

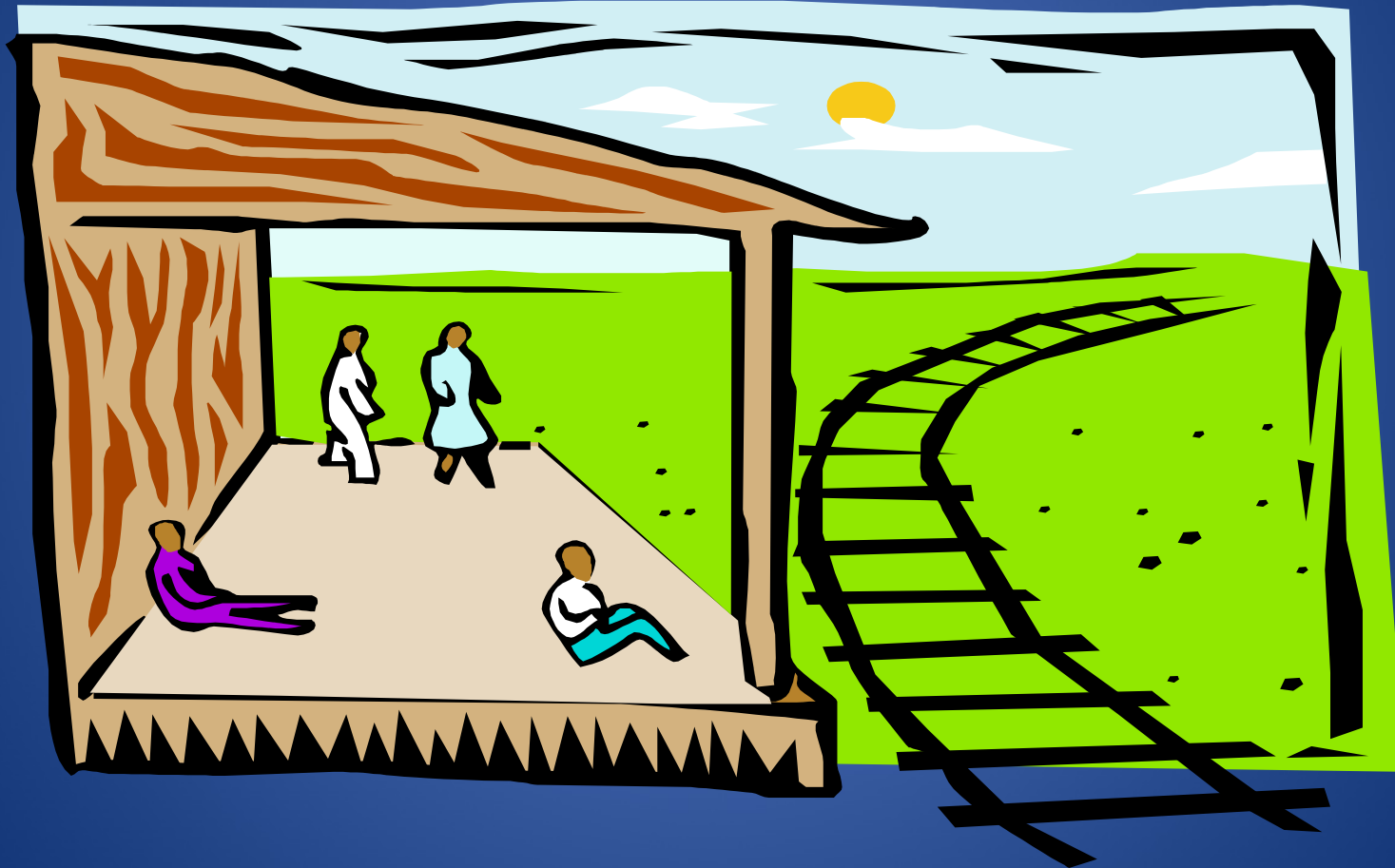
*Il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario:  
percorsi giuridici, presa in carico e rete dei servizi*

Legislazione in materia di internamento  
giudiziario  
valutazione di pericolosità sociale

FRANCO SCARPA PSICHIATRA  
DIRETTORE UOC SALUTE IN CARCERE  
USL 11 TOSCANA

- IL PUNTO DI VISTA SULLA QUESTIONE INTERNAMENTO E SUPERAMENTO OPG
- I DATI REGIONALI in CARCERE
- LA VALUTAZIONE DELLA PERICOLOSITA' SOCIALE O DEL RISCHIO VIOLENZA ?

**DALL'OPG AL SERVIZIO DI SALUTE MENTALE**  
**L'ANABASI - SENOFONTE "LA LUNGA MARCIA VERSO CASA"**  
**IL RIENTRO IN PATRIA DELL'ESERCITO DEI 10.000 DI CIRO**



**UNA STAZIONE DOVE NESSUN TRENO SI FERMAVA**

# L'USCITA DAL CASTELLO ASSEDIATO

THE ORIGINAL MOTION PICTURE SOUNDTRACK RECORDING



## UN DESERTO DA RIEMPIRE CON NUOVE PRASSI

## I DATI DEI PRESENTI IN OPG MONTELUPO FIorentINO

REGIONE	31/12/14	31/01/15	28/02/15	31/03/15	30/04/15	31/05/15	30/06/15	31/07/15	31/08/15	30/09/15
Toscana	47	48	49	49	48	43	41	38	33	33
Liguria	28	28	28	28	22	16	15	13	10	8
Sardegna	20	20	22	21	22	21	19	16	12	11
Umbria	8	8	7	7	7	6	6	6	5	4
<b>TOTALE BACINO</b>	<b>103</b>	<b>104</b>	<b>106</b>	<b>105</b>	<b>99</b>	<b>86</b>	<b>81</b>	<b>73</b>	<b>60</b>	<b>56</b>
Campania	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0
Lazio	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Lombardia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Piemonte	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Puglia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Altri Paesi o sfd	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>TOTALE</b>	<b>116</b>	<b>114</b>	<b>115</b>	<b>114</b>	<b>108</b>	<b>95</b>	<b>90</b>	<b>81</b>	<b>68</b>	<b>64</b>

