2019) *Il core competence del Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica*. Alpes Italia.
- Fazel, S., Smith, E.N., Chang, Z., & Geddes, J.R. (2018). Risk factors for interpersonal violence: an umbrella review of meta-analyses. *British Journal of Psychiatry*, 213(4), 609-14.
- Fazel, S., Wolf, A., Palm, C., & Lichtenstein, P. (2014). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: a 38-year total population study in Sweden. *Lancet Psychiatry*, 1(1), 44-54.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J. R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 6(8), e1000120
- First, M. B., Skodol, A. E., Bender, D. S., & Oldham, J. M. (2017). *User's guide for the Structured Clinical Interview for the DSM-5® Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD)*. American Psychiatric Pub.
- Flynn, G., O'Neill, C., McNerney, 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.
- Forward M. J., Lloyd C., & Trevan-Hawke J. (1999). The OT in the forensic psychiatric setting. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 6(9), 442-46.
- Freeman M (1982) Forensic psychiatry and related topics. *British Journal of Occupational Therapy*, 45(6), 191-94.
- Hachtel, H., Vogel, T., Huber, C.G. (2019). Mandated Treatment and Its Impact on Therapeutic Process and Outcome Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 12(10):219
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2nd ed.) Toronto ON: Multi-Health Systems.
- Hartl, C. (2013). *Wie erfolgreich ist die Behandlung im Maßregelvollzug nach §§ 63 und 64 StGB? Eine Untersuchung anhand verschiedener Erfolgsmaße* (Doctoral dissertation).
- Hart, S. D., & Logan, C. (2011). Formulation of violence risk using evidence-based assessments: The structured professional judgment approach. In Sturmey P. & McMurrin M. (Eds.) *Forensic case formulation* (pp. 83-106). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Häfner, H., & Boker, W. (1973). Mentally disordered violent offenders. *Social Psychiatry*, 8(4), 220-229.
- Hiemke, C., Bergemann, N., Clement, H.W., Conca, A., Deckert, J., Domschke, K. et al. (2018). Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry*, 51(1-02), 9-62.
- Hogan, N. R., Mark, E. O. (2019). Static and dynamic assessment of violence risk among discharged forensic patients. *Criminal Justice and Behavior*, 46(7), 923-938.
- Jones, M. J., & Harvey, P. D. (2020). Neurocognition and social cognition training as treatments for violence and aggression in people with severe mental illness. *CNS Spectrum* 25(2), 145-153.
- 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.
- Kennedy, H.G., Mullaney, R., McKenna, P. Thompson, J., Timmons, D., Gill, P., O'Sullivan, O. P., Braham, P., Duffy, D., Kearns, A., Linehan, S., Mohan, D., Monks, S., McLoughlin, L., O'Connell, P., O'Neill, C., Wright, B., O'Reilly, K., & Davoren, M. (2020). A tool to evaluate proportionality and necessity in the use of restrictive practices in forensic mental health settings: the DRILL tool (Dundrum restriction, intrusion and liberty ladders). *BMC Psychiatry*, 20, 515.
- Kim E.J., Bahk Y.-C., Oh H., Lee W.-H., Lee J.-S., Choi K.-H. (2018). Current Status of Cognitive Remediation for Psychiatric Disorders: A Review. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 461.
- Kolb, S. (2008). Arbeiten in der Forensischen Psychiatrie-Hinter verschlossenen Türen. *Ergopraxis*, 1(03/04), 22-25.
- Lanciano, T., Barile, G., & Curci, A. (2011). Promuovere e potenziare l'Intelligenza Emotiva: Applicazioni in ambito forense. *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, 5, 27-42.
- Lloyd C., & Guerra F. (1988) A vocational rehabilitation programme in forensic psychiatry. *British journal of Occupational Science*, 6 (3), 124-30.
- Lombardi, V., Veltri, A., Montanelli, C., Mundo, F., Restuccia, G., & Cesari, D., et al. (2019). Sociodemographic, clinical and criminological characteristics of a sample of Italian Volterra REMS patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 62, 50-55.
- Moeller, M. (2019). Alcune caratteristiche della Terapia Occupazionale in generale in ambito psichiatrico. *Giornale Italiano di Terapia Occupazionale*, ES3, 41-48.
- Maiorca, G., Mascia, I., Curreli, R., Campus, A., Manchia, M., & Nivoli, A. et al. (2020). Caratteristiche cliniche, diagnostiche e forensi di un campione di pazienti di una REMS. *Rivista di Psichiatria*, 55(6), 15-19.
- Miller W.R., & Rollnick S. (2012). *Motivational Interviewing: Helping People Change, 3rd Edition*. The Guilford Press (trad. it. *Il colloquio motivazionale: aiutare le persone a cambiare*. 3. ed Scamperle, A., Guelfi, G. P., Quercia, V., Erickson, Trento, 2014)
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: An assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA.
- Molineux, M., & Whiteford, G. (1999). Prisons: from occupational deprivation to occupational enrichment. *Journal of Occupational Science*, 6(3), 124-30.
