

L'integrazione funzionale psichiatrico-forense nella risoluzione delle “liste d'attesa”: l'esperienza della REMS del Veneto

Carlo Piazza, Luca Castelletti, Sarah Bissoli,

ABSTRACT

*Il passaggio del vecchio modello degli OPG al riformato sistema delle REMS ha comportato una **diminuzione di circa la metà dei posti letto in Misura di Sicurezza detentiva**. Com'era prevedibile, in questi 4 anni di esercizio del nuovo sistema, si è venuto a creare uno squilibrio tra domanda e disponibilità di posti letto, venendosi così a creare il fenomeno delle cosiddette **liste d'attesa**. Si tratta di soggetti già destinati ad una Misura detentiva, che attendono in carcere o sul territorio, di poter fare ingresso in REMS. In questo lavoro, esamineremo come il sistema governativo, sanitario e giuridico regionale del Veneto abbia sviluppato nel corso di questi anni strategie di **implementazione dei percorsi di cura** all'interno del circuito delle Misure, attraverso in primo luogo la stesura di un Protocollo d'intesa. I primi parziali dati sui flussi indicano la possibilità di far fronte alla sostenuta richiesta di attuazione di Misure di Sicurezza nel solco delle indicazioni contenute nella Legge 81/2014, mediante un continuo e necessario lavoro di miglioramento del network regionale che coinvolge tutti gli interlocutori interessati.*

Parole chiave: Misure di sicurezza; valutazione preliminare; organizzazione Servizi

INTRODUZIONE

Uno degli elementi più significativi del passaggio dal vecchio modello degli OPG alla riformata stagione delle REMS è certamente rappresentato dal taglio drastico di posti letto disponibili e dalla loro finitezza numerica. Termina con le REMS la modalità “a carcere” con cui si procedeva ad inviare un soggetto in misura di sicurezza detentiva, la cui accoglienza era sempre garantita da un sistema che non conosceva **tetti al numero massimo consentito di capienza**. Il sistema riformato dalla Legge 81/2014 pone fine a questo sistema avocando la nascita di una **cultura di rete e dialettica** tra i tutti i soggetti coinvolti nella gestione di questa utenza da poter così salvaguardare il principio della **misura di sicurezza detentiva solo come “extrema ratio”**. Il principio viene fortemente sollecitato dalla **riduzione di posti letto nelle strutture regionali** adibite ad eseguire le misure di sicurezza detentive, passato **dai 1200-1300 posti letto medi della stagione OPG ai circa 600 dell'attuale situazione delle 31 REMS** sparse sul territorio nazionale. Come era facilmente prevedibile, il differenziale recettivo creatosi tra il precedente sistema e l'attuale ha presto creato

uno squilibrio tra il numero di Ordinanze da parte dei Tribunali per soggetti destinati alla misura di sicurezza detentiva e l'offerta di posti letto in REMS. Si stima che siano **circa 300 i soggetti che sul territorio nazionale hanno una ordinanza in corso di ingresso in REMS che non può essere eseguita per mancata disponibilità di posti letto**. Il fenomeno pone alcuni stringenti quesiti critici: dove sono questi soggetti? Come viene garantita loro la cura? E' tutelato il diritto alla salute di questi soggetti? È ipotizzabile che la loro attuale condizione residenziale possa recare danno a sé e agli altri? La qualità delle novità introdotte dalle Leggi 9/12 e 81/14 è riconosciuta da una larga maggioranza di addetti ai lavori, che vedono nella chiusura dell'esperienza manicomiale dei vecchi OPG e nell'apertura di una stagione di rinnovati diritti alla salute psico-fisica di questa utenza un ulteriore tassello della ammirevole storia della psichiatria antistituzionale italiana. La novità è stata inizialmente percepita da diversi settori della psichiatria accademica e dei Dipartimenti di Salute Mentale come troppo radicale per un tempo di realizzazione così breve, vista l'inesperienza e l'impreparazione che inevitabilmente i DSM, destinatari del ruolo di registi del percorso di cure di questa utenza, lamentano (Casacchia et al., 2015), inclusa la loro **progressiva depauperizzazione di risorse**. Di fatto, tutti i contorni clinico-giuridici che sostengono la **valutazione di appropriatezza residenziale, il cosiddetto placement need**, di un soggetto riconosciuto infermo o semi-infermo e giudicato pericoloso socialmente, sfuggono ad oggi ad una elaborazione teorico-pratica. Non è infrequente sentire Giudici e Pubblici Ministeri ammettere che, se da una parte il giudizio sulla pericolosità sociale è competenza formale di Magistrati, nella realtà questi fanno leva sul **sapere psichiatrico-forense del consulente** chiamato ad esprimere un parere per ordinare la sede dell'effettuazione della misura. Il parere peritale inoltre appare ancora saldato alla tradizione psichiatrico-forense "classica", limitandosi nella maggior parte dei casi ad esprimere un giudizio sulla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo per lo più sganciato da un'interlocuzione con i soggetti, Servizi sanitari e sociali, che potrebbero intercettare gli aspetti ambientali e residenziali della questione. Per chi inoltre ha esperienza con i Fori, non è raro osservare che, all'interno di un elaborato peritale in cui si riconosce all'esaminando un vizio totale e parziale di mente, il giudizio della pericolosità sociale segue in maniera quasi automatica. Questo è dovuto in parte al fatto che in sede di perizia spesso gli elementi clinici che sostengono un giudizio di pericolosità sociale sono ancora attivi nel periziando, ristretto in una cella di carcere, al domicilio o in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. In secondo luogo perchè gli elementi ambientali, o esterni, non vengono spesso per nulla modificati dal tempo intercorso tra il fatto-reato e la valutazione peritale. Il perito spesso non ha alternative a considerare "pericoloso" un soggetto che allo stato della valutazione non ha alternative a contesti di cura coatti. Lo scenario, dentro cui si situa la Legge 81/2014 relativamente agli invii dei soggetti in Misura di Sicurezza, si muove lentamente, con fatica