<b>REGIONE</b>	<b>IN MISURA DI SICUREZZA</b>	<b>DETENUTI PER ARTICOLAZIONE CARCERE</b>
<b>Toscana</b>	29	4
<b>Liguria</b>	7	1
<b>Sardegna</b>	11	0
<b>Umbria</b>	4	0
<b>Lazio</b>	3	0
<b>Lombardia</b>	0	1
<b>Piemonte</b>	1	0
<b>Puglia</b>	1	0
<b>Altri Paesi o sfd</b>	2	0
<b>TOTALE</b>	<b>58</b>	<b>6</b>

## MOVIMENTI PAZIENTI REGIONE TOSCANA

	<b>PRESENTI</b>	<b>DIMESSI</b>	<b>INGRESSI</b>
<b>2009</b>	<b>52</b>	<b>24</b>	<b>19</b>
<b>2010</b>	<b>53</b>	<b>30</b>	<b>31</b>
<b>2011</b>	<b>46+1*</b>	<b>30</b>	<b>25</b>
<b>2012</b>	<b>35</b>	<b>37</b>	<b>26</b>
<b>2013</b>	<b>39</b>	<b>21</b>	<b>29</b>
<b>2014</b>	<b>47</b>	<b>23</b>	<b>31</b>

	<b>PRESENTI</b>	<b>DIMESSI</b>	<b>INGRESSI</b>
<b>31/01/15</b>	<b>48*</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>28/02/15</b>	<b>49</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>31/03/15</b>	<b>49</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>30/04/15</b>	<b>48</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>31/05/15</b>	<b>43</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>30/06/15</b>	<b>41</b>	<b>2</b>	<b>0</b>
<b>31/07/15</b>	<b>38</b>	<b>3</b>	<b>0</b>
<b>31/08/15</b>	<b>33</b>	<b>5</b>	<b>0</b>
<b>30/09/2015</b>	<b>33</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

<b>DSM COMPETENTE</b>	<b>30/09/15</b>
<b>1 Massa</b>	<b>2</b>
<b>2 Lucca</b>	<b>4</b>
<b>3 Pistoia</b>	<b>1</b>
<b>4 Prato</b>	<b>1</b>
<b>5 Pisa</b>	<b>6</b>
<b>6 Livorno</b>	<b>3</b>
<b>7 Siena</b>	<b>3</b>
<b>8 Arezzo</b>	<b>0</b>
<b>9 Grosseto</b>	<b>1</b>
<b>10 Firenze</b>	<b>9</b>
<b>11 Empoli</b>	<b>0</b>
<b>12 Viareggio</b>	<b>3</b>
<b>TOTALE</b>	<b>33</b>



## PIANO REGIONE TOSCANA PER IL SUPERAMENTO OPG DI MONTELUPO FIORENTINO

La rete integrata dei servizi per il superamento dell'OPG, prevista dal programma regionale, si fonda su tre livelli:

- 1° livello – Rete ordinaria dei servizi territoriali
- 2° livello – Residenze intermedie e moduli
- 3° livello – Residenza con sorveglianza intensiva.

# PRIMO LIVELLO – RETE ORDINARIA DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE

Nel quadro dell'offerta dei servizi per la salute mentale sul territorio toscano, si trovano tre tipologie di strutture:

- strutture terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti, che offrono trattamenti intensivi nelle 24 ore rivolti a persone che, anche nella fase post-acuzie, richiedono interventi intensivi ad elevata tutela sanitaria;
- strutture socio-riabilitative ad alta intensità assistenziale, che offrono trattamenti residenziali terapeutico-riabilitativi estensivi, con presenza di personale sanitario per almeno 12 ore; i trattamenti sono rivolti a pazienti in fase cronica, che necessitano di assistenza e di trattamenti terapeutico-riabilitativi estensivi e programmi di reinserimento sociale;
- strutture socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale, che offrono trattamenti residenziali socio-riabilitativi con assistenza a fasce orarie a soggetti parzialmente non autosufficienti, non assistibili all'interno del proprio nucleo familiare e che necessitano di programmi di reinserimento sociale e lavorativo nella fase di lungoassistenza.

## SECONDO LIVELLO – RESIDENZE INTERMEDIE E MODULI DEDICATI PER IL SUPERAMENTO OPG

Le cosiddette **residenze intermedie** hanno funzione terapeutico riabilitativa, già prevista dall'art.3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni dalla legge 9/2012; sono strutture sanitarie extraospedaliere, parzialmente protette, destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza non detentive o misure di Licenza Finale Esperimento. Partendo dalla collocazione delle strutture intermedie, già individuata con DGR 715/2013, può essere riconfermata la dislocazione delle stesse, nell'ambito territoriale delle tre Aree Vaste della Toscana (Area Vasta Centro, Area Vasta Nord-Ovest e Area Vasta Sud-Est). A completamento delle residenze intermedie già individuate, si affiancano **moduli** (con posti letto da 2 a 6) dedicati ai percorsi riabilitativi, collocati nei territori delle Aziende USL di riferimento dei pazienti, in strutture sanitarie seguite dai competenti servizi delle Aziende sanitarie stesse.

