RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA ANNO XX N.2 2026

Società Italiana di Criminologia

Articoli generali

From risk management to social dangerousness: the professional responsibility of mental health practitioners and the actual powers of the care setting

Dalla gestione del rischio alla pericolosità sociale: la responsabilità professionale degli operatori della salute mentale e i poteri reali del setting di cura

Gabriele Rocca | Francesca Santi

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Rocca G., Santi F. (2026). From risk management to social dangerousness: the professional responsibility of mental health practitioners and the actual powers of the care setting. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XX, 2, 85-96 https://doi.org/10.7347/RIC-022026-p85

Corresponding Author: Gabriele Rocca, email:

Copyright: © 2026 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: 15.06.2026
Accepted: 20.06.2026
Published: 30.06.2026

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
DOI: 10.7347/RIC-022026-p85

Abstract

The closure of forensic psychiatric hospitals and the transfer of security measures to community Mental Health Departments have shifted onto healthcare staff a function of controlling violent behaviour formerly entrusted to the penal system. This clinical-criminological and medico-legal contribution follows the continuum from the acute psychiatric ward to community services to argue a single thesis: the professional responsibility of practitioners must be commensurate with the powers actually available in a given setting at a given time, not with powers assumed in hindsight once the outcome is known. The paper reviews the epidemiology of violence in psychiatric settings; its dual nature and the primacy of risk dimensions over categorical diagnosis; the potential and the limits of assessment instruments (structured professional judgement, actuarial tools, machine learning), with attention to low positive predictive values and algorithmic fairness; the conceptual distinction between clinical risk and legal dangerousness; the evolution of the guarantor position under Italian criminal law; and the systemic nature of safety. The conclusions identify four systemic criticalities (the transfer of clinical risk into legal dangerousness, the assignment of custodial functions to services lacking corresponding powers, the gap between legal status and clinical need, and the absence of setting-specific guidelines) and draw three methodological implications for fair liability assessment: ex ante reconstruction of the decision, duties commensurate with actual powers, and judgement of the documented decision-making process rather than of the outcome, which by its nature cannot be guaranteed.

Keywords: violence; forensic psychiatry; risk assessment; social dangerousness; professional liability.

Riassunto

La chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari e l'assegnazione ai Dipartimenti di salute mentale della gestione delle misure di sicurezza hanno trasferito sul personale sanitario una funzione di controllo della violenza un tempo affidata al sistema penitenziario. Il contributo, di taglio clinico-criminologico e medico-legale, ripercorre il continuum dal Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) al territorio per sostenere una tesi: la responsabilità professionale dell'operatore va commisurata ai poteri reali di cui dispone in quel setting e in quel momento, non a poteri presunti a posteriori, una volta noto l'esito. Vengono esaminati la dimensione epidemiologica della violenza nei contesti psichiatrici; la sua duplice natura e il primato delle dimensioni di rischio sulla diagnosi categoriale; le potenzialità e i limiti degli strumenti di valutazione (giudizio professionale strutturato, strumenti attuariali, machine learning), con particolare attenzione al basso valore predittivo positivo e ai profili di equità algoritmica; la distinzione concettuale fra rischio clinico e pericolosità sociale; l'evoluzione della posizione di garanzia ai sensi dell'art. 40 cpv. c.p.; la natura sistemica della sicurezza. Le conclusioni esplicitano quattro criticità di sistema, ossia il travaso del rischio clinico nella pericolosità giuridica, il trasferimento ai servizi di funzioni di custodia senza poteri corrispondenti, la divaricazione fra titolo giuridico e bisogno clinico, l'assenza di linee guida specifiche per setting, e ne traggono implicazioni di metodo in tre condizioni: ricostruzione ex ante della decisione, commisurazione degli obblighi ai poteri reali, giudizio sul processo decisionale documentato anziché sull'esito, intrinsecamente non garantibile.

Parole chiave: violenza; psichiatria forense; valutazione del rischio; pericolosità sociale; responsabilità professionale.

Lavoro presentato in forma orale al Convegno «Le Giornate della Lanterna 2026», Genova, 5 giugno 2026 (relazione: «La gestione del paziente violento dal SPDC al territorio»). Ringraziamenti: gli Autori sono grati al Revisore per la finezza delle osservazioni, che hanno contribuito a precisare il punto concettualmente più delicato del lavoro.

Gabriele Rocca, Dipartimento di Scienze della Salute (DiSSal), Università degli Studi di Genova — Professore associato di Psicopatologia forense | **Francesca Santi**, Dirigente medico psichiatra, ASL 4 Chiavarese

From risk management to social dangerousness: the professional responsibility of mental health practitioners and the actual powers of the care setting

Introduzione

Una premessa orienta l'intero lavoro. La grande maggioranza delle persone con disturbo mentale non è violenta; su scala di popolazione, solo una quota minoritaria del crimine violento è attribuibile alla malattia (Fazel & Grann, 2006), e i pazienti con disturbo grave ne sono più spesso vittime che autori. Occuparsi del paziente che agisce comportamenti violenti impone perciò una cautela preliminare: non alimentare lo stigma che lega malattia e pericolosità, e tenere distinto il problema clinico circoscritto di cui qui si tratta dalla condizione della generalità dei pazienti. Entro questo limite, il tema del comportamento violento in psichiatria occupa nel dibattito clinico e medico-legale italiano una posizione di crescente centralità, al punto da essere annoverato fra i nuclei fondativi della disciplina forense contemporanea (Catanesi, Mandarelli, Ventriglio & Bellomo, 2024). La transizione avviata dalla legge n. 9/2012 e completata dalla legge n. 81/2014, con il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la nascita delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), ha mutato profondamente non solo l'organizzazione, ma i contenuti stessi della «posizione di garanzia» dell'operatore della salute mentale. Come è stato osservato, è tornata una richiesta sociale che non si limita a chiedere cura per il malato di mente, ma ne esige il contenimento dei comportamenti violenti, auto- o etero-diretti (Catanesi, 2017). Questa evoluzione colloca il modello italiano in una posizione singolare nel panorama occidentale: un sistema interamente sanitario, privo di ospedali psichiatrici civili e giudiziari, dove la gestione dell'autore di reato con disturbo mentale è affidata alla rete ordinaria dei servizi (Carabellese & Parente, 2025).

Il problema interessa l'intero Dipartimento di salute mentale (DSM), nel continuum dal SPDC al territorio, lungo il quale mutano i poteri di chi cura: dal TSO, che consente di trattenere e curare anche contro la volontà del paziente, alla presa in carico territoriale, dove i poteri coercitivi sono assenti o tenui. È proprio in questa variabilità che si colloca la tesi del presente contributo, qui anticipata perché ne costituisce il filo conduttore, che riprende e sviluppa il principio della commisurazione degli obblighi ai poteri impeditivi elaborato in dottrina (Cupelli, 2016): la responsabilità del clinico va commisurata ai poteri reali di cui dispone in quel momento e in quel luogo e non a poteri che, a esito noto, si immagina egli avesse. Il contributo di questo lavoro non sta nel principio, già acquisito in dottrina, ma nella sua applicazione ragionata al continuum dei setting di cura; la Tabella 1 ne offre una sistemazione interpretativa, da intendersi come ipotesi di lavoro per la discussione fra società scientifiche e non come standard validato.

Per argomentarla, il lavoro procede a tappe, dall'epidemiologia del fenomeno alla natura della violenza, dagli strumenti di valutazione e dai loro limiti alla distinzione fra rischio clinico e pericolosità giuridica, fino alla posizione di garanzia dopo la legge 81 e alla dimensione sistemica della sicurezza.

Il fenomeno è strutturale, non episodico

La meta-analisi di Iozzino e collaboratori (35 studi, oltre 23.000 ricoveri) stima che il 17% dei pazienti commetta almeno un atto di violenza durante il ricovero acuto: circa un paziente su sei (IC 95% 14–20%) (Iozzino, Ferrari, Large, Nielssen & de Girolamo, 2015). Le stime di prevalenza vanno lette con un'avvertenza: gli studi adottano definizioni e strumenti di rilevazione eterogenei, dall'aggressione fisica alla minaccia verbale, sicché parte della variabilità fra le cifre riflette la variabilità delle definizioni più che del fenomeno. Sul versante degli operatori, la violenza sul lavoro in sanità è oggi un problema di salute pubblica documentato da un'ampia letteratura di sintesi (Rossi et al., 2023): nella professione infermieristica statunitense la prevalenza aggregata della violenza di tipo II (agita dal paziente o dai familiari) è stimata al 35%, massima nei setting psichiatrici (McLaughlin & Khemthong, 2024).