e in modo disomogeneo verso un'ottimizzazione delle risorse, dei percorsi di cura, del rispetto dei diritti di cura e personali dei soggetti prosciolti. E' noto che i sistemi psichiatrico-forensi evoluti si possono definire tali alla luce della qualità del network giuridico-clinico-sociale dentro cui riescono a sviluppare i percorsi clinico-giuridici (Kennedy et al. 2018). La psichiatria italiana delle misure di sicurezza non può prescindere da un simile sforzo, che, per come è stato sviluppato il sistema, deve necessariamente far leva sui sistemi sanitari regionali. Il fenomeno noto delle cosiddette "liste d'attesa", di coloro che sono stati assegnati alle REMS ma sono in attesa di entrarvi per la saturazione dei posti letto disponibili, chiama esplicitamente in causa la necessità di implementare le collaborazioni con gli interlocutori giuridici e territoriali socio-sanitari. Si pone certo la **questione "epidemiologica" relativa a quali modelli si è fatto riferimento *ab initio* per stimare il fabbisogno di posti letto per singola regione.** Data l'opinabilità delle scelte con cui si è stabilito per ciascuna Regione il numero di posti-letto, è cresciuto in questi primi anni di REMS il coro di **coloro che invocano un aumento dei posti letto disponibili.** Il dato grezzo dei posti letto REMS per Regione va in realtà **integrato con quello delle eventuali Residenze Intermedie per le Misure non detentive, delle Residenze "miste" che accolgono anche questa tipologia di utenza, e delle nascenti Articolazioni per la Salute Mentale nelle carceri.** Alla riflessione relativa all'effettivo fabbisogno di disponibilità alberghiera di posti letto, si associa quella più dinamica riguardante le valutazioni sulla pericolosità sociale, gli eventuali gradienti di questa e la qualità delle reti di intervento integrato. Per ora tramontata l'ipotesi coltivata inizialmente di dedicare alle REMS **solo gli invii di soggetti in Misura di Sicurezza detentiva definitiva,** la realtà delle cose pone uno scenario diverso rispetto a quello ipotizzato da clinici e giuristi al varo della riforma (Fiorentin, 2016). **Nella quasi metà dei casi affluiscono alle REMS soggetti in Misura di sicurezza provvisoria,** talora con una consulenza al Pubblico Ministero, non infrequentemente con generica individuazione di sofferenza psichica addotta direttamente dai sanitari del Servizio che ha in cura il soggetto. Il Giudice che firma l'ordinanza di "internamento" segue il duplice scopo di garantire all'imputato avviato ad una sentenza di proscioglimento un'appropriata destinazione residenziale che accolga i suoi bisogni di cura e contestualmente eviti l'insidia ambientale del contesto carcerario. Nella prassi quindi si verifica uno spostamento dai temi tipici della psichiatria forense "classica" a quelli che potremmo definire simili agli **stili di *diversion scheme* dei Paesi anglosassoni (Birmingham, 2001).** Ivi, in assenza di una giurisprudenza che preveda il cosiddetto "**doppio binario**", il passaggio a soluzioni residenziali per soggetti autori di reato con sofferenza psichica si lega al rilievo qualitativo e quantitativo di bisogni di cura. A questi, seguono provvedimenti in acuto, dipendenti evidentemente dalla gravità del fatto-reato, che cercano di combinare la complessità clinico-criminologica del caso con l'offerta residenziale presente. La

situazione italiana si configura da un lato per una semplificazione dell'offerta di letti prettamente forensi, presenti di fatto esclusivamente nelle REMS, e dall'altro per una spinta rappresentata dal dettato della Legge 81 che invita a prendere in considerazione soluzioni a minor impatto contenitivo. Come coniugare e con quali strumenti le sollecitazioni provenienti dallo spirito legislativo e dalle prassi giuridiche è di non facile individuazione e operazione carica di insidie medico-legali. La letteratura scientifica sull'argomento offre relativamente poco materiale, che inoltre risente, nella sua elaborazione, della cultura giuridica e di organizzazione sanitaria dei Paesi all'interno delle quali vengono sviluppate queste teorie. Prevalgono criteri da un lato di **analisi di gravità criminologica**, in una logica proporzionale di gravità del danno subito dalla vittima con il grado di sicurezza ambientale a cui l'aggressore viene sottoposto (Kennedy, 2002). In altri, la teorizzazione diviene congruente attraverso la **definizione di sicurezza ambientale** a cui è ipotizzabile sottoporre il soggetto autore di un determinato fatto-reato e con determinate caratteristiche comportamentali (Collins & Davies, 2005). La logica sottesa è fortemente spostata sulla **difesa sociale** e sulla garanzia che il contenimento ambientale abbia caratteristiche appropriate per le possibili anomalie comportamentali del soggetto ed eventualmente della sua cerchia familiare ed amicale. Appaiono molto distanti dalle formulazioni in ambito italiano sulle nascenti REMS i riferimenti all'altezza delle barriere della cinta, o della densità delle telecamere o della capacità di intercettare la qualità e quantità di oggetti che vi possono transitare. In un lavoro più recente, il gruppo di Kennedy dà una formulazione più ampia delle variabili che possono sostenere un giudizio di invio verso una struttura per l'esecuzione di misura detentiva o non detentiva (Flynn et al.2011). Vi compaiono certamente la gravità del fatto-reato e del corteo sintomatologico, ma la valutazione è integrata anche dall'inclusione di variabili cliniche dinamiche come il **rischio autolesivo ed autosoppressivo o la necessità di garantire un ambiente di cura specialistico**. Un approccio cosiddetto di **giudizio clinico strutturato** si avvicina certamente di più alle prassi che la filiera giuridico-clinica che conduce al giudizio di misura di sicurezza determina nel contesto italiano. Prassi che il nuovo scenario riformato, in termini di giudizio della pericolosità sociale del prosciolto per vizio di mente, impone essere dinamica, dialettica e necessitante di includere il più possibile le variabili determinanti la validità di quel giudizio. In questa sta a nostro avviso **un'evidente contraddizione**: influenzata in tempi di medicina positivista, la nozione di pericolosità sociale già di suo sfuggente e poco maneggevole per il clinico, quando non esclusivamente insidiosa per le possibili ricadute medico-legali, è un contenitore, nella realtà clinica odierna, di una gamma di fattori eterogenei, molteplici e cangianti da una serie di variabili che influenzano il decorso successivo al fatto-reato. L'analisi dell'evoluzione di dette variabili e la loro specifica, individuale

combinazione, può impattare sulla gradazione di cura e custodia che definisce operativamente la pericolosità sociale.

Nascita della psichiatria delle Misure di Sicurezza in Veneto

Il 17 Gennaio 2012 la Commissione Giustizia del Senato approva all'unanimità la chiusura definitiva degli OPG, da realizzare entro il 31 Marzo 2013. Il successivo 31 Marzo 2015 gli OPG vengono ufficialmente chiusi e i pazienti internati, ai quali l'Autorità Giudiziaria applica una Misura di Sicurezza detentiva, trovano accoglienza nelle nuove strutture sanitarie per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza. La Giunta regionale del Veneto, con la delibera numero 1331 del 17 luglio 2011, autorizza l'Ulss 21 di Legnago (VR) «ad attivare una **struttura intermedia riabilitativa ad alta specializzazione per pazienti psichiatrici**, ossia internati dal Tribunale per aver commesso reati in riscontrata situazione di non sapere né intendere né volere o con tare psichiche», ovvero persone che fino a quel momento erano internate negli OPG. Tale servizio è stato attivato presso la **Residenza «Don Giuseppe Girelli» di Ronco all'Adige (VR)**, dove sono stati avviati interventi di riabilitazione e di reinserimento sociale delle persone precedentemente internate presso l'OPG di Reggio Emilia. La struttura creata si colloca come residenzialità intermedia riabilitativa di alta specializzazione in grado di accogliere **fino ad un massimo di 18 ospiti provenienti da Ospedale Psichiatrico Giudiziario, a pericolosità sociale attenuata, di norma in regime di “Licenza di esperimento” o “Libertà vigilata”**.