Residenze sanitarie intermedie	Area Vasta Centro	Azienda USL 10 Firenze	Residenza sanitaria intermedia "Le Querce", collocata a Firenze in San Pietro a Sollicciano	8	
		Azienda USL 10 Firenze	Residenza sanitaria intermedia "Villa Guicciardini", collocata a Firenze in Via di Montughi	10	
	Area Vasta Nord-Ovest	Azienda USL 1 Massa e C.	Residenza sanitaria intermedia "Tiziano" situata in Aulla (MS)	10	
		Azienda USL 5 Pisa	Residenza sanitaria intermedia di Volterra (PI) Padiglione Morel	12	
	Area Vasta Sud-Est	Azienda USL 8 Arezzo	Modulo di Arezzo	4	
		Azienda USL 7 Siena	Modulo di Abbadia SS (SI)	4	
	<b>Totale residenze sanitarie intermedie</b>				<b>48</b>

Città	Abitanti	Superficie	Densità	Numero Comuni
<b>FIRENZE+ EMPOLI</b>	<b>1.012.180</b>	<b>3.513,69</b>	<b>288</b>	<b>42</b>
<b>PISTOIA</b>	<b>292.509</b>	<b>964,12</b>	<b>303</b>	<b>22</b>
<b>PRATO</b>	<b>252.987</b>	<b>365,72</b>	<b>692</b>	<b>7</b>
	<b>1.557.676</b>	<b>4.844</b>	<b>1.283</b>	<b>71</b>
<b>SIENA</b>	<b>270.285</b>	<b>3.820,98</b>	<b>71</b>	<b>36</b>
<b>AREZZO</b>	<b>346.442</b>	<b>3.233,08</b>	<b>107</b>	<b>37</b>
<b>GROSSETO</b>	<b>224.481</b>	<b>4.503,12</b>	<b>50</b>	<b>28</b>
	<b>841.208</b>	<b>11.557,18</b>	<b>76</b>	<b>101</b>
<b>PISA</b>	<b>421.816</b>	<b>2.444,72</b>	<b>173</b>	<b>37</b>
<b>LUCCA + VIAREGGIO</b>	<b>393.478</b>	<b>1.773,22</b>	<b>222</b>	<b>33</b>
<b>LIVORNO</b>	<b>339.070</b>	<b>1.213,71</b>	<b>279</b>	<b>20</b>
<b>MASSA-CARRARA</b>	<b>199.406</b>	<b>1.154,68</b>	<b>173</b>	<b>17</b>
	<b>1.353.770</b>	<b>6.586,33</b>	<b>211,75</b>	<b>107</b>
<b>Totale</b>	<b>3.752.654</b>	<b>22.987,04</b>	<b>163</b>	

	<b>POSTI-LETTO/ RESIDENTI</b>		
	<b>Popolazione</b>	<b>Posti letto strutture intermedie</b>	<b>p.l./100.00 0</b>
<b>AREA VASTA CENTRO</b> Firenze, Prato, Pistoia, Empoli	<b>1.557.676</b>	<b>18</b>	<b>1,16</b>
<b>AREA VASTA NORD</b> Pisa, Lucca, Livorno, Viareggio, Massa	<b>1.353.770</b>	<b>22</b>	<b>1,63</b>
<b>AREA VASTA SUD</b> Grosseto, Siena, Arezzo	<b>841.208</b>	<b>8</b>	<b>0,95</b>
			<b>1,24</b>

Tipologia	Localizzazione		Strutture	Posti letto	
	Area	Azienda USL		1° fase	2° fase
Residenza sanitaria con sorveglianza intensiva	Regional e	Azienda USL 5 Pisa	Residenza sanitaria per esecuzione misure di sicurezza detentive di Volterra (Borgo San Lazzerò – Area ospedaliera di Volterra); struttura sanitaria, che consente di accogliere per un periodo transitorio, pazienti psichiatrici cui sono applicate le misure di sicurezza detentive		
			1° fase Padiglione Morel	22	
			2° fase Padiglione Livi		40
<b>Totale residenza sanitaria REMS-D</b>				<b>22</b>	<b>40</b>

REGIONI DI RESIDENZA	DIMISSI	DIMISSIONI DAL 01-01-15 a 31-03-15	DIMISSIONI DAL 01/04/15 al 30/09/15 2015	TOTALE
TOSCANA		9	16	25
LIGURIA		5	21	26
SARDEGNA		1	11	12
UMBRIA		1	3	4
CAMPANIA		1	0	1
		17	51	68



	LFE	Libertà Vigilata	IN REMS.	Legge 81	Detenzion e	
TOSCANA	7	14	0	0	Espulsion 4 e	25
LIGURIA	7	9	8	1	1	26
SARDEGN A	0	5	7	0	0	12
UMBRIA	3	1	0	0	0	4
CAMPANIA	1	0	0	0	0	1

	REM S	COMUNITA TERAPEUTIC	RSA	DOMICILI O	CARCER E	
TOSCANA	0	19 (11 <sup>A</sup> St int)	1	1	4	25
LIGURIA	8	13	3	1	1	26
SARDEGN A	7	5	0	0	0	12
UMBRIA	0	4	0	0	0	4
CAMPANIA	0	1	0	0	0	1
	<b>15</b>	<b>42</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>68</b>

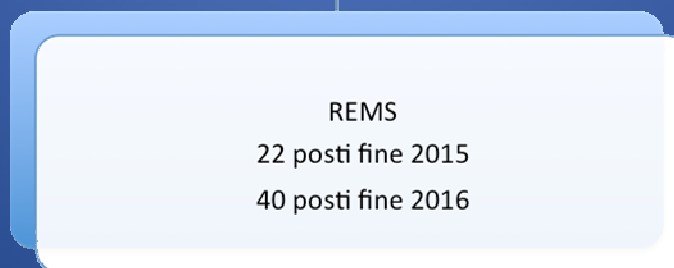
# I LIVELLO

## RETE ORDINARIA DEI SERVIZI TERRITORIALI DIOSTRIBUITE NEI VARI TERRITORI

## II LIVELLO INTERMEDIO



## III LIVELLO INTENSIVO





# IL DISTURBO MENTALE IN CARCERE DIAGNOSI E TRATTAMENTI

Franco SCARPA Psichiatra  
Direttore UOC Salute in Carcere  
USL 11 Empoli Toscana

Gianrocco Martino  
Agenzia Regionale di Sanità  
Toscana

Convegno – Salute e malattia nei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico

Centro Congressi Cavour - Roma  
10 aprile 2015

## I disturbi psichici

- Nella coorte di detenuti rilevati nel 2014 (Regioni Toscana, Veneto, Umbria, Lazio, Liguria e provincia Salerno) il **41,3%** (N=6.504) del totale dei detenuti arruolati è risultato affetto da almeno una patologia psichiatrica
- Le diagnosi di disturbi psichici sono state **9.886**, ovvero circa il **43% del totale di quelle rilevate**
- Ciò significa che ogni soggetto con un disturbo di salute mentale era portatore in media di **1,5 diagnosi** di malattie appartenenti a questo gruppo

