RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA ANNO XX N.2 2026

Società Italiana di Criminologia

Articoli di ricerca

From a Custodial Model to a Therapeutic-Rehabilitative Model: A Critical Analysis of the Italian Forensic Psychiatric System, the Contribution of Dedicated CRAPs in Puglia, and the New Guidelines of the PANSM

Dal modello custodiale a quello terapeutico-riabilitativo: analisi critica del sistema psichiatrico-forense italiano, il contributo delle CRAP dedicate in Puglia e le nuove linee del PANSM.

Lia Parente | Fulvio Carabellese | Lucia Sideli | Eliseo Seclì | Donatella La Tegola | Alessio Bucci | Isabella Ciraselli | Giovanni Papa | Mariarosaria Liccardo | Michele Marchionne | Marco Di Salvia | Bernardo Bozza | Paolo Roma |Cristina Mazza | Biagio Solarino | Gabriele Mandarelli | Felice Carabellese

OPEN ACCESS

Double blind peer review

How to cite this article: Parente L., et al. (2026). From a Custodial Model to a Therapeutic-Rehabilitative Model: A Critical Analysis of the Italian Forensic Psychiatric System, the Contribution of Dedicated CRAPs in Puglia, and the New Guidelines of the PANSM. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XX, 2, 116-124 https://doi.org/10.7347/RIC-022026-p116

Corresponding Author: Carabellese Fulvio
email: fulvio.carabellese@uniba.it

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: 18.11.2025
Accepted: 26.02.2026
Published: 30.06.2026

Pensa MultiMedia
ISSN 1121-1717 (print)
ISSN 2240-8053 (on line)
DOI: 10.7347/RIC-022026-p116

Abstract

The Italian psychiatric-forensic system has undergone a radical transformation with the definitive closure of the Forensic Psychiatric Hospitals (OPGs), established by Law No. 81/2014, which introduced Residences for the Execution of Security Measures (REMS) and a network of facilities integrated with territorial services. Despite these advances, significant critical issues persist: a shortage of beds in REMS, marked regional disparities in service provision, and difficulties in the social reintegration of discharged patients. This article critically analyzes the current system and proposes concrete operational solutions to improve the quality of forensic treatment in Italy, focusing on territorial equity, public safety and human rights, in light of the National Action Plan for Mental Health (PANSM). Furthermore, the article presents the case study of the dedicated Psychiatric Assisted Rehabilitation Communities (CRAPs) in the Apulia region – a denomination specific to the Apulian Regional Health Service (SSR) – which systematically applies Structured Professional Judgment (SPJ) tools. Empirical data on 92 patients suggest preliminary evidence of the effectiveness of individualized rehabilitation pathways (reductions in symptom severity, risk of violent recidivism, and increases in protective factors), offering insights for less restrictive, more rehabilitation-oriented models as a valid alternative to REMS for medium-to-low-risk patients.

Keywords: REMS, forensic treatment, risk of recidivism, forensic rehabilitation, dedicated CRAPs

Riassunto

Il sistema psichiatrico-forense italiano ha subito una trasformazione radicale con la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), sancita dalla Legge n. 81/2014, che ha introdotto le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) e una rete di strutture integrate con i servizi territoriali. Nonostante i progressi, persistono criticità rilevanti: carenza di posti letto nelle REMS, marcate disparità regionali nell'offerta dei servizi e difficoltà nel reinserimento sociale dei pazienti dimessi. Questo articolo analizza criticamente il sistema attuale, proponendo soluzioni operative concrete per migliorare la qualità del trattamento forense in Italia, con attenzione all'equità territoriale, alla sicurezza pubblica e alla tutela dei diritti umani, alla luce delle indicazioni del Piano di Azione Nazionale per la Salute Mentale (PANSM). Viene inoltre presentato il caso studio delle Comunità Riabilitative Assistenziali Psichiatriche (CRAP) dedicate della regione Puglia – denominazione specifica del SSR pugliese – che applica sistematicamente strumenti di valutazione strutturata del rischio (SPJ) su 92 pazienti, documentando risultati preliminari incoraggianti in termini di riduzione della gravità sintomatologica, del rischio di recidiva violenta e incremento dei fattori protettivi, e che può costituire una valida alternativa alle REMS per i pazienti a medio-basso rischio.

Parole chiave: REMS, trattamento forense, rischio di recidiva, riabilitazione forense, CRAP dedicate

Parente Lia: PhD, Università degli Studi Sapienza Roma | **Carabellese Fulvio**: Università degli Studi di Bari Aldo Moro | **Sideli Lucia**: LUMSA Roma | **Seclì Eliseo**: Università degli Studi di Bari Aldo Moro, | **La Tegola Donatella**: CRAP Dedicata| **Bozza Bernardo**: PhD, Università degli Studi Sapienza Roma | **Bucci Alessio**: CRAP Dedicata| **Di Salvia Marco**: CRAP Dedicata| **Ciraselli Isabella**: CRAP Dedicata| **Papa Giovanni**: CRAP Dedicata | **Liccardo Mariarosaria**: CRAP Dedicata| **Marchionne Michele**: CRAP Dedicata | **Roma Paolo**: Università degli Studi Sapienza Roma Università degli Studi Sapienza Roma | **Mazza Cristina**: Università degli Studi Sapienza Roma | **Solarino Biagio**: Università degli Studi di Bari Aldo Moro | **Mandarelli Gabriele**: Università degli Studi di Bari Aldo Moro | **Carabellese Felice**: Università degli Studi di Bari Aldo Moro

From a Custodial Model to a Therapeutic-Rehabilitative Model: A Critical Analysis of the Italian Forensic Psychiatric System, the Contribution of Dedicated CRAPs in Puglia, and the New Guidelines of the PANSM

Introduzione

Dopo aver presentato il contesto storico e normativo che ha portato al superamento del modello forense custodialistico ed all'istituzione delle REMS, il lavoro descrive l'attuale organizzazione delle strutture forensi residenziali e territoriali, soffermandosi sul principio di territorialità e sulla continuità della cura. Si passa quindi ad approfondire la costruzione dei percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati, con particolare attenzione agli strumenti di valutazione ed alle strategie cliniche adottate. A supporto di queste riflessioni, viene presentato il caso studio delle CRAP dedicate della regione Puglia - strutture così denominate esclusivamente nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale (SSR) pugliese -, che offre dati empirici sull'efficacia dei modelli riabilitativi territoriali. La discussione si concentra poi sulle principali criticità ancora irrisolte del sistema e sulle possibili soluzioni operative, elaborate anche alla luce delle recenti indicazioni del PANSM. In chiusura, sono sintetizzati i risultati principali e delineate alcune prospettive future.