Di fatto, il primo consistente passaggio di pazienti internati veneti dagli OPG emiliano e lombardo alla residenzialità regionale avviene con l'apertura di questa struttura (Fig. 1).

Casa Don Girelli nasce da un'idea concretizzata in una partnership tra il Dipartimento di Salute Mentale dell'ex-AUss 21 veneta, corrispondente al territorio della Bassa veronese, e la “Associazione Don Giuseppe Girelli, Casa San Giuseppe - Sesta Opera”, finalizzata alla elaborazione di un progetto per l'accoglimento residenziale di pazienti in dimissione da OPG, così come richiesto nella DGR della Regione Veneto del 2010. La partnership ha individuato un coordinamento generale tecnico-operativo del DSM dell'ex-Ulss 21 e l'utilizzo di risorse strutturali e tecniche dell'associazione “Sesta Opera”, soggetto privato-sociale con competenze specifiche che insiste sul territorio dell'Ulss 21 con l'esperienza di Casa San Giuseppe.

La REMS del Veneto di Nogara

La REMS di Nogara (VR) è stata **inaugurata a Gennaio 2016 come REMS provvisoria** facente parte dell'Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) 9 “Scaligera” del Veneto e inserita successivamente all'interno del Dipartimento di Salute Mentale di Verona. Nel giugno dello stesso anno, è avvenuta l'attivazione della **REMS “prodromica”**; anch'essa come la prima dispone di 20 posti letto, per un **totale di 40 posti letto disponibili**. Un modulo si trova al piano terra dell'Ospedale “Stellini” di Nogara, mentre il secondo al primo piano, ed ogni piano dispone di un proprio staff dedicato. Ha accolto inizialmente 16 pazienti ancora presenti presso l'OPG di Reggio Emilia, di fatto svuotandolo di pazienti veneti dalla primavera del 2016. Da allora ha iniziato ad accogliere soggetti da altri OPG, territorio, carcere, SPDC, comunità terapeutiche e dal domicilio, **saturando i posti letto a novembre 2017**.

Protocollo REMS/Magistratura/DSM

Il decreto legge del 22 dicembre 2011, n. 211, successivamente convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9, ha disposto all'art. 3-ter la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per la data del 31 marzo 2013; il tempo richiesto dalla realizzazione da parte delle Regioni per completare gli interventi strutturali finalizzati ad assicurare l'assistenza terapeutico-riabilitativa per il recupero e il reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ha comportato due rinvii, l'ultimo dei quali è stato prorogabilmente stabilito dalla legge n.81/2014 al 31 marzo 2015. La legge 81/2014 nel normare le misure di sicurezza detentive psichiatriche, introduce l'internamento in REMS, struttura residenziale sanitaria per l'esecuzione della misura di sicurezza personale detentiva. Si tratta di una misura di sicurezza personale a carattere coercitivo che la legge vuole rivestita caratteristiche di eccezionalità e di temporaneità. In tale struttura si possono ricoverare soltanto autori di reato affetti da gravi disturbi mentali quali disturbi dello spettro psicotico o depressivi maggiori o disturbi gravi della personalità (Cass., S.U. Pen., 9163/2005), eventualmente in comorbidità con altri disturbi, che si sono espressi sul piano funzionale in reati sintomo, con nesso di causalità, e che manifestano un effettivo bisogno di cure psichiatriche ad elevata intensità. In maniera diversa si procede se la pericolosità sociale psichiatrica è attenuata (cfr. Legge 81/2014)

È di centrale rilevanza con il nuovo assetto legislativo che l'uso delle misure di sicurezza sia inquadrato in una cultura primariamente orientata alla cura, attraverso un'azione integrata inserita in un sistema assistenziale a rete, di cui fanno parte REMS e DSM con tutte le strutture a essi afferenti, operatori della Giustizia, della Sanità e dei Servizi sociali cui è demandata, per deontologia e per

legge, la tutela del paziente psichiatrico giudiziario, e che devono a tale scopo costruire percorsi comuni di collaborazione e di reciproca comunicazione.

Si è resa quindi necessaria a poco più di un anno dall'apertura della REMS del Veneto la stesura di un protocollo di intesa tra le due grandi istituzioni che per definizione si occupano dei pazienti psichiatrici autori di reato: Magistratura, della Cognizione e dell'Esecuzione, e Salute Mentale regionale. La novità rappresentata dalla REMS, che sin da subito vuole chiarire la sua natura profondamente diversa rispetto a quella di un presunto "mini-OPG", richiede l'attivazione tempestiva di dialogo tra i soggetti istituzionali coinvolti, finalizzato a trovare progressivi avvicinamenti valutativi ed applicativi relativamente alla presa in carico di questa tipologia di soggetti. Nasce così l'idea, da un confronto tra l'equipe clinica della REMS e gli Uffici Regionali deputati ad occuparsi della Salute Mentale, di attivare un protocollo di intesa tra REMS, Magistratura e Dipartimenti di Salute Mentale, con lo scopo di creare un *gold standard* relativamente alla gestione del paziente giudiziario.

Il Protocollo ha principalmente due funzioni generali:

1. garantire continuità e rendere fluente il processo di assegnazione alla REMS del paziente non imputabile ma considerato pericoloso socialmente;
2. fornire uno strumento di raccordo tra gli aspetti giuridico - forensi e gli aspetti clinici, al fine di migliorare l'integrazione tra Magistratura di Sorveglianza e Cognizione da un lato e i Dipartimenti di Salute Mentale e la REMS dall'altro, facilitando dapprima un invio funzionale e corretto del paziente autore di reato affetto da patologia psichica nella REMS del Veneto, e poi una corretta ed appropriata dimissione del paziente stesso nelle strutture più idonee al proseguimento del percorso di cura.