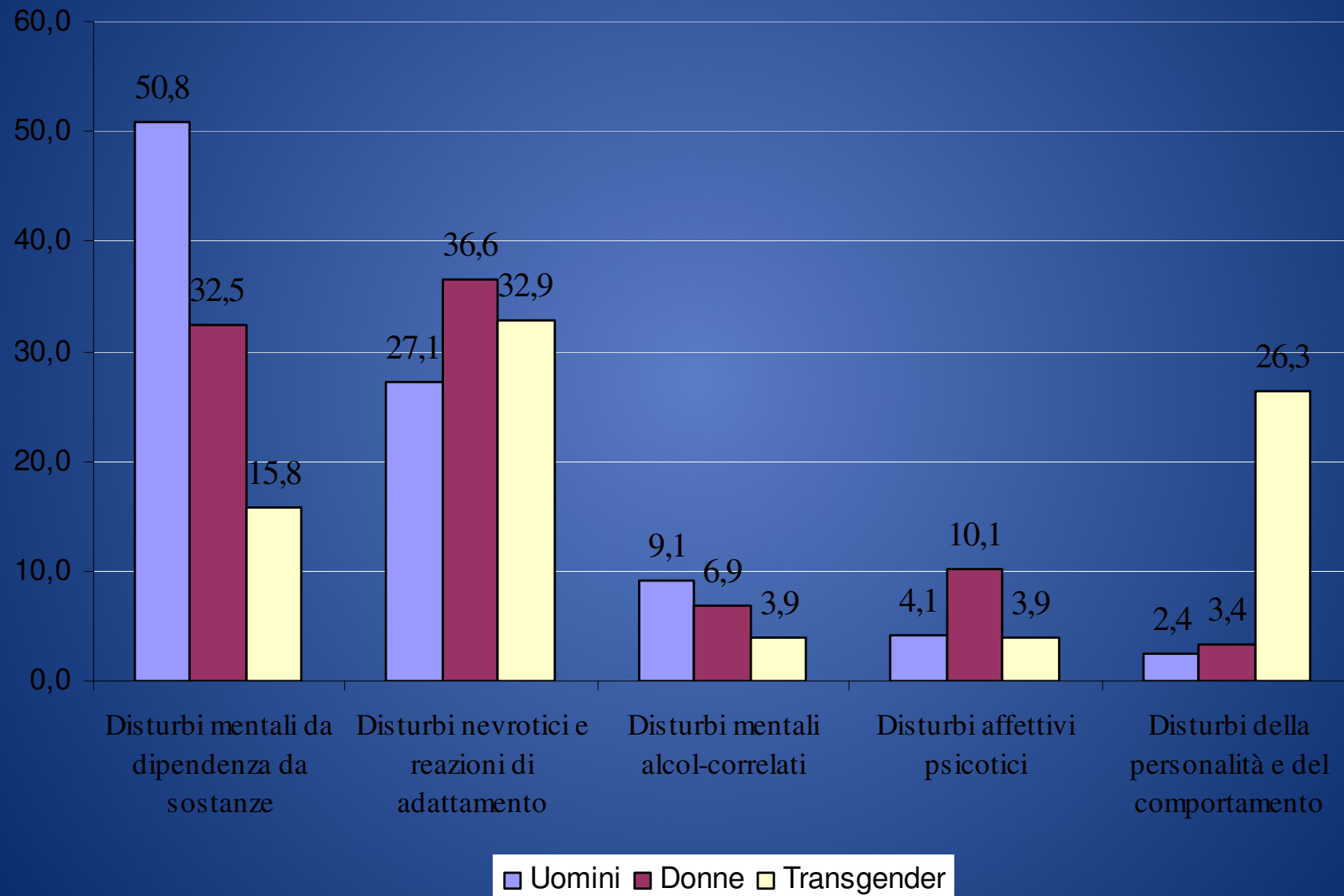
## Distribuzione (N e %) delle diagnosi e della prevalenza negli arruolati

Categorie diagnostiche SIRSM	N	% sul totale dei disturbi psichici	% sul totale dei detenuti arruolati
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	4.902	49,6	23,6
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	2.733	27,6	17,3
Disturbi mentali alcol-correlati	885	9,0	5,6
Disturbi affettivi psicotici	433	4,4	2,7
Disturbi della personalità e del comportamento	262	2,7	1,6
Disturbi depressivi non psicotici	139	1,4	0,9
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	113	1,1	0,7
Disturbi da spettro schizofrenico	94	1,0	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	6	0,1	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	5	0,1	0,0
Altro	314	3,2	2,0
<b>Totale</b>	<b>9.886</b>	<b>100,0</b>	<b>41,3</b>

## I disturbi psichici

- Metà delle diagnosi sono legate al disturbo da dipendenza da sostanze, un problema che affligge circa il 24% di tutti gli arruolati allo studio
- Al secondo posto troviamo i disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento, che rappresentano quasi il 28% del totale delle patologie psichiatriche e colpiscono circa il 17% di tutti i detenuti partecipanti all'indagine: in questo caso non è possibile capire se la malattia sia insorta precedentemente alla reclusione o se si sia sviluppata o esacerbata durante la difficile vita in carcere
- I disturbi mentali alcol-correlati ricoprono un ruolo importante all'interno delle strutture detentive, costituendo il 9% del totale delle diagnosi di disturbi psichici e affliggendo circa il 6% degli arruolati allo studio
- Modica percentuale di Disturbi Psicotici (5,4 % di cui 4,4 affettivi ed 1 Schizofrenici)

## Differenze di genere nel numero di diagnosi





## Differenze di genere nel numero di diagnosi

- Negli uomini la patologia psichiatrica più diffusa è il disturbo mentale da dipendenza da sostanze, che rappresenta oltre il 50% delle diagnosi psichiatriche, seguito dal disturbo nevrotico (27% circa) e dal disturbo mentale alcol-correlato (9% circa)
- Nelle donne, invece, la patologia più rappresentata è il disturbo nevrotico-reazione di adattamento, con il 36,6% delle diagnosi psichiatriche totali, seguito dal disturbo mentale da dipendenza da sostanze (32,5%) e dal disturbo affettivo psicotico (10% circa)
- Tra i transgender spiccano i disturbi della personalità e del comportamento (26,3% del totale delle diagnosi) che rappresentano il secondo gruppo diagnostico dopo i disturbi nevrotici