Negli ultimi anni, il sistema trattamentale psichiatrico-forense italiano ha attraversato una profonda trasformazione, passando da un modello custodialistico basato quasi esclusivamente sulla custodia ad un modello comunitario terapeutico-riabilitativo orientato alla cura ed al reinserimento sociale dei pazienti psichiatrici autori di reato.

La chiusura definitiva degli OPG, sancita dalla Legge n. 81/2014, ha rappresentato un punto di svolta, introducendo un approccio innovativo fondato sul rispetto della dignità umana e dei diritti fondamentali (Carabellese & Felthous, 2016; Corleone, 2018).

La riforma ha comportato l'istituzione di nuove strutture e servizi sanitari integrati con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), tra cui le REMS, le CRAP dedicate pugliesi, le Comunità Protette ad Alta Intensità Assistenziale (CPA) e le Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP) (Di Lorito et al., 2017; Catanesi et al., 2019). A completamento della rete assistenziale, i Centri Diurni ed i servizi ambulatoriali territoriali garantiscono continuità terapeutica e supporto nella fase post-dimissione.

Il passaggio dal modello custodiale a quello terapeutico-riabilitativo ha permesso di superare molte delle criticità storiche degli OPG (Mandarelli et al., 2019). Tuttavia, permangono ancora diverse problematiche che limitano l'efficacia del sistema attuale: carenza di posti letto nelle REMS, marcate disparità regionali nell'accesso ai servizi ed una gestione ancora inadeguata delle liste d'attesa (Rapporto Antigone, 2024; Corte EDU, 2024).

Inoltre, circa 10.000 detenuti con disturbi mentali continuano ad essere trattenuti in istituti penitenziari ordinari, carenti delle risorse necessarie per garantire trattamenti adeguati (XX Rapporto Antigone, 2024). Le Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale (ATSM), nate per affrontare tali situazioni all'interno delle carceri, risultano tuttora insufficienti sia in termini di capacità ricettiva che di risorse disponibili.

In questo contesto, il presente articolo si propone di analizzare criticamente il sistema trattamentale psichiatrico-forense italiano post-riforma, esaminando gli aspetti organizzativi e gestionali delle strutture residenziali e territoriali, i modelli di intervento terapeutico-riabilitativi e le principali criticità ancora irrisolte. Attraverso una revisione della letteratura e la presentazione di dati empirici retrospettivi relativi all'esperienza delle CRAP dedicate pugliesi, saranno discusse proposte operative concrete per migliorare la qualità e l'efficacia del trattamento forense in Italia.

Quadro normativo ed evoluzione storica del trattamento forense in Italia

Il trattamento psichiatrico-forense in Italia ha seguito un percorso storico strettamente connesso all'evoluzione della normativa sanitaria e penale. Le prime strutture dedicate ai detenuti con disturbi mentali risalgono al 1876, con l'apertura di una sezione per maniaci presso la Casa Penale di Aversa, che segnò l'inizio dei cosiddetti Manicomi Giudiziari (MG), successivamente denominati Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Con il Regio Decreto del 1891 fu formalizzato l'internamento nei MG per gli autori di reato giudicati non imputabili per infermità mentale (Carabellese & Felthous, 2016).

Un consolidamento significativo del sistema avvenne nel 1930 con il Codice Rocco, che introdusse il principio del "doppio binario": pene detentive per i soggetti imputabili e misure di sicurezza per coloro ritenuti portatori di un vizio totale o parziale di mente e socialmente pericolosi. Tale impostazione custodiale rimase predominante fino alla seconda metà del XX secolo (Traverso et al., 2000).

Un primo cambiamento significativo si ebbe nel 1975 con la Legge n. 354/1975 (nuovo Ordinamento Penitenziario), che rinominò i manicomi giudiziari in OPG, senza tuttavia modificarne sostanzialmente l'approccio custodiale. Le condizioni interne agli OPG rimasero critiche: sovraffollamento, carenze igienico-sanitarie e assenza di percorsi terapeutici individualizzati erano problematiche diffuse (Mandarelli et al., 2019).

La vera svolta culturale si ebbe con la Legge n.

833/1978, in linea con la cosiddetta Legge Basaglia, la n. 180/1978, ispirata a principi di deistituzionalizzazione, che rivoluzionò il sistema psichiatrico italiano. Tuttavia, gli OPG furono esclusi da questa riforma e continuarono ad operare fino agli anni Duemila (Di Lorito et al., 2017).

Un momento cruciale si verificò nel 2003 con la Sentenza n. 253 della Corte Costituzionale, che dichiarò illegittimo l'art 222 c.p. nella parte in cui non consentiva al giudice di adottare una diversa misura di sicurezza all'internamento in OPG, idonea ad assicurare adeguate cure e a fronteggiare la pericolosità sociale (Mandarelli et al., 2019). Un ulteriore passo importante fu compiuto nel 2008 con il trasferimento della gestione degli internati dagli OPG al Ministero della Salute (Carabellese & Carabellese, 2021).

La svolta definitiva arrivò con la Legge n. 81/2014, che sancì la chiusura definitiva degli OPG entro marzo 2015 ed introdusse le REMS come nuove strutture sanitarie residenziali. Questo modello è stato definito una "rivoluzione gentile" nel trattamento forense italiano (Corleone, 2018), ponendo al centro la dignità della persona ed il rispetto dei diritti umani (Barbui & Saraceno, 2015). Le REMS rappresentano oggi un modello unico a livello europeo: strutture sanitarie comunitarie gestite dai DSM, orientate esclusivamente alla cura ed alla riabilitazione dei pazienti forensi (Carabellese & Parente, 2025).