- Morrin, D., & Wilson, M. (1997). *Men who are violent to women: A groupwork practice manual*. Lyme Regis, Dorset: Russell House.
- Ogloff, J. R., & Daffern, M. (2006). The dynamic appraisal of situational aggression: an instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. *Behavioral Sciences and the Law*, 24(6), 799-813.
- World Health Organization. (2001). *ICF Short version: international classification of functioning, disability and health*. Geneva, Switzerland: World Health Organization (trad. it. *ICF classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute. Versione breve*, Erickson, Trento, 2004).
- O Connell, M., & Farnworth, L. (2007). Occupational therapy

- in forensic psychiatry: a review of literature and a call for united and international response. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(5), 184-191.
- Polatajko, H., Mandich, A., & Martini, R. (2000) Dynamic Performance Analysis: A Framework for Understanding Occupational Performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, 65-72.
- Rivellini, G., Pessina, R., Pagano, A.M., Giordano, S., Santoriello, C., & Rossetto, I., et al. (2019). Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato, disturbi mentali e PDTA. *Rivista di Psichiatria*, 55(6), 83-134.
- Sarsak, H. (2018). Overview: occupational therapy for psychiatric disorders. *Journal of psychology & clinical psychiatry*, 9(5), 518-521.
- 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* (pp. 317-330). New York NY, USA: Springer.
- Secchi, B., & Calcaterra, A. (2018). La nuova risoluzione del CSM in tema di misure di sicurezza psichiatriche: i protocolli operativi: uno strumento di cooperazione e dialogo ai fini della piena realizzazione dei principi sanciti con la legge 30 maggio 2014 n. 81 dettata in tema di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. *Diritto Penale Contemporaneo* Retrieved June 13, 2022 from <https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/d/6311-la-nuova-risoluzione-del-csm-in-tema-di-misure-di-sicurezza-psichiatriche> consultato il 13.6.
- Stück E., Briken P., & Brunner F. (2022). Zusammenhang von selbstständigen Lockerungen und Resozialisierungszielen in der Sozialtherapeutischen Anstalt Hamburg. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 1-15.
- Swanson A.I., Pantalon M.V., & Cohen K.R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and mental Disease*, 187, 630-635.
- Task-Force der DGPPN. *Standards für die Behandlung im Maßregelvollzug*. Springer, 2017.
- Taylor A., Brintnell E., Shim M., & Wilson S. (1997) Forensic practice for occupational therapists – the Alberta experience. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 36, 6-10.
- Trapp W., Heid A., Röder S., Wimmer F., & Hajak G. (2022). Cognitive Remediation in Psychiatric Disorders: State of the Evidence, Future Perspectives, and Some Bold Ideas. *Brain Sciences*, 12, 683.
- Turner, D.T., McGlanaghy, E., Cuijpers, P., Van der Gaag, M., Karyotaki, E., & MacBeth, A. (2018). A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 44(3), 475-491.
- Urbaniok, F. (2003). Der deliktorientierte Therapieansatz in der Behandlung von Straftätern. *Psychotherapie Forum*, 6, 322-330.
- Vita, A., Dell’Osso, L., & Mucci, A. (2019). *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica: Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale Volume 2. Riabilitazione psichiatrica*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Vojt, G., Thomson, L., & Marshall, L. (2013). The predictive validity of the HCR-20 following clinical implementation: does it work in practice? *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 24(3), 371.
- Vorstenbosch, E., & Castelletti, L. (2020). Exploring needs and quality of life of forensic psychiatric inpatients in the reformed Italian system, implications for care and safety. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 258.
- Waghorn G., Lloyd C., & Clune A., (2009) Reviewing the theory and practice of occupational therapy in mental health rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy* 72, 314-323.
- Ward, T., & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and good lives. *Professional Psychology. Research and Practice*, 34(4), 353-360.
- Webb, R. T., Lichtenstein, P., Larsson, H., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2014). Suicide, hospital-presenting suicide attempts, and criminality in bipolar disorder: examination of risk for multiple adverse outcomes. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(8), 20419.
- Whiteford, G. (1995). A concrete void: occupational deprivation and the special needs inmate. *Journal of Occupational Science*, 2(2), 80-81.
- Whiting, D., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2021). Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry*, 8(2), 150-161.
- Yoon, D., Krüppel, J., Mokros, A., & Zimmermann, J. (2018). Dimensionale Ansätze zur Diagnostik von antisozialer Persönlichkeitsstörung und Psychopathie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 12(3), 217-228.
- Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2012). Personality disorders, violence, and antisocial behavior: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Personality Disorders*. 26(5), 775-792.
- Zanaldi, E., & Mencacci, C. (2013). Percorso di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari in Italia. L’impatto sui dipartimenti di salute mentale. L’opinione della Società Italiana di Psichiatria. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1, 25-47.
- Zara, G. (2016). Tra il probabile e il certo. La valutazione del rischio di violenza e di recidiva criminale. *Diritto penale contemporaneo* (CPC).