



**SCUOLA DI DOTTORATO**  
**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO-BICOCCA**

Dottorato di ricerca in Psicologia, Linguistica e Neuroscienze Cognitive

curriculum Psicologia Sociale, Cognitiva e Clinica

percorso Executive

XXXVII ciclo, a.a. 2021/2022

**Profili psicopatologico - criminologici e rischio di recidiva di comportamenti violenti e antigiuridici in pazienti psichiatrici autori di reato: un confronto tra Strutture a diversa intensità di cura e contenimento**

Tutor accademico:

Chiar.mo Prof. Fabio Madeddu

P.I.:

Chiar.mo Prof. Massimo Clerici

Vice P.I. e Supervisore della ricerca:

Dr. Jacopo Santambrogio, PhD

Dottorando:

Dott. Antonino Giancontieri

|                                                                                                                                                                                                        |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| <b>Indice</b>                                                                                                                                                                                          | pag. 2  |
| <b>Glossario</b>                                                                                                                                                                                       | pag. 6  |
| <b>Abstract</b>                                                                                                                                                                                        | pag. 7  |
| <b>Introduzione</b>                                                                                                                                                                                    | pag. 10 |
| <b>Capitolo 1</b>                                                                                                                                                                                      |         |
| Analisi della letteratura internazionale e nazionale sui profili clinici e criminologici dei pazienti psichiatrici autori di reato e sul rischio di recidiva di comportamenti violenti e antigiuridici | pag. 15 |
| 1.1 Viormed                                                                                                                                                                                            | pag. 15 |
| 1.2 Eu-Viormed                                                                                                                                                                                         | pag. 16 |
| 1.3 Profili clinici e criminologici e recidiva criminale                                                                                                                                               | pag. 18 |
| 1.3.1 Il rapporto tra reato e malattia mentale                                                                                                                                                         | pag. 20 |
| 1.3.2 La schizofrenia e il comportamento criminale                                                                                                                                                     | pag. 20 |
| 1.3.3 Gravi malattie mentali e crimini violenti                                                                                                                                                        | pag. 21 |
| 1.4 Una panoramica comparativa internazionale sulla recidiva psichiatrica e criminale, sulla riabilitazione psicosociale e sul recupero dei pazienti affetti da disturbo mentale autori di reato       | pag. 33 |
| 1.5 Il focus sulla realtà nazionale italiana. La legge 81/2014: un breve bilancio dopo 10 anni dalla sua promulgazione                                                                                 | pag. 36 |
| 1.6 La sentenza 22/2022 della Corte Costituzionale del 27.01.2022                                                                                                                                      | pag. 38 |
| 1.7 Patto di legalità/Magistratura                                                                                                                                                                     | pag. 41 |
| 1.8 Le principali difficoltà terapeutiche nel trattare i pazienti psichiatrici autori di reato                                                                                                         | pag. 42 |
| <b>Capitolo 2</b>                                                                                                                                                                                      |         |
| Pericolosità sociale e recidiva                                                                                                                                                                        | pag. 47 |
| 2.1 Genesi della nozione di pericolosità sociale: breve inquadramento storico                                                                                                                          | pag. 47 |
| 2.2 Capacità a delinquere e pericolosità sociale                                                                                                                                                       | pag. 49 |
| 2.3 Pericolosità sociale e reato                                                                                                                                                                       | pag. 52 |
| 2.4 Importanza della pericolosità sociale nel diritto vigente                                                                                                                                          | pag. 53 |
| 2.5 Accertamento della pericolosità                                                                                                                                                                    | pag. 54 |
| 2.6 Pericolosità sociale psichiatrica                                                                                                                                                                  | pag. 56 |
| 2.7 Riforma dei criteri della pericolosità sociale di cui alla legge del 30 Maggio 2014 n. 81                                                                                                          | pag. 58 |
| 2.8 Recidiva come “sintomo” di pericolosità sociale                                                                                                                                                    | pag. 61 |
| <b>Capitolo 3</b>                                                                                                                                                                                      |         |
| Obiettivo della ricerca                                                                                                                                                                                | pag. 64 |
| <b>Capitolo 4</b>                                                                                                                                                                                      |         |
| Materiali e Metodi                                                                                                                                                                                     | pag. 65 |
| 4.1 Disegno dello studio                                                                                                                                                                               | pag. 65 |
| 4.1.1 Descrizione degli Enti ospitanti la ricerca                                                                                                                                                      | pag. 65 |
| 4.1.2 Tipo di studio, numerosità e giustificazione del campione                                                                                                                                        | pag. 65 |
| 4.2 Partecipanti e reclutamento                                                                                                                                                                        | pag. 66 |
| 4.2.1 Criteri di inclusione e di esclusione                                                                                                                                                            | pag. 66 |
| 4.2.2 Raccolta dati                                                                                                                                                                                    | pag. 66 |
| 4.2.3 Modalità di coinvolgimento del campione                                                                                                                                                          | pag. 67 |
| 4.2.4 Database                                                                                                                                                                                         | pag. 67 |

|                                                                                                                                     |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 4.3 Le variabili indagate nel progetto di ricerca                                                                                   | pag. 67 |
| 4.4 Batteria testale                                                                                                                | pag. 70 |
| 4.5 Consenso alle cure, considerazioni etiche, sicurezza e <i>privacy</i>                                                           | pag. 76 |
| <b>Capitolo 5</b>                                                                                                                   |         |
| Caratteristiche del campione e valutazioni psicometriche, diagnostiche ed epidemiologico – cliniche preliminari                     | pag. 77 |
| 5.1 Statistica descrittiva del campione                                                                                             | pag. 77 |
| 5.1.1 Distribuzione per sesso biologico ed identità di genere                                                                       | pag. 77 |
| 5.1.2 Età dei soggetti, distribuzione dell'anno di nascita e dell'età dei partecipanti alla ricerca, fasce di età della popolazione | pag. 77 |
| 5.1.3 Distribuzione per luogo di nascita, nazionalità e cittadinanza                                                                | pag. 78 |
| 5.1.4 Distribuzione per stato civile                                                                                                | pag. 78 |
| 5.1.5 Distribuzione per professione                                                                                                 | pag. 78 |
| 5.2 Caratteristiche cliniche del campione per diagnosi                                                                              | pag. 79 |
| 5.3 Distribuzione dello stato clinico all'atto della presa in carico o all'ingresso in struttura ed alla dimissione                 | pag. 80 |
| 5.4 Distribuzione dell'esito della perizia psichiatrica e medico legale                                                             | pag. 80 |
| 5.5 Caratteristiche criminologiche, in anamnesi, del campione                                                                       | pag. 81 |
| 5.6 Distribuzione dello stato giuridico attuale                                                                                     | pag. 81 |
| 5.7 Autorità giudiziaria competente                                                                                                 | pag. 81 |
| 5.8 Distribuzione delle presenze di misure di sicurezza                                                                             | pag. 81 |
| 5.9 Distribuzione della pericolosità sociale                                                                                        | pag. 82 |
| 5.10 Distribuzione delle misure di protezione giuridica                                                                             | pag. 82 |
| 5.11 Famiglia, rete parentale                                                                                                       | pag. 82 |
| 5.12 Descrizione grafica delle scale psicometriche e loro interpretazione clinico-psichiatrica e analisi epidemiologica             | pag. 82 |
| 5.12.1 SCID-5-PD                                                                                                                    | pag. 82 |
| 5.12.2 BIS-11                                                                                                                       | pag. 82 |
| 5.12.3 STAXI                                                                                                                        | pag. 83 |
| 5.12.4 TAS-20                                                                                                                       | pag. 84 |
| 5.12.5 WHOQOOL – BREF                                                                                                               | pag. 84 |
| 5.12.6 PCL-R                                                                                                                        | pag. 85 |
| 5.12.7 HCR-20 V3                                                                                                                    | pag. 85 |
| 5.12.8 Matrici di Raven                                                                                                             | pag. 86 |
| 5.12.9 MOAS                                                                                                                         | pag. 86 |
| 5.12.10 CANFOR                                                                                                                      | pag. 87 |
| <b>Capitolo 6</b>                                                                                                                   |         |
| Analisi socio-demografica, clinica, criminologica e del rischio di recidiva                                                         | pag. 89 |
| 6.1 Analisi delle variabili socio-demografiche                                                                                      | pag. 89 |
| 6.1.1 Ciclo di vita istituzionale ed età                                                                                            | pag. 89 |
| 6.1.1.1 Età della prima carcerazione (e dei primi problemi legali)                                                                  | pag. 93 |
| 6.1.1.2 Interpretazione clinico-psichiatrica e criminologica                                                                        | pag. 94 |
| 6.1.1.3 Anni di presa in carico da parte dei servizi                                                                                | pag. 96 |
| 6.1.1.4 Percorsi attuali                                                                                                            | pag. 97 |
| 6.1.2 Livello di istruzione                                                                                                         | pag. 97 |
| 6.1.3 Profilo occupazionale                                                                                                         | pag. 99 |

|                                                                                                                                      |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 6.2 Analisi delle variabili cliniche                                                                                                 | pag. 101 |
| 6.2.1 Diagnosi                                                                                                                       | pag. 102 |
| 6.2.2 Uso di sostanze                                                                                                                | pag. 103 |
| 6.2.3 Tentativi di suicidio                                                                                                          | pag. 105 |
| 6.2.4 Relazioni familiari                                                                                                            | pag. 108 |
| 6.2.5 Analisi del rischio di recidiva                                                                                                | pag. 110 |
| 6.2.5.1 HCR-20 V3                                                                                                                    | pag. 110 |
| 6.2.5.1.1 Violenza futura                                                                                                            | pag. 110 |
| 6.2.5.1.2 Grave lesione fisica                                                                                                       | pag. 112 |
| 6.2.5.1.3 Violenza imminente                                                                                                         | pag. 114 |
| 6.2.6 Alessitimia                                                                                                                    | pag. 116 |
| 6.2.7 Intelligenza fluida                                                                                                            | pag. 118 |
| 6.2.8 Impulsività                                                                                                                    | pag. 119 |
| 6.2.9 Aggressività                                                                                                                   | pag. 121 |
| 6.2.10 Rabbia                                                                                                                        | pag. 126 |
| 6.2.11 Qualità di vita                                                                                                               | pag. 131 |
| 6.2.12 Psicopatia                                                                                                                    | pag. 135 |
| 6.2.13 Valutazione dei bisogni di cura e sociali                                                                                     | pag. 138 |
| 6.2.14 Sintesi dei risultati più rilevanti dei test psicometrico-clinici<br>e interpretazione clinico - psichiatrica e criminologica | pag. 147 |
| 6.3 Interpretazione delle variabili giuridiche e criminologiche                                                                      | pag. 149 |
| 6.3.1 Numero di reati in anamnesi                                                                                                    | pag. 151 |
| 6.3.2 Autorità Giudiziaria competente                                                                                                | pag. 153 |
| 6.3.3 Misure Cautelari                                                                                                               | pag. 155 |
| 6.3.4 Misure di protezione giuridica                                                                                                 | pag. 156 |
| 6.3.5 Misure di sicurezza detentive                                                                                                  | pag. 158 |
| 6.3.6 Misure di sicurezza non detentive                                                                                              | pag. 160 |
| 6.3.7 Numero di reati recenti                                                                                                        | pag. 161 |
| 6.3.8 Tipologia di reati commessi                                                                                                    | pag. 163 |
| 6.3.9 Pericolosità sociale                                                                                                           | pag. 164 |
| 6.3.10 Analisi giuridico – criminologica                                                                                             | pag. 168 |
| 6.3.10.1 Presenza di misure alternative alla detenzione                                                                              | pag. 168 |
| 6.3.10.2 Misure Cautelari                                                                                                            | pag. 169 |
| 6.3.10.3 Proroghe                                                                                                                    | pag. 172 |
| 6.3.10.3.1 Presenza di proroghe della misura di<br>sicurezza                                                                         | pag. 172 |
| 6.3.10.3.2 Numero di proroghe della misura di<br>sicurezza                                                                           | pag. 174 |
| 6.3.10.4 Quale misura di protezione giuridica è presente                                                                             | pag. 176 |
| 6.3.10.5 Stato giuridico                                                                                                             | pag. 178 |
| 6.3.10.6 Tipologia di misura di sicurezza                                                                                            | pag. 181 |
| 6.3.10.7 Tipologia delle misure alternative                                                                                          | pag. 184 |
| <b>Capitolo 7</b>                                                                                                                    |          |
| Discussione, interpretazione dei risultati e limiti dello studio                                                                     | pag. 187 |
| 7.1 I dati più significativi emersi dalla ricerca                                                                                    | pag. 187 |
| 7.2 Discussione                                                                                                                      | pag. 193 |
| 7.2.1 Implicazioni clinico-forensi                                                                                                   | pag. 195 |