Il dato italiano più recente e più pertinente per la salute mentale proviene da una survey nazionale su 2.704 operatori dei servizi psichiatrici: il 45,9% dei rispondenti riferisce di aver subìto un'aggressione fisica nei due anni precedenti (il 26% più di una volta) e il 67,8% minacce verbali negli ultimi tre mesi, finestre temporali diverse che impongono cautela nel confronto diretto fra le due percentuali; i servizi di degenza psichiatrica risultano l'ambiente a più alto rischio, psichiatri e infermieri le figure più colpite (Granata et al., 2026). I dati INAIL registrano circa 6.000 aggressioni denunciate nel 2020–2022, 2.243 nel solo 2022 (+14%) (Granata et al., 2026). A questa pressione il legislatore ha risposto sul piano repressivo: la legge n. 113/2020 ha istituito l'Osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e inasprito le sanzioni; il d.l. n. 137/2024 (conv. l. n. 171/2024) ha introdotto l'arresto in flagranza, anche differita, per gli atti di violenza con lesioni al personale sanitario e per il danneggiamento delle strutture. Tali misure operano però a valle dell'evento, mentre la prevenzione si colloca, come si vedrà, su un altro piano. Il confronto in-

ternazionale segnala l'ampiezza della variabilità definitoria: in uno studio condotto in 79 Paesi durante la pandemia il 13,1% dei professionisti della salute mentale riferiva violenza occupazionale (Robles et al., 2025), stima assai inferiore a quella italiana, verosimilmente per differenze di definizione, finestra e contesto più che per un reale minor rischio.

Le conseguenze non si esauriscono nell'evento. L'esposizione si associa a burnout, anche per la sola aggressione verbale (Aguglia et al., 2020). E si lega a un aumento del rischio di suicidio nei lavoratori esposti (hazard ratio 1,34; IC 95% 1,15–1,56), un dato che chiama in causa la tutela di sistema (Magnusson Hanson et al., 2023, su coorti di lavoratori generali, da trasferire con cautela al personale psichiatrico). Il legame è circolare: un operatore in burnout e una continuità di cura interrotta sono essi stessi fattori che accrescono il rischio di violenza, sicché la tutela del personale e la qualità della presa in carico non sono obiettivi distinti ma due facce della stessa prevenzione.

Un dato di rilievo metodologico è la sottostima sistematica: percepita come componente inevitabile della professione, la violenza subìta dagli operatori viene normalizzata, il che ne riduce la segnalazione e la lascia largamente sotto-riferita. Le rilevazioni condotte in ambito ospedaliero generale lo confermano: presso un grande IRCCS italiano gli eventi violenti sono risultati in crescita (da 20,65 a 22,81 per 10.000 nel 2012–2014), disomogenei per reparto e fascia oraria e con costi diretti non trascurabili; la distribuzione descritta è coerente con il noto fenomeno della sotto-segnalazione, per cui agli eventi gravi registrati si accompagna una base assai più ampia di episodi minori non rilevati (Sossai et al., 2017).

Questi numeri pongono la domanda che attraversa l'intero ragionamento: se questa violenza possa e debba sempre essere gestita clinicamente. La risposta richiede di interrogarne la natura.

La natura della violenza: oltre la diagnosi, le dimensioni di rischio

Nei contesti di cura convivono due forme di violenza, che vanno definite con cautela. La prima è espressione diretta della psicopatologia (scompenso, sintomi attivi, angoscia psicotica) e, avendo radici cliniche, risponde al trattamento. La seconda, strumentale, antisociale, legata a condotte di abuso, non è per ciò stesso priva di psicopatologia: il disturbo antisociale di personalità e i disturbi da uso di sostanze sono quadri nosograficamente riconosciuti, dotati di psicopatologia propria, ancorché di portata diversa da quella dello scompenso o dell'angoscia psicotica. Ciò che muta è il peso causale del nucleo psicopatologico sulla singola condotta e con esso la presa che su di essa hanno gli strumenti del trattamento: si tratta dunque di violenza a rilievo psicopatologico marginale. D'altronde è un continuum e non una dicotomia, perché nella maggioranza dei casi le motivazioni della condotta sono miste.

La distinzione conserva tuttavia un rilievo pratico, che la letteratura recente quantifica. La meta-analisi aggiornata documenta un rischio più che quadruplicato per qualunque disturbo di personalità (OR 4,5; IC 95% 3,0–6,7), che sale a oltre sette volte per il disturbo antisociale (OR 7,6; IC 95% 5,1–11,5) e si conferma per il disturbo borderline (OR 2,6; IC 95% 1,8–3,9) (Chow, Yu, Geddes & Fazel, 2025). Nella popolazione forense italiana internata in REMS, i pazienti con disturbo di personalità presentano pattern di violenza differenti, per natura e bersagli, dai pazienti dello spettro schizofrenico (Margari et al., 2024). Lo studio caso-controllo multinazionale EU-VIORMED chiarisce cosa distingua il paziente schizofrenico autore di reato da quello non-forense. Non la diagnosi primaria: la schizofrenia è la più frequente in entrambi i gruppi. A separarli sono la comorbilità con il disturbo antisociale di personalità (49,1% contro 0%) e l'esposizione a violenza grave nell'infanzia (de Girolamo et al., 2023). Fra le comorbilità, quella da uso di sostanze merita un rilievo a sé ed è il banco di prova della gradazione appena introdotta: impone di distinguere lo stato tossico dal disturbo. L'alterazione dose-correlata che accompagna l'intossicazione acuta e si esaurisce con l'eliminazione della sostanza è effetto farmacologico atteso, non disturbo autonomo: lo stesso manuale diagnostico riserva la diagnosi di disturbo indotto ai quadri i cui sintomi eccedono, per intensità o persistenza, quelli usualmente associati all'intossicazione (American Psychiatric Association, 2013). È la linea dell'ordinamento, che nega rilievo all'intossicazione volontaria o colposa (artt. 92 e 93 c.p.) e lo riconosce alla sola cronica intossicazione, equiparata all'infermità (art. 95 c.p.): decide l'autonomia del quadro, non la sua fenomenologia, che può essere francamente psicotica. La doppia diagnosi, prevalente nei reparti per acuti e nelle REMS, resta poi il punto di massima frammentazione organizzativa, fra Dipartimenti di salute mentale e Servizi per le dipendenze spesso separati; il peso autonomo delle sostanze sul rischio ne fa un crocevia della prevenzione (Lagerberg et al., 2025). Qui sta il punto: dove la condotta è sostenuta da un nucleo psicopatologico attivo, quelle dimensioni sono modificabili e il trattamento è prevenzione.

Il principio vale già all'esordio e ne discende la principale leva preventiva della psichiatria contemporanea. Nel primo episodio psicotico il predittore di gran lunga più forte di violenza è la storia di violenza pregressa, mentre i restanti fattori coincidono in larga parte con quelli aspecifici della popolazione generale (Youn et al., 2026); gli stessi autori indicano nell'intervento precoce e nella riduzione della durata di psicosi non trattata una strategia plausibile di riduzione del rischio futuro, in piena coerenza con il principio per cui il trattamento tempestivo è prevenzione, prima ancora che contenimento; e anche nel ricovero per acuti i predittori più solidi sono comportamentali e anamnestici (violenza nel mese precedente il ricovero, sesso maschile, abuso di sostanze, sintomi positivi) più che diagnostici (Amore et al., 2008). Quest'ultimo dato introduce un limite incomprimibile, sul quale si tornerà: la violenza più grave tende a non associarsi ad alcun fattore identificabile e resta perciò la meno prevedibile. A com-

plicare il quadro interviene il piano giuridico, perché la linea clinica fra violenza direttamente psicopatologica e violenza a rilievo psicopatologico marginale non si sovrappone a quella nosografica fra psicosi e disturbo di personalità. Lo conferma la giurisprudenza di legittimità: anche i gravi disturbi di personalità possono integrare il vizio di mente, purché di consistenza e intensità tali da incidere sulla capacità di intendere e di volere e legati da nesso eziologico alla specifica condotta (Cass. pen., Sez. Un., n. 9163/2005). Proprio i disturbi di personalità mostrano dove corre il discrimine, dimensionale e non categoriale. Nei quadri psicotici la psicopatologia sostituisce la motivazione ordinaria e l'atto è comprensibile solo al suo interno; nei tratti antisociali la motivazione resta ordinaria e l'assenza di rimorso, la freddezza emotiva, la predatorietà descrivono le modalità della condotta, non la sua genesi. Il discontrollo rileva quando esprime una compromissione documentabile della funzione volitiva, che impedisce di determinarsi diversamente; non quando riflette l'assenza di controspinte in una funzione volitiva integra, quale attesta la condotta pianificata e strumentale, né quando riproduce la fisiologia dell'ira o della paura.

La psicopatologia rileva, in breve, quando il fatto non si spiega senza di essa; il giudizio va condotto ex ante sul quadro clinico, non ex post sull'esito, e nei casi in cui essa concorre senza esaurire la spiegazione trova spazio la graduazione dell'art. 89 c.p. Il confine, dunque, passa caso per caso per la trattabilità del quadro e per la sua incidenza sul fatto, non per l'etichetta nosografica; e là dove il contributo del nucleo psicopatologico risulta marginale, la prevenibilità della condotta con gli strumenti del trattamento si fa incerta, sicché si pone la domanda su chi ne competa la gestione.