Inoltre il Protocollo si occupa di alcune funzioni specifiche riguardanti:

l'individuazione ed attuazione di indicazioni operative, integrative a quelle diagnostico-terapeutiche;

la verifica del percorso terapeutico esterno, su richiesta del Magistrato, per pazienti inviati ai Servizi Esterni Territoriali;

le attività di studio e ricerca nel campo della Psichiatria e Psicologia Forense in collaborazione con Università e con Enti di Ricerca nel campo;

l'attivazione di programmi formativi rivolti sia agli operatori della UOC stessa che ai DSM interessati, a livello Regionale o extra-regionale, e di quanti ne possono trarre giovamento nell'attività professionale.

Vengono presi contatti con le figure rappresentative della Magistratura del Veneto che condivide ed appoggia precocemente l'idea. La Regione Veneto, negli Uffici deputati, assieme all'equipe clinica della REMS, promuove ed attiva un percorso di formazione relativo alla psichiatria forense, coinvolgendo le Istituzioni coinvolte nella gestione di questi soggetti.

L'obiettivo principale è quello di permettere una collaborazione continua tra Sanità e Magistratura così da poter individuare, per ogni paziente, il miglior programma di cura nell'ottica di costruire un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato, diversificando gli interventi ed evitando invii impropri. Il primo evento formativo che dà fattiva conoscenza alla Magistratura e ai DSM del lavoro di preparazione che si stava svolgendo in merito alla stesura del Protocollo Regionale viene svolto a Nogara il 27 marzo 2017, alla presenza di rappresentanti sanitari e giuridici locali, regionali e nazionali. Propedeutico a questo, fu organizzato un Tavolo di lavoro tra i Presidenti della Cognizione, della Sorveglianza e della Procura dei 7 Tribunali del Veneto. Al Tavolo si fece un lavoro di stesura di bozze operative, di contenuti e di procedure attuative del Protocollo. L'interazione tra i vari rappresentati (della Sanità, della Magistratura e della Regione) proseguì per circa un anno, tra incontri, scambi di mail e telefonate, all'interno delle quali si cercava di dettagliare sempre più la parte operativa.

La struttura del Protocollo prevede una parte introduttiva con i decreti legge nazionali e regionali in materia di pazienti psichiatrici autori di reato, una parte attuativa e tre allegati: Allegato A contenente la lista Dipartimenti Salute Mentale Veneto e Strutture Residenziali, Allegato B contenente la Lista cancellerie uffici giudiziari Veneto, Allegato C contenente un Modello di quesito peritale. **Il protocollo prevede inoltre che si costituisca all'interno della REMS una Unità di interfaccia Mobile (UM) costituita da tecnici ausiliari che possano “sostenere e indirizzare” le decisioni della Magistratura sulla scelta del percorso riabilitativo del paziente prosciolto, nella migliore interpretazione dello spirito della Legge 81.** Il Protocollo di intesa Regione Veneto, Corte d'Appello di Venezia e Procura Generale di Venezia a favore di soggetti sottoposti a giudizio e non imputabili che presentano segni di sofferenza psichica, nell'ambito dell'applicazione della Legge 81/2014, è stato firmato il 24 ottobre 2017 ed ha iniziato ad essere attivo alla fine dello stesso anno.

Attuazione del Protocollo Regionale

I due moduli da 20 posti letto si saturano a novembre 2017. Ad inizio 2018 la REMS del Veneto inizia ad inviare ai Tribunali che emettono ordinanze di internamento in REMS comunicazioni di attesa per l'ingresso in struttura. Il Protocollo necessita di assumere una forma attiva e pienamente calata nella realtà regionale. **Si sceglie di indicare 2 operatori fissi (LC e SB), con la supervisione del Responsabile della Struttura,** per il monitoraggio dei soggetti indicati per la REMS. Si privilegia nella scelta, oltre ad un certo grado di esperienza nel lavoro con i soggetti in misura di sicurezza, la presenza di conoscenze forensi e legali e l'assimilazione dei contributi di efficacia delle metodologie di analisi del rischio di comportamenti recidivanti. Ci si riferisce alla sintesi di contributi statici fissi e dinamici mutevoli che supportano **analisi di risk assessment e risk management.** Nello specifico della REMS del Veneto, si utilizzano i due strumenti di valutazione del rischio che sono stati tradotti e validati in Italia, **PCL-R (Caretto et al., 2011)** e **HCR-20 (Douglas et al., 2013; Caretto et al., 2019),** quest'ultima in corso di validazione. A queste seguono altri contributi teorici, come le checklist utilizzate a Dundrum, di cui si è già parlato, e lo schema del cambiamento, proposto per la prima volta da Prochaska (1997) e ripreso, facendone una rideclinazione in termini psichiatrico-forensi, da Wong et al. (2007). L'applicazione di modelli per quanto diffusi ed affidabili ma sviluppati in altri contesti vanno integrati con la cultura nazionale, quando non regionale, dentro cui lo sforzo innovatore cerca di trovare una propria percorribilità. Il passaggio dall'automatismo, garantito dalla stagione degli OPG, del giudizio di pericolosità sociale cui seguiva l'applicazione dell'internamento, fatto salve le novità introdotte con la Sentenza della Corte Costituzionale del 2003, all'attualità, costringe tutti gli interlocutori ad un laborioso e attento **lavoro di scomposizione e analisi della pericolosità sociale del soggetto,** in particolare nelle sue possibili gradazioni, a cui corrispondono evidentemente strategie operative diversificate ed alternative. Il costrutto, nella sua formale dicitura aspecifica descritta dall'art. 203 c.p., diventa semanticamente mimetico rispetto al riconoscimento di aree problematiche del caso in esame difformi, eterogenee, certamente necessitanti una descrizione e definizione. Ci si riferisce al fatto che **a sostenere il giudizio della pericolosità sociale possono concorrere la presenza di bisogni di cura, sociali, relazionali, criminogenici, ma anche fattori legati all'organizzazione dei Servizi e del livello della qualità erogata, dipendente quest'ultima anche dalle politiche che ne garantiscono livelli essenziali, nonché al grado organizzativo ed integrativo con gli altri Servizi Sanitari, come quello per le sostanze o la disabilità, coi Servizi Sociali comunali e con il terzo settore. La quota stranieri in più di una REMS regionale, inclusa quella del Veneto,**

raggiunge il 25% dell'utenza (Lombardi et al. 2019), e non è difficile ipotizzare che in molti di quei casi aspetti relativi ai diritti di cittadinanza e alle difficoltà di riconoscimento giuridico contribuiscano **all'esposizione al rischio di commissione di fatti-reato.** Inoltre, il contenuto radicale della Riforma presente nella Legge 81/2014 e i tempi rapidi della sua applicazione hanno lasciato strascichi di diffidenza, timore, se non franca polemica sia sul versante giuridico che su quello sanitario. Non è questa la sede per inoltrarsi su aspetti medico-legali e di responsabilità individuale, ma è ben nota **la diffidenza e lo scetticismo** con cui ampi settori della psichiatria accademica e dei Dipartimenti hanno accolto la novità legislativa di essere i primi case manager del soggetto in misura di sicurezza, anche detentiva. Questi sentimenti si traducono nell'attività pratica in una gamma di risposte da parte della psichiatria di comunità che presentano gradi variabili di collaborazione. In considerazione dell'amplissima costellazione di fattori che compone il giudizio forense di pericolosità sociale, l'UM si è in primo luogo premurata di contribuire all'arricchimento di indagine che l'ingresso del soggetto nel riformato settore delle cure e della salute mentale dei soggetti in misura di sicurezza può comportare. **Riteniamo utile essere informati tempestivamente da parte del Tribunale relativamente l'imminenza di un'Ordinanza del GIP,** dato che come avviene su scala nazionale **gli invii sono prevalentemente di soggetti in Misura di Sicurezza provvisoria.**