## Analisi per fascia di età

Categorie diagnostiche SIRSM	18-29	30-39	40-49	50-59	60+
	% (N=2.066)	% (N=3.670)	% (N=2.861)	% (N=1.035)	% (N=251)
Disturbi da dipendenza da sostanze	53,0	51,5	49,9	40,3	29,1
Disturbi nevrotici/reazioni di adattamento	27,1	26,2	26,8	34,0	37,8
Disturbi mentali alcol-correlati	8,6	9,5	8,8	8,5	8,4
Disturbi affettivi psicotici	2,5	3,9	4,6	7,5	11,2
Disturbi della personalità/comportamento	2,8	2,6	2,7	2,3	2,4
Disturbi depressivi non psicotici	0,8	1,3	1,4	2,1	4,4
Disturbi mentali organici (senili, presenili)	0,8	1,2	1,2	1,1	2,0
Disturbi da spettro schizofrenico	0,5	0,6	1,4	1,4	2,4
Oligofrenie e ritardo mentale	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Altro	3,8	3,1	3,1	2,7	2,4
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Analisi per fascia di età

- I disturbi da dipendenza da sostanze diminuiscono notevolmente con il progressivo invecchiamento della popolazione reclusa, passando dal 53% osservato fra i detenuti di età compresa fra i 18-29 anni al 29% registrato fra gli ultrasessantenni
- Tale andamento che non si verifica per i disturbi mentali alcol-correlati i cui valori si mantengono costanti in tutte le fasce di età
- I disturbi affettivi psicotici aumentano progressivamente con l'avanzare dell'età, mostrando percentuali 3 volte superiori nelle persone di 50-59 anni (7,5%) rispetto a quelle di 18-29 anni (2,5%)
- Analogo discorso per i disturbi nevrotici-reazioni di adattamento, che colpiscono maggiormente i detenuti più anziani, facendo registrare un picco dopo i 50 anni

## Differenze di prevalenza per etnia nei 3 gruppi più rappresentati

Categorie diagnostiche SIRSM	Italia	Africa del Nord	Europa dell'Est
	%	%	%
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	51,8	53,0	37,1
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	27,0	23,9	36,1
Disturbi mentali alcol-correlati	6,7	10,6	14,5
Disturbi affettivi psicotici	5,0	3,6	3,1
Disturbi della personalità e del comportamento	2,9	2,3	1,3
Disturbi depressivi non psicotici	1,8	0,9	1,0
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	1,3	0,9	1,1
Disturbi da spettro schizofrenico	1,2	0,6	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	0,0	0,0	0,2
Disturbi del comportamento alimentare	0,1	0,0	0,1
Altro	2,1	4,2	4,9
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

## Differenze di prevalenza per etnia nei 3 gruppi più rappresentati

- Il disturbo da dipendenza da sostanze interessa in misura maggiore i nordafricani e molto meno gli estereuropei
- Esattamente il contrario avviene per quello alcol-correlato
- I disturbi nevrotici sono più frequenti tra i cittadini dell'Europa dell'Est e molto meno nei soggetti provenienti dall'Africa del Nord
- I disturbi affettivi psicotici, quelli della personalità/comportamento e quelli depressivi non psicotici colpiscono di più i detenuti italiani
- Lo stesso si verifica per il disturbo da spettro schizofrenico che, essendo una patologia altamente invalidante con incapacità da parte dell'individuo di porsi su un piano di realtà, risulta meno frequente tra gli stranieri (*“effetto migrante sano”*)

## Differenze di prevalenza tra detenuti in studio e popolazione generale

- **Studio *ESEMeD*** (*European Study on the Epidemiology of Mental Disorders*):  
7,3% della popolazione italiana >18 anni affetta da almeno un disturbo psichico  
(4% uomini; 10,5% donne)  
41,3% detenuti della nostra indagine ha una diagnosi di disturbo psichico  
(41% uomini; 43,6% donne)

Patologia	Popolazione detenuta	Popolazione generale 18-65 anni
<b>Disturbi d'ansia</b>	7,7%	2,4% (ISTAT, 2012)
<b>Depressione *</b>	Uomini 2,5% Donne 6,1%	Uomini 2,7% (ISTAT, 2012) Donne 4,1% (ISTAT, 2012)
<b>Disturbi mentali alcol-correlati</b>	5,6% (Età media 38 anni)	<0,5% (Età media soggetti affetti 50 anni)

\* Occorre tener presente la **giovane età media dei detenuti**, considerando che il disturbo depressivo colpisce maggiormente i soggetti in età avanzata

## LA VALUTAZIONE AI FINI DEL GIUDIZIO DI PERICOLOSITA' SOCIALE



PUO' BASTARE LA DIAGNOSTICA CLASSICA DI FRONTE ALLE RICHIESTE SEMPRE PIU' STRINGENTI E DETTAGLIATE POSTE DA

- MAGISTRATURA
- SERVIZI TERRITORIALI
- AVVOCATI
- CTU

# Il dibattito sulla pericolosità sociale

- Non esistenza (Gunn J., 1977: malattia e crimine non sono correlati )
- Non previsione (Ennis B., Litwack R., 1974)
- Eccessiva estensività (Ponti G., Merzagora I., 1993)
- Assenza di un criterio di gravità (Bandini T., 1996)
- Possibile come ogni prognosi (Ferracuti F., 1992)
- Possibile in un programma terapeutico (Fornari U., Ponti G., Merzagora I., 1993)

E' possibile misurare o dare un valore alla pericolosità sociale ?