La competenza clinica e i suoi confini

La risposta sta nella duplice natura della violenza. Alla psichiatria competono la clinica sottostante (lo scompenso, i sintomi che possono tradursi in aggressività) e la riduzione dei fattori di rischio modificabili con il trattamento. Pretendere che il sanitario neutralizzi con il trattamento comportamenti violenti di matrice prevalentemente criminale significa chiedergli ciò che il trattamento sanitario non può offrire. Per questo la marginalità del contributo psicopatologico non può essere presunta né definita ex post a partire dall'esito, ma va argomentata caso per caso sulla base del quadro clinico e della sua storia, con la consapevolezza che la distinzione è graduale, rivedibile e non coincide con l'assenza di un disturbo.

Il confine, peraltro, non è statico: la quota di violenza trattabile dipende dalla qualità della presa in carico, dalla forza dell'alleanza terapeutica, che la ricerca colloca fra i fattori dinamici protettivi più robusti, e dalla capacità del servizio di intercettare i fattori modificabili (sintomi attivi, mancata aderenza, uso di sostanze, conflittualità relazionale) prima che precipitino (Lagerberg et al., 2025; Fazel et al., 2023). Ma la stessa letteratura impone onestà epistemica: dove il nucleo psicopatologico non sostiene direttamente la condotta, lo strumento sanitario perde parte della sua efficacia, e la pretesa che esso funzioni comunque trasforma il clinico in custode.

La valutazione del rischio: giudizio strutturato, strumenti attuariali e machine learning

Gli strumenti di valutazione del rischio si collocano su orizzonti temporali e paradigmi diversi (Ling et al., 2025). Una prima famiglia, di matrice nordamericana, è quella attuariale, il cui prototipo, il Violence Risk Appraisal Guide, combina in un punteggio ponderato variabili prevalentemente statiche. Una seconda famiglia, di radice anglo-canadese-scandinava, è quella del giudizio professionale strutturato (Structured Professional Judgement): il riferimento è l'Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20), oggi alla terza versione, di cui dal 2019 esiste un adattamento italiano validato su campioni di istituti penitenziari e REMS (Douglas, Hart, Webster & Belfrage, 2013/2019); la sua validità predittiva per la violenza intraospedaliera nei setting forensi è stata confermata da uno studio internazionale multicentrico (Picchioni et al., 2024). Per il breve e brevissimo termine si impiegano strumenti dedicati, nei quali i fattori dinamici e protettivi pesano di più: lo Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START), la Brøset Violence Checklist e la Dynamic Appraisal of Situational Aggression (DASA).

L'accuratezza di questi strumenti è onesta ma limitata. La meta-analisi più recente condotta su popolazioni psichiatrico-forensi stima per gli strumenti correnti un'area sotto la curva aggregata compresa fra 0,64 e 0,72 nella predizione della recidiva violenta, rilevando al contempo gravi lacune di reporting: misure essenziali come calibrazione, sensibilità e specificità risultano sistematicamente assenti dagli studi primari (Ogonah, Seyedsalehi, Whiting & Fazel, 2023). Una terza famiglia, su grandi coorti di registro, è quella dei calcolatori individuali, come l'Oxford Mental Illness and Violence (OxMIV) (Fazel et al., 2017), che ha alimentato l'interesse per il machine learning. I dati invitano però alla prudenza. La meta-analisi sull'accuratezza dei modelli di machine learning riporta una performance aggregata discreta (AUC 0,82) ma molto eterogenea (Watts et al., 2022) e non direttamente confrontabile con quella degli strumenti tradizionali, per la disomogeneità di esiti e popolazioni; la revisione sistematica italiana segnala l'assenza di predittori comuni condivisi fra i modelli, che impone cautela nella generalizzazione (Parmigiani, Barchielli, Casale, Mancini & Ferracuti, 2022). La revisione critica più recente (38 studi, 40 modelli) è netta: AUC comprese fra 0,68 e 0,99, ma solo otto studi con dati di calibrazione, tre con validazione esterna e 31 ad alto rischio di bias. Il lavoro è per ora un preprint non ancora sottoposto a revisione paritaria (Kozhevnikova, Yukhnenko, Scola & Fazel, 2025). Il quadro è coerente con la precision psychiatry nel suo complesso: pochissimi modelli di predizione individualizzata

superano la validazione esterna e raggiungono l'implementazione clinica, in un vero e proprio translational gap (Salazar de Pablo et al., 2021).

A questi limiti di accuratezza si aggiunge un problema di equità. L'analisi dell'algorithmic fairness mostra che i modelli predittivi possono avere prestazioni diverse fra sottogruppi definiti da caratteristiche protette (ahin et al., 2024), fenomeno documentato anche per il rischio di violenza in psichiatria per acuti (Dharma et al., 2025; Wang et al., 2026) e tale da imporre audit dedicati prima di ogni impiego clinico. Il diritto europeo offre un riferimento, sia pure di applicazione non immediata al contesto clinico: il Regolamento (UE) 2024/1689 classifica fra i sistemi ad alto rischio quelli impiegati dalle autorità di contrasto per valutare il rischio di reato e nell'amministrazione della giustizia (Allegato III), con requisiti di accuratezza, robustezza e sorveglianza umana effettiva; se la loro estensione alla valutazione clinica del rischio nei servizi sanitari sia pacifica è questione aperta, ma i princìpi che esprimono offrono comunque un parametro di prudenza. Per la psichiatria forense, che decide della libertà delle persone, il rilievo è costitutivo (Olawade et al., 2025).

Sul piano medico-legale resta dirimente la struttura dei valori predittivi, nota da oltre un decennio: una meta-analisi su 73 campioni e quasi venticinquemila soggetti documentava, per la violenza, valori predittivi positivi mediani del 41% contro negativi del 91%, con un number needed to detain di circa due (Fazel, Singh, Doll & Grann, 2012). OxMIV, derivato e validato su coorti svedesi di oltre 75.000 pazienti, mostra un valore predittivo negativo superiore al 99%, eccellente per escludere i soggetti a basso rischio; ma il valore predittivo positivo si attesta all'11%: di chi viene etichettato «ad alto rischio», soltanto una minoranza svilupperà effettivamente la condotta temuta (Fazel et al., 2017). Il limite è strutturale, non tecnologico: a bassa prevalenza dell'esito il valore predittivo positivo si riduce per ragioni matematiche, quale che sia la qualità dello strumento; nessun perfezionamento tecnico potrà eliminarlo. È la critica che, da prospettive indipendenti dal filone qui prevalente, è stata rivolta alla categorizzazione del rischio individuale, giudicata di limitata utilità clinica proprio per il peso dei falsi positivi nelle popolazioni a bassa frequenza dell'evento (Szmukler, 2012; Large, Ryan, Callaghan, Paton & Singh, 2014). La validazione esterna in coorti cliniche di primo episodio psicotico ne ha confermato la trasportabilità (Whiting, Mallett, Lennox & Fazel, 2023); lo studio di implementazione nei servizi di intervento precoce ne ha sondato accettabilità e fattibilità, confermandone la funzione di supporto e non di sostituzione della decisione clinica (Whiting et al., 2026). Per il contesto italiano va aggiunta un'avvertenza: nessuno di questi calcolatori è validato su popolazioni italiane, e importarli senza taratura locale violerebbe la condizione di trasportabilità appena richiamata; l'unico strumento con adattamento e validazione italiani resta l'HCR-20 V3. L'affidabilità di questi calcolatori, in sintesi, è alta nell'escludere il rischio e modesta nell'affermarlo.

A ciò si aggiunge la direzione di ricerca che, per le sue implicazioni medico-legali, merita qui l'analisi più attenta: il passaggio dalla predizione associativa alla predizione causale. I modelli correnti, anche i più sofisticati, sono costruiti su associazioni statistiche: ignorano la struttura causale dei dati, la presenza di variabili latenti e l'evoluzione nel tempo di predittori ed esiti, sicché rispondono soltanto alla domanda «quanto è probabile l'evento», non alla domanda clinicamente decisiva «che cosa lo modificherebbe» (Krishnadas, Leighton & Jones, 2025). La cornice proposta per superare questo limite è quella controfattuale: stimare l'effetto individualizzato del trattamento, ossia l'esito che il singolo paziente avrebbe con e senza un dato intervento, mediante strumenti metodologici dedicati, dall'aggiustamento sistematico per i confondenti agli algoritmi di scoperta causale fondati su grafi aciclici diretti (Krishnadas et al., 2025). Applicata al rischio di violenza, la prospettiva rovescia la funzione dello strumento: dalla selezione di «chi è a rischio» alla predizione sotto intervento ipotetico, che indica al clinico quali fattori modificabili aggredire per ridurre il rischio di quel paziente (Seyedsalehi, Scola & Fazel, 2026). È una convergenza non casuale con il dato già discusso, per cui i fattori legati al trattamento riducono il rischio nella psicosi (Lagerberg et al., 2025) e i predittori più utili della violenza intraospedaliera sono quelli dinamici, su cui il trattamento può incidere (Fazel et al., 2023): il paradigma causale salda la valutazione al trattamento e restituisce lo strumento alla vocazione clinica, indicando che cosa fare anziché chi trattenere. Questa direzione incontra una lettura ormai consolidata in criminologia clinica, che concepisce il rischio come processo dinamico, modificabile attraverso la relazione di cura e i percorsi di desistenza dal crimine, più che come proprietà fissa dell'individuo da misurare una volta per tutte. Anche questo orizzonte, però, esige sobrietà epistemica: il comportamento umano emerge da sistemi dinamici complessi, nei quali la stessa predicibilità individuale incontra limiti teorici, e non soltanto tecnici (van Dellen, 2024). Resta poi il dato incomprimibile: tali strumenti stimano probabilità di gruppo, non destini individuali, mentre l'evento più temuto, la violenza grave, è spesso quello meno prevedibile (Youn et al., 2026). Su questo si innesta la distinzione fra rischio e pericolosità.