Una comunicazione tempestiva tra Autorità giudiziaria e Direzione REMS è avvio di una collaborazione, di avvicinamento di saperi, valutazioni, operatività. In questo senso, sulla scia del lavoro fatto per l'approntamento del Protocollo Regionale, si sono svolti incontri formali ed informali in particolare con il Tribunale di Verona, sia con i Giudici della Cognizione che con quelli dell'Esecuzione per sensibilizzare ad includere la REMS non solo come Servizio che garantisce residenzialità, ma interlocuzione trans-istituzionale facilitante le modalità dell'attuazione della Misura. Da una tempestiva comunicazione tra Autorità Giudiziaria e REMS è possibile apprendere tempi verosimili di ingresso del candidato, ed integrazione al giudizio di pericolosità sociale con particolare attenzione ai margini di trattabilità ed adesione al programma terapeutico del soggetto; da questo possibili indicazioni operative su come dar inizio alla misura di sicurezza rispetto alla disponibilità residenziale ed al parere del Dipartimento in questione, ad integrare i tempi della clinica con quelli della Giustizia nel tentativo di trovare la soluzione che meglio coniughi il duplice mandato di cura e supervisione ambientale, all'interno del paradigma della dinamicità psicopatologica e di contesto.

Caso clinico 1, RG, m, 30 anni

Ci viene segnalato da una Procura del Veneto che un utente di un CSM, da poco uscito da un programma residenziale protetto, manifesta, con modalità rivendicative, improprie, minacciose verso i curanti del Servizio Pubblico, la volontà di essere “risarcito” dal presunto torto subito. Lo staff si sente oggettivamente messo sotto pressione dalle modalità insistite ed aggressive del soggetto e segnala la vicenda alle Forze dell’Ordine che, accertati i fatti, procedono con la denuncia d’Ufficio. Vista l’incapacità ambientale a contenere i fenomeni potenzialmente rilevanti del soggetto in termini di attitudine offendentente, si chiede inizialmente che la REMS possa farsene carico in termini residenziali. La stessa promuove nei giorni successivi una fitta interlocuzione di pareri ed impressioni con i curanti del CSM per capire caratteristiche cliniche del soggetto e variabili e fattori di rischio trigger rispetto alla situazione attuale. Il riconoscimento di una attitudine sostenuta da prevalenti valenze antisociali egosintoniche rispetto alle attuali scelte comportamentali e un giudizio di compatibilità con un eventuale regime di custodia cautelare ci inducono a proporre al GIP quella misura in attesa che valutazioni peritali accertino l’eventuale presenza di un vizio di mente rispetto ai fatti attribuitigli.

Più frequentemente, dato il carattere regionale della Residenza e i contatti di rete da implementare, arrivano ordinanze di ingresso in struttura senza che lo staff della REMS sia informato del procedimento. La presenza di una lista d’attesa dalla fine del 2017 ha di fatto permesso di poter conoscere via via i candidati all’ingresso, attraverso visite nei luoghi di attesa della Misura. **Dall’autunno del 2018 al maggio 2019 sono state effettuate 14 visite di soggetti in attesa di poter fare ingresso alla REMS (Fig. 2a, 2b).** Le visite si sono svolte nei contesti ambientali più frequentemente sedi di “attesa” dei soggetti in Misura. Si tratta di SPDC, comunità terapeutiche e carceri, mentre finora non abbiamo effettuato visite domiciliari. La visita è preceduta da un attento *file review* rispetto alle conoscenze giuridiche e cliniche del soggetto, dalla presenza e visione di eventuale perizia, e di quanto si possa ottenere in termini informativi dall’incontro con il soggetto. La visita si presenta come un ordinario incontro tra un Servizio inviante con un altro potenzialmente ricevente, ma si arricchisce di griglie interpretative ulteriori. La valutazione iniziale non può non partire dalle condizioni psicopatologiche attuali del soggetto. L’analisi, in una logica di scomposizione al continuum del costrutto di pericolosità sociale, si pone in confronto rispetto al periodo antecedente al fatto-reato e alle condizioni che hanno o avrebbero reso “valore di malattia” il comportamento penalmente rilevante. A distanza di settimane, o di mesi, dalla valutazione peritale qualora presente, o come talora succede del “semplice” sanitario che certifica l’esistenza di

una sofferenza psichica, possono prodursi modificazioni dell'assetto sintomatologico che modificano il quadro di pericolosità sociale. Gli "indicatori interni" (Fornari, 2015), come vengono definiti in letteratura italiana, possono modificarsi più o meno velocemente a seconda del contesto, risultano molto frequentemente associati alla patologica "intenzionalità e volontà" a determinarsi in quella risposta comportamentale, sono suscettibili della modifica ambientale a cui sono sottoposti i soggetti, e necessitano, in aggiunta all'obiettività psichiatrica classica di presenza/assenza di quadri sindromici, di una lettura psicopatologica forense, in cui gli elementi criminologicamente rilevanti spesso non rispondono tanto alle categorie della semplice persistenza o scomparsa dei sintomi quanto all'analisi della loro estensione, polarizzazione, del coinvolgimento emotivo e dell'angoscia associata.

Caso clinico 2, DM m., 21 anni

L'UM raggiunge un SPDC del Veneto per visitare un soggetto lì ricoverato da alcuni mesi in seguito alla tentata aggressione con arma bianca del vicino di casa. L'attesa in Reparto si era resa necessaria per la mancanza di posti letto nella REMS che di fatto aveva costretto i sanitari del Servizio a prolungarla per mancanza di alternative. Il soggetto era ignoto al Servizio, e il fatto-reato è coinciso con il primo contatto con la psichiatria. Si tratta di un ragazzo con un profilo di personalità della serie schizoide-paranoide, che aveva progressivamente sviluppato un delirio sui vicini di casa, a cui attribuiva magicamente la responsabilità dei fallimentari rapporti del padre con sé e con la madre. Non aveva, a quanto a noi noto, mai avuto precedenti comportamenti aggressivi o violenti con alcuno, nè aveva manifestato in passato segnali di rischio auto-lesivo o auto-soppressivo. Essendo al primo contatto con la psichiatria, ha iniziato solo in SPDC il suo primo trattamento antipsicotico, che ha prodotto: ridimensionamento del costruito delirante, di cui però egli si sente ancora in parte convinto, forte abbassamento dell'angoscia conservativa che l'ha spinto ad agire violentemente verso i vicini di casa, e riavvicinamento, favorito dall'équipe ospedaliera, coi familiari. A questo si aggiunga, particolare non secondario, le buone doti cognitive del soggetto, con scolarità medio-alta. Da settimane si mostrava sinceramente accettante rispetto alle eventuali proposte formulate dall'équipe sanitaria. Il commento clinico che inviammo al GIP, previo accordo coi colleghi dell'SPDC e del CSM, ipotizzava una percorribilità in via provvisoria di una soluzione non detentiva della Misura di Sicurezza, di cui il locale CSM si sarebbe tempestivamente occupato. La rivalutazione della pericolosità sociale successivamente disposta confermava l'ipotesi così formulata, con trasformazione in L.V. ed invio in CTRP:

Se, come argomentato, nelle settimane successive al fatto-reato e alle valutazioni tecniche, è possibile in un nuovo ambiente di cura e contenitivo intercettare alcune delle variabili cliniche

“interne” che sostengono il giudizio di pericolosità sociale, è solitamente più lungo ed indaginoso intercettare e modificare quelle ambientali, legate ai rapporti affettivi, familiari, ai contatti col tessuto urbano, ai rapporti con i Servizi Sanitari e sociali. Si tratta nella maggior parte dei casi di soggetti già noti ai Dipartimenti di Salute Mentale, con cui l’assunzione in cura o la presa in carico si connota di abbandoni, progetti terapeutici individuali falliti per scarsa collaborazione dell’utente, ed accessi al Servizio attraverso turbolenti passaggi al Pronto Soccorso o per l’attivazione di Trattamenti Sanitari Obbligatorii (Lombardi et al. 2019). L’evento-reato, a volte anche di scarsa intensità ed impatto criminologico, rappresenta il culmine di profonde crisi ambientali, nel rapporto con i familiari, legate alla gestione del denaro, alle eventuali abitudini tossicofile, all’assenza di denaro per ambienti degradati, ed all’assenza di lavoro, con inattivazione di pensioni di sostegno o di figure di garanzia come l’amministratore di sostegno. Il quadro, non infrequentemente emergente dall’incontro tra questi soggetti e la valutazione integrata psichiatrico-forense, è di un pessimismo diffuso rispetto alle possibilità di recupero del soggetto. Questi è diffusamente percepito come difficile, indisponibile a farsi seguire, connotato da valenze generalmente descritte come antisociali. In molti casi il basso profilo criminologico emergente dalle ordinanze dei GIP di applicazione della Misura della REMS, stride con le raccomandazioni legislative di considerare le neo-residenze specialistiche come *extrema ratio* nell’applicazione di misure detentive.

Caso clinico 3, RM, m, 50 anni.

Andiamo a valutare un soggetto residente da alcuni mesi in una CTRP veneta, dove era stato inserito in misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata, originariamente applicata in seguito al rientro in Regione dopo un trascorso di alcuni anni in un OPG per reati derivati da ideazione persecutoria francamente delirante. Il soggetto, nel frattempo, aveva sostenuto due precedenti esperienze comunitarie senza grandi benefici, passando a questa terza opzione residenziale con poco interesse ed atteggiamento inerziale. Dopo pochi mesi dall’ingresso manifesta una serie di intemperanze, atteggiamenti provocatori e sfidanti verso il personale della Comunità e degli altri ospiti, che spingono i sanitari a relazionare al Magistrato di Sorveglianza e a chiederne l’aggravio della Misura, che viene concessa. Anche in questo caso, la mancanza di posti letto in REMS, al tempo dell’Ordinanza, costringe a provare a trovare eventuali soluzioni alternative. Nel corso dell’incontro, effettuato alla presenza dello staff comunitario e del CSM competente, si apprende delle caratteristiche psicopatologiche del soggetto, che oltre ad una diagnosi di Asse I, presenta una serie di caratteristiche di personalità della serie instabile-impulsiva. Nonostante fossero passati almeno 6 mesi dall’ultimo ricovero in SPDC per i problemi

comportamentali in Comunità e lo stesso tempo dalle intemperanze e dalle infrazioni regolamentari alla stessa, l'atteggiamento dello staff locale era comunque orientato a dare corso all'aggravio della Misura. Da un lato, il provvedimento del Magistrato aveva contribuito a generare in tutti gli interlocutori locali, staff e paziente, un senso di attesa fissa. Dall'altro, permaneva forte la convinzione all'interno dello staff, che si muoveva parallelamente alla percezione scissa del paziente, che "cambiare aria" per un po' di tempo sarebbe stato comunque benefico per il proseguo della relazione di entrambi, introducendo un terzo elemento mediatore nel "corpo a corpo" durato anni tra il Servizio ed il paziente. La decisione finale di accogliere il paziente in REMS cambia i rapporti terapeutici, ora allargati a tre, e si inserisce a pieno nella condivisione trans-istituzionale del piano terapeutico individuale.

Considerazioni conclusive

A Giugno 2019 si giunge a un progressivo abbassamento della lista d'attesa in Veneto (Figg. 3-4). Gli strumenti per realizzare un risultato inedito per il panorama regionale italiano sono contenuti nell'attenta applicazione delle indicazioni contenute nella Legge 81/2014, che di fatto invita tutti gli interlocutori che afferiscono al sistema delle Misure di Sicurezza a valutare caso per caso l'idoneità all'ingresso in REMS. Si invita pertanto a scomporre, rielaborare, ridefinire con strumenti aggiornati, integrati e sensibili alla complessità lo sfuggente e insidioso costruito della pericolosità sociale. Sotto il profilo gestionale ed organizzativo, occorre che ciascun Servizio Sanitario Regionale si doti di uno sguardo d'insieme, che includa oltre alla dotazione di posti letto di cui dispone la/le REMS, una mappatura di posti letto residenziali con cui lavorare a valle delle misure di sicurezza detentive. Il semplice conteggio della disponibilità residenziale incide poco, se a questa non si aggiungono valutazioni realmente psico-sociali e territoriali come, ad esempio, la vicinanza dell'eventuale residenza al territorio di appartenenza del soggetto e la disponibilità di posti letto in struttura dipartimentale ovvero convenzionata. Non è improprio in prospettiva ipotizzare, anche con questo tipo di utenza, l'applicazione di strumenti per l'abitare evoluti, come la residenzialità leggera ed il co-housing, data l'elevata conflittualità domestica con cui spesso i pazienti arrivano ad essere denunciati. Ma la dimensione abitativa non basta da sola ad avviare un programma di riduzione del giudizio della pericolosità sociale: occorre vi sia una visione integrata per il soggetto, che sappia mettere insieme la qualità dell'offerta della psichiatria territoriale del nostro Paese con la specificità della presa in carico del paziente forense. Come illustrato nei casi clinici, variabili come la precoce risposta ai trattamenti, il grado di complessità diagnostica multiassiale, il riconoscimento di un bisogno di cura da parte dell'interessato, la capacità dello staff di riconoscere la qualità e

potenzialità criminogenica recidivante dei sintomi del soggetto, ed il grado di qualità integrativa del Servizio al proprio interno, nelle interlocuzioni tra le unità costituenti come il Servizio di diagnosi e cura, la residenzialità, la semiresidenzialità, il lavoro sul territorio, intercettano, modificano e rendono dinamiche le letture della pericolosità sociale del soggetto in esame. Per fare questo la REMS, con il suo personale formato ed esperto nelle valutazioni psichiatriche che afferiscono ai temi della gestione comportamentale, dell'insight, delle fasi del cambiamento, dell'instabilità affettiva e emotiva, della lettura criminogenica dei sintomi psichiatrici maggiori, può offrire uno spazio di analisi e confronto con tutti gli interlocutori coinvolti. Il giudizio della pericolosità sociale, specie nei primi tempi che seguono il fatto-reato, riveste un ruolo di primaria importanza nell'avvio di un appropriato percorso di cure e contenimento del soggetto coinvolto. Le considerazioni peritali possono rappresentare una prima preziosa riflessione su quale indirizzo possono prendere le strategie di cura del soggetto, ma necessitano di essere supportate da un adeguamento dei quesiti peritali, relativamente alle indicazioni da fornire rispetto a tempi e luoghi della presa in carico psichiatrica, che allo stato si applicano in modo sporadico. Nella prassi procedurale il perito non ha gli spazi di manovra come da quesito che possono garantirgli l'auspicato ruolo da primo regista del piano trattamentale individualizzato dell'imputato, e se anche fossero meglio definiti a livello di quesiti incontrerebbero le difficoltà di impatto di una realtà, quella delle reti di partecipazione ai percorsi delle misure di sicurezza, dalla risposta variabile ed incerta. Questo si deve ai timori con cui generalmente i colleghi del territorio approcciano le questioni relative alla psichiatria forense e in particolare alla gestione del libero vigilato, generatore di preoccupazioni rispetto ad eventuali ricadute medico-legali. Inoltre, e questo è forse il senso ultimo delle riflessioni contenute in questo lavoro, la pericolosità sociale psichiatrica è un concetto dinamico, che muta con il trascorrere del tempo, con le caratteristiche del soggetto, i contesti dentro cui questo si muove, la qualità organizzativa e formativa degli staff che entrano in contatto con questi. Per trasformare questa complessità da fattore paralizzante e frenante i processi di cura, di cui le liste d'attesa regionali sono un evidente effetto, occorre affrontarla a viso aperto accettandone la sfida clinica, organizzativa e funzionale. In un Paese come il nostro, storicamente refrattario a ragionare sui comportamenti degli individui con sofferenza psichica in una logica di salute mentale almeno a partire dalla riforma del 1978, le REMS possono contribuire a riassorbire questo *gap* clinico, promuovendo una cultura della prevenzione delle anomalie comportamentali che si iscriva pienamente nelle prestigiosa storia psichiatrica italiana basata su un approccio psico-sociale. Con queste lenti, cerchiamo di garantire al paziente forense il più basso grado di contenimento ambientale che sappia tuttavia garantire un appropriato svolgimento del percorso di cura. Si tratta a nostro avviso di ridefinire la crisi sintomatologica e sociale che ha prodotto il fatto-reato e il giudizio dell'imputabilità all'interno di

coordinate di *public health*, in cui analisi dei bisogni, qualità della vita, qualità dei Servizi, supporto sociale, interventi mirati, integrati ed il più possibile supportati da evidenze, facciano della psichiatria delle misure di sicurezza una disciplina adulta al pari di quella che si attua nel contesto generale. Il confronto e l'interlocuzione per ogni nuovo potenziale ingresso significa a nostro parere rifiutare in primo luogo gli automatismi di invio che appartengono ad una stagione, quella degli OPG, definitivamente alle spalle, in cui il soggetto coinvolto passava per "problema", "pacco", paziente "da allontanare". L'insidia che questa modalità di pensiero e funzionamento possa di nuovo essere prevalente anche nel sistema riformato dipende dallo sforzo, in primo luogo delle REMS, di rendere clinicamente comprensibili e prognosticamente formulabili i singoli casi sia a monte con l'interlocutore giuridico che a valle con la rete dei Servizi. Detto sforzo, oltre a contribuire allo snellimento e alla fluidità delle liste d'attesa, crea spazi di confronto, avvicinamento dei saperi, acquisizione di linguaggi e visioni che si avvicinano. Occorre, per migliorare e consolidare il modello, ottimizzarne i passaggi, in particolare la collaborazione con i periti, la disponibilità ad aggiornare i quesiti peritali, ripensare i setting dentro cui far maturare le scelte terapeutico-trattamentali per il singolo paziente forense, implementare la collaborazione con il territorio nei casi di gestione di soggetti in misura di sicurezza provvisoria non detentiva, anche attraverso una crescente sensibilizzazione e coinvolgimento degli Uffici Esecuzione Penale Esterna (UEPE). In questo senso, come già esplicitato nella Legge 81/2014 è centrale lo sviluppo del Piano Terapeutico Individuale in maniera il più possibile condivisa (Castelletti et al. 2018), così che le dimensioni di fondo del trattamento del soggetto siano rese esplicite *ab initio*. In una prospettiva di ricerca, vanno a nostro avviso indagate le caratteristiche cliniche, psicopatologiche, sociali, criminologiche, di contesto dei soggetti che vengono inviati al trattamento in misura di sicurezza, al fine di identificare quelle variabili che possono suggerire una migliore appropriatezza terapeutica rispetto al contesto, al grado di protezione, agli obiettivi da raggiungere.

Fig.. 1: PRIMA DELLA R.E.M.S.

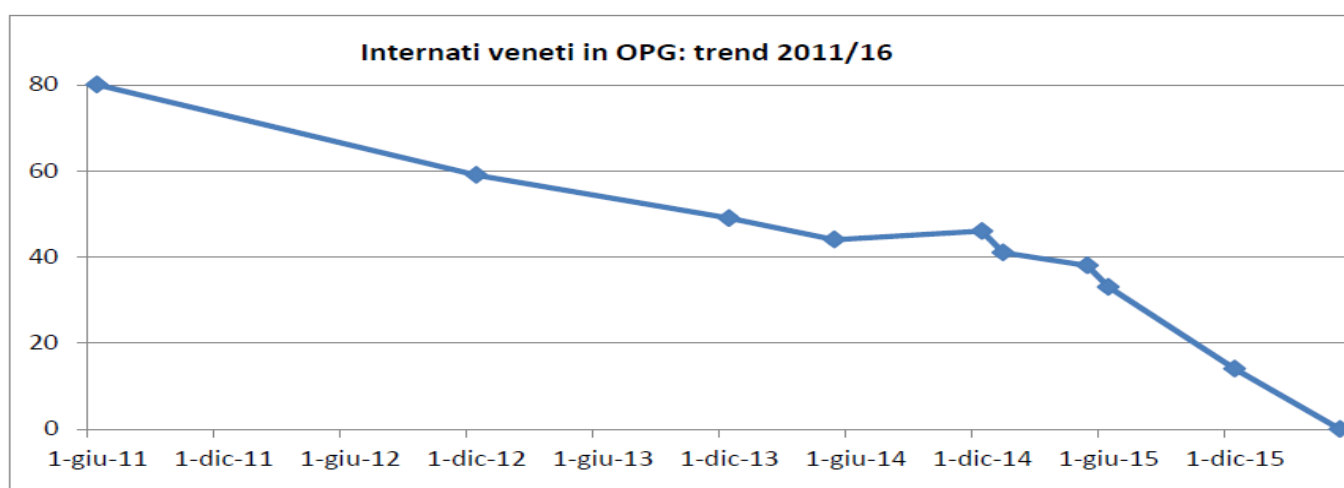


Fig. 2 (2a, 2b): Vedi Allegato 1:

VALUTAZIONE EQUIPE ESTERNA PSICHIATRICO-FORENSE REMS VENETO:

Dall'autunno del 2018 al 13 Giugno 2019 sono state effettuate 14 visite di soggetti in attesa di poter fare ingresso in REMS

(dei quali: 5 poi inseriti e tra i quali *1 poi dimesso*; 8 passati ad L.V. con inserimento in C.T., dei quali *6 già inseriti e 2 in attesa* perché ricoverati in SPDC; 1 fuori lista a seguito di segnalazione diretta da CSM),

e sono in programma 5 valutazioni della UM

(delle quali 1 fuori lista per segnalazione diretta da CSM, 1 in carcere fino a fine pena in Agosto 2019, 1 in lista ma irreperibile, 2 in L.V.)

Figg. 3-4: Vedi Allegato 2:

GRAFICO COMPARATO INGRESSI DIMISSIONI LISTA ATTESA, Anni 2017, 2018, 2019.

In particolare in tutti i tre grafici relativi agli anni 2017 - 2019 si evidenzia sostanziale stabilità del rapporto ingressi/dimissioni in REMS, ed in particolare in quello relativo al 2019 si evidenzia un progressivo abbassamento della lista d'attesa per la REMS a partire da Maggio 2019. Sono poi state riportate delle proiezioni verosimili dai programmi in essere, per quanto riguarda i mesi estivi, che dovrebbero portare ad un azzeramento della lista in settembre 2019

Bibliografia

- 1) Birmingham L. Diversion from custody. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2001; 3 (7): 198-207
- 2) Caretti, V., Manzi, G., Schimmenti, A., Seragusa, L., Rossi, L., Ciulla, S. e Craparo, G. (2011). Adattamento, validazione e proprietà psicometriche della versione italiana. In R.D. Hare (2003). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist - Revised (2nd ed.)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems (ad. it.: a cura di V. Caretti, G. Manzi, A., Schimmenti e L. Seragusa. 2011, Firenze: Giunti O.S. Organizzazioni Speciali).
- 3) Caretti V, Carpentieri R, Schimmenti A. Attendibilità, validità e proprietà psicometriche della versione italiana dell'HCR-20^{V3}, Hogrefe Ed., Firenze, 2019, in press
- 4) Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V, Giusti L, Di Michele V, Giosuè P, Ruggeri M, Biondi M, Roncone R. Closing forensic psychiatric hospital in Italy: a new deal for mental health care? *Rivista di Psichiatria* 2015; 50 (5):199-209
- 5) Castelletti L, Scarpa F, Carabellese F. Treating not guilty by reason of insanity and socially dangerous subjects by community psychiatric services: an Italian perspective. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2018, 3 (12): 182-189
- 6) Collins M, Davies S. The Security Needs Assessment Profile: A multidimensional approach to measuring Security Needs. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2005; 1(4): 39-52
- 7) Douglas KS, Hart SD, Webster C, Belfrage H. *HCR-20 V3, Assessing risk for violence*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, British Columbia, 2013
- 8) Fiorentin F. La conclusione degli “Stati Generali” per la Riforma dell’Esecuzione Penale in Italia. *Diritto Penale Contemporaneo*, 2016
- 9) Flynn G, O’Neill C, Mclerney C, Kennedy H. The DUNDRUM-1 Structured Professional Judgement for triage to appropriate levels of therapeutic security: retrospective cohort validation study. *BMC Psychiatry*, 2011; 11:43
- 10) Fornari U. Trattato di Psichiatria Forense, VI ed., 2015; UTET, Assago (MI)
- 11) Kennedy H. Therapeutic uses of security:mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Advances in Psychiatric Treatment*, 2002; 8: 433–443

- 12) Kennedy H, Castelletti L, O'Sullivan O. Impact of service organization on teaching and training, in: *Forensic Psychiatry and Psychology in Europe - A Cross-Border Study Guide*, 2018, Kris Goethals, Editor
- 13) Lombardi V, Veltri A, Montanelli C, Mundo F, Restuccia G, Cesari D, Maccari M, Scarpa F, Sbrana A. Sociodemographic, clinical and criminological characteristics of a sample of Italian REMS Volterra patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2019; 62: 50-55
- 14) Prochaska J, Velicer W. The Transtheoretical Model of health Behaviour Change. *Am J Health Promot*, 1997; 12 (1): 38-48
- 15) Wong S, Gordon A, Gu D. assessing and treatment of violence-prone forensic clients: an integrated approach. *British Journal of Psychiatry*, 2007; 190 (supp.44): s66-s74