|                                                                  |          |
|------------------------------------------------------------------|----------|
| 7.2.2 Implicazioni giuridico-operative                           | pag. 196 |
| 7.3 Limiti dello studio                                          | pag. 197 |
| 7.4 Prospettive future di ricerca e di intervento                | pag. 199 |
| 7.5 Conclusioni                                                  | pag. 200 |
| <b>Capitolo 8</b>                                                |          |
| Implicazioni cliniche ed etico-giuridiche generali della ricerca | pag. 202 |
| 8.1 Implicazioni cliniche                                        | pag. 203 |
| 8.2 Quadro etico-giuridico e dei diritti umani                   | pag. 208 |
| <b>Appendice 1</b>                                               | pag. 213 |
| <b>Appendice 2</b>                                               | pag. 215 |
| <b>Bibliografia</b>                                              | pag. 234 |

## GLOSSARIO

|             |   |                                                                                   |
|-------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ASPD        | = | Disturbo Antisociale di Personalità                                               |
| ASST        | = | Azienda Socio Sanitaria Territoriale                                              |
| BIS-11      | = | Barratt Impulsiveness Scale                                                       |
| BPRS        | = | Brief Psychiatric Rating Scale                                                    |
| CANFOR      | = | Camberwell Assessment of Need Forensic Version                                    |
| CCC         | = | Casa di Cura e Custodia                                                           |
| CD          | = | Centro Diurno                                                                     |
| c.p.        | = | codice penale                                                                     |
| CPA         | = | Comunità Protetta ad Alta intensità assistenziale e media intensità riabilitativa |
| CPM         | = | Comunità Protetta a Media intensità assistenziale                                 |
| c.p.p.      | = | codice procedura penale                                                           |
| CPS         | = | Centro Psico Sociale                                                              |
| CRA         | = | Comunità Riabilitativa ad Alta intensità assistenziale                            |
| CRM         | = | Comunità Riabilitativa a Media assistenza                                         |
| DH          | = | Day Hospital                                                                      |
| DI          | = | Disabilità Intellettiva                                                           |
| DPR         | = | Decreto del Presidente della Repubblica                                           |
| DSM         | = | Dipartimento di Salute Mentale                                                    |
| DSM-5       | = | Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali - 5 ed.                     |
| DSMD        | = | Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze                                 |
| GU          | = | Gazzetta Ufficiale                                                                |
| HCR-20V3    | = | Assessing Risk for Violence                                                       |
| IC          | = | Intervallo di Confidenza                                                          |
| LEA         | = | Livelli Essenziali di Assistenza                                                  |
| MCMI-III    | = | Millon Clinical Multiaxial Inventory                                              |
| MOAS        | = | Modified Overt Aggression Scale                                                   |
| OPG         | = | Ospedale Psichiatrico Giudiziario                                                 |
| OR          | = | Odds Ratio                                                                        |
| PA          | = | Pubblica Amministrazione                                                          |
| PCL-R       | = | Psychopathy Checklist-Revised                                                     |
| QI          | = | Quoziente Intellettivo                                                            |
| REMS        | = | Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza                              |
| SCID-5-PD   | = | Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5            |
| SerD        | = | Servizio per le Dipendenze                                                        |
| SPDC        | = | Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura                                          |
| SR          | = | Struttura Residenziale                                                            |
| SUD         | = | Disturbo da Uso di Sostanze                                                       |
| STAXI-2     | = | State-Trait Anger Expression Inventory                                            |
| TAS-20      | = | Toronto Alexithymia Scale                                                         |
| UOPG        | = | Unità Operativa complessa di Psichiatria Giudiziaria                              |
| WHOQOL-BREF | = | World Health Organization's Quality of Life Questionnaire                         |

## **ABSTRACT**

### **Background**

Negli ultimi due decenni il tema dei soggetti con disturbi mentali autori di reato e, soprattutto, i rischi di possibile recidività in questa popolazione hanno stimolato un vivace dibattito speculativo - a tratti, purtroppo, solo ideologico - e molte riflessioni operative per le ricadute organizzative sui Servizi di Salute Mentale e dell'area psicosociale. Tra queste riflessioni, le più frequenti sono state: quali sono le conseguenze della crescita epidemiologica di tali pazienti nei Servizi Territoriali? Qual è il mandato di una REMS o di una Comunità terapeutica dove siano collocati autori di reato? Come ci si deve muovere nell'articolato terreno dei rapporti tra Sanità e Magistratura? Certamente le risposte privilegiano il sanitario ma, in qualche modo, ne risultano conseguenze - a cascata - anche sulla dimensione contenitivo-detentiva rispetto al complesso tema della pericolosità sociale dei soggetti da accogliere e curare: una funzione di controllo, questa, rappresentata dai precedenti Istituti (OPG).

Ad oggi sono pochissimi gli studi inerenti la valutazione ed il follow-up di pazienti forensi dimessi dalle REMS o dalle Comunità e scarse risultano essere le informazioni attendibili sulla loro composizione e sulle loro caratteristiche in termini di diagnosi, comorbidità, profili giuridici e valutazione del rischio di recidiva.

### **Scopo**

Studiare i profili clinici e criminologici degli autori di reato con disturbi mentali e problematiche psicopatologiche. Effettuare una valutazione del rischio di recidiva di comportamenti violenti e antigiuridici attraverso uno studio *cross-sectional* con gruppi di confronto interni derivanti dalle sedi di collocazione di tali pazienti.

### **Metodi**

È stato condotto uno studio trasversale con gruppi di confronto costituiti da pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato inseriti in Strutture psichiatriche e detentive, a diversa intensità di cura e di contenimento (territorio, comunità, carcere). Allo scopo di indagare il livello di gravità e/o di rischio su determinati parametri psicopatologici e di funzionamento - quali

diagnosi, profili psicopatologici della personalità, impulsività, rabbia, alessitimia, psicopatia, rischio di recidiva di comportamenti violenti e di reato, bisogni di cura e sociali, impulsività, aggressività, intelligenza fluida e svincolata dalla cultura, intelligenza cristallizzata e qualità di vita - sono stati somministrati i seguenti test: SCID-5-PD, BIS-11, STAXI-2, TAS-20, PCL-R, HCR-20V3, CANFOR, MOAS, Matrici di Raven e WHOQOL-BREF.

## **Risultati**

L'ipotesi iniziale, secondo cui i profili clinici e criminologici sarebbero indipendenti dal *setting* di collocazione, è stata smentita. Sono emerse differenze statisticamente e clinicamente significative che possono essere riassunte nei seguenti elementi:

- **Carcere:** concentrazione di soggetti con età più giovane, disturbo antisociale di personalità, policonsumo di sostanze, reti familiari disfunzionali, maggiore frequenza di tentativi di suicidio. I punteggi più elevati a MOAS e HCR-20V3 hanno documentato livelli superiori di aggressività e rischio di recidiva violenta. La qualità della vita, misurata dal WHOQOL-BREF, è risultata significativamente più compromessa, soprattutto nei domini “relazioni sociali” e “ambiente”.

- **Comunità terapeutiche:** prevalenza di pazienti con disturbi psicotici e consumo esclusivo di cocaina. Qui si osservano i punteggi intermedi nelle scale di aggressività e qualità di vita, ma la maggiore frequenza di proroghe delle misure di sicurezza segnala una gestione protratta del rischio.

- **Territorio:** accogliendo pazienti più stabilizzati, di età media più avanzata, con reti familiari relativamente più funzionali e un rischio contenuto di recidiva, esprime punteggi più bassi di aggressività e più alti nei domini di qualità di vita.

L'analisi multivariata ha identificato come predittori significativi di recidiva clinico-criminale i seguenti indicatori: età precoce all'esordio, basso livello di istruzione, assenza di occupazione stabile, disfunzione familiare, abuso di sostanze, elevati livelli di rabbia, impulsività e tratti psicopatici.

## **Conclusioni**

La recidiva clinica e criminale emerge come fenomeno multidimensionale, presumibilmente influenzato dal contesto istituzionale di collocazione. I risultati sottolineano la necessità di superare modelli dicotomici tra cura e difesa sociale, orientando verso percorsi terapeutico-riabilitativi integrati e calibrati sui diversi *setting* istituzionali. Ciò richiede una collaborazione strutturata tra Servizi sanitari e Magistratura e l'adozione di approcci *evidence-based*, in linea con le raccomandazioni internazionali, per garantire insieme tutela della salute pubblica e sicurezza sociale.

## INTRODUZIONE

L'interesse per questo argomento nasce dall'esperienza lavorativa condotta per circa 23 anni in qualità di Responsabile di una Comunità Terapeutica psichiatrica: da circa 10 anni svolgo anche il ruolo di Magistrato Onorario incardinato presso il Tribunale di Sorveglianza di Milano. Come operatore sanitario sono impegnato nella cura e nella riabilitazione dei pazienti, anche autori di reato, cercando di affrontare le loro problematiche; come giudice mi occupo della fase esecutiva della pena, quindi di diritto penitenziario e di diritto penale. Ho sempre valutato con attenzione il diritto dei detenuti, delle vittime e dei familiari delle vittime, in sostanza i diritti della collettività. Come il giudice tutelare è il giudice della fragilità per eccellenza, il magistrato di sorveglianza è oggi, per definizione, il giudice della pericolosità sociale.

La mia vocazione di ricercatore nasce, dunque, nel contesto di queste esperienze umane e professionali cercando di specializzare ed incrementare le mie competenze attraverso un percorso di dottorato executive che possa dare un fondamento scientifico alla mia professione dove, nel corso degli anni, sono emersi dubbi e domande in grado di stimolare intelligenza e cuore. Il doppio ruolo che ho svolto, chiaramente in situazioni diverse, riferito all'essere inviante del paziente autore di reato in una struttura ed operatore di un'*équipe* terapeutica che si occupa di prendersene cura: ciò ha determinato dentro di me la necessità di trovare un linguaggio di mediazione tra mondo giuridico e mondo clinico, mediazione quasi mai semplice. Il tema dei pazienti autori di reato ha attivato, in questi ultimi anni, un vivace dibattito scientifico, clinico, politico e culturale, nonché riflessioni per le ricadute organizzative nell'ambito dei Servizi. In questo senso, come qualificare l'autore di reato con problematiche psichiatriche? Quali sono i confini tra antisocialità e malattia? Come definire meglio quale sia il mandato effettivo di una REMS o di una comunità terapeutica: certamente sanitario ma, in qualche modo, anche detentivo-contenitivo rispetto alla pericolosità sociale relativa ai soggetti che accoglie e cura, funzione di controllo, questa, rappresentata dai precedenti Istituti.

La cultura clinica ed organizzativa attuale dei DSMD non sembra offrire strumenti e traiettorie cliniche rassicuranti, soprattutto in relazione al rischio di recidiva degli utenti o di irrisolta

pericolosità sociale nonostante la già avvenuta effettuazione dei piani di trattamento terapeutico - riabilitativi individualizzati. Tuttavia i DSMD non possono sottrarsi alla gestione diretta delle misure di sicurezza alternative alla detenzione (licenza esperimento, detenzione domiciliare, affidamento in prova ordinario o terapeutico ai Servizi, libertà vigilata al domicilio o in comunità, ecc.).

Vi sono, ad oggi, pochi lavori in letteratura inerenti il *follow-up* di pazienti forensi dimessi dalle REMS o dalle comunità e scarse informazioni circa la loro caratterizzazione e composizione in termini di diagnosi, comorbidità, profili giuridici e valutazione del rischio di recidiva.

Ritengo necessario, a questo punto iniziale della trattazione, fare un inciso descrivendo sinteticamente di cosa si occupi il Tribunale di Sorveglianza perché il presente progetto di ricerca non sarebbe stato possibile senza il mio lavoro di Magistrato esperto onorario del Tribunale di Milano.

L'art. 27 comma 3 della Costituzione della Repubblica Italiana afferma che *“le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”* (La Costituzione della Repubblica Italiana, 1947). Da questo principio costituzionale discende come il processo penale sia, anche e soprattutto, un progetto e un processo dinamico destinato al recupero del reo, alla sua riabilitazione e al suo reinserimento sociale. L'attuazione concreta della funzione rieducativa della pena è affidata, oltre al complesso delle attività trattamentali e rieducative realizzate negli istituti di pena, anche ai benefici penitenziari (ad esempio, la liberazione anticipata, i permessi premio e le misure alternative alla detenzione) la cui applicazione è demandata ad un settore specializzato, e particolare, della magistratura - definito magistratura di sorveglianza - le cui attribuzioni e competenze sono disciplinate dall'ordinamento penitenziario regolato dalla legge n. 354 del 1975 e successive modifiche (norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. La presente legge è entrata in vigore il 24.08.1975), dal regolamento di esecuzione come indicato dal D.P.R. n. 230 del 2000 (Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà,

pubblicato sulla G.U. n. 195 del 22.08.2000), dal codice di procedura penale e dalla legge n. 689 del 1981 (Modifiche al sistema penale).

Il Tribunale di Sorveglianza esercita funzioni giurisdizionali e decide:

1. in primo grado:

- in ordine alla concessione delle misure alternative alla detenzione (affidamento in prova ordinario e terapeutico, detenzione domiciliare nelle sue varie tipologie, semilibertà e liberazione condizionale) nonché in ordine alla revoca ed alla cessazione delle stesse;
- in merito alla concessione del rinvio dell'esecuzione della pena di cui agli artt. 146 e 147 c.p.;
- in ordine all'estinzione della pena in caso di esito positivo dell'affidamento in prova e della liberazione condizionale (art. 676 c.p.p.);
- in merito alla concessione e alla revoca della riabilitazione di cui agli artt. 178 e segg. c.p. e art. 683 c.p.p.;
- sui reclami avverso i provvedimenti adottati dall'amministrazione penitenziaria (art. 14-ter ordinamento penitenziario);
- sulla richiesta di accertamento della collaborazione con l'Autorità Giudiziaria di cui all'art. 58-ter ordinamento penitenziario;
- sulla conversione in pena detentiva della libertà controllata e della semi-detenzione in caso di violazioni delle prescrizioni inerenti tali pene sostitutive inflitte dal giudice della cognizione (è un magistrato che accerta un diritto controverso mediante un procedimento giudiziario che si conclude con un provvedimento denominato sentenza);
- sulla conversione in pena detentiva della libertà controllata o del lavoro sostitutivo applicati dal magistrato di sorveglianza in sede di conversione della pena pecuniaria non pagata dal condannato, sempre in caso di violazione di prescrizioni inerenti tali pene;
- sulla revoca della liberazione anticipata.

2. In secondo grado esercita anche le funzioni di giudice di appello rispetto ad alcuni provvedimenti emessi dal magistrato di sorveglianza (giudice di primo grado), impugnabili davanti al collegio giudiziario, a seconda dei casi, con reclamo o con opposizione.
3. In terzo grado esercita anche le funzioni di giudice di appello in relazione alle sentenze di proscioglimento o di condanna emesse dal giudice della cognizione nel caso in cui venga impugnato esclusivamente il capo di sentenza relativo alla misura di sicurezza, ai sensi dell'art. 680, comma 2 c.p.p. (Aliprandi & Corso, 2024).

Esiste un dibattito in corso, tra giuristi e magistrati, sul senso che devono avere, nella loro applicazione, le misure di sicurezza. Diversi di essi, tra cui chi scrive, ritengono che le misure di sicurezza dovrebbero essere concepite come sicurezza della cura, cioè come un percorso di cura vincolato che può iniziare in carcere, proseguire nelle REMS, continuare nelle strutture residenziali intermedie e nei servizi territoriali fino al domicilio, in relazione all'effettivo stato di salute della persona e ai suoi bisogni relazionali e sociali. La psichiatria, a mio parere, dovrebbe avere una funzione di cura e riabilitazione e non una funzione di "pubblica sicurezza" proprio per realizzare quel diritto alla salute di cui i cittadini hanno bisogno.

Il diritto alla salute, il diritto alle cure è uno dei diritti fondamentali dell'uomo. *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"* (Art. 32 Costituzione). Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana. Da questo articolo ne discende che la sanità deve cercare di offrire opportunità terapeutiche e non obbligatorietà, tranne nei casi previsti tassativamente dalla legge. Se il paziente è capace di esprimere il dissenso, si registra il dissenso e se ne deve prendere atto, anche a malincuore.

La valutazione del rischio di commettere gesti di violenza rappresenta oggi un fattore, sempre più importante, nell'ambito dei processi di sviluppo di percorsi individuali, sia legati ad una dimensione di ordine terapeutico, sia di ordine giudiziario. La comunità scientifica ha, ormai da tempo, messo in radicale discussione quel pregiudizio ideologico che stabilisce una relazione

causa-effetto tra psicopatologia/infermità mentale ed una maggiore predisposizione al rischio di atti devianti e violenti, evidenziando come sia necessario definire quali fattori di rischio, insiti nella soggettività, prima ancora che nella patologia, siano collegati a tale rischio. Dal paradigma violenza-malattia mentale, si è sempre più orientati verso la concezione della violenza come un fenomeno trasversale caratterizzato da dimensioni multi-categoriali ed influenzato da aspetti storici, clinici e contestuali, sostenendo che la presenza di fattori di rischio può aumentare la probabilità di commettere azioni violente e reati contro la persona.

Un ringraziamento particolare, tra gli altri, va ai pazienti autori di reato affetti da disturbo mentale, tutti gli “intravisti” e “gli zeri del mondo”, che ho incontrato fino ad oggi. Essi sono stati stimolo e motore per crescere, comprendere e contribuire, in modo fondamentale, alla realizzazione di questa tesi di ricerca.

## CAPITOLO 1

### ANALISI DELLA LETTERATURA INTERNAZIONALE E NAZIONALE SUI PROFILI CLINICI E CRIMINOLOGICI DEI PAZIENTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO E SUL RISCHIO DI RECIDIVA DI COMPORTAMENTI VIOLENTI E ANTIGIURIDICI

Il presente progetto di ricerca prende ispirazione dal progetto “VIOlence Risk and MEntal Disorders” (VIORMED-2): A prospective multicenter study in Italy (Barlati et al., 2019) e dal progetto europeo “EU-VIOlence Risk and MEntal Disorders” (EU-VIORMED): a multi-centre prospective cohort study protocol (De Girolamo et al. 2019).

#### 1.1 Viormed

Il progetto VIORMED (Barlati et al., 2019; Bottesi et al., 2021; Candini et al., 2018; Scocco et al., 2019), che rappresenta uno dei più complessi studi prospettici di coorte realizzati, sino ad oggi, a livello internazionale, ha coinvolto 139 pazienti ospiti di 22 SR e 247 pazienti in trattamento ambulatoriale in 4 DSM del nord Italia con tre obiettivi principali:

1. valutare le caratteristiche socio-demografiche, cliniche ed assistenziali di pazienti, sia ambulatoriali che residenziali, con una storia grave di violenza interpersonale in confronto a pazienti appaiati per età, sesso e diagnosi senza alcuna storia di violenza, anch'essi sia residenziali che ambulatoriali;
2. monitorare ogni quindici giorni, per un anno, tutti gli episodi di comportamento aggressivo o violento con la *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS);
3. individuare i predittori di nuovi episodi di violenza nel corso dell'anno di follow-up.

Tra i principali risultati del progetto è emerso come, nel confronto tra pazienti ambulatoriali e residenziali, i “casi” ambulatoriali presentassero punteggi significativamente più elevati alla MOAS rispetto ai pazienti ricoverati in comunità. Questo risultato ha una grande rilevanza clinica, in quanto dimostra che la permanenza in una struttura - ove l'aderenza al trattamento è garantita e l'accesso all'uso di sostanze è limitato - consente, in pazienti con storia di violenza, di ridurre il rischio di nuovi comportamenti violenti allo stesso livello dei pazienti che non

hanno mai manifestato episodi di violenza nel corso della vita. I pazienti con una storia di violenza pregressa erano più inclini a mostrare tratti di personalità antisociale e borderline (secondo il MCMI-III), rispetto ai pazienti senza storia di violenza. Inoltre, mostravano livelli più elevati di rabbia, impulsività e ostilità rispetto ai pazienti affetti da disturbi mentali del gruppo controllo. Analogamente sono presenti punteggi più elevati nelle scale di dipendenza dall'alcol e tossicodipendenza rispetto al gruppo controllo, confermando i risultati che evidenziano come l'uso di sostanze stupefacenti incrementi in modo significativo il rischio di violenza. Sempre secondo quanto emerso alla scala per la depressione del MCMI-III e ai punteggi BPRS, il gruppo dei controlli ha mostrato una psicopatologia differente, specialmente sintomi depressivi, rispetto al gruppo dei soggetti con violenza. Questo risultato è coerente con l'osservazione clinica secondo la quale i pazienti depressi tendono ad essere più inibiti.

## **1.2 EU-Viormed**

Il progetto “EU-VIOlence Risk and MEntal Disorders” (EU-Viormed) (De Girolamo et al., 2019, 2023; Hodgins et al., 2023; Oberndorfer et al., 2023) è uno studio osservazionale multicentrico europeo. Il lavoro di ricerca è stato condotto in cinque Paesi: Austria, Germania, Italia, Polonia e Regno Unito. Tutti i soggetti del campione hanno un'età compresa tra 18 e 65 anni e una diagnosi principale di disturbo dello spettro schizofrenico secondo il DSM-5 (APA, 2013). I “casi” forensi sono pazienti con una diagnosi principale di disturbo dello spettro schizofrenico e una storia di violenza interpersonale significativa che ha determinato reati gravi quali omicidio, tentato omicidio, aggressioni in grado di causare gravi lesioni fisiche a un'altra persona. I controlli sono pazienti con disturbo dello spettro schizofrenico, appaiati per genere ed età, che non hanno mai commesso tali atti di violenza e sono stati reclutati dai servizi psichiatrici “generalisti”. I criteri di esclusione sono i seguenti: disabilità intellettiva confermata, lesione cerebrale traumatica o disturbi cerebrali organici, incapacità di parlare fluentemente la lingua nazionale, dimissione pianificata dai servizi psichiatrici o forensi nel mese successivo. L'obiettivo di questo studio caso-controllo multicentrico è stato quello di esaminare e confrontare le caratteristiche di un gruppo di pazienti psichiatrici forensi con disturbi dello

spettro schizofrenico e una storia di violenza interpersonale significativa con un gruppo di pazienti con la stessa diagnosi, ma senza una storia di violenza interpersonale. Il campione è costituito, complessivamente, da 398 pazienti (221 pazienti forensi e 177 non forensi) valutati clinicamente attraverso un processo standardizzato multidimensionale. Le caratteristiche cliniche del campione sono di seguito presentate. Le diagnosi principali più comuni, in entrambi i gruppi, sono la schizofrenia (76,4%) e il disturbo schizoaffettivo (15,8%). L'età media al primo contatto con i servizi psichiatrici differisce significativamente tra i due gruppi. Tuttavia, la durata media della malattia è superiore a 13 anni in entrambi i gruppi. I casi forensi hanno una comorbidità con un disturbo di personalità rispetto ai controlli; in particolare il disturbo antisociale di personalità (49,1%). I casi forensi manifestano una partecipazione passiva piuttosto che attiva al loro trattamento terapeutico, rispetto ai controlli. Non sono altresì presenti differenze nel comportamento suicidario e nell'autolesionismo.

I risultati più significativi di questo studio sono i seguenti: la maggior parte dei pazienti forensi che hanno commesso atti violenti erano in trattamento al momento del reato. I pazienti forensi, qualora assumano con regolarità le terapie, rispondono bene al trattamento, manifestano livelli di sintomi relativamente bassi e funzionano meglio rispetto ai controlli. Tuttavia, i casi forensi sono relativamente poco coinvolti nel processo di cura e nelle attività riabilitative strutturate. Questo risultato evidenzia la necessità, per i servizi impegnati nella prevenzione dei reati violenti in soggetti affetti da disturbo dello spettro schizofrenico, di rafforzare la loro alleanza terapeutica, mantenere il contatto e la sorveglianza dei pazienti che si disimpegnano o interrompono il trattamento e cercare di garantire alti livelli di compliance al trattamento. L'istruzione è un fattore protettivo contro la violenza: ogni anno in più di istruzione è collegato a una riduzione del 12% della probabilità di appartenere al gruppo violento. Tra le variabili socio-demografiche, i fattori che indicano una maggiore probabilità di appartenere al gruppo forense sono l'avere figli, l'essere maschio e il tempo trascorso senza svolgere alcuna attività. Inoltre, il trauma infantile è importante per diverse ragioni. Le persone che hanno vissuto avversità durante l'infanzia, siano esse fisiche, sessuali o altre forme di maltrattamento, sono a

maggior rischio di essere violente esse stesse nella vita a seguire. Essere esposti alla violenza nella prima infanzia è un fattore di rischio specifico per il disturbo della condotta ed è associato a un rischio aumentato di sviluppare psicosi, con un ulteriore aumento del rischio di essere violenti. La co-occorrenza di un disturbo mentale grave e l'uso attivo di alcol o sostanze aumenta il rischio di comportamento violento (Iozzino, et al. 2015; Volavka & Swanson, 2010). Tuttavia, nel presente studio, le percentuali di casi e controlli con una storia di uso di alcol e sostanze sono in generale simili, sottolineando il fatto che, nonostante l'associazione sia ben stabilita, l'uso di alcol e droghe è comune anche tra le persone con disturbo dello spettro schizofrenico che non sono mai state violente. Infine, in questo studio, quasi uno su cinque dei casi indagati non aveva mai usato alcol o sostanze nella propria vita. È chiaro, pertanto, che alcune persone con disturbi psicotici possono compiere atti di violenza grave anche in assenza di uso di alcol e sostanze (Fazel et al., 2009; Gosek et al., 2020; Volavka, 2014). Tuttavia, tale comportamento rimane uno dei principali fattori di rischio potenzialmente modificabili per la prevenzione della violenza nelle persone con disturbi dello spettro schizofrenico (Cavalera et al., 2020).

### **1.3 Profili clinici e criminologici e recidiva criminale**

I pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato sono pazienti complessi e questa loro specificità può essere analizzata ed articolata da diverse prospettive. In altri termini, ci si trova di fronte a complessità differenti che possono essere in relazione con:

- la complessità dei loro bisogni
- la coesistenza di quadri diagnostici differenti
- la pluralità degli attori della relazione terapeutica
- le caratteristiche dell'équipe curante in senso stretto
- i processi in atto nelle diverse fasi del percorso riabilitativo
- le diverse tappe della consapevolezza del paziente, sia psicopatologica che giuridica
- il passaggio tra dipendenza e autonomia

In questa sede, per ragioni di brevità e opportunità, ci limiteremo a descrivere solo le prime due; infatti il senso della complessità che si vuole sottolineare riguarda lo specifico che caratterizza i casi in cui la vicissitudine soggettiva ha una ricaduta diretta sull'organizzazione sociale, in quanto risultano compromesse le competenze che consentono all'individuo di affrontare autonomamente la propria vita, ossia le capacità domestiche e abitative, di sostentamento quotidiano, di cura di sé, di espressione della competenza relazionale che consente di interagire in modo adeguato con il microcosmo sociale, con gli standard vigenti nell'organizzazione collettiva, compresa la capacità di rispettare la legge e di intrattenere un lavoro con continuità. Mai come in questi casi, la domanda di cui il soggetto è portatore, a prescindere dalla sua capacità di articolarla in termini consapevoli e razionali, va al di là della pura domanda di terapia medica. Si tratta, infatti, di una domanda di cura globale il cui oggetto non è riducibile all'organo e alla funzione, ma coincide sempre con la persona nel suo complesso, a partire dagli aspetti che ne determinano l'esperienza concreta fino a conseguire le aspirazioni che ne sottendono azioni e comportamenti.

E' emerso come i pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato siano in prevalenza soggetti con poli-diagnosi: psicosi, schizofrenia, disturbi dell'umore (in particolare Bipolare I), comorbidità con uso di sostanze psicotrope (cannabis, THC, cocaina, droghe sintetiche, alcool, ecc.), coesistenza di disturbi di personalità gravi quali, ad esempio, il disturbo antisociale e borderline (Benzi et al., 2017; Lingiardi et al., 1999; Maffei et al., 1995).

James & Glaze (2006) affermano che più della metà dei detenuti nelle carceri degli Stati Uniti ha una malattia mentale. Per alcuni criminali con disturbi mentali, il sistema penale sembra essere un *“asilo di ultima istanza”* (Belcher, 1988). Nel 2014 il New York Times ha pubblicato un articolo sulla Cook County Jail a Chicago intitolato *“Dentro un ospedale psichiatrico chiamato prigione”* (Kristof, 2014) e, nel giugno 2015, The Atlantic ha descritto questa prigione come *“il più grande ospedale psichiatrico d'America”* (Ford, 2015). Non solo la cura della salute mentale non è sempre prontamente disponibile per gli autori di reato con problematiche

psicopatologiche, ma è stato rilevato che i rei con disturbi mentali scontano pene detentive più lunghe rispetto a coloro che non hanno tali problemi (James & Glaze, 2006).

### **1.3.1 Il rapporto tra reato e malattia mentale**

Peterson et al., (2014) sottolineano che solo un quinto del comportamento criminale è principalmente o completamente legato ai sintomi della malattia mentale e che una grande proporzione degli autori di reato, i cui sintomi hanno contribuito al comportamento criminale, ha commesso almeno un crimine che era indipendente dai sintomi stessi. Inoltre, specifici crimini sono stati incoerentemente correlati ai sintomi di un disturbo psichiatrico.

I pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato sono simili ai pazienti psichiatrici non forensi, per quanto riguarda la presentazione dei sintomi, e sono simili agli individui che commettono reati, ma non hanno una malattia mentale per quanto concerne lo stile di pensiero e gli atteggiamenti (Madeddu & Dazzi, 2008; Morgan, et al., 2010).

### **1.3.2 La schizofrenia e il comportamento criminale**

Secondo il DSM-5 TR, i sintomi caratteristici della schizofrenia includono disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive che possono comprendere deliri, allucinazioni, eloquio e comportamento disorganizzati, comportamento catatonico e sintomi negativi (apatia, abulia, anedonia, mancanza di iniziativa e di motivazione, espressione emotiva ridotta). Questi sintomi persistono per almeno sei mesi e compromettono il funzionamento psico-sociale (la cura di sé, il lavoro, lo studio, le relazioni sociali, ecc.) (APA, 2022).

Uno studio condotto in Australia ha esaminato la relazione fra il comportamento criminale e la diagnosi di schizofrenia in un campione di 2.861 individui nel corso di un periodo di 25 anni (Wallace et al., 2004). I risultati di questa ricerca hanno indicato come gli individui schizofrenici fossero significativamente più inclini a essere condannati per reati rispetto al campione generale (Wallace et al., 2004). Questa relazione è stata osservata sia negli uomini (31,3 % di quelli affetti da schizofrenia sono stati condannati vs. 11,7%) che nelle donne (7,7 % vs. 2,2 % rispettivamente). Inoltre, i pazienti maschi con diagnosi di schizofrenia hanno avuto un numero medio significativamente più alto di condanne (15,4) rispetto ai controlli della

comunità (il cui numero medio di condanne era di 5,3). Il numero di condanne non era diverso in modo significativo tra le donne pazienti psichiatriche autrici di reato e il gruppo controllo della comunità.

Per quanto riguarda il tipo di reati, la frequenza complessiva dei reati violenti era significativamente più alta nei pazienti con diagnosi di schizofrenia. Questo risultato è stato confermato anche per i reati contro la proprietà, i reati correlati alle sostanze e i reati sessuali. Per quanto concerne i disturbi da uso di sostanze, il 11,4 % degli individui con diagnosi di schizofrenia aveva un disturbo da uso di sostanze concomitante e si rilevava una relazione significativa tra avere un disturbo da uso di sostanze ed essere condannati per un reato (68,1 % vs. 11,7 % senza disturbo da uso di sostanze). Le persone affette da disturbo da uso di sostanze risultavano anche più esposte ad essere condannate per un reato violento (26,1 %) rispetto a quelle che non usavano sostanze (4,4 %).

### **1.3.3 Gravi malattie mentali e crimini violenti**

Uno studio condotto in Svezia ha esaminato 98.082 pazienti dimessi da un ospedale con diagnosi di grave disturbo mentale (disturbo psicotico, disturbi bipolari e depressione con psicosi) tra il 1988 e il 2000 per valutare l'impatto delle gravi malattie mentali sul crimine violento (Fazel & Grann, 2006). Durante quel periodo, il 6,6 % degli individui diagnosticati con una grave malattia mentale è stato condannato per un reato violento rispetto all'1,8% della popolazione generale senza diagnosi di disturbo mentale grave che aveva una condanna per un reato violento (Fazel & Grann, 2006). Gli autori hanno verificato che gli individui con una diagnosi di grave malattia mentale hanno commesso 1 crimine violento su 20. Nel rapporto di James & Glaze (2006), non sembrava esserci differenza nell'uso di un'arma durante la commissione del crimine tra i detenuti con problemi di salute mentale (37,2 % ha usato un'arma) e quelli senza problemi di salute mentale (36,9 % ha usato un'arma). Per quanto riguarda i reati violenti, il 61% dei detenuti con problematiche psicopatologiche aveva una storia di "qualsiasi reato violento", mentre il 56 % senza problemi di salute mentale aveva una storia di reati violenti (James & Glaze, 2006).

La letteratura sottolinea l'alta prevalenza dei disturbi psichiatrici (Gottfried & Christopher, 2017; Filov, 2019) tra gli individui detenuti, a prescindere dall'età, dal genere e dal tipo di strutture di detenzione. I disturbi da uso di sostanze sono particolarmente diffusi tra adulti e giovani, senza distinzioni di genere. I tassi di esposizione al trauma e di disturbo da stress post-traumatico nei detenuti superano di gran lunga quelli osservati nella popolazione generale. Allo stesso modo, i disturbi dell'umore e d'ansia mostrano pattern simili. I sintomi psicotici sono più frequenti tra gli adulti detenuti rispetto ai giovani, in linea con l'età tipica di insorgenza dei disturbi psicotici.

Lund et al., 2013 hanno effettuato uno studio di follow-up sino a 20 anni con l'obiettivo di descrivere la recidiva criminale, in particolare violenta, in delinquenti svedesi di sesso maschile con disturbi mentali, condannati a diversi tipi di sanzioni. Il campione è stato monitorato dal 1988 fino a giugno 2008, attraverso anche l'uso dei registri sanitari e criminali ufficiali. Questo studio ha mostrato tassi più elevati di ricondanna rispetto a quanto ipotizzato in periodi di follow-up più brevi, indipendentemente dalle sanzioni iniziali. Inoltre, l'uso di sostanze, l'età al primo reato compiuto e il numero di crimini precedenti sono stati solidi predittori di rischio nei modelli che controllavano il parametro età. L'incarcerazione in prigione o l'internamento presso ospedali forensi e, in certa misura, il follow-up ambulatoriale attivo, hanno ridotto il rischio di recidiva, mentre la libertà vigilata o il rilascio "condizionale", che non era accompagnato da prospettive chiare di reinserimento sociale, hanno comportato un aumento del rischio di recidiva. Ciò indica che la supervisione comunitaria risulterebbe più efficace per gestire il rischio di recidiva violenta se, nei casi che deviano dal piano di trattamento, fosse possibile imporre sanzioni coercitive per ripristinare l'aderenza al piano originale di trattamento. Questi risultati supportano l'idea di Madden et al. (2004) secondo la quale è necessario considerare il trattamento dell'uso di sostanze come una delle più importanti misure di gestione del rischio volte a ridurre il rischio di recidiva di comportamenti violenti e di reato. Uno studio di coorte storico in Svezia (Grann et al., 2008) - condotto su un campione di 4.828 autori di reato condannati in comunità e valutati da uno psichiatra nel periodo 1988-2001 e

seguiti per una media di 5 anni per il primo reato violento - ha portato i seguenti risultati: quasi un terzo del campione (n= 1506 o 31,3 %) ha compiuto reati violenti durante il follow-up (durata media: 4,8 anni). I disturbi da uso di sostanze e i disturbi di personalità erano significativamente associati a un incremento del rischio di reati violenti. Nessun'altra diagnosi era correlata al rischio di recidiva.

Alti tassi di recidiva sono comuni in nazioni differenti tra loro sia da un punto di vista sociale che culturale, come ad esempio gli Stati Uniti, il Regno Unito, l'Australia (Adily, et al., 2023), la Germania, i Paesi Bassi, l'Islanda, la Norvegia e il Giappone. Più di un delinquente su tre, condannato a pene detentive o comunitarie, viene ricondannato entro due anni per un crimine violento. Grann e collaboratori sono giunti a due conclusioni principali: 1) la prevenzione dei reati violenti nella comunità può essere migliorata grazie al trattamento e alla gestione dei disturbi psichiatrici comuni, in particolare dei disturbi da uso di sostanze e di personalità, 2) I dati dello studio di coorte suggeriscono che l'incorporazione di informazioni sulle diagnosi psichiatriche nelle valutazioni del rischio di comportamenti violenti e di reato probabilmente non producono un guadagno predittivo incrementale, almeno nella comunità.

Una revisione sistematica (Fazel et al., 2009) degli studi che analizza le correlazioni tra violenza e schizofrenia e altre psicosi ha messo in evidenza che la schizofrenia e le altre psicosi sono associate alla violenza e ai reati violenti, in particolare all'omicidio. Tuttavia la maggior parte del rischio sembra essere mediato dalla comorbidità con l'uso di sostanze. Il rischio in questi pazienti con comorbidità è simile a quello dell'uso di sostanze senza psicosi. Le strategie di salute pubblica per la riduzione della violenza potrebbero prendere in considerazione la possibilità di concentrarsi sulla prevenzione primaria e secondaria dell'uso di sostanze. Gli autori hanno analizzato le banche dati bibliografiche in un periodo compreso tra il 1970 e il febbraio 2009 per individuare studi che riportassero i rischi di violenza interpersonale e/o di criminalità violenta in soggetti con schizofrenia e altre psicosi rispetto a campioni di popolazione generale. Questi dati sono stati meta-analizzati e gli *odds ratio* (OR) sono stati messi in comune impiegando modelli a effetti casuali. Ai fini dell'analisi statistica, il disegno

dello studio è stato esplorato come variabile dicotomica (caso-controllo versus longitudinale), dove gli studi caso-controllo correlati sono stati inclusi come disegni caso-controllo. La localizzazione degli studi è analizzata in due modi: Paesi nordici rispetto al resto del mondo e Stati Uniti rispetto al resto del mondo. L'analisi è stata impostata in questo modo perché molti studi sono stati condotti in tre Paesi nordici (Svezia, Danimarca e Finlandia), a causa della disponibilità per la ricerca di registri nazionali per la salute e la criminalità e della possibilità che le leggi sul possesso di armi e i tassi di base più elevati di violenza negli Stati Uniti portino a stime di rischio diverse rispetto ad altri Paesi. La dimensione del campione è stata studiata come variabile continua (per la meta-regressione) e per numero di casi in tre gruppi (0-99, 100-1.000 e maggiore di 1.001 casi) per l'analisi dei sottogruppi. Questa revisione sistematica ha identificato 20 studi che hanno incluso 18.423 soggetti autori di reato con problematiche psicopatologiche.

I risultati principali sono quattro.

Il primo è che il rischio di condotte violente aumenta nei soggetti affetti da schizofrenia e altre psicosi. Le stime di rischio, riportate come OR, sono tutte superiori a uno, indicando un incremento del rischio di violenza nei pazienti con schizofrenia e altre psicosi rispetto ai controlli della popolazione generale, sebbene le stime di rischio variassero tra uno e sette negli uomini e tra quattro e ventinove nelle donne.

Un secondo risultato è che la comorbidità con i disturbi da uso di sostanze aumenta considerevolmente questo rischio, con un incremento degli OR compreso tra tre e venticinque.

Il terzo risultato è che non si sono rilevate differenze significative nelle stime di rischio per una serie di caratteristiche del disegno dello studio per le quali c'è stata incertezza.

Infine, l'aumento del rischio di violenza nella schizofrenia e nelle psicosi in comorbidità con l'uso di sostanze non era diverso dal rischio di violenza nei soggetti con diagnosi di disturbo da uso di sostanze. Tuttavia le stime complessive fornite in questa revisione meritano un atteggiamento prudente e cautela perché è stata riscontrata una significativa eterogeneità.

Un altro studio è l'analisi delle classi latenti (Yiend et al., 2013) che ha coinvolto 174 casi clinici di autori di reati con problematiche comportamentali e si è posta l'obiettivo di comprendere il profilo clinico di questa popolazione eterogenea allo scopo di definire e categorizzare la variazione clinica di questi soggetti che transitano all'interno dei servizi di salute mentale del Regno Unito e valutare le sue implicazioni per il trattamento e la gestione. Lo studio ha identificato tre gruppi distinti:

- un gruppo “delinquenziale” (n.=119) caratterizzato da scarsa storia educativa, una significativa carriera criminale, alto rischio di recidiva criminale secondo i risultati del test HCR-20V3: costoro avevano punteggi bassi nel Fattore 1 e punteggi alti nel Fattore 2 della PCL-R e non avevano una diagnosi di disturbo di personalità;
- un gruppo denominato di “psicopatia primaria” (n.=38) le cui caratteristiche principali erano buona scolarità; questi pazienti avevano il più alto livello di QI rispetto agli altri, avevano compiuto principalmente reati di omicidio, gli era stata posta diagnosi di disturbo di personalità narcisistico e avevano punteggi alti nel Fattore 1 e punteggi bassi nel Fattore 2 della PCL-R;
- un gruppo di “psicopatia espressiva” (n.=17) che presentava il rischio di recidiva più basso: i soggetti avevano infatti il minor numero di condanne, uno stile di risoluzione dei problemi personali e sociali meno disfunzionale rispetto agli altri, ma maggiori erano i bisogni educativi speciali e costoro annoveravano nel loro curriculum criminale molti reati sessuali; le diagnosi prevalenti di questo gruppo erano il disturbo di personalità narcisistico e il disturbo di personalità istrionico. Il gruppo dei delinquenti era composto da individui con i punteggi di QI più bassi che non avevano completato l'istruzione secondaria; erano i più giovani al momento della loro prima condanna e avevano il maggior numero di condanne accumulate rispetto agli altri gruppi; generalmente non avevano una diagnosi psichiatrica prima dei 18 anni, ma avevano una storia di abuso etilico e di sostanze stupefacenti.

Un altro studio degno di nota è la revisione sistematica dei tassi di recidiva criminale in tutto il mondo di Fazel & Wolf (2015). La ricerca ha messo in luce che i dati sulla recidiva non erano

validi per una comparazione internazionale. I Dipartimenti di Giustizia, secondo l'autore, avrebbero dovuto prendere in considerazione l'utilizzo delle linee guida di reporting sviluppate in questo studio per riportare i propri dati.

La parola recidiva è un termine ampio che si riferisce alla ricaduta in un comportamento criminale, che può includere una serie di risultati, tra cui il riarresto, la ricondanna e la nuova incarcerazione.

Esistono significative differenze nelle pratiche di registrazione e di rendicontazione delle recidive che rendono difficili i confronti tra i Paesi. In primo luogo, le definizioni degli esiti variano dal riarresto, alla recidiva, alla nuova incarcerazione. Anche all'interno di queste definizioni, i Paesi differiscono nell'inclusione di reati minori, quali le multe, le infrazioni stradali e altri crimini. In secondo luogo, i campioni differiscono e possono includere autori di reato, detenuti e persone provenienti da altre istituzioni aperte o chiuse. Infine, non vengono utilizzati tempi di follow-up costanti che generalmente variano tra sei mesi e cinque anni.

I confronti internazionali sono fondamentali nel fornire un quadro d'insieme per esaminare i fattori che spiegano le differenze nella recidiva, per considerare quali interventi strutturali di politica criminale sia necessario attuare e per individuare quali sono i trattamenti più efficaci nei servizi che possono essere sperimentati per ridurre i tassi di recidiva (Morgan et al., 2012; Barranger et al., 2017; Beaudry, et al., 2021).

La revisione sistematica dei tassi di recidiva a livello internazionale di Fazel ha portato a due risultati principali. Anzitutto, pochi dei Paesi con la più grande popolazione carceraria hanno riportato statistiche sulla recidiva. Ad esempio, dei 20 Paesi con la più ampia popolazione carceraria nel periodo 2010-2011 solo due (Stati Uniti e Inghilterra/Galles) hanno riportato statistiche sulla recidività. A titolo di confronto, sono stati inclusi i Paesi nordici che hanno la reputazione di raccogliere statistiche nazionali sulla criminalità di alta qualità e un basso tasso di recidiva. In secondo luogo, si è rilevata una variazione significativa tra i Paesi nel modo in cui la recidiva è stata definita e segnalata. Ad esempio, in Norvegia, i tassi di recidiva a 2 anni variavano dal 14% al 42% a seconda che il campione includesse persone arrestate, condannate

o incarcerate e/o l'esito fosse l'arresto, la condanna o l'incarcerazione. La Svezia ha segnalato un tasso di ricondanna annuale tra i detenuti del 43% che, a prima vista, si confronta favorevolmente con il 59% di Inghilterra e Galles. Tuttavia quest'ultimo include multe nella misura di ricondanna, mentre il primo no. In un rapporto separato che include le multe, il tasso svedese sale al 66%. L'eterogeneità dei tassi di recidiva potrebbe essere dovuta a definizioni diverse che arrivano a spiegare tassi più bassi in alcuni Paesi nordici (Bell, et al., 2023).

Una meta-analisi (Yukhnenko et al., 2020) ha esaminato i fattori di rischio più comunemente riportati per la recidiva in popolazioni condannate in comunità e ha identificato 15 studi che hanno coinvolto 246.608 persone. Sono emersi tre risultati principali. Il primo è che i fattori di rischio cosiddetti dinamici, quali i bisogni di salute mentale, l'uso di sostanze, l'associazione con coetanei antisociali, lo stato civile (l'essere celibe o divorziato espone a un rischio maggiore di recidiva), il basso reddito e i problemi di occupazione, aumentano il rischio di recidiva nelle popolazioni condannate in comunità. Il secondo è che la forza di queste associazioni è paragonabile a quella dei fattori di rischio statici, come l'età, il sesso (l'essere maschio implica un rischio di recidiva maggiore), l'etnia (l'etnia non bianca è stata associata con maggiore prevalenza alla recidiva) e i precedenti penali. Il terzo è che esiste una relativa scarsità di studi pubblicati sui fattori di rischio dinamici che esaminano le persone condannate in comunità. Tra i fattori di rischio statici, l'età più giovane e i precedenti penali hanno rappresentato l'associazione più forte con la recidiva. Questi fattori, insieme al sesso, sono i predittori comuni di recidiva in diverse popolazioni.

La frequenza dei comportamenti criminali ha un picco nell'adolescenza e nella prima età adulta e il fatto di avere una storia criminale pregressa può sviluppare una carriera criminale significativa nell'arco della vita. Anche i problemi educativi, come il mancato completamento della scuola superiore, possono riflettere l'esordio precoce del comportamento criminale nell'adolescenza ed essere correlati a problemi persistenti di adattamento sociale, che potrebbero rendere difficile la riabilitazione e il reinserimento sociale di un autore di reato. L'assunzione di droghe o alcol può avere un effetto disinibitorio aumentando il rischio di

recidiva di comportamenti violenti e di reato. Il consumo cronico di sostanze stupefacenti o alcol, inoltre, può portare a deficit neurologici a lungo termine che sono anche associati a una diminuzione dell'autocontrollo e a un aumento del rischio di violenza. Le droghe altresì possono fungere da movente diretto per un crimine e il possesso illegale di droghe può essere considerato esso stesso un crimine. Lo studio concludeva con questa considerazione: che i ricercatori e le agenzie governative dovrebbero esplorare altri tipi di predittori identificati in letteratura, come la storia di maltrattamento e di vittimizzazione, poiché trattare i traumi psicologici cronici è un importante obiettivo terapeutico durante la riabilitazione di un autore di reato. Alcuni di questi fattori sono stati studiati in altri contesti, come predittori del comportamento violento, ma non nel contesto della recidiva (Bonta et al., 1998)

Lo studio trasversale di Balcioglu et al. (2021) consisteva in 94 pazienti maschi selezionati casualmente, ricoverati in unità ospedaliere o ambulatoriali presso il Bakirkov Training and Research Hospital for Psychiatry, Neurology and Neurosurgery (Instambul, Turchia) tra luglio 2019 e settembre 2020. Sono stati valutati gli effetti della psicopatologia e del modello caratteristico della personalità sulla recidiva criminale generale nei pazienti schizofrenici. 94 pazienti maschi con diagnosi di schizofrenia secondo il DSM-5 sono stati reclutati e classificati in tre gruppi in base al numero di reati commessi dalla diagnosi: recidivi (n. = 32), autori di reato iniziali (n. = 31) e non autori di reato (n. = 31). Tutti i soggetti sono stati testati attraverso le versioni turche di *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) e *Temperament and Character Inventory-Revised* (TCI-R).

Gli studiosi sono concordi nel considerare che la diagnosi di schizofrenia da sola non può spiegare completamente il reato; è necessario, infatti, considerare i fattori di rischio specifici della malattia che includono determinanti disposizionali, situazionali, disinibitori, storici, clinici e contestuali. Questi determinanti sono diventati importanti anche in una serie di studi che valutano il rischio di recidività criminale nell'ambito della psichiatria forense. Si rileva un rischio significativamente maggiore (fino a 1,6 volte) di reati recidivi nei soggetti con disturbo psicotico, rispetto alla popolazione generale di autori di reato. Fattori come la disoccupazione,

il basso supporto sociale, l'uso di sostanze, i disturbi di personalità in comorbidità, la mancata aderenza al trattamento e il facile accesso alle armi incrementano il rischio di recidiva tra i pazienti schizofrenici. Questo studio è il primo ad esaminare sia la psicopatia che il temperamento e il carattere come dimensioni della personalità che potrebbero spiegare la predisposizione specifica alla recidiva criminale tra i pazienti schizofrenici. I dati nel complesso indicano che il livello di psicopatia misurato con la PCL-R era sensibilmente diverso tra i pazienti schizofrenici rei di vecchia data, rei iniziali e non rei. Tra i pazienti schizofrenici rei di vecchia data e coloro i quali hanno commesso un reato iniziale si riscontrava un'elevata ricerca di novità e un basso livello di evitamento del danno, che sono domini del temperamento correlati a una bassa disposizione all'inibizione comportamentale, e un basso livello di autodirettività e cooperatività, suggestivi di una bassa maturità caratteriale. La disoccupazione, l'insufficiente supporto sociale, la scarsa aderenza al trattamento, la presenza di un disturbo della condotta nell'infanzia e la bassa età al primo reato sono spesso indicati come fattori di rischio per la recidiva criminale tra i pazienti schizofrenici. Non avere un partner o un coniuge aumenta il rischio di recidiva di 5,3 volte. Il matrimonio è stato descritto come fattore protettivo nella schizofrenia in termini di comportamento criminale e violento. La presenza di un partner, infatti, può garantire il supporto sociale e la supervisione, la cui assenza è stata dimostrata come associata alla recidiva clinica e criminale nella schizofrenia e in altre malattie mentali gravi. Una storia di traumi e avversità infantili è risultata più frequente tra i recidivi, rispetto agli altri gruppi, e potrebbe essere un fattore di rischio importante per la recidiva, con un rischio aumentato di quattro volte nella schizofrenia. La predisposizione a comportamenti criminali ripetuti nel tempo a seguito di avversità infantili può essere attribuita a patologie della personalità determinate dall'influenza negativa dei traumi sullo sviluppo psicologico precoce, a una minore capacità di agire in accordo con le indicazioni sociali e a una persistente e maggiore risposta aggressiva agli stimoli sociali. L'anamnesi di disturbo da uso di sostanze e/o alcol è risultata più frequente nei pazienti forensi rispetto ai non *offender*. Un altro elemento degno di nota che si è rilevato è che la presenza di precedenti penali o di recidiva criminale in

un parente stretto era più frequente nei pazienti forensi recidivi rispetto ai non recidivi, ma non differiva tra recidivi e recidivi iniziali.

La letteratura ha evidenziato come l'avere un familiare che ha commesso un atto criminale aumenti il rischio di comportamenti violenti e criminali di 1,4-1,9 volte nei pazienti schizofrenici. L'età più giovane al primo reato è un predittore significativo di recidiva criminale nella schizofrenia, il che è congruente con i risultati riportati sia in campioni schizofrenici sia in campioni non psichiatrici. I ricercatori hanno constatato che la maggior parte dei reati commessi dai pazienti forensi erano interpersonali. Questo dato è in linea con l'attuale linea di evidenze che la maggior parte dei reati realizzati da pazienti schizofrenici sono contro individui, il che potrebbe essere attribuito a una psicopatologia specifica della malattia. Gli autori di questo studio hanno verificato che i punteggi totali e delle sotto-scale della PCL-R sono risultati i più alti nei recidivi e i più bassi nei partecipanti non recidivi. Il punteggio totale della PCL-R è risultato indipendente e fortemente associato a un aumento del rischio di recidiva criminale, a conferma dei risultati precedenti secondo i quali punteggi elevati di psicopatia sono solidi predittori di recidiva, sia violenta che generica, tra i pazienti con schizofrenia. La ricerca di novità, l'auto-direttività e la capacità cooperativa differivano tra tutti e tre i gruppi. Inoltre, un'elevata ricerca di novità e una bassa dipendenza dalla ricompensa, l'auto-direttività e la capacità cooperativa erano predittori significativi di recidiva criminale nelle analisi univariate. Si osserva che un'elevata ricerca di novità possa facilitare il comportamento criminale insieme all'eccitazione imprevedibile e alla predisposizione alla ricerca dell'avventura, in linea col desiderio dell'individuo di conseguire l'obiettivo. I tratti aggressivi sono associati a un'elevata ricerca di novità e a punteggi di maturità caratteriale bassi (bassa auto-direttività e capacità cooperativa) nella popolazione generale di autori di reati, mentre i pazienti schizofrenici con un'elevata ricerca di novità sono considerati più impulsivi e propensi a mettere in atto risposte aggressive e comportamenti estroversi inappropriati. Un basso livello di evitamento del danno può rafforzare il comportamento criminale a causa della mancanza di paura della punizione.

Nella schizofrenia, tra le dimensioni caratteriali, il comportamento ostile e agitato è stato associato ad una bassa auto-direttività, che potrebbe riflettere l'incapacità di controllare, regolare e modificare i propri comportamenti in base a obiettivi e valori individuali e di adattarsi all'ambiente sociale. Un'altra dimensione della maturità caratteriale, la cooperatività, è stata segnalata come bassa nei pazienti schizofrenici, il che può essere associato a un basso insight, all'intolleranza e all'indifferenza verso gli altri, all'apatia, alla ricerca di vendetta, a un'aumentata percezione della minaccia e del pericolo e a comportamenti dannosi e disfunzionali nella schizofrenia. Una maggior ricerca di novità, una bassa auto-direttività e bassa cooperatività possono predisporre a ulteriori comportamenti criminali a causa dell'incapacità della persona di assumersi la responsabilità del proprio comportamento, di cercare aiuto per i problemi e di socializzare in modo adeguato. Infine, i risultati dello studio trasversale di Balcioglu et al. hanno rivelato che un'elevata ricerca di novità e una bassa auto-direttività erano associate alle avversità infantili, mentre una bassa cooperatività era correlata al numero totale di reati. L'età più giovane al momento del primo reato e il numero totale di precedenti penali erano strettamente associati a una psicopatia più elevata, con punteggi alti di ricerca di novità e bassi di persistenza, auto-direttività e cooperatività, a conferma di risultati precedenti.

Lo studio di Noland et al. (2022) aveva lo scopo di indagare sui crimini post-dimissione degli autori di reato con problematiche psichiatriche. Il campione era costituito da 1.142 soggetti che erano stati dimessi dalle cure psichiatriche forensi in Svezia nel periodo 2009-2018; erano stati inclusi nel registro psichiatrico forense nazionale svedese ed erano stati ricondannati in un Tribunale penale nell'ambito del follow-up 2009-2018. I tempi di follow-up dei pazienti dimessi nell'arco del periodo variano da 4 a 3.644 giorni. Per creare un data base sono stati utilizzati i dati retrospettivi del registro insieme ai dati codificati delle sentenze dei Tribunali penali (n=210). A livello statistico è stata eseguita l'analisi di Kaplan-Meier e l'analisi statistica descrittiva. Preliminarmente occorre ricordare che il codice penale svedese differisce dalla maggior parte degli altri nel mondo poiché afferma che i disturbi mentali non assolvono un

imputato dalla responsabilità penale. I principali risultati di questo studio evidenziano una tendenza in cui gli uomini venivano più spesso ricondannati rispetto alle donne, così come gli individui con indici di crimini non violenti rispetto a soggetti con indici di crimini violenti. Tuttavia questi risultati non hanno raggiunto una significatività statistica. Il gruppo dei pazienti affetti da disturbo mentale autori di reato che vengono ricondannati dopo la dimissione dai servizi psichiatrici forensi è composto principalmente da uomini. Generalmente hanno circa 30 anni al momento della dimissione; hanno nel proprio curriculum criminale un reato violento, una storia di uso di sostanze e gli è stata diagnostica una qualche forma di psicosi. La maggior parte del gruppo era stato ricondannato per aver commesso almeno un crimine violento e un crimine non violento. Si è giunti alla conclusione che la recidiva sia stata complessivamente meno grave rispetto alle condotte antilegali iniziali. Questa evidenza è supportata dal fatto che la condanna più comune in tutte le sentenze è stata la libertà vigilata, pena più lieve rispetto al carcere o alle cure psichiatriche forensi. L'alto tasso di libertà vigilata può anche significare l'alta frequenza di uso di sostanze nel gruppo, perché la legge svedese consente di combinare le pene con il trattamento terapeutico obbligatorio per i disturbi legati alle sostanze. Tra le sentenze dei Tribunali per crimini violenti, le condanne alle cure psichiatriche forensi erano più comuni; meno vittime erano persone giuridiche e la scena del crimine era più spesso un istituto di cura o un'autorità amministrativa. La circostanza del crimine più comunemente osservata è stata "nessuna provocazione apparente" e la relazione tra l'autore di reato e la sua vittima era generalmente quella di non avere nessuna relazione nota, seguita dal fatto che la vittima era una figura "autoritaria", normativa: ad esempio un agente di Polizia, un assistente sociale o un operatore sanitario. La circostanza del comportamento illegale è definita come la situazione che ha preceduto il reato o che spiega in quale situazione il reato è stato commesso. Le circostanze del reato principalmente registrate erano: traffico di droga e stupefacenti vari, reati correlati all'uso di armi, esercizio di pubblica autorità, legati al lavoro della vittima, furto con scasso, rapina nell'abitazione della vittima, criminalità economica, aggregazione sociale, stalking, violenza da parte del partner, violenza sessuale, nessuna provocazione apparente e altro.

#### **1.4 Una panoramica comparativa internazionale sulla recidiva psichiatrica e criminale, sulla riabilitazione psicosociale e sul recupero dei pazienti affetti da disturbo mentale autori di reato**

La prevenzione della recidiva è da tempo una questione centrale nella politica della giustizia penale. Questo dipende dal fatto che un reo che compie ripetutamente un crimine infligge alla società un danno molto maggiore rispetto a un delinquente che commette un reato una volta sola nella vita (Murphy, 2007; Nilsson et al., 2011; Sedgwick et al., 2016).

Secondo il Japan Ministry of Justice (2007), solo il 30% circa dei recidivi è stato responsabile di circa il 60% dei crimini commessi in Giappone dal 1948 al 2006.

La riabilitazione degli autori di reato contribuisce in modo significativo alla riduzione della recidiva psichiatrica e criminale. Il successo della riabilitazione, in questi casi, dipende in gran parte dall'efficacia del trattamento comunitario fornito ai pazienti forensi sulla base di un'appropriata valutazione clinica e dei fattori di rischio multidimensionali e di un approccio multidisciplinare (Völlm, et al., 2018; Papalia et al., 2019; Santambrogio et al., 2021; Short et al., 2024).

Nel tentativo di individuare i trattamenti più efficaci per gli autori di reato con problematiche psicopatologiche, Someda (2009) esamina diversi programmi efficienti da una prospettiva comparativa internazionale. L'autore evidenzia che i trattamenti più significativi da un punto di vista terapeutico, riabilitativo e in termini di misure efficaci per la prevenzione della recidiva sono: la supervisione intensiva, la libertà vigilata, il trattamento comunitario, il Tribunale della Droga, i programmi di trattamento cognitivo-comportamentali.

Tuttavia la riabilitazione psicosociale è un processo graduale e lungo, che richiede varie risorse della comunità in quanto i pazienti forensi presentano in genere fattori di rischio multidimensionali che richiedono un approccio articolato e multidisciplinare allo scopo di prevenire la recidiva. Dal punto di vista della pratica basata sulle evidenze, la ricerca (Someda, 2009) ha rivelato che alcuni tipi di programmi sono stati valutati come efficaci per la riduzione della recidiva: ad esempio, la sorveglianza dinamica, la sorveglianza intensiva, i gruppi

*probation*/parola, gli accordi multi-agenzia di protezione pubblica, i programmi *Prolific*, i trattamenti cognitivi-comportamentali e il Tribunale della Droga. Il primo *Drug Court* al mondo è stato istituito nella contea di Miami-Dade, in Florida, nel 1989 e al 31 dicembre 2007 si era diffuso in 2.147 località negli Stati Uniti. Successivamente questo Tribunale specializzato si è diffuso in Australia, nel Regno Unito e in Giappone.

Nel Regno Unito, la sorveglianza intensiva e la libertà vigilata sono state sviluppate per la prima volta negli anni '70. L'obiettivo della sorveglianza intensiva è la riduzione della recidiva mediante l'erogazione di un monitoraggio e un supporto significativi e l'implementazione di attività riabilitative a favore del reo con disturbi mentali.

In relazione ai temi precedentemente si reputa utile presentare un'interessante revisione sistematica (Clarke et al., 2016) e una sintesi narrativa della letteratura qualitativa sulle percezioni di recupero dei pazienti forensi.

Mentre in passato l'attenzione era rivolta al recupero clinico o alla riduzione dei sintomi, l'approccio al recupero si propone oggi di emancipare gli individui affinché possano superare una serie di sfide associate alla malattia mentale, come l'isolamento sociale, la perdita di aspetti significativi della vita (lavoro, tempo libero, ecc.) allo scopo di perseguire i propri obiettivi di vita, sia in presenza che in assenza di sintomi. Gli sforzi sono tesi a sostenere opportunità per incrementare l'autonomia, riconquistare l'identità e impegnarsi in attività significative per superare lo stigma della malattia mentale e del reato, sviluppando una nuova consapevolezza di sé, accettazione e autostima (Turton et al., 2011).

Il concetto di “recupero” è stato declinato in modo articolato per la prima volta da Anthony (1993) il quale ha promosso il recupero come una nuova visione per i servizi di salute mentale: il recupero è “*un processo profondamente personale di cambiamento delle proprie attitudini, valori, sentimenti, obiettivi, competenze e/o ruoli. E' un modo di vivere una vita soddisfacente, speranzosa e contributiva anche con le limitazioni causate dalla malattia. Il recupero implica lo sviluppo di un nuovo significato e scopo nella propria vita mentre si superano gli effetti catastrofici della malattia mentale*”.

Questa revisione sistematica ha identificato 11 studi che soddisfacevano i criteri di inclusione: articoli empirici con metodi qualitativi/misti in cui gli utenti dei servizi forensi hanno condiviso le loro opinioni sul recupero in contatti faccia a faccia; ricerca primaria per consentire informazioni sufficienti per la *Thematic Synthesis* e articoli pubblicati in una rivista revisionata da pari in lingua inglese. Si è verificato un significativo sovrapporsi tra gli studi; i temi di ciascuno sono stati organizzati in sei categorie/argomenti superiori. Due temi superiori sono stati particolarmente prevalenti: la connessione e il senso di sé. Laithwaite e Gumley (2007) descrivono la reciproca relazione apparente fra questi due temi. I pazienti solitamente descrivono una storia di esperienze passate avverse e relazioni instabili e “tossiche”. Essere internati in ospedali forensi può incoraggiare la riflessione sulle esperienze e relazioni passate, che possono determinare nell’individuo una nuova comprensione di sé e della propria malattia, con la successiva nascita di un desiderio di riparazione e di costruzione di relazioni sane con i pari e lo staff medico-infermieristico.

Aumentare la connessione attraverso la promozione di attività lavorative e ricreative lontane dai servizi di salute mentale, offre opportunità per interagire con gli altri e costruire nuove relazioni (Walker et al., 2013), oltre a contribuire a superare lo stigma e l’isolamento sociale (Mezey et al., 2010). Le relazioni con il personale sono state anche definite come una forma di connessione (Nijdam-Jones et al., 2015). Tuttavia su questo ultimo punto sussistono pareri discordanti. Per alcuni studiosi (Barsky & West, 2007), le relazioni con il personale rappresentano un’altra forma di esclusione sociale che crea un divario tra “noi e loro”. Le relazioni conflittuali con il personale, sono state descritte come socialmente isolanti e responsabili di una successiva passività nei riguardi della cura (Ferrito et al., 2012). Al contrario, le relazioni positive e di collaborazione con il personale rappresentano la chiave del recupero. Secondo alcuni autori (Mezey et al., 2010) sentirsi rispettati, valorizzati e curati dal personale è particolarmente importante per i pazienti forensi che hanno poche possibilità di relazioni al di fuori delle strutture sanitarie e passano la maggior parte del loro tempo con gli

operatori i quali forniscono accoglienza, ascolto, inclusione, compagnia e un senso di appartenenza che non avevano mai provato prima (Turton et al., 2011).

Un aumento della connessione può instillare speranza per il futuro. Il carcere tuttavia può ostacolare questo processo quando, per esempio, è presente un'atmosfera di "noi e loro" (Barsky & West, 2007) e/o quando le opportunità per riparare e mantenere relazioni al di fuori della struttura sono limitate.

Si è affermato che la strada per il recupero inizi con un senso di sicurezza, ottenuto attraverso relazioni compassionevoli e sicure in condizioni di vita protette. Le opportunità di costruire una "vita al di là della malattia", mediante un'occupazione significativa, è stato un tema universale chiave nella letteratura del recupero.

La speranza è un altro fattore che promuove il recupero. La speranza aiuta a contrastare i sentimenti di disperazione e fornisce una motivazione per il cambiamento offrendo un nuovo modo di essere e la convinzione che la propria vita valga la pena di essere vissuta (Walker et al., 2013).

La salute e l'intervento sono stati un tema che si riflette anche nella letteratura generale sul recupero. La funzione unica di questo aspetto nei servizi forensi è che offre agli utenti anche un mezzo per sviluppare autocompassione e perdonarsi per il reato che hanno compiuto.

La libertà è stato un altro tema prevalente. E' un tema unico nel concetto di "recupero sicuro", in cui la natura stessa del costrutto significa che detenzione e libertà sono caratteristiche definitorie di questa popolazione.

### **1.5 Il focus sulla realtà nazionale italiana. La legge 81/2014: un breve bilancio dopo 10 anni dalla sua promulgazione**

A distanza di 10 anni dalla chiusura degli OPG e dal contestuale avvio della riforma contenuta nella Legge n. 81/2014, molte sono le questioni aperte relative agli aspetti giuridici, organizzativi, gestionali, clinici e relativi alle risorse da destinare ai DSM. REMS e servizi territoriali, tra le molte difficoltà che attraversa il settore, hanno saputo offrire un'alternativa al sistema degli OPG, coniugando quantità di prestazioni, in termini di soggetti in carico, con

qualità degli *outcome*, visti i numeri estremamente esigui di seri eventi avversi. Il ritardo di accostamento ed assimilazione in Italia dei temi tipici della *forensic psychiatry*, come il *placement need*, il *risk assessment and management*, la *secure recovery* e la *therapeutic security* rappresenta una delle ragioni della faticosa e talora frustrante interlocuzione tra i vari contesti istituzionali (Di Lorito et al., 2017; Kennedy et al., 2021; Mitchell et al., 2021). I piani terapeutici individuali, nella maggior parte dei casi ben sviluppati dalle varie équipe territoriali e delle REMS, risentono della possibilità di indagare ambiti tipicamente forensi. Ad esempio, quali dimensioni psicopatologiche sostengono il giudizio di pericolosità sociale? A quale riduzione si può prendere in considerazione il passaggio a un livello di contenimento ambientale inferiore? Per conseguire quali obiettivi? Sono alcuni dei quesiti dai quali dipendono i tempi del trattamento e che mettono in moto l'articolazione di interventi con cui intercettare le determinanti della difficoltà a restituire il paziente alla comunità (Pessina et al., 2019; Vorstenbosch & Castelletti, 2020). Andrebbe poi qui anche affrontato tutto il tema della fragilità delle basi delle evidenze scientifiche disponibili per prendere queste decisioni. Nell'attualità manca la possibilità di poter valutare la condizione attuale di un individuo, rispetto al contesto che abita, in relazione alle capacità contenitive e potenzialmente trasformanti dell'ambiente terapeutico assegnato. In questo difficile compito valutativo, è determinante il riconoscimento degli aspetti del paziente che possono trasformarsi o adattarsi ai contesti, e quelli più difficilmente modificabili.

La Legge 81/2014 tutela i pazienti in REMS stabilendo che la loro permanenza non superi il massimo della pena prevista per quello specifico reato. Questa tutela non è applicata per le misure non detentive, dove non è raro trovare soggetti a cui è stata più volte prorogata la misura di sicurezza della libertà vigilata senza una chiara definizione delle dimensioni psicopatologiche che sostengono ancora il proseguo di tale misura. Analogamente, per i soggetti cosiddetti "in lista d'attesa", è spesso vacante una valutazione che stabilisca l'attualità di stati clinici tesi a giustificare la decisione di attribuire un *placement need* alto, la REMS, per un soggetto che col tempo ha modificato alcune delle proprie caratteristiche cliniche. I passaggi

all'interno del sistema penitenziario, e tra questi e le realtà esterne dipartimentali, potrebbero beneficiare di valutazioni che integrino la valutazione clinica e dei bisogni di cura con assi più propriamente forensi come la priorità ad intervenire in senso residenziale, la copresenza di aspetti antisociali e psicopatici, la simulazione, l'*addiction* per le sostanze, la disponibilità ad assumersi la responsabilità della cura. Laddove possibile, andrebbero attivati interventi proattivi nelle situazioni familiari più problematiche e instabili, in cui il *caregiver* si vede costretto a sporgere denuncia contro il familiare, spesso il figlio/a, per l'impossibilità di gestire senza interventi più assertivi i momenti di acuta crisi domestica (Pellegrini & Paolillo, 2019; Castelletti et al., 2023).

### **1.6 La sentenza 22/2022 della Corte Costituzionale del 27.01.2022**

Questa sentenza, a mio parere (anche in considerazione del ruolo di giudice del Tribunale di Sorveglianza), costituisce uno spartiacque, tra un prima e un dopo, in quanto la Corte Costituzionale, evidenziati alcuni punti critici presenti nell'attuale stato dell'arte, propone possibili percorsi per la soluzione, o il miglioramento, di alcuni aspetti.

La sentenza 22/2022 della Corte Costituzionale del 27.01.2022 è pubblicata in G.U. il 02.02.2022 afferma che l'applicazione concreta delle norme vigenti in materia REMS presenta numerosi profili di frizione con i principi costituzionali, che il Legislatore deve eliminare al più presto. Dall'istruttoria disposta dalla Corte è emerso che nel 2022 erano tra 670 e 750 le persone in attesa di trovare una collocazione in REMS, nella propria regione o altrove. La permanenza media in una lista d'attesa è pari a circa dieci mesi; ma in alcune Regioni i tempi per l'inserimento in REMS possono essere assai più lunghi. Si rileva, pertanto, una grande disomogeneità nel territorio nazionale. La Corte ha affermato che occorre con urgenza elaborare, definire e redigere criteri uniformi di tenuta delle liste d'attesa e di priorità per l'accesso in REMS. Le persone che si trovano in lista d'attesa sono spesso accusate - o risultano ormai in via definitiva - di essere autrici di reati gravi quali, tra gli altri, maltrattamenti in famiglia, atti persecutori, violenza sessuale, rapina, estorsione, lesioni personali, omicidi, tentati e consumati. La Corte sottolinea la problematicità dell'esistenza di liste d'attesa nell'esecuzione

di provvedimenti emessi dall'Autorità Giudiziaria nei confronti di soggetti autori di reato, sul presupposto della loro pericolosità sociale e, dunque ai sensi dell'art. 203 cod. pen., sulla base della valutazione di probabilità che essi commettano nuovi fatti previsti dalla Legge come reati. Per loro natura, simili provvedimenti dovrebbero essere immediatamente eseguiti, così come destinate a essere immediatamente eseguite sono le misure cautelari previste dal codice di procedura penale che si fondano sulla necessità di prevenire rischi, in particolare, il pericolo di commissione di gravi reati da parte dell'imputato (art. 274, c. 1, lett. C del Cod. di Procedura Penale). Pertanto, un diffuso e significativo ritardo nell'esecuzione dei provvedimenti in esame comporta un difetto sistemico di effettività nella tutela dell'intero insieme dei diritti fondamentali che l'assegnazione a una REMS mira a tutelare. Occorre considerare le potenziali vittime di aggressioni che il soggetto affetto da patologie psichiche, e già autore spesso di gravi o gravissimi fatti di reato, potrebbe nuovamente fare oggetto di violenza e che l'ordinamento ha il dovere di prevenire. Dall'altro, la mancata tempestiva esecuzione di questi provvedimenti lede, al contempo, il diritto alla salute del malato al quale, nell'attesa, non vengono praticati i trattamenti, rientranti a pieno titolo tra i LEA, che dovrebbero invece essergli assicurati per aiutarlo a superare la propria patologia e a reinserirsi gradualmente nella società. L'Ufficio parlamentare di bilancio osserva che le liste d'attesa sono compilate con criteri esclusivamente cronologici, senza l'osservanza di criteri di priorità, cui da tempo si fa invece ricorso per altre prestazioni sanitarie, il che impedisce di affrontare tempestivamente i casi più gravi, in cui si rende necessario un trattamento sanitario urgente e/o una misura di sicurezza immediata. Individua, inoltre, tra i fattori di criticità, la scarsa conoscenza - da parte di periti e consulenti tecnici dell'Autorità Giudiziaria - della disponibilità di strutture diverse dalle REMS sul territorio regionale; il basso turn-over nelle REMS, dovuto anche all'insufficiente rivalutazione periodica della pericolosità sociale, sia dei soggetti internati, sia di quelli in lista d'attesa; l'insufficienza dei piani terapeutico-riabilitativi individuali; l'aumento dei costi di gestione delle REMS, dovuto anche alla tendenza all'impiego di istituti di vigilanza privata per il mantenimento dell'ordine e la prevenzione di aggressioni. Risulta quindi una generale carenza

dei servizi territoriali dedicati alla salute mentale, che rende problematico individuare soluzioni alternative al ricovero in REMS.

Alla data del 31 luglio 2021 si rileva la presenza di 36 REMS attive (tra definitive e provvisorie) sul territorio nazionale, per un totale di 652 posti letto disponibili, di cui 596 occupati; la dotazione a regime dovrebbe innalzarsi a circa 740 posti letto.

Il Ministro della Salute evidenzia come fattore di criticità la difficoltà, da parte degli attori coinvolti, di un cambio di paradigma culturale sotteso alla riforma promossa con la Legge 81/2014, secondo il quale la malattia mentale non è più un male incurabile ma “un disturbo, di natura anche sociale, curabile o almeno gestibile nell’ambito di un percorso di vita che tenda all’autonomia”.

Proprio l’applicazione del principio di *extrema ratio* della misura di sicurezza detentiva, verosimilmente a causa della scarsa fiducia nelle misure di sicurezza non detentive e della debolezza costituzionale dei DSM, sarebbe alla base dell’aumento delle richieste di ricovero che non hanno trovato esecuzione.

Sia il Ministero della Giustizia, sia il Ministero della Salute concordano sulla necessità di adottare con urgenza le seguenti misure:

- il rafforzamento della rete dei servizi per la salute mentale (per qualificare e ampliare l’offerta assistenziale)
- un maggior coordinamento e un più ampio dialogo fra le Istituzioni (compresi momenti di formazione congiunti, anche per favorire il ricorso all’intera gamma delle misure disponibili)
- la definizione di criteri uniformi di tenuta delle liste di attesa e di priorità per l’accesso in REMS
- la previsione di meccanismi di rivalutazione periodica della condizione giuridica e sanitaria delle persone destinatarie di misure di sicurezza detentive in REMS
- l’adozione di accordi straordinari di soccorso interregionale
- la revisione della disciplina codicistica.

La Corte Costituzionale ha inoltre osservato che la totale estromissione del Ministro della Giustizia da ogni competenza in materia di REMS, e dunque in materia di esecuzione di misure di sicurezza disposte dal giudice penale, non è compatibile con l'art. 110 della Costituzione, che assegna al Guardasigilli la responsabilità dell'organizzazione e del funzionamento dei servizi relativi alla Giustizia.

Di qui il monito al Legislatore affinché proceda, senza indugio, a una complessiva riforma di sistema che assicuri assieme:

- un'adeguata base legislativa alla misura di sicurezza
- la realizzazione e il buon funzionamento, sull'intero territorio nazionale, di un numero di REMS sufficiente a far fronte ai reali fabbisogni, nel quadro di un complessivo e altrettanto urgente potenziamento delle strutture sul territorio in grado di garantire interventi alternativi adeguati alle necessità di cura e a quelle, altrettanto imprescindibili, di tutela della collettività
- forme di idoneo coinvolgimento del Ministro della Giustizia nell'attività di coordinamento e monitoraggio del funzionamento delle REMS esistenti e degli altri strumenti di tutela della salute mentale degli autori di reato, nonché nella programmazione del relativo fabbisogno finanziario.

### **1.7 Patto di legalità/Magistratura**

L'applicazione della legge 81/2014 orienta verso nuovi concetti legati alla cura. Alla logica del posto-letto occorre sostituire una concezione orientata ai percorsi terapeutico-riabilitativi e alla responsabilizzazione reciproca.

La letteratura scientifica e l'esperienza clinica rilevano che il percorso giudiziario, in alcune situazioni, può promuovere e sostenere il percorso di cura. In altri casi, invece, costituisce un aspetto critico poiché il percorso giudiziario può condizionare negativamente la cura, limitando ad esempio le sperimentazioni verso l'esterno utili per lavorare sulle competenze relazionali e sociali del paziente.

Anche l'istituto della libertà vigilata può assumere, in determinate circostanze, delle connotazioni peculiari. Suo scopo precipuo, infatti, può non essere quello di consentire un

controllo di pubblica sicurezza, ma quello di imporre al libero vigilato un contatto, che potrebbe non avvenire, con le Strutture psichiatriche e riabilitative territoriali. Questo è il profilo che può orientare la decisione del Magistrato sulle proroghe della misura di sicurezza, posto che dal punto di vista dei controlli delle Forze dell'Ordine non risultano spesso gravi violazioni alle prescrizioni.

La Magistratura dovrebbe provare a stipulare un patto per la legalità con questi soggetti.

Da quanto sopraesposto si può evincere che si tratta di due patti (quello di cura e quello di legalità e sicurezza), di due percorsi autonomi e specifici che hanno tuttavia importanti punti di contatto e di convergenza, soprattutto negli obiettivi.

Il percorso di cura e giudiziario devono responsabilizzare e non infantilizzare i pazienti. Questa azione