Dal rischio clinico alla pericolosità giuridica: una biforcazione concettuale

La valutazione del rischio nasce come strumento clinico, al servizio della cura. La pericolosità sociale è invece una categoria giuridica: ai sensi dell'art. 203 c.p. è socialmente pericoloso chi, avendo commesso un fatto preveduto come reato, è probabile ne commetta di nuovi: categoria che porta in sé, come orizzonte di tutela, le vittime potenziali dei reati futuri oltre a quelle dei fatti già commessi. La biforcazione è netta: il rischio è una stima clinica, probabilistica e dinamica, graduabile e rivedibile; la pericolosità è un giudizio del magistrato, che ha effetti costitutivi

sullo status del soggetto e fonda l'applicazione di una misura di sicurezza. La prima risponde alla domanda «quanto è probabile, e in quali condizioni, che questo paziente agisca violenza e che cosa può ridurla»; la seconda alla domanda, strutturalmente binaria, «questa persona è pericolosa o no».

Il nodo critico è che, nella prassi, una valutazione nata per curare finisce per orientare le decisioni del giudice. Su giudizi predittivi vengono assunti percorsi trattamentali che incidono sulla vita dei pazienti e sulla tutela della collettività: per questo la psichiatria forense italiana si è dotata di strumenti strutturati che rendono trasparente e replicabile la decisione, come il DUNDRUM ToolKit nella sua versione italiana, concepito per graduare il livello di sicurezza terapeutica necessario, il cosiddetto collocamento, separandolo dal giudizio sulla pericolosità (Carabellese et al., 2022; Kennedy, Carabellese & Carabellese, 2021); strumenti, va aggiunto, che danno struttura alla valutazione senza sostituire la formulazione clinica del caso, nella quale la storia e la narrazione del soggetto conservano valore conoscitivo. Il rischio, altrimenti, è che il clinico si trovi, suo malgrado, a operare come agente del controllo sociale e che la cura scivoli verso la custodia.

Ne deriva una tensione strutturale, già descritta come la condizione dello psichiatra stretto «fra incudine e martello»: chiamato a rispondere tanto per un'illecita compressione delle libertà del paziente quanto per le doglianze dei terzi rimasti vittime di un eccesso di permissivismo (Catanesi, 2017). La giurisprudenza recente ne offre la riprova speculare: da un lato la condanna di sanitari per le modalità di una contenzione protratta, qualificata non atto medico ma presidio cautelare ammissibile nei soli limiti dello stato di necessità (Cass. pen., Sez. V, n. 50497/2018); dall'altro la cassazione dell'assoluzione di uno psichiatra per il suicidio della paziente, in un processo costruito sulla mancata attivazione del TSO quale misura impeditiva doverosa (Cass. pen., Sez. IV, n. 24138/2022): un caso di auto- e non di etero-aggressività, richiamato perché identica è la logica imputativa che vi opera. Si può, in altri termini, essere chiamati in causa per non aver disposto un TSO da cui sia derivato un gesto violento e per aver disposto (o protratto) una misura coercitiva.

Le misure di sicurezza dopo la legge 81/2014: il rischio migrato, la responsabilità immutata

Con il superamento degli OPG il baricentro del sistema si è spostato: le REMS, concepite come extrema ratio, residuali e a esclusiva gestione sanitaria, hanno lasciato ai servizi territoriali e alla residenzialità il carico assistenziale principale (Rossetto et al., 2023; Catanesi, Mandarelli, Ferracuti, Valerio & Carabellese, 2019). Il principio ispiratore (la deistituzionalizzazione e il primato del percorso di cura sul luogo di cura) è di altissimo valore civile. Le sue conseguenze applicative, tuttavia, gravano oggi sui servizi, che assistono oltre 845.000 utenti l'anno (dati ministeriali non comprensivi di tutte le regioni; Ministero della Salute, 2025).

I dati disponibili documentano due dinamiche convergenti. La prima è l'espansione delle misure provvisorie: lo studio osservazionale condotto sul bacino lombardo mostra che le misure di sicurezza provvisorie ex art. 206 c.p. sono passate dal 44% del totale, nell'anno precedente la chiusura degli OPG, al 64,7% e al 64,6% nei due anni successivi (Rossetto et al., 2023): l'indice di un sistema che decide la collocazione prima e più rapidamente di quanto accerti. La seconda è la progressiva centralità delle misure non detentive: dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 253/2003, che ha aperto alla libertà vigilata in luogo del ricovero in OPG, la misura non detentiva è divenuta una modalità ordinaria di esecuzione (Gerocarni, 2024). Una stima quantitativa precisa richiederebbe dati di sorveglianza nazionali non ancora sistematicamente disponibili in letteratura, limite che va segnalato apertamente. La libertà vigilata, peraltro, tende oggi a protrarsi, spesso prorogata per mantenere l'adesione alle cure più che per una pericolosità residua attuale.

I servizi territoriali svolgono di fatto una funzione assimilabile a quella di una REMS, ma privi dei suoi poteri, della sua cornice organizzativa e del suo assetto di responsabilità. Ne risulta un disallineamento strutturale fra compiti attribuiti e poteri conferiti, che l'analisi comparata conferma essere una specificità critica del modello italiano per i pazienti ad alta complessità (Lippi et al., 2025). Le soglie di criticità raggiunte sono attestate a tre livelli. Sul piano costituzionale, dal monito della Corte sulle carenze strutturali del sistema REMS (sent. n. 22/2022). Sul piano sovranazionale, dalla condanna di Strasburgo per la detenzione in carcere di persona destinata a REMS (Corte EDU, Sy c. Italia, 2022) e dal successivo rilievo del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa, che nel dicembre 2025 ha registrato «con preoccupazione» l'assenza di progressi e la risalita delle attese in carcere (Consiglio d'Europa, 2025). Sul piano istituzionale interno, dal riconoscimento, da parte della Commissione mista del CSM, della strutturale insufficienza dei posti (Consiglio Superiore della Magistratura, 2025). Il sistema ha così trasferito ai servizi territoriali responsabilità di custodia senza trasferirne i poteri corrispondenti. Conviene a questo punto esaminare come tale responsabilità venga costruita in sede giuridica.

La posizione di garanzia e gli obblighi commisurati ai poteri reali

La responsabilità penale dell'operatore si costruisce attraverso la posizione di garanzia ex art. 40, comma 2, c.p., per cui non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo. Sul versante della colpa, il regime introdotto dall'art. 590-sexies c.p. (legge n. 24/2017) e l'interpretazione datane dalle Sezioni Unite (Cass. pen., Sez. Un., n. 8770/2018, Mariotti) hanno ridisegnato i confini della punibilità sanitaria attorno al ri-

spetto delle linee guida accreditate e al grado della colpa, cornice entro cui va oggi collocata anche la responsabilità dell'operatore della salute mentale. Il leading case è risalente, ma ancora operante. La Suprema Corte confermò la condanna dello psichiatra per l'omicidio commesso dal paziente, contestandogli la riduzione incongrua della terapia e l'omessa richiesta del TSO «in presenza di sintomi che rendevano necessaria tale iniziativa» (Cass. pen., Sez. IV, n. 10795/2008). Quella impostazione (l'evento violento del paziente come evento che il garante avrebbe dovuto impedire) non è rimasta confinata al passato: ancora di recente la Cassazione l'ha ribadita nel già richiamato caso del suicidio della paziente (Cass. pen., Sez. IV, n. 24138/2022).

La dottrina offre la distinzione che ne contiene la dilatazione: gli obblighi si distinguono secondo i poteri che presuppongono. Vi sono obblighi «forti» (la protezione del paziente da sé stesso, il controllo dei terzi dal pericolo) che presuppongono poteri impeditivi reali; e vi è un obbligo più tenue, la mera sorveglianza, che si esaurisce in vigilanza e segnalazione, perché chi ne è titolare non dispone di poteri coercitivi. Il principio-bussola è quello secondo cui le regole cautelari a contenuto precauzionale, rilevanti ai fini dell'imputazione colposa, hanno sempre come presupposto e come limite i poteri del medico: a costui non può chiedersi, in posizione di garante, una misura di diligenza, prudenza e perizia superiore a quella effettivamente esigibile in ragione dei poteri di cui dispone (Cupelli, 2016). Gli obblighi, in altri termini, vanno commisurati ai poteri reali dell'operatore in quella situazione, non a poteri presunti a posteriori.

Il principio diviene concreto nel momento più delicato, quello in cui si restringe la libertà del paziente. La giurisprudenza di legittimità formatasi sul caso Mastrogiovanni ha chiarito che la contenzione non è un atto medico, bensì un presidio cautelare, privo di finalità terapeutica: essa è legittima soltanto in presenza dei presupposti dello stato di necessità ex art. 54 c.p. (attualità del pericolo di un danno grave alla persona, inevitabilità con altri mezzi, proporzionalità) e impone trasparenza documentale, al punto che l'omessa annotazione della misura in cartella clinica è stata vagliata sotto il profilo del falso in atto pubblico (Cass. pen., Sez. V, n. 50497/2018). Lo stesso vale per il TSO, che non è un potere libero nel fine ma un procedimento a garanzie rinforzate, in cui (come è stato osservato a proposito del sindacato costituzionale sulla relativa disciplina) le garanzie procedurali costituiscono la sostanza, e non il mero rivestimento formale, della legittimità della coazione (Rossi, 2025).

La traduzione operativa della tesi è a questo punto obbligata. Poiché l'obbligo di garanzia nasce dal potere del setting, esso non può essere unico. In SPDC il TSO conferisce poteri forti, sia pure entro una misura eccezionale, procedimentalizzata e rigorosamente documentata; al Centro di salute mentale i poteri sono limitati, perché il paziente è in carico e non in trattamento obbligatorio e l'obbligo tende a quello di sorveglianza qualificata: monitoraggio, segnalazione, attivazione tempestiva dei livelli superiori di intensità assistenziale; la comunità terapeutica si colloca in posizione intermedia, con presa in carico continuativa ma priva di poteri coercitivi. Se i poteri sono diversi, anche l'obbligo deve differenziarsi: va commisurato al setting e non costruito sul territorio con i criteri concepiti per l'ospedale. E muta ancora quando sul paziente gravi un titolo giuridico, la misura di sicurezza, che fonda obblighi di protezione estesi alla collettività, agli altri utenti e al personale (Catanesi, 2017).

La Tabella 1 sintetizza la gradazione proposta.

Setting	Poteri reali disponibili	Contenuto prevalente dell'obbligo	Standard di condotta esigibile
SPDC (degenza, anche in TSO)	Trattenimento e cura anche contro la volontà (TSO); contenzione solo quale presidio cautelare nei limiti dell'art. 54 c.p.	Protezione «forte» del paziente e dei terzi presenti in reparto	Valutazione strutturata e ripetuta del rischio a breve termine; misure eccezionali motivate e documentate in cartella clinica
Centro di salute mentale	Nessun potere coercitivo; proposta di ASO/TSO; rimodulazione del programma di cura	Sorveglianza qualificata: monitoraggio, segnalazione, attivazione dei livelli superiori di intensità assistenziale	Continuità della presa in carico; documentazione delle valutazioni e delle decisioni; tempestività della segnalazione
Comunità terapeutica / residenzialità	Presa in carico continuativa; regole di convivenza; nessun potere coercitivo	Posizione intermedia: protezione organizzativa interna, vigilanza sull'aderenza al programma	Definizione e aggiornamento del progetto terapeutico; gestione documentata delle violazioni del programma
Misura di sicurezza detentiva (REMS)	Cornice organizzativa dedicata a esclusiva gestione sanitaria; poteri definiti dal titolo giuridico	Obblighi di protezione estesi alla collettività, agli altri utenti e al personale	Progetto terapeutico-riabilitativo individuale; raccordo costante con la magistratura di sorveglianza; rivalutazione periodica del rischio
Misura non detentiva (libertà vigilata) in carico al servizio territoriale	Poteri ordinari del servizio; prescrizioni disposte dal magistrato, alla cui formulazione il curante concorre di fatto tramite il progetto trattamentale	Vigilanza sull'aderenza alle prescrizioni e obbligo di segnalazione delle violazioni	Definizione e aggiornamento del progetto trattamentale; documentazione dell'andamento clinico; segnalazione tempestiva delle violazioni

Tabella 1. Poteri del setting e contenuto dell'obbligo di garanzia: una proposta di gradazione. *La gradazione costituisce una proposta interpretativa degli autori e non riflette un assetto consolidato in giurisprudenza.*

La sicurezza come responsabilità di sistema

Commisurare l'obbligo ai poteri del setting, però, ha senso solo se si riconosce che quei poteri dipendono dal sistema. Nessuna unità operativa regge da sola: la sicurezza nasce da una catena che va da SPDC, CSM, comunità e servizi per le dipendenze fino a forze dell'ordine, magistratura, servizi sociali e famiglie, sulle quali grava spesso una quota rilevante e misconosciuta del carico assistenziale. La più ampia revisione sull'aggressività in reparto lo conferma: le leve modificabili comprendono, accanto ai fattori del singolo paziente, le condizioni del reparto e le pratiche dello staff, dall'organico alla comunicazione, dalla coerenza nel porre i limiti all'affollamento (Weltens et al., 2021). Lo studio prospettico di Oxford giunge a conclusioni analoghe: i predittori utili a breve termine sono in larga parte fattori clinici dinamici, sui quali trattamento e organizzazione possono incidere (Fazel et al., 2023). L'overview delle revisioni sugli interventi per ridurre aggressività, conflitto e pratiche restrittive conclude che nessun intervento isolato è risolutivo: gli effetti nascono dall'azione congiunta di più componenti organizzative (Daguman, Hutchinson & Lakeman, 2024).

Il banco di prova è la riduzione delle pratiche restrittive. La revisione internazionale sulla contenzione meccanica (83 articoli, 22 Paesi) documenta una variabilità di prevalenza fra Paesi troppo ampia per la sola casistica clinica, dunque attribuibile a culture organizzative e cornici regolatorie (Whiting et al., 2025). Che la riduzione sia possibile è dimostrato: interventi strutturati riducono incidenza e durata della contenzione (Pedersen, Gildberg, Baker & Tingleff, 2024; Bertani et al., 2024) e l'esperienza italiana di una politica no-restraint seguita per sedici anni mostra che al picco transitorio di eventi nella fase di transizione segue una rapida discesa, senza incremento stabile delle aggressioni al personale (Colizzi et al., 2024). Resta fermo, sul piano etico, il punto del Comitato Nazionale per la Bioetica: la contenzione è pratica da superare, ammissibile solo come extrema ratio (CNB, 2015).

La conseguenza medico-legale è diretta. La violenza è condizionata dalle scelte organizzative, che ne modulano probabilità e gravità senza esaurirne la determinazione, sempre plurima; e quando si valuta una condotta, occorre valutarla dentro il sistema in cui è stata realmente tenuta. L'architettura della prevenzione ha un fondamento giuridico autonomo: l'obbligo di sicurezza del datore di lavoro ex art. 2087 c.c. e d.lgs. n. 81/2008 impone di valutare la violenza da parte di terzi fra i rischi lavorativi e di predisporre le relative misure organizzative. La prevenzione efficace è fatta di misure organizzative (valutazione dei rischi ambientali, formazione, sistemi di segnalazione, protocolli di risposta) la cui predisposizione non compete al singolo turnista (Ferracuti, Barchielli, Napoli, Giannini & Parmigiani, 2022); l'esperienza applicativa documenta che interventi aziendali di clinical risk management, articolati nella catena segnalazione, analisi, audit e retroazione organizzativa, possono invertire il trend degli eventi violenti (Bianco et al., 2025) e che la gestione del soggetto aggressivo richiede protocolli interistituzionali formalizzati fra aziende sanitarie e autorità di pubblica sicurezza (Prefettura di Venezia, ULSS3 & ULSS4, 2023). Per la psichiatria territoriale, infine, il risk management è ormai riconosciuto come campo d'azione formale dal Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025–2030, approvato in Conferenza Unificata il 29 dicembre 2025, fra le cui priorità figurano strumenti standardizzati di valutazione e formazione continua (Conferenza Unificata, 2025; Listanti, De Persis, Tripi & Ferracuti, 2026).

Attribuire al singolo operatore di turno una responsabilità di origine sistemica equivale a scambiare l'ultimo anello della catena per la causa: un errore prospettico, prima che un'ingiustizia. Su questo si innesta la responsabilità della figura dirigenziale, garante primario del dovere di sicurezza e dei modelli organizzativi idonei (Catanesi, 2017): è a questo livello che si gioca buona parte della prevenzione possibile.

Conclusioni: criticità del sistema e implicazioni di metodo

L'analisi sin qui condotta fa emergere quattro criticità di sistema, fra loro connesse. La prima è il rapporto fra rischio clinico e pericolosità giuridica: una valutazione nata per curare è oggi impiegata per decidere della libertà delle persone. Questa biforcazione fra una stima clinica e un giudizio giuridico è condizione di legittimità dell'impianto: il rischio è stima probabilistica, graduabile e funzionale al trattamento; la pericolosità è giudizio binario con effetti costitutivi sullo status del soggetto. Quando il primo viene travasato nella seconda senza mediazione, i dati sui valori predittivi ne mostrano il costo. Con valori predittivi positivi mediani intorno al 41% (Fazel et al., 2012), la maggioranza dei soggetti classificati ad alto rischio non andrà incontro all'esito temuto. Usare selettivamente lo strumento per trattenere significa allora comprimere la libertà anche di chi non avrebbe agito violenza, tanto più quanto più bassa è la prevalenza di base. Il number needed to detain di circa due, stimato in quegli stessi dati, va letto con cautela: presuppone un'efficacia preventiva della detenzione non a sua volta dimostrata. Pesano inoltre i profili di equità algoritmica, con prestazioni che possono variare fra i sottogruppi definiti da caratteristiche protette (ahin et al., 2024; Dharma et al., 2025); le segnalazioni più recenti, ancora in preprint, convergono (Kozhevnikova et al., 2025).

Va riconosciuta, qui, una tensione che attraversa l'intero campo: gli stessi strumenti strutturati che si propongono come garanzia di equità e trasparenza sono anche dispositivi di sorveglianza, e tenere insieme le due cose è parte della responsabilità di chi li impiega. Entro questa consapevolezza, e non contro di essa, dovrebbe affermarsi uno standard disciplinare. Nessuno strumento predittivo, attuariale o algoritmico, può sostituire il giudizio clinico-forense: può informarlo, a condizione di calibrazione documentata, validazione esterna nella popolazione di applicazione e audit di equità. E la sola traiettoria com-

patibile con la funzione di cura è quella causale-controfattuale, che stima l'effetto del trattamento sul singolo paziente e orienta lo strumento verso ciò che riduce il rischio anziché verso chi trattenere.

La seconda criticità è il trasferimento ai servizi di funzioni di custodia senza poteri corrispondenti. Lo attestano, a più livelli, il monito della Corte costituzionale (sent. n. 22/2022), la condanna di Strasburgo (Sy c. Italia) e la presa d'atto, nel dicembre 2025, dell'assenza di progressi sostanziali con risalita delle attese in carcere (Consiglio d'Europa, 2025); la stessa magistratura ha riconosciuto la strutturale insufficienza del sistema (Consiglio Superiore della Magistratura, 2025). In questo quadro i servizi territoriali esercitano di fatto funzioni di controllo senza disporre di alcuno strumento coercitivo (Lippi et al., 2025). E va affermato con chiarezza il corollario che la disciplina tende a eludere: quando la pericolosità non sia sostenuta da una psicopatologia trattabile e causalmente incidente sul fatto, secondo il criterio delle Sezioni Unite del 2005, lo strumento sanitario tende a perdere efficacia, fermo restando che la stessa qualificazione della condotta come psicopatologicamente marginale è soggetta ai limiti di affidabilità sopra discussi; continuare ad attribuirlo ai servizi consolida la posizione paradossale dell'operatore, chiamato a rispondere a un tempo dell'eccesso di custodia e dell'eccesso di libertà. Il nodo è da tempo al centro del dibattito penalistico sul superamento del doppio binario e sulla riforma delle misure di sicurezza (Pelissero, 2008): l'esperienza applicativa della legge 81/2014 qui ricostruita ne conferma l'urgenza, perché senza una ridefinizione legislativa dei presupposti e dei destinatari della misura sanitaria il disallineamento fra compiti e poteri è destinato a riprodursi.

La terza criticità investe il soggetto in misura di sicurezza: poiché la misura è un titolo giuridico e non una diagnosi, sotto un medesimo titolo convivono psicosi, disturbi di personalità, dipendenze e profili antisociali con bisogni e prognosi diversi (Margari et al., 2024; de Girolamo et al., 2023). Trattare il titolo anziché il problema psichico reale produce percorsi inefficaci per i pazienti trattabili e impropri per i non trattabili. La direzione obbligata è la stratificazione della sicurezza terapeutica secondo la logica del DUNDRUM, che colloca ciascun soggetto al livello di sicurezza richiesto dal suo quadro separando il collocamento dal giudizio sulla pericolosità (Kennedy et al., 2021; Carabellese et al., 2022); l'espansione delle misure provvisorie opera in senso contrario, decidendo la collocazione prima che la valutazione clinica sia matura.

La quarta criticità riguarda il metro del giudizio di responsabilità, quella su cui la disciplina può incidere da subito. La legge 8 marzo 2017, n. 24 assegna alle linee guida accreditate e alle buone pratiche un ruolo centrale nella valutazione della colpa. In questo quadro, l'assenza di linee guida italiane specifiche per la gestione del rischio di violenza nei diversi setting può esporre il singolo operatore a ricostruzioni giudiziarie ex post che non sempre distinguono i poteri propri di ciascun setting. Sul piano organizzativo, la responsabilità va cercata anzitutto dove si formano le condizioni della sicurezza, cioè nelle scelte di sistema e nella funzione dirigenziale (Catanesi, 2017), prima che nell'ultimo anello della catena.

Da queste criticità discendono alcune implicazioni di metodo, rivolte insieme al giudice, al perito e al clinico. Il giudizio sulla condotta dell'operatore, perché sia equo, dovrebbe rispettare tre condizioni. La prima è la ricostruzione rigorosamente ex ante: la condotta va valutata sulla base delle informazioni disponibili al momento della decisione, non alla luce dell'esito, che in un campo governato da valori predittivi positivi modesti nessuno può garantire. Il principio è acquisito nella teoria della colpa; il problema, che qui si segnala senza poterlo misurare, è la sua applicazione giudiziaria, su cui mancano analisi sistematiche del contenzioso a carico degli operatori della salute mentale, italiane e comparate: un'esigenza di ricerca aperta. La seconda è la commisurazione ai poteri reali: l'obbligo di garanzia ha come presupposto e come limite i poteri impeditivi effettivamente conferiti dal setting in quel momento (Cupelli, 2016) e nessuna regola cautelare può esigere ciò che il setting non consente. La terza è la valutazione del processo decisionale, non dell'evento: ciò che può e deve essere preteso dall'operatore è una valutazione del rischio metodologicamente corretta, documentata, proporzionata ai poteri e aggiornata nel tempo; ciò che non può essergli chiesto è l'impedimento di ogni violenza, che nessuno strumento o assetto organizzativo assicura. Su questo metodo poggiano l'equità del giudizio, la dignità del lavoro clinico e la tutela di pazienti e terzi. Vale anche il rovescio: un sistema che valutasse l'esito anziché il processo spingerebbe i servizi verso la medicina difensiva e la custodia, in direzione opposta alla riforma del 2014. È un rischio di cui la letteratura discute e che meriterebbe verifica empirica.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Aguglia, A., Belvederi Murri, M., Conigliaro, C., Cipriani, N., Vaggi, M., Di Salvo, G., Maina, G., Cavone, V., Aguglia, E., Serafini, G., & Amore, M. (2020). Workplace violence and burnout among mental health workers. *Psychiatric Services*, 71(3), 284–288. https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900161

Amore, M., Menchetti, M., Tonti, C., Scarlatti, F., Lundgren, E., Esposito, W., & Berardi, D. (2008). Predictors of violent behavior among acute psychiatric patients: Clinical study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 247–255.

Bertani, D. E., Ferrazzi, G., Marchi, M., Pingani, L., Cevallos, N., Oliva, R., & Galeazzi, G. M. (2024). Exploring alternatives: A systematic review of strategies to reduce restraint in psychiatry. *Minerva Psychiatry*, 65(4), 392–404. https://doi.org/10.23736/S2724-6612.24.02560-0

Bianco, L., Oliva, S., Grassi, F., Arena, J. F., Aromatario, M., Ferracuti, S., Abate, S., Napoli, C., & Del Casale, A.

(2025). Violence against healthcare workers in a university hospital of Central Italy: How risk management interventions can help change a trend. *Healthcare*, 13(4), 409. https://doi.org/10.3390/healthcare13040409

Carabellese, F., Parente, L., La Tegola, D., Rossetto, I., Franconi, F., Zanalda, E., Mandarelli, G., Catanesi, R., Kennedy, H. G., & Carabellese, F. (2022). The DUNDRUM ToolKit, Italian version and its potential use in the Italian forensic treatment model. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVI(4), 271–282. https://doi.org/10.7347/RIC-042022-p271

Carabellese, F. F., & Parente, L. (2025). The Italian general psychiatry and forensic psychiatry treatment model: A unique story. *CNS Spectrums*, 30(1), e1, 1–5.

Catanesi, R. (2017). La responsabilità professionale dello psichiatra ai tempi delle REMS. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 182–192. https://doi.org/10.7347/RIC-2017-p182

Catanesi, R., Mandarelli, G., Ferracuti, S., Valerio, A., & Carabellese, F. (2019). Un anno di osservazione sulle REMS italiane. *Rassegna Italiana di Criminologia*, numero speciale/2019, 7–23.

Catanesi, R., Mandarelli, G., Ventriglio, A., & Bellomo, A. (2024). Core topics in forensic psychiatry. *International Review of Psychiatry*, 36(7), 673–675. https://doi.org/-10.1080/09540261.2024.2420307

Chow, R. T. S., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2025). Personality disorders, violence and antisocial behaviour: Updated systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 227(1), 481–491. https://doi.org/-10.1192/bjp.2024.226

Colizzi, M., Comacchio, C., Garzitto, M., Napoli, G., Battiston, C., Tam, T., Bertoli, M., Anzallo, C., Palese, A., & Balestrieri, M. (2024). Is a no-restraint policy associated with increased aggression towards healthcare professionals among inpatient psychiatric units? A 16-year retrospective observational study conducted in Italy. *Nursing Reports*, 14(4), 3779–3785. https://doi.org/10.3390/nursrep14040276

Comitato Nazionale per la Bioetica (2015). *La contenzione: problemi bioetici*. Presidenza del Consiglio dei Ministri, 23 aprile 2015.

Cupelli, C. (2016). La colpa dello psichiatra. Rischi e responsabilità tra poteri impeditivi, regole cautelari e linee guida. *Diritto Penale Contemporaneo*, 25 febbraio 2016.

Daguman, E., IV, Hutchinson, M., & Lakeman, R. (2024). Uncovering complexities in reducing aggression, conflict and restrictive practices in acute mental healthcare settings: An overview of reviews. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(6), 1666–1686. https://doi.org/-10.1111/inm.13376

de Girolamo, G., Iozzino, L., Ferrari, C., Gosek, P., Heitzman, J., Salize, H. J., Wancata, J., Picchioni, M., & Macis, A. (2023). A multinational case–control study comparing forensic and non-forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: The EU-VIORMED project. *Psychological Medicine*, 53, 1814–1824. https://doi.org/10.1017-/S0033291721003433

Dharma, C., Bondy, S. J., Sikstrom, L., Muirhead, P. S., Zaheer, J., & Maslej, M. M. (2025). Examining systemic and interpersonal bias in violence risk assessments of patients in acute psychiatric care. *Psychiatric Services*, 76(4), 326–335. https://doi.org/10.1176/appi.ps.20240108

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2019). *HCR-20 V3. Assessing risk of violence. Checklist per la valutazione del rischio di recidiva di un crimine violento* (Edizione italiana a cura di V. Caretti, F. Scarpa, S. Ciappi, L. Castelletti, R. Catanesi, F. F. Carabellese, S. Ferracuti, F. A. Nava, G. Nicolò, R. Paterniti, G. Rivellini & A. Schimmenti; ed. orig. 2013). Hogrefe Editore.

Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8), 1397–1403. https://doi.org/10.1176/-ajp.2006.163.8.1397

Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24 827 people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e4692. https://doi.org/10.1136/bmj.e4692

Fazel, S., Toynbee, M., Ryland, H., Vazquez-Montes, M., Al-Taiar, H., Wolf, A., Aziz, O., Khosla, V., Gulati, G., & Fanshawe, T. (2023). Modifiable risk factors for inpatient violence in psychiatric hospital: Prospective study and prediction model. *Psychological Medicine*, 53, 590–596. https://doi.org/10.1017/S0033291721002063

Fazel, S., Wolf, A., Larsson, H., Lichtenstein, P., Mallett, S., & Fanshawe, T. R. (2017). Identification of low risk of violent crime in severe mental illness with a clinical prediction tool (Oxford Mental Illness and Violence tool [OxMIV]): A derivation and validation study. *The Lancet Psychiatry*, 4(6), 461–468.

Ferracuti, S., Barchielli, B., Napoli, C., Giannini, A. M., & Parmigiani, G. (2022). Managing and preventing acts of violence against health workers: Results of a review evaluating hospital control procedures. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 14(2), 100–111. https://doi.org/10.1108/-JACPR-07-2021-0615

Granata, N., Gesi, C., Fagiolini, A., Migliarese, G., Rocchetti, M., & Cerveri, G. (2026). Workplace violence against mental health professionals in Italy: A nationwide survey on prevalence and risk perception. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. https://doi.org/-10.1007/s00406-026-02197-y

Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielssen, O., & de Girolamo, G. (2015). Prevalence and risk factors of violence by psychiatric acute inpatients: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 10(6), e0128536. https://doi.org/-10.1371/journal.pone.0128536

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, 11–18. https://doi.org/10.36148/2284-0249-415

Kozhevnikova, S., Yukhnenko, D., Scola, G., & Fazel, S. (2025). *Machine learning for violence prediction: A systematic review and critical appraisal* [Preprint]. arXiv. https://doi.org/-10.48550/arXiv.2511.23118

Krishnadas, R., Leighton, S. P., & Jones, P. B. (2025). Precision psychiatry: Thinking beyond simple prediction models – enhancing causal predictions. *The British Journal of Psychiatry*, 226(3), 184–188. https://doi.org/10.1192/bjp.2024.258

Lagerberg, T., Lambe, S., Paulino, A., Yu, R., & Fazel, S. (2025). Systematic review of risk factors for violence in psychosis: 10-year update. *The British Journal of Psychiatry*, 226(2), 100–107. https://doi.org/10.1192/bjp.2024.120

Large, M. M., Ryan, C. J., Callaghan, S., Paton, M. B., & Singh, S. P. (2014). Can violence risk assessment really assist in clinical decision-making? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(3), 286–288. https://doi.org/-10.1177/0004867413498275

Ling, X., Li, H., Li, W., Wang, S., Zhang, Q., & Cai, W. (2025). A review of progress in violence risk assessment methods. *Forensic Sciences Research*, 10, owaf014. https://doi.org/10.1093/fsr/owaf014

Lippi, M., Campanozzi, L. L., D'Andrea, G., Morena, D., Orsini, F., Damato, F. M., Fanelli, G., Balcioglu, Y. H., Ryland, H., Fovet, T., Völlm, B., Vicente-Alba, J., Scott, C. L., Frati, P., Tambone, V., & Rinaldi, R. (2025). Psychiatric risk governance across jurisdictions: A comparative analysis of involuntary treatment, community treatment orders, and forensic mental health services. *Healthcare*, 13(18), 2363. https://doi.org/10.3390/healthcare13182363

Listanti, G., De Persis, S., Tripi, D., & Ferracuti, S. (2026). Risk management in community-based psychiatry: An overview from global perspectives to the Italian context. *Rivista di Psichiatria*, 61(2), 51–61.

Magnusson Hanson, L. L., Pentti, J., Nordentoft, M., Xu, T., Rugulies, R., Madsen, I. E. H., Conway, P. M., Westerlund, H., Vahtera, J., Ervasti, J., Batty, G. D., & Kivimäki, M. (2023). Association of workplace violence and bullying with later suicide risk: A multicohort study and meta-analysis of published data. *The Lancet Public Health*, 8(7), e494–e503. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00096-8

Margari, A., Catanesi, R., Carabellese, F. F., Buongiorno, L., Piarulli, F. M., & Mandarelli, G. (2024). Personality disorders and schizophrenia spectrum disorders in the Italian forensic psychiatric population: Clinical features, pattern of violence and treatment. *International Review of Psychiatry*, 36(7), 729–738. https://doi.org/10.1080/-09540261.2023.2287095

McLaughlin, L., & Khemthong, U. (2024). The prevalence of Type II workplace violence in US nurses 2000 to 2022: A meta-analysis. *Western Journal of Nursing Research*, 46(3), 248–255. https://doi.org/10.1177/01939459231222449

Ogonah, M. G. T., Seyedsalehi, A., Whiting, D., & Fazel, S. (2023). Violence risk assessment instruments in forensic psychiatric populations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 10(10), 780–789. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00256-0

Olawade, D. B., Ayoola, F. I., Ebo, T. O., Asaolu, A. J., Egbon, E., & David-Olawade, A. C. (2025). Artificial intelligence in forensic mental health: A review of applications and implications. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 113, 102895. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2025.102895

Parmigiani, G., Barchielli, B., Casale, S., Mancini, T., & Ferracuti, S. (2022). The impact of machine learning in predicting risk of violence: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1015914. https://doi.org/10.3389/fpsyt.-2022.1015914

Pedersen, M. L., Gildberg, F. A., Baker, J., & Tingleff, E. B. (2024). A systematic review of interventions to reduce mechanical restraint in adult mental health inpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(3), 505–522. https://doi.org/10.1111/inm.13267

Pelissero, M. (2008). *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*. Giappichelli.

Picchioni, M., Ruiz, R., de Girolamo, G., Iozzino, L., Zamparini, M., Wancata, J., Unger, A., Heitzman, J., Markewitz, I., Dressing, H., & Large, M. M. (2024). The predictive validity and temporal characteristics of the HCR-20v3 for inpatient violence in forensic inpatient settings. An international study. *Psychiatry Research*, 339, 116079.

Robles, R., Kogan, C. S., Medina-Mora, M. E., García-Pacheco, J. Á., Rebello, T. J., Khoury, B., Kulygina, M., & Reed, G. M. (2025). Occupational violence toward mental health professionals during the COVID-19 pandemic: An international study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1527182. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1527182

Rossetto, I., di Giacomo, E., Dragonetti, G., Gandellini, M. G., Carabellese, F., Parente, L., & Clerici, M. (2023). Italian "revolution" of forensic psychiatric hospitals: An observational study on advancements, difficulties and outcomes. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVII(1), 5–10. https://doi.org/10.7347/RIC-012023-p5

Rossi, M. F., Beccia, F., Cittadini, F., Amantea, C., Aulino, G., Santoro, P. E., Borrelli, I., Oliva, A., Ricciardi, W., Moscato, U., & Gualano, M. R. (2023). Workplace violence against healthcare workers: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Public Health*, 221, 50–59. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2023.05.021

Rossi, S. (2025). Il processo della cura: la Corte costituzionale e il trattamento sanitario obbligatorio in ambito psichiatrico. *Rivista AIC*, 4/2025, 428–463.

Şahin, D., Kambeitz-Ilankovic, L., Wood, S., Dwyer, D., Upthegrove, R., Salokangas, R., Borgwardt, S., Brambilla, P., Meisenzahl, E., Ruhrmann, S., Schultze-Lutter, F., Lencer, R., Bertolino, A., Pantelis, C., Koutsouleris, N., & Kambeitz, J. (2024). Algorithmic fairness in precision psychiatry: Analysis of prediction models in individuals at clinical high risk for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 224, 55–65.

Salazar de Pablo, G., Studerus, E., Vaquerizo-Serrano, J., Irving, J., Catalan, A., Oliver, D., Baldwin, H., Danese, A., Fazel, S., Steyerberg, E. W., Stahl, D., & Fusar-Poli, P. (2021). Implementing precision psychiatry: A systematic review of individualized prediction models for clinical practice. *Schizophrenia Bulletin*, 47(2), 284–297. https://doi.org/-10.1093/schbul/sbaa120

Seyedsalehi, A., Scola, G., & Fazel, S. (2026). Precision psychiatry: Thinking beyond simple prediction models – enhancing causal predictions: Commentary, Seyedsalehi et al. *The British Journal of Psychiatry*, 228(2), 176–177. https://doi.org/10.1192/bjp.2025.10473

Sossai, D., Molina, F. S., Amore, M., Ferrandes, G., Sarcletti, E., Biffa, G., Accorsi, S., Belvederi Murri, M., Tomellini, M. J., & Copello, F. (2017). Analisi degli episodi di violenza in un grande ospedale italiano. *La Medicina del Lavoro*, 108(5), 377–387. https://doi.org/10.23749/mdl.v108i5.6005

Szmukler, G. (2012). Risk assessment for suicide and violence is of extremely limited value in general psychiatric practice. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(2), 173–174. https://doi.org/10.1177/0004867411432214

van Dellen, E. (2024). Precision psychiatry: Predicting predictability. *Psychological Medicine*, 54, 1500–1509. https://doi.org/10.1017/S0033291724000370

Wang, Y., Sikstrom, L., Xiao, R., Findlay, Z., Zaheer, J., Hill, S. L., & Maslej, M. M. (2026). Fairness analysis of machine learning predictions of aggression in acute psychiatric care. *npj Mental Health Research*. https://doi.org/10.1038/s44184-026-00194-6

Watts, D., de Azevedo Cardoso, T., Librenza-Garcia, D., Ballester, P., Passos, I. C., Kessler, F. H. P., Reilly, J., Chaimowitz, G., & Kapczinski, F. (2022). Predicting criminal and violent outcomes in psychiatry: A meta-analysis of diagnostic accuracy. *Translational Psychiatry*, 12, 470.

Weltens, I., Bak, M., Verhagen, S., Vandenberk, E., Domen, P., van Amelsvoort, T., & Drukker, M. (2021). Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic

review of the literature. *PLoS ONE*, 16(10), e0258346. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258346

Whiting, D., Glogowska, M., Mallett, S., Maughan, D., Lennox, B., & Fazel, S. (2026). Use of a violence risk prediction tool (Oxford Mental Illness and Violence) in early intervention in psychosis services: Mixed methods study of acceptability, feasibility and clinical role. *The British Journal of Psychiatry*, 228(2), 140–149. https://doi.org/10.1192/-bjp.2024.293

Whiting, D., Lewis, A., Khan, K., Alder, E., Gookey, G., & Tully, J. (2025). Mechanical restraint in inpatient psychiatric settings: A systematic review of international prevalence, associations, outcomes and reduction strategies. *European Psychiatry*, 68(1), e57. https://doi.org/10.1192/-j.eurpsy.2025.2453

Whiting, D., Mallett, S., Lennox, B., & Fazel, S. (2023). Assessing violence risk in first-episode psychosis: External validation, updating and net benefit of a prediction tool (OxMIV). *BMJ Mental Health*, 26(1), e300634. https://doi.org/10.1136/bmjment-2022-300634

Youn, S., Watson, A. E., Guadagno, B. L., Murrihy, S., Byrne, L. K., Cheng, N., & Cotton, S. M. (2026). Systematic review and meta-analysis: Risk factors of violence during first-episode psychosis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 27(1), 256–270. https://doi.org/10.1177/15248380241309297

Fonti normative, giurisprudenziali e istituzionali

Consiglio d'Europa, Comitato dei Ministri (2025). *Decisione CM/Del/Dec(2025), 1545ª riunione (DH), 2–4 dicembre 2025, H46-23 — Sy (ric. n. 11791/20) e gruppo Citraro e Molino c. Italia*. Documento di riferimento CM/Notes/-1545/H46-23.

Conferenza Unificata (2025). *Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante «Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) 2025–2030»*. Rep. Atti n. 177/CU, 29 dicembre 2025.

Consiglio Superiore della Magistratura, Commissione mista per lo studio dei problemi della Magistratura di Sorveglianza e dell'Esecuzione Penale (2025). *R.E.M.S. — Documento finale*, 22 gennaio 2025.

Corte costituzionale, sentenza 18 luglio 2003, n. 253.

Corte costituzionale, sentenza 27 gennaio 2022, n. 22.

Corte europea dei diritti dell'uomo, sez. I (2022). *Sy c. Italia*, ric. n. 11791/20, sentenza 24 gennaio 2022.

Corte di cassazione, Sezioni Unite penali, sentenza 21 dicembre 2017 (dep. 22 febbraio 2018), n. 8770, Pres. Canzio, Rel. Vessichelli, ric. Mariotti (Rv. 272174-76).

Corte di cassazione, Sez. IV penale, sentenza 14 novembre 2007 (dep. 11 marzo 2008), n. 10795.

Corte di cassazione, Sez. V penale, sentenza (ud. 20 giugno 2018), n. 50497/2018 (caso Mastrogiovanni).

Corte di cassazione, Sez. IV penale, sentenza 25 maggio 2022, n. 24138.

Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81. Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

Legge 8 marzo 2017, n. 24. Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Legge 14 agosto 2020, n. 113. Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.

Decreto-legge 1° ottobre 2024, n. 137, convertito con modificazioni dalla legge 18 novembre 2024, n. 171. Misure urgenti per contrastare i fenomeni di violenza nei confronti dei professionisti sanitari, socio-sanitari, ausiliari e di assistenza e cura nell'esercizio delle loro funzioni nonché di danneggiamento dei beni destinati all'assistenza sanitaria.

Regolamento (UE) 2024/1689 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 giugno 2024, che stabilisce regole armonizzate sull'intelligenza artificiale (regolamento sull'intelligenza artificiale).

Gerocarni, B. (2024). *Misure di sicurezza psichiatriche non detentive in un'ottica trattamentale*. Relazione, UO Psichiatria Forense, DSM-DP AUSL Bologna, Ferrara, 13 aprile 2024.

Ministero della Salute, Unità di missione per l'attuazione degli interventi del PNRR — Ufficio di statistica (2025). *Rapporto salute mentale. Analisi dei dati del Sistema Informativo per la Salute Mentale. Anno 2024*. Settembre 2025.

Prefettura di Venezia, ULSS3 Serenissima & ULSS4 Veneto Orientale (2023). *Protocollo operativo. La gestione del soggetto non collaborante-aggressivo nei confronti del personale sanitario*. Venezia, 28 novembre 2023.