## RICERCA SU GOOGLE.IT

**PERICOLOSITA' 810.000 risultati**

**PERICOLOSITA' SOCIALE 221.000 risultati**

**GIUDIZIO PERICOLOSITÀ SOCIALE 110.900 risultati**

**PERICOLOSITÀ SOCIALE CODICE PENALE 40.500 risultati**

**PERICOLOSITA' SOCIALE PSICHIATRICA 15.500 risultati**

**PERICOLOSITÀ DEI MALATI DI MENTE 59.700 risultati**

**PERICOLOSITA' PSICHIATRICA 71.700 risultati**

**MALATI DI MENTE PERICOLOSI 127.000 risultati**

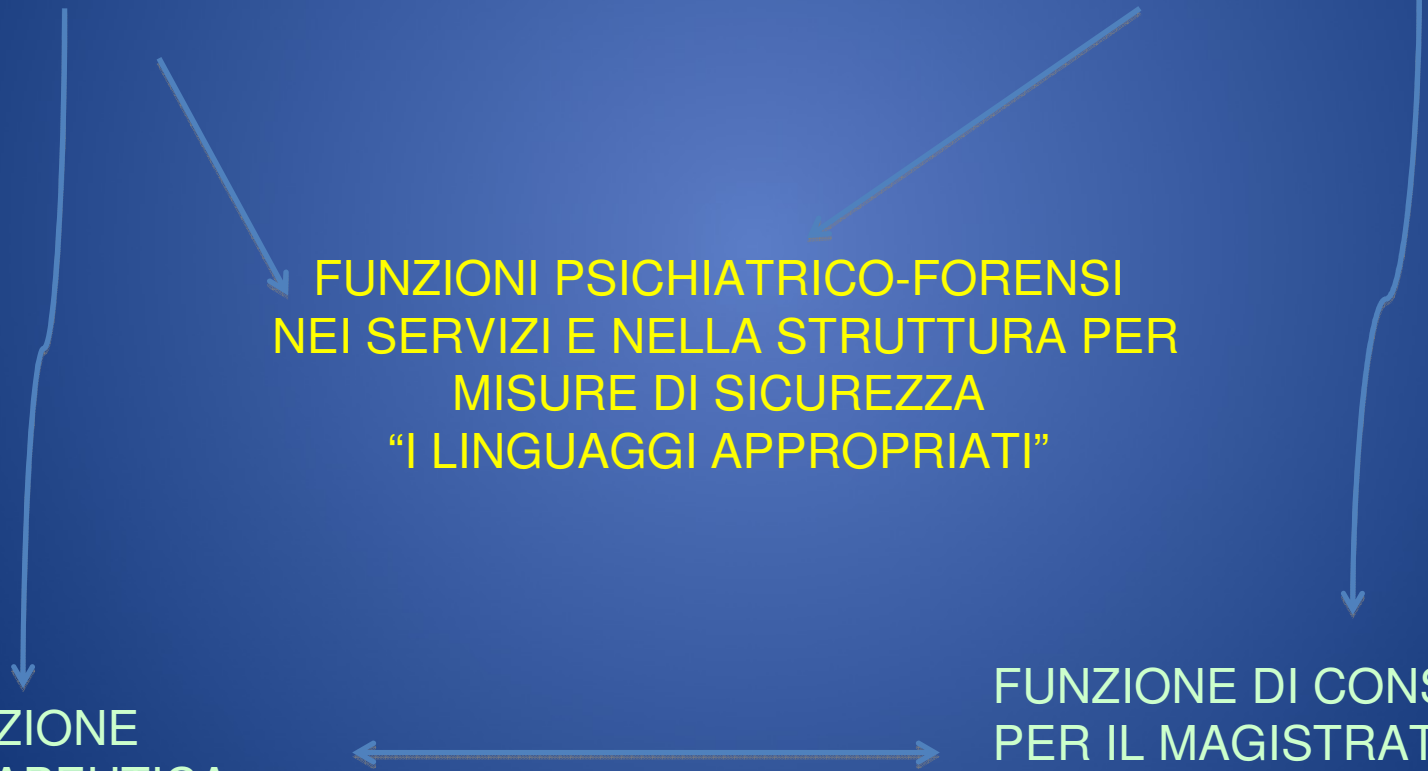
**LA SALUTE MENTALE  
OSPEDALIERA (SPDC) E  
TERRITORIALE SERVIZI  
(SALUTE MENTALE)**

**LA PERIZIA O LA  
CTU PSICHIATRIA  
FORENSE**

**FUNZIONI PSICHIATRICO-FORENSI  
NEI SERVIZI E NELLA STRUTTURA PER  
MISURE DI SICUREZZA  
"I LINGUAGGI APPROPRIATI"**

**FUNZIONE  
TERAPEUTICA**

**FUNZIONE DI CONSULENZA  
PER IL MAGISTRATO**



## QUANDO

La valutazione della capacità di intendere e volere, ai fini del giudizio di imputabilità, è “puntuale” ossia limitata ed attinente al momento del reato

La valutazione della pericolosità sociale è effettuata in senso longitudinale, “quoad vitam” o “lifetime” potremmo dire, perché non vi è limite di tempo nella “prognosi” riguardo la presenza della pericolosità sociale

## PER QUANTO TEMPO

L'estensione temporale del periodo di probabilità di commettere nuovi reati rende persistente nel tempo tale valutazione e quindi “difficilmente od oggettivamente modificabile”

# E ' DAVVERO POSSIBILE VALUTARE LA PERICOLOSITA' ??

1. il giudizio di psichiatri e psicologi ha un margine di accuratezza non superiore ad un caso su tre, se applicato a pazienti istituzionalizzati con diagnosi di malattia mentale;

2. è necessario identificare fattori di prevenzione sia per pazienti degenti, anche in specifiche strutture di emergenza, che per pazienti che appartengono alla popolazione generale;

3. per una "prevenzione primaria" del comportamento violento (*initial violence*) sarebbe opportuno individuare predittori specifici, differenti rispetto a quelli che si applicano per soggetti recidivi;

4. non sono riportate relazioni sicure tra accuratezza della predizione e età e genere dei pazienti violenti;

5. l'accuratezza della predizione clinica non è funzione

## INDICATORI INTERNI

Richiedono una valutazione delle condizioni soggettive di malattia o meno

➤ presenza di segni di disorganizzazione cognitiva e di impoverimento ideo-affettivo e psico-motorio che possono compromettere le abilità sociali e le risorse premorbose e quindi impedire un compenso in tempi ragionevoli

➤ ( Bruno F. et al., 1993 ) aggiungono altri indicatori interni rappresentati da

➤ notizia di uno o più scompensi comportamentali ravvicinati, sia in senso auto che eterodistruttivo, direttamente correlabili ai quesiti psicopatologici;

➤ progressione nella gravità nelle condotte di scompenso.

## I CRITERI DELLA CRIMINOLOGIA

**INDICATORI INTERNI:** individuali, di natura clinica e pertanto strettamente connessi al disturbo psichico o patologica che ha inficiato l'imputabilità sono:

- presenza e persistenza di sintomatologia psicotica florida, riccamente partecipata a livello emotivo, per la quale il reato ha assunto valore di malattia;
- assenza di insight;
- **non accettazione delle farmacoterapie prescritte;**
- mancata o inadeguata risposta alle terapie praticate (purché adeguate sotto il profilo qualitativo, del range terapeutico ed effettivamente somministrate );

## *INDICATORI ESTERNI*

richiedono un'attenta valutazione delle variabili extra cliniche di contesto ed individuali

- **caratteristiche dell'ambiente socio-familiare espressi in termini di accettazione, inglobamento, rifiuto o indifferenza;**
- **presenza ed adeguatezza dei Servizi psichiatrici del territorio e disponibilità a formulare progetti terapeutici efficaci;**
- **possibilità di re-inserimento nel mondo scolastico o del lavoro o di soluzioni alternative;**
- **tipologia, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del reato;**

# Valutazione del rischio di violenza

## ■ **Violenza:**

effettiva, tentata o minacciata lesione, recata ad una o più persone (Webster C.D. et al., 1997)

## ■ **Tipologie di violenza:**

fisica/non fisica (McNiel D., 1994);

sessuale/non sessuale (Boer D., 1998);

utile/reattiva (Cornell D., 1996).

## ■ ***Violence Risk Assessment.***

processo di valutazione degli individui che caratterizza la probabilità che essi commettano atti di violenza e sviluppo di programmi di tutela e riduzione di tale probabilità.



# Rischio di violenza e malattie psichiatriche

- ❑ Reale e genericamente moderato

(Eronen M. et al., Soc. Psychiatry and Psych. Epidemiology 1998)

- ❑ Sovrastimato dalla popolazione generale

(Monahan J., Psychiatric Services, 2008)

- ❑ Elevato per specifiche diagnosi e gruppi di sintomi

(Skeem J. et al., Criminal Justice and Behavior, 2004)

- ❑ *Rate of violence vs familiari (51%)/amici-conoscenti (35%)/sconosciuti (14%)*

(Steadman H.

J. et al., Archives of General Psychiatry, 1998)

- ❑ 18% di episodi/anno;

31% episodi/anno se “doppia diagnosi”.

(Saw J., Psychiatric Services, 2000)

K. Witt, R. Van Dom, S. Fazel Metanalisi su “***Risk factors for Violence in Psychosis: systematic review and Meta-regression Analysis of 110 studies***” February 2013,

### **fattori di rischio dinamici, o modificabili**

- comportamento ostile
- recente abuso di sostanze e/o di alcol
- non aderenza a terapie psicoterapie e alle terapie farmacologiche
- elevati punteggi negli indici di uno scarso controllo degli impulsi,

### **fattori di rischio statici**

- storia di comportamenti antisociali
- presenza in anamnesi di episodi di acting out violenti nei periodi di restrizione

# Rischio di violenza e fattori associati

- ❑ Età inferiore a 45 anni
- ❑ Sesso maschile
- ❑ Basso status socio-economico
- ❑ Major Mental Illness
- ❑ Uso di sostanze
- ❑ Schizofrenia ed alcolismo
- ❑ Disturbo antisociale
- ❑ Alcolismo
- ❑ Schizofrenia
- ❑ Depressione Maggiore
- ❑ Ritardo mentale

(Swanson J., 1990, Progetto *NIMH ECA*)

(Eronen M., 1998)

# DUE DIFFERENTI APPROCCI

PERICOLOSITÀ  
VIOLENZA  
SOCIALE



RISCHIO DI

-- CAMPO GIURIDICO E  
SICUREZZA

PSICHIATRICO FORENSE  
ACUZIE

--MOTIVO DELLA DECISIONE  
GESTIONE  
DELL'INTERNAMENTO  
RISCHIO

-- MISURE DI SICUREZZA

-- CAMPO DELLA

E DELLA GESTIONE

-- MISURE DI  
PER ABBATTERE IL

-- TRATTAMENTI

# Evoluzione storica del Violence Risk Assessment (VRA)

## **PRIMA GENERAZIONE**

**Giudizio clinico non strutturato**

## **2) SECONDA GENERAZIONE**

**Strumenti attuariali**

## **3) TERZA GENERAZIONE**

**Giudizio clinico strutturato**

# Violence Risk Assessment

RAPPRESENTA UN **FATTORE ALTAMENTE SPECIFICO**  
DELL'INTERVENTO IN PSICHIATRIA FORENSE

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO E' COSTRUTTO  
CHE TRASCENDE IL PROBLEMA DELLA  
VIOLENZA ALLA PERSONA

PER SPOSTARSI SULLA VALUTAZIONE DEI  
"COMPORTAMENTI A RISCHIO" OVVERO DI  
CONDOTTE ANTIGIURIDICHE IN SENSO LATO

# Il VRA nella pratica clinica

La valutazione del rischio concerne aspetti rilevanti per l'ordine pubblico ma include inoltre una gamma molto ampia di aspetti quotidiani della pratica clinica, tra cui:

- Rischio di autolesionismo e valutazione suicidaria
- Rischio di agiti violenti in ambito domestico
- Area delle demenze e della depressione in età geriatrica
  - Area dell'abuso di sostanze

# Metodo SCJ – Structured Clinical Judgement

- Sviluppato negli anni '90 in Canada
- Tentativo di colmare il divario tra conoscenza empirica e pratica clinica
- Risk assesement: processo di identificazione dei fattori empirici e clinici di rischio di comportamento violento
- Risk MGMT: intervento multidisciplinare finalizzato ad intervenire sui fattori di rischio che svolgono un ruolo nell'interazione tra malattia mentale e comportamento violento



# Metodo SCJ – Structured Clinical Judgement

- Include fattori di rischio statici e dinamici
- Fattore di rischio: qualsiasi caratteristica di una persona, del suo ambiente o della sua situazione che aumenta il rischio di comportamento violento futuro
- Mira alla **prevenibilità** dell'evento avverso, non alla *prevedibilità*
- Non fissa *cut-off scores* ma evidenzia elementi di criticità su cui concentrare l'azione terapeutica e riabilitante

# Perché occuparsi di prevenzione delle condotte violente?

- Impatto sulle vittime
- Aumenta lo stigma sociale dei pazienti con sofferenza psichica
- Gli stessi pazienti vivono la loro attitudine aggressiva alla risoluzione di controversie come un problema
- Può danneggiare l'immagine dei servizi psichiatrici pubblici

Strumenti x VRA terza generazione :  
HCR-20 (Webster et al., 1997)

- H : Historical 10 items
- C : Clinical 5 items
- R : Risk 5 items

# HCR-20 (Webster et al., 1997)

L'acronimo di 3 lettere sottintende la presenza di 10 items dedicati al **profilo storico (H)** del paziente, indagato negli aspetti comportamentali, psicopatologici, personologici, criminologici. I **5 items clinici (C)** vanno a valutare le **condizioni attuali del paziente**, i sintomi, il quadro clinico, la condotta, insight e compliance ai trattamenti. **La gestione di possibili future situazioni di rischio (R), risk management, è indagata nei restanti 5 items**, che comprendono la percorribilità di progetti terapeutici in corso e futuri, la presenza di potenziali stressor nel contesto ambientale, la presenza o meno di figure di supporto nella vita del paziente.

# HCR-20 (Webster et al., 1997)

- Dall'analisi della letteratura, l'HCR-20 emerge come *il più affidabile strumento* per la valutazione del rischio di recidiva violenta e di reato nella popolazione giudiziaria e psichiatrico-forense; i risultati derivati da uno studio di Utrecht comparativo fra generi hanno dimostrato la minore predittività della scala all'interno del sub-campione femminile (de Vogel & Ruiter, 2005).
- **In Italia non è stata ancora validata.**

## MOTIVAZIONI DI PROROGA DELLA MISURA DI SICUREZZA

RIESAME	PROGETTO	PARERE PSICHIATRA	DECISIONE
MISURA AGGRAVATA PIU' VOLTE	INSERIMENTO COMUNITA' TERAPEUTICA	BUON COMPENSO E REGOLARE ASSUNZIONE	PROROGA 1 ANNO PER "PROGNOSI NEGATIVA" SU
MISURA DI AGGRAVAMENT O DA L.V.GIA' IN PRROGA	SPDC PER OSSERVAZIONE E POI CT AD ALTISSIMA INTENSITA'	ADESIONE AL PROGETTO, REGOLARE ASSUNZIONE TERAPIA	PROROGA 1 ANNO PER PROGNOSI NEGATIVA E NECESSITA'
MISURA IN PROROGA	MANCA PROGETTO	COMPORTAMEN TO CORRETTO, PRODUTTIVITA' PSICOTICA	NECESSITA' DI CURA
RIESAME A TERMINE	PROGETTO INVIO PAESE ESTERO	INSTABILITA'	PROROGA PER MANCANZA PROCEDURE RIENTRO

<b>RIESAME</b>	<b>PROGETTO</b>	<b>PARERE PSICHIATRA</b>	<b>DECISIONE</b>
A TERMINE	FAMILIARE	POSITIVO	NECESSITA' COMUNITA' RIVALUTAZIONE CON CTU
A TERMINE	FAMILIARE	POSITIVO	PROROGA PER PROGNOSI NEGATIVA
ESEGUIBILITA'	IN DEFINIZIONE	NON POSITIVO	PROROGA
A TERMINE	INSERIMENTO C.T.	POSITIVO	PROROGA ANNI 1 PER PROGNOSI
A TERMINE	RIENTRO PAESE DI ORIGINE	POSITIVO	PROROGA PER PROGNOSI NEGATIVA
IN PROROGA DOPO RIENTRO LFE	MANCANZA PROGETTO NUOVO	NON POSITIVO	PROROGA PER NECESSITA' DI PROGETTO TERAPEUTICO STRINGENTE

<b>RIESAME</b>	<b>PROGETTO</b>	<b>PARERE PSICHIATRA</b>	<b>DECISIONE</b>
A TERMINE	MANCA PROGETTO	POSITIVO	PROROGA PER REITERATI FALLIMENTI PRECEDENTI
MISURA PROROGATA	PROGETTO INVIO ESTERO	POSITIVO	NECESSITA' SPERIMENTAZIO NE PER DEFINIRE CESSATA
MISURA IN PROROGA	PROGETTO IN DEFINIZIONE	POSITIVO	PROROGA PER CONDOTTE INSTABILI
MISURA IN PROROGA DA RIENTRO LV	RIDEFINIRE PROGETTO	POSITIVO	PROROGA PER PROGNOSI NEGATIVA SU CONDOTTE
MISURA IN PROROGA	COMUNITA'	COMPORTAMEN TI IRREGOLARI DA PATOLOGIA MA POSITIVO	PROROGA PER PROGNOSI NEGATIVA





**PER CONCLUDERE**  
OLTRE LA VALUTAZIONE  
L'ELEMENTO FONDAMENTALE E'  
LA CONOSCENZA E LA  
RELAZIONE CON IL PAZIENTE

FRANCO SCARPA PSICHIATRA Criminologo  
Direttore UOC Salute in Carcere USL 11 Toscana  
[f.scarpa@usl11.toscana.it](mailto:f.scarpa@usl11.toscana.it)