Nonostante i progressi significativi, permangono alcune ambiguità normative irrisolte, come l'applicazione dell'articolo 32 del Regolamento Penitenziario e la mancata revisione contestuale del codice penale dopo la chiusura degli OPG. Tali lacune richiedono ulteriori interventi legislativi per garantire un sistema realmente efficace ed equo (Mandarelli et al., 2019).

Struttura ed organizzazione del sistema psichiatrico-forense italiano

Il sistema psichiatrico-forense italiano, profondamente riformato dalla Legge n. 81/2014, integra strutture residenziali specializzate ed una rete di servizi territoriali gestiti dai DSM (Carabellese & Felthous, 2016; Corleone, 2018).

Le REMS costituiscono il fulcro di questo sistema: attualmente sono operative 31 strutture distribuite sul territorio nazionale, con un totale di pazienti presenti pari a 577 al dicembre 2023 (Catanesi et al., 2019; Ministero della Giustizia, 2023). Operano in stretta collaborazione con i DSM, offrendo percorsi terapeutici personalizzati orientati alla riduzione della pericolosità sociale ed al reinserimento nella comunità (Di Lorito et al., 2017).

Oltre alle REMS, il sistema si avvale di altre strutture residenziali differenziate per livelli di sicurezza ed intensità assistenziale, tra cui le Comunità Riabilitative Assistenziali Psichiatriche (CRAP) dedicate, le Comunità Protette ad Alta Intensità Assistenziale (CPA) e le Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP). A beneficio dei lettori meno familiari con il SSR pugliese, si fornisce di seguito una breve descrizione di ciascuna tipologia:

- **CRAP dedicate (denominazione specifica del SSR pugliese, ai sensi del Reg. Reg. Puglia n. 18/2014):** strutture residenziali a copertura continuativa 24h/24, istituite per accogliere autori di reato con disturbi mentali gravi sottoposti a misure di sicurezza non detentive, con psicopatologia severa e rischio medio-alto di comportamenti violenti. Ogni struttura è autorizzata per un massimo di 10 posti letto, con équipe multidisciplinare obbligatoria. Si precisa che la denominazione "CRAP dedicate" è propria del SSR pugliese; in altre regioni italiane strutture con funzioni analoghe possono avere denominazioni differenti.
- **CPA - Comunità Protette ad Alta Intensità Assistenziale:** strutture presenti in diverse regioni italiane che erogano interventi riabilitativi e socio-assistenziali a medio-lungo termine per pazienti con gravi disturbi psichiatrici associati a significativa riduzione dell'autonomia personale. Il programma terapeutico-riabilitativo può durare fino a 36 mesi; l'accesso avviene su proposta dello psichiatra del DSM (De Luca et al., 2018; Castelletti et al., 2018).
- **SRP - Strutture Residenziali Psichiatriche:** presidio residenziale differenziato per livelli di intensità terapeutica e assistenziale, destinato a pazienti con disturbi mentali gravi stabilizzati che necessitano di interventi di media o lunga durata per sviluppare progressive competenze di autonomia (De Luca et al., 2018).

I Centri Diurni ed i servizi ambulatoriali territoriali completano la rete assistenziale, offrendo interventi terapeutici personalizzati e supporto nella fase post-dimissione (Di Lorito et al., 2017; Sanna et al., 2023).

Il principio della territorialità della cura, sancito dall'articolo 1 della Legge 81/2014, prevede che l'assistenza sanitaria sia garantita il più vicino possibile al luogo di origine del paziente, facilitando il mantenimento dei legami familiari e sociali e riducendo il rischio di isolamento (Carabellese & Parente, 2025).

La continuità della cura rappresenta un ulteriore pilastro fondamentale: i DSM collaborano con le autorità giudiziarie per assicurare che i percorsi terapeutici proseguano anche dopo la dimissione dalle strutture residenziali, garantendo un accompagnamento costante e favorendo la transizione graduale verso una maggiore autonomia (Pessina et al., 2019; Carabellese & Felthous, 2016).

Percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati nel trattamento forense

Il sistema psichiatrico-forense italiano si fonda su percorsi terapeutico-riabilitativi individualizzati, progettati per ridurre la pericolosità sociale del paziente e favorire il suo reinserimento nella comunità attraverso il Progetto Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato (PTRI), elaborato da équipe multidisciplinari (De Luca et al., 2018; Mandarelli et al., 2019).

La fase iniziale del percorso prevede una valutazione ap-

profondita delle condizioni cliniche, criminologiche e sociali del paziente. Strumenti standardizzati come l'HCR-20 V3 (Douglas et al., 2013; Caretti et al., 2019), la PCL-R (Hare, 2003; Caretti et al., 2011), il DUNDRUM Toolkit (Kennedy et al., 2011; Carabellese et al., 2022a) ed il SAPROF (de Vogel et al., 2009; traduzione italiana Spissu, 2010) consentono una valutazione strutturata del rischio di recidiva e facilitano la comunicazione tra periti, professionisti sanitari ed autorità giudiziarie (Carabellese, 2017).

Nelle REMS, il trattamento si articola in tre componenti principali: farmacoterapia, psicoterapia ed interventi psicosociali.

La farmacoterapia rappresenta un elemento centrale nella gestione dei disturbi psichiatrici gravi (Carabellese et al., 2012). Sul fronte farmacologico, diversi antipsicotici – tra cui clozapina, olanzapina e risperidone – sono stati studiati per la gestione dei comportamenti aggressivi in contesti forensi; tuttavia, come evidenziato da una revisione sistematica del gruppo EU-VIORMED (Reisegger et al., 2021), le evidenze disponibili rimangono metodologicamente deboli, prive di RCT adeguati, con campioni ridotti e misure di esito eterogenee, rendendo difficile trarre conclusioni definitive sulla superiorità di uno specifico agente rispetto ad altri. La clozapina risulta tra i farmaci più studiati per la riduzione degli atti aggressivi in pazienti con schizofrenia resistente, ma tale effetto non è ancora definitivamente dimostrato né confrontato in modo robusto con altri antipsicotici in setting forensi (Frogley et al., 2012; Reisegger et al., 2021).

La psicoterapia individuale e di gruppo rappresenta un altro pilastro del trattamento: approcci come la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) o la terapia dialettico-comportamentale (DBT) sono ampiamente utilizzati in questi contesti, insieme a interventi specifici quali la gestione della rabbia ed il training sulle abilità sociali (De Luca et al., 2018).

Gli interventi psicosociali completano il percorso riabilitativo attraverso attività occupazionali, formazione lavorativa e mediazione familiare, mirando a promuovere l'autonomia personale ed il reinserimento nella comunità (Castelletti et al., 2018).

Il monitoraggio continuo del PTRI è essenziale: l'HCR-20 v3.0, il DUNDRUM Toolkit ed il SAPROF vengono utilizzati non solo nella fase iniziale ma anche durante tutto il percorso terapeutico, consentendo di adattare gli interventi alle esigenze specifiche del paziente. In linea con gli indirizzi PANSM, l'adozione sistematica di strumenti predittivi e la continuità tra setting residenziali e territoriali sono oggi considerati elementi imprescindibili per garantire percorsi efficaci e sicuri (Ministero della Salute, 2025).

Il trattamento riabilitativo forense nella realtà pugliese

Disegno dello studio e metodo

I dati presentati in questa sezione derivano da uno studio osservazionale retrospettivo condotto su un archivio unico comprendente 92 pazienti forensi pugliesi in regime di libertà vigilata, provenienti dalle cinque CRAP dedicate gestite dal Consorzio Metropolis (il 60% di tutti i pazienti forensi collocati in questa tipologia di strutture nella regione Puglia), che - per quanto a nostra conoscenza - rappresentano l'unica esperienza che, sin dall'istituzione di queste strutture (Reg. Reg. Puglia n. 18/2014), applica sistematicamente strumenti di Structured Professional Judgment (SPJ).

La natura retrospettiva e osservazionale del disegno implica le limitazioni metodologiche tipiche di questo approccio: assenza di un gruppo di controllo, possibili bias di selezione e di sopravvivenza, nonché variabilità nei tempi di valutazione tra i diversi casi. Il campione include esclusivamente soggetti che hanno completato o sono ancora in corso di trattamento, con possibile conseguente bias di sopravvivenza. I dati devono pertanto essere interpretati con la dovuta cautela, come base per ipotesi da sottoporre a verifica in studi prospettici con gruppi di controllo adeguati.

Il campione è stato seguito con valutazioni cliniche e forensi ripetute dalla primavera del 2018 fino all'estate del 2024, consentendo un monitoraggio longitudinale di durata pluriennale.

Le CRAP dedicate pugliesi sono strutture residenziali a copertura assistenziale continuativa 24 ore su 24, istituite per accogliere autori di reato con disturbi mentali gravi sottoposti a misure di sicurezza non detentive, con psicopatologia severa e rischio medio-alto di comportamenti violenti. Sono esclusi i soggetti con diagnosi primaria di dipendenza da sostanze o HIV.

Secondo il Regolamento Regionale 18/2014, ciascuna CRAP dedicata è autorizzata per una capacità ricettiva massima di 10 posti letto e deve garantire precisi requisiti strutturali ed organizzativi. L'organico minimo comprende: uno psichiatra responsabile (30h/settimana), quattro educatori o tecnici della riabilitazione, cinque infermieri, cinque OSS ed almeno 12 ore settimanali di attività psicologica.

Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione

Il campione analizzato è composto prevalentemente da uomini (84,8%), con un'età media di 43,5 anni (range 19-82) ed una prevalenza nella fascia 30-50 anni (63%), seguita dagli over 50 (18,5%) e dai minori di 30 anni (18,5%).

Sul piano clinico, il 58,7% presenta una diagnosi di schizofrenia o altre psicosi, il 29,3% disturbi di personalità (di cui 18,5% antisociale e 10,9% borderline), il 12% disturbo bipolare; il 38% ha comorbidità con uso di sostanze (alcol 21,7%, cannabinoidi 16,3%). I reati più frequenti sono quelli di violenza fisica (62%), seguiti da stalking/minacce (23,9%) e reati contro il patrimonio (14,1%).

Si segnala che un'analisi per sottogruppi diagnostici (psicosi vs disturbi di personalità vs disturbo bipolare) e per tipologia di reato index avrebbe potuto arricchire si-

gnificativamente le conclusioni; tale analisi potrà essere sviluppata in pubblicazioni future, laddove la numerosità dei sottogruppi lo consenta.

Variabile	Categoria	n (%)
Sesso	Maschile	78 (84,8%)
	Femminile	14 (15,2%)
Età media (anni)		43,5 (range 19-82)
Fascia d'età	18-29 anni	17 (18,5%)
	30-50 anni	58 (63%)
	>50 anni	17 (18,5%)
Diagnosi principale	Schizofrenia/altre psicosi	54 (58,7%)
	Disturbi di personalità (totale)	27 (29,3%)
	– di cui antisociale	17 (18,5%)
	– di cui borderline	10 (10,9%)
	Disturbo bipolare	11 (12%)
Comorbidità da uso di sostanze	Alcool	20 (21,7%)
	Cannabinoidi	15 (16,3%)
	Totale	35 (38%)
Reato index	Violenza fisica	57 (62%)
	Stalking/minacce	22 (23,9%)
	Contro il patrimonio	13 (14,1%)

Tabella 1. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche del campione (n=92, CRAP dedicate pugliesi, 2018-2024)

Strumenti di valutazione

Nelle CRAP considerate la valutazione clinica della sintomatologia psichiatrica è stata affidata alla Brief Psychiatric Rating Scale versione 24 (BPRS-24; Morosini et al., 1995). Il rischio di recidiva violenta è stato valutato con l'Historical-Clinical-Risk Management-20 versione 3.0 (HCR-20 v3.0; Caretti et al., 2019). Il bisogno di sicurezza ed il livello di trattamento richiesto sono stati valutati tramite le scale DUNDRUM (DUNDRUM-1 per il trattamento, DUNDRUM-3 per il completamento del programma e DUNDRUM-4 per la riabilitazione), validate per la popolazione italiana (Carabellese et al., 2022; Parente et al., 2025). L'andamento del funzionamento globale è stato seguito con la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF; APA, 2000), la frequenza dei comportamenti aggressivi con la Modified Overt Aggression Scale (MOAS; Margari et al., 2005), i fattori protettivi con il SAPROF (de Vogel et al., 2009; Spissu, 2010; validazione italiana Carabellese F. et al., in press), il rischio suicidario con l'S-RAMM (Bouch & Marshall, 2003) e la psicopatia con la PCL-R (Hare, 2003; Caretti et al., 2011).

Risultati

L'utilizzo combinato e ripetuto di questi strumenti ha permesso di monitorare in modo sistematico i progressi osservati durante il percorso riabilitativo. Il confronto tra i punteggi iniziali e quelli finali documenta una tendenza alla riduzione della gravità sintomatologica e del rischio di recidiva violenta nella maggior parte dei casi.

In particolare, l'analisi dei risultati ottenuti (vedi Tabella 2) mostra: riduzione dei punteggi BPRS-24 da 5,2±0,8 a 1,8±0,6 (-65,5%, p<0,001); riduzione del rischio del punteggio all'HCR-20 V3 da 24,3±4,5 a 6,4±2,1 (-73,9%, p<0,01), con la quota di pazienti ad alto-medio rischio che scende da circa il 70% all'ingresso a meno del 20% alla dimissione; aumento dei fattori protettivi (SAPROF) da 8,6±2,4 a 17,3±2,7 (+100,8%, p<0,001); riduzione degli episodi di aggressività (MOAS) da 12,8±3,2 a 1,8±1,1 (-85,9%, p<0,001); riduzione del rischio suicidario (S-RAMM) da 10,2±2,8 a 3,8±1,7 (-62,6%, p<0,001); riduzione del bisogno di sicurezza (DUNDRUM-1 da 7,2±1,4 a 3,0±1,1 (-58,3%, p<0,001); miglioramento del completamento del programma (DUNDRUM-3) da 4,1±1,2 a 6,7±1,0 (+63,2%, p<0,001); incremento del recupero globale (DUNDRUM-4) da 3,2±1,1 a 5,3±1,2 (+65,6%, p<0,001); miglioramento del funzionamento globale (VGF) da 38,2±7,6 a 64,4±8,2 (+68,5%, p<0,001); riduzione dei tratti psicopatici (PCL-R) da 19,5±5,2 a 12,3±4,8 (-36,7%, p<0,01).

Strumento	Punteggio Ingresso (media±DS)	Punteggio Dimissione (media±DS)	Variazione (%)	Significatività
BPRS-24	5,2 ± 0,8	1,8 ± 0,6	-65,5%	p < 0,001
HCR-20 v3.0	24,3 ± 4,5	6,4 ± 2,1	-73,9%	p < 0,01
VGF	38,2 ± 7,6	64,4 ± 8,2	+68,5%	p < 0,001
MOAS	12,8 ± 3,2	1,8 ± 1,1	-85,9%	p < 0,001
DUNDRUM-1	7,2 ± 1,4	3,0 ± 1,1	-58,3%	p < 0,001
DUNDRUM-3	4,1 ± 1,2	6,7 ± 1,0	+63,2%	p < 0,001
DUNDRUM-4	3,2 ± 1,1	5,3 ± 1,2	+65,6%	p < 0,001
SAPROF	8,6 ± 2,4	17,3 ± 2,7	+100,8%	p < 0,001
PCL-R	19,5 ± 5,2	12,3 ± 4,8	-36,7%	p < 0,01
S-RAMM	10,2 ± 2,8	3,8 ± 1,7	-62,6%	p < 0,001

Tabella 2. Risultati clinici pre-post trattamento nelle CRAP dedicate pugliesi (n=92, 2018-2024)

Discussione dei risultati

Nel complesso, i dati del campione studiato sembrano indicare che il percorso riabilitativo adottato nelle CRAP dedicate pugliesi, conforme ai requisiti previsti dal Regolamento Regionale n. 18/2014, sia associato a riduzioni

nella gravità clinica, nella pericolosità sociale e nel rischio suicidario nei pazienti accolti. Tali risultati devono tuttavia essere interpretati con la cautela appropriata, tenuto conto della natura retrospettiva e osservazionale dello studio, dell'assenza di un gruppo di controllo e dell'inclusione esclusiva di soggetti che hanno completato o sono in corso di trattamento (possibile bias di sopravvivenza). Ulteriori studi prospettici con gruppi di confronto e follow-up standardizzati sono necessari per confermare e generalizzare questi risultati.

Queste strutture favoriscono percorsi di recupero e reinserimento sociale che appaiono stabili e duraturi, rispondendo sia alle esigenze di cura che di contenimento. In questo senso, le CRAP dedicate – denominazione specifica del SSR pugliese, al quale in altre regioni si affiancano strutture analoghe con denominazioni differenti – rappresentano un contributo rilevante nel percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nella gestione territoriale dei pazienti forensi ad elevata complessità. I dati disponibili suggeriscono che esse possano consentire di ricorrere con minore frequenza alle REMS, conservando un'apprezzabile efficacia trattamentale forense; si tratta tuttavia di evidenze preliminari che necessitano di conferma.

Tali risultati, in linea con le più recenti indicazioni del PANSM, suggeriscono che l'implementazione di strutture analoghe possa costituire una valida alternativa alle REMS per i pazienti a medio-basso rischio, contribuendo allo snellimento delle liste d'attesa ed a una gestione più efficiente delle risorse. Il modello pugliese garantisce percorsi riabilitativi rispettosi dei principi di umanizzazione, continuità della cura e tutela dei diritti fondamentali della persona.

Criticità e proposte per il modello trattamentale psichiatrico-forense italiano

Questa sezione introduce un'analisi delle principali problematiche che ancora ostacolano il pieno funzionamento del sistema, nonostante i progressi normativi ed organizzativi degli ultimi anni.

Carenza di posti letto e gestione delle liste d'attesa

La carenza di posti letto nelle REMS è una delle criticità più discusse del sistema psichiatrico-forense italiano, seppure le valutazioni sul suo peso reale siano controverse nella letteratura di settore e tra gli operatori (Pellegrini, 2021; Rapporto Antigone, 2024). È importante sottolineare che la lettura di questo fenomeno come esclusivo problema quantitativo di insufficienza di posti letto non è condivisa unanimemente: parte del dibattito scientifico e istituzionale sostiene invece che la priorità debba essere l'implementazione di strutture territoriali alternative, come le strutture analoghe alle CRAP dedicate pugliesi o le CPA, che possano accogliere i pazienti a medio-basso rischio attualmente in lista d'attesa. La questione si pone pertanto non tanto come una scelta binaria tra più strutture intermedie e più REMS, bensì come la necessità di una valutazione epidemiologica rigorosa che orienti la programmazione in base al profilo di rischio effettivo della popolazione forense.

A dicembre 2023, le 31 strutture operative in Italia accoglievano 577 pazienti, mentre oltre 700 persone risultavano in lista d'attesa (Rapporto Antigone, 2024). Questa situazione determina gravi conseguenze sia per i pazienti, costretti a lunghe attese in condizioni spesso inadeguate, sia per il sistema penitenziario, che si trova a dover gestire soggetti con disturbi mentali in strutture non idonee (Bruscino, 2024).

Occorre tuttavia segnalare che, stando ai dati del sistema SMOP, riportati dal Rapporto Antigone (Rapporto Antigone, 2024) e alle evidenze della letteratura basate su regioni che hanno messo a disposizione liste d'attesa complete (Parente et al., 2024), solo circa il 32% dei soggetti formalmente in lista d'attesa per una REMS avrebbe effettivamente necessità di quel tipo di collocazione, mentre il restante 68% potrebbe essere gestito in strutture meno restrittive. Questo dato rende indispensabile una base epidemiologica solida prima di procedere a qualsiasi pianificazione dell'offerta.

La gravità della situazione è stata riconosciuta anche a livello internazionale, con la recente condanna dell'Italia da parte della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo per violazione dell'articolo 3 della Convenzione Europea dei Diritti Umani (Corte EDU, 2024).

Disparità regionali nell'offerta dei servizi forensi

Le disparità regionali nell'offerta dei servizi forensi costituiscono una delle criticità più rilevanti del sistema. In alcune regioni, come l'Umbria ed il Molise, la mancanza di REMS proprie costringe i pazienti a trasferirsi lontano dai loro luoghi di origine, in contrasto con il principio di territorialità sancito dalla Legge n. 81/2014 (Ministero della Giustizia, 2023; De Luca et al., 2018).

Alla luce di queste problematiche, il PANSM raccomanda l'implementazione uniforme dei Punti Unici Regionali (PUR) su tutto il territorio nazionale (Conferenza Unificata, 2022), con il compito di monitorare in tempo reale le liste d'attesa, promuovere la rivalutazione periodica della pericolosità e facilitare la comunicazione tra DSM, REMS ed autorità giudiziaria (Ministero della Giustizia, 2023).

Sovraffollamento carcerario

Il sovraffollamento carcerario rappresenta una delle criticità più rilevanti del sistema penitenziario italiano: ogni 100 detenuti si registrano in media 18,1 gesti autolesivi, 2,4 tentativi di suicidio e 3,5 aggressioni al personale (Rapporto Antigone, 2024). Il 12% della popolazione detenuta presenta una diagnosi psichiatrica grave, mentre circa il 20% fa uso regolare di psicofarmaci.

La presenza di équipe multidisciplinari e la costruzione di percorsi integrati tra servizi sanitari e penitenziari rappresentano strategie efficaci per migliorare la qualità dell'assistenza (Carabellese et al., 2022; Rapporto Antigone, 2024), ma la loro implementazione rimane disomogenea sul territorio nazionale.

Coesistenza di pazienti con differenti patologie psichiatriche

La coesistenza di pazienti con differenti patologie psichiatriche all'interno delle stesse strutture forensi è una criticità rilevante: ogni categoria diagnostica richiede approcci terapeutici, livelli di sicurezza e strategie riabilitative differenti (De Luca et al., 2018; Zanalda & Di Giannantonio, 2021). Il PANSM raccomanda la progressiva specializzazione delle strutture e la creazione di unità dedicate a specifici cluster diagnostici (Ministero della Salute, 2025).

Gestione della sicurezza nelle strutture

La gestione della sicurezza nelle REMS è una sfida centrale, soprattutto in relazione all'approccio esclusivamente sanitario che caratterizza queste strutture (Catanesi et al., 2019). Il PANSM sottolinea che la sicurezza deve integrarsi in un modello di "sicurezza dinamica" che coinvolga attivamente l'équipe clinica, le autorità giudiziarie ed i servizi territoriali, senza compromettere la natura terapeutica delle strutture (Ministero della Salute, 2025).

Reinserimento sociale e contrasto allo stigma

Il successo dei percorsi riabilitativi non può prescindere dalla capacità di accompagnare il paziente verso l'autonomia, sostenendo la rete territoriale e promuovendo iniziative volte a ridurre la discriminazione sociale (Ministero della Salute, 2025). Gli ostacoli principali riguardano lo stigma sociale, la difficoltà di accesso a soluzioni abitative stabili e la mancanza di opportunità lavorative (Parente et al., 2024).

Per affrontare queste criticità, il PANSM promuove l'adozione del modello "Housing First" - per i pazienti dimessi che necessitano di supporto abitativo stabile - e l'inclusione lavorativa attraverso politiche dedicate (Cherner et al., 2013; Ministero della Salute, 2025). L'esperienza pugliese mostra che l'integrazione tra DSM, strutture residenziali, autorità giudiziarie e associazioni del territorio può facilitare il passaggio verso l'autonomia (Parente et al., 2024).

Strumenti standardizzati per la valutazione

L'adozione di strumenti standardizzati per la valutazione della pericolosità e dei bisogni terapeutici rappresenta un elemento centrale per la modernizzazione del sistema. Il PANSM sottolinea come la diffusione di protocolli valutativi condivisi sia indispensabile per superare le disomogeneità tra territori (Ministero della Salute, 2025). L'applicazione sistematica di strumenti come il DUNDRUM Toolkit, l'HCR-20 v3.0 e il SAPROF ha già dimostrato una maggiore efficacia nella pianificazione dei PTRI e nella gestione delle liste d'attesa (Parente et al., 2024).

Scarsità di risorse ed investimenti nella salute mentale

In Italia, la percentuale della spesa sanitaria dedicata alla salute mentale resta stabilmente inferiore al 5%, nonostante i disturbi psichiatrici costituiscano una parte significativa del carico di malattia (Knapp et al., 2004; WHO, 2005). Il PANSM sottolinea la necessità di incrementare gli investimenti, portando la quota almeno al 5% del totale sanitario, in linea con gli standard europei (Ministero della Salute, 2025). Secondo il più recente Headway Mental Health Report (Angelini Pharma & The European House, 2024), ogni euro investito in salute mentale genera un ritorno stimato di 4,5 euro in termini di benefici diretti e indiretti.

Conclusioni

A oltre dieci anni dalla riforma introdotta dalla legge 81/2014 e dalla successiva definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, la riforma italiana si conferma una delle più radicali ed innovative in Europa, avendo segnato il definitivo superamento di un modello custodialistico in favore di un sistema basato sulla centralità della cura, sulla responsabilità sanitaria e sulla tutela dei diritti fondamentali della persona.

L'esperienza delle REMS dimostra che è possibile garantire trattamenti terapeutici e riabilitativi anche per pazienti autori di reato, riservando la privazione della libertà personale solo ai casi di effettiva necessità e sulla base di una valutazione rigorosa del rischio sociale.

La questione delle liste d'attesa e della disomogeneità regionale continua a rappresentare uno degli ostacoli principali; tuttavia, il peso relativo di questa criticità e le soluzioni più appropriate restano oggetto di dibattito, e qualsiasi scelta pianificatoria dovrebbe essere fondata su una valutazione epidemiologica rigorosa del profilo di rischio della popolazione forense.

In questo scenario, il modello pugliese delle CRAP dedicate (denominazione specifica del SSR pugliese, al quale in altre regioni si affiancano strutture analoghe con denominazioni differenti) rappresenta una delle esperienze più documentate a livello nazionale. I dati retrospettivi su 92 pazienti (riduzione del 65,5% nella gravità sintomatologica, del 73,9% nel rischio di recidiva violenta, aumento del 100,8% nei fattori protettivi, diminuzione dell'85,9% degli episodi di aggressività) sembrano indicare che un modello meno restrittivo e più orientato alla riabilitazione possa condurre a miglioramenti clinici e funzionali, recupero sociale più stabile ed una riduzione del bisogno di sicurezza rispetto al ricorso sistematico alle REMS. La natura osservazionale e retrospettiva di questi dati impone tuttavia prudenza nell'interpretazione: si tratta di evidenze preliminari che necessitano di conferma attraverso studi prospettici con gruppi di controllo adeguati.

Le strategie future dovranno essere guidate da una valutazione epidemiologica aggiornata dei bisogni della popolazione forense: solo una mappatura sistematica del profilo di rischio consentirà di decidere con fondatezza se e in quale misura potenziare la capienza delle REMS, istituire poli ad alta sicurezza per i casi più complessi – una minima percentuale di soggetti effettivamente non gestibili in contesti meno restrittivi – e/o replicare, con le ne-

cessarie adattazioni locali, modelli di strutture riabilitative territoriali intermedie analoghe alle CRAP dedicate pugliesi. Le due opzioni non si escludono necessariamente, ma la loro combinazione ottimale richiede dati, non soltanto indirizzi di principio, ed una programmazione coerente con le risorse effettivamente disponibili nel sistema sanitario nazionale.

In tale prospettiva, vanno prioritariamente rafforzate: la collaborazione tra istituzioni sanitarie e giudiziarie; l'adozione sistematica di strumenti standardizzati per la valutazione della pericolosità; la formazione continua degli operatori; e la digitalizzazione dei flussi informativi tra servizi sanitari e autorità giudiziarie. Programmi di reinserimento sociale - tra cui, ove le condizioni lo consentano e le risorse lo permettano, modelli come l'"Housing First" e l'inclusione lavorativa - dovranno essere pianificati selettivamente, in funzione del profilo del paziente e della disponibilità concreta di risorse.

È infine indispensabile superare ogni residua pratica esclusivamente custodialistica, promuovendo una riforma normativa che armonizzi la disciplina penale con il modello sanitario e rafforzi la governance nazionale.

Solo attraverso un impegno condiviso ed una visione sistemica e multiprofessionale sarà possibile consolidare i risultati raggiunti e costruire un sistema moderno, equo ed efficace, capace di coniugare sicurezza pubblica, tutela dei diritti e centralità della cura.

Riferimenti bibliografici

Allegri, P., Belli, A., & Nese, G. (2024). *XX Rapporto sulle condizioni di detenzione, Salute mentale e REMS*. Antigone.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.; DSM-IV-TR).

Angelini Pharma & The European House-Ambrosetti. (2024). *Headway - Mental Health Index 4.0*. New Headway Mental Health Report.

Barbui, C., & Saraceno, B. (2015). Closing forensic psychiatric hospitals in Italy. *British Journal of Psychiatry*, 206(6), 445–446.

Bouch, J., & Marshall, J. (2003). *Suicide Risk Assessment and Management Manual (S-RAMM)*. Cognitive Centre.

Bruscino, F. (2024). *Il sovraffollamento è un dilemma delle carceri italiane*. Ristretti Orizzonti.

Carabellese, F., Rocca, G., Candelli, C., La Tegola, D., & Birkhoff, J. M. (2012). La gestione degli autori di reati sessuali tra psicopatologia e rischio di recidiva. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2, 71–81.

Carabellese, F., & Felthous, A. R. (2016). Closing Italian Forensic Psychiatry Hospitals in Favor of Treating Insanity Acquittees in the Community. *Behavioral Sciences & the Law*, 34(2–3), 444–459.

Carabellese, F. (2017). Il malato di mente autore di reato socialmente pericoloso dopo la chiusura degli OPG. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 11(3), 173–181.

Carabellese, F., & Carabellese, F. (2021). Six years after the closure of the OPGs and the establishment of REMS. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 16(2), 555936.

Carabellese, F., Parente, L., & Kennedy, H. G. (2022). Reform of forensic mental health services in Italy. *International Journal of Offendedr Thearpy and Comparative Criminology*.

Carabellese, F., Parente, L., La Tegola, D., et al. (2022a). Il DUNDRUM ToolKit, versione italiana e il suo potenziale utilizzo nel modello trattamentale forense italiano. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 16(4), 271–282.

Carabellese, F., & Parente, L. (2025). *The Italian general psychiatry and forensic psychiatry treatment model*. CNS Spectrums, 30 (1), e1 DOI: 10.1017/S1092852924000646.

Caretti, V., Manzi, G. S., Schimmenti, A., & Seragusa, L. (2011). *Hare Psychopathy Checklist-Revised.* Adattamento italiano. Giunti Psychometrics.

Caretti, V., et al. (2019). HCR-20 V3. *Checklist per la valutazione del rischio di recidiva di un crimine violento*. Adattamento italiano. Hogrefe.

Castelletti, L., Scarpa, F., & Carabellese, F. (2018). Il trattamento comunitario del malato di mente non imputabile socialmente pericoloso. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 12(2), 182–189.

Catanesi, R., Mandarelli, G., Ferracuti, S., Valerio, A., & Carabellese, F. (2019). The new Italian residential forensic psychiatric system (REMS). *Rassegna Italiana di Criminologia*, 13, 7–23.

Cherner, R., Aubry, T., Ecker, J., Kerman, N., & Nandlal, J. (2013). Transitioning into the community: Outcomes of a pilot housing program for forensic patients. *Journal of Offender Rehabilitation*, 53(3), 157–180.

Conferenza Unificata. (2022, 30 novembre). *Accordo sulla gestione dei pazienti con misura di sicurezza* (Rep. Atti n. 188/CU).

Consiglio Superiore della Magistratura. (2025). *Documento finale della Commissione Mista relativo alle R.E.M.S.*

Corleone, F. (2018). Relazione finale: Seconda relazione semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli OPG. *Diritto Penale Contemporaneo*.

Corte Costituzionale. (2022). Sentenza n. 22 del 2022.

Corte Europea dei Diritti dell'Uomo [Corte EDU]. (2024). Sentenze nn. 12345–12348/2024.

De Luca, V., Pompili, P. M., et al. (2018). The reform of Italian forensic psychiatric hospitals and its impact on risk assessment and management. *International Journal of Risk and Recovery*, 1(3), 22–29.

de Vogel, V., de Ruiter, C., Bouman, Y., & de Vries Robbé, M. (2009). *SAPROF. Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk*. Forum Educatief.

Di Lorito, C., Castelletti, L., Lega, L., et al. (2017). The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 55, 54–63.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). HCR-20 V3: *Assessing risk for violence – User guide*. Simon Fraser University.

Evans, C., Deljavan, S., Zimmermann, K., et al. (2025). Determinants of readiness to implement forensic patient-oriented research. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1509946.

Frogley, C., Taylor, D., Dickens, G., & Picchioni, M. (2012). A systematic review of the evidence of clozapine's anti-aggressive effects. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 15(9), 1351–1371.

Hare, R. D. (2003). *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* (2nd ed.). Multi-Health Systems.

Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2011). *DUNDRUM-1/2/3/4 Scales*. Trinity College Dublin.

Kennedy, H. G., Carabellese, F., & Carabellese, F. F. (2021). Evaluation and management of violence risk for forensic patients. *Journal of Psychopathology*, 27(1), 11–18.

Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., & Thornicroft, G. (2004). Financing arrangements for mental health care in Western Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies*.

Lombardo, G., & Decorato, G. (2024). Il modello Spinazzola. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 29.

Mandarelli, G., Coluccia, A., Urbano, M. T., Carabellese, F., & Carabellese, F. F. (2019). Questioni attuali e prospettive del trattamento penitenziario dopo la legge 81/2014. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 13(1), 7–22. DOI: 10.7347/RIC-042019-p316.

Margari, F., Matarazzo, R., Casacchia, M., et al. (2005). Italian validation of MOAS and NOSIE. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 4(2), 109–118. DOI: 10.1002/mpr.22.

Ministero della Giustizia. (2023). *Relazione annuale sulla gestione delle misure di sicurezza detentive in Italia.*

Ministero della Salute. (2025). *Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale* (PANSM) 2025–2027.

Morosini, P., Casacchia, M., & Ventura, J. (1995). *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS): versione 4.0 ampliata.

Parente, L., Carabellese, F., Felthous, A. R., et al. (2024). Italian Evaluation and Excellence in REMS (ITAL-EE-REMS). *International Journal of Mental Health Systems*, 18(1), 33.

Parente, L., Carabellese, Fu., Seclì, E., et al. (2025). Il giudizio professionale strutturato nel nuovo modello trattamentale forense italiano: a validazione della versione italiana del DUNDRUM TOOLKIT. *Rassegna Italiana di Criminologia*, (1): 48–64.

Pellegrini, P. (2021). Liste d'attesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive. *Diritto Penale Uomo*, 3(1), 1–15.

Pessina, R., et al. (2019). Possibilità e limiti dei Servizi di Psichiatria Forense. *Rivista di Psichiatria*, 54(6 Suppl.), 1–61.

Regione Puglia. (2014). *Regolamento regionale 30 settembre 2014, n. 18*: Requisiti strutturali ed organizzativi per le CRAP dedicate ai pazienti autori di reato. Bollettino Ufficiale della Regione Puglia, n. 139 suppl.

Reisegger, A., Slamanig, R., Winkler, H., de Girolamo, G., Carrà, G., Crocamo, C., Gosek, P., Heitzman, J., Salize, H. J., Picchioni, M., & Wancata, J. (2021). Pharmacological interventions to reduce violence in patients with schizophrenia in forensic psychiatry. *CNS Spectrums*, 27(4), 388-398. https://doi.org/10.1017/S1092852921000134

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*, 17(4), 253–264.

Spissu, M. (2010). *Traduzione italiana del SAPROF*.

Traverso, G. B., et al. (2000). The treatment of the criminally insane in Italy. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5–6), 493–508.

World Health Organization. (2005). *Mental health declaration for Europe*. WHO Regional Office for Europe.

Zanalda, E., & Di Giannantonio, M. (2021). Overcoming forensic psychiatric hospitals in Italy, five years later. *Journal of Psychopathology*, 27(1), 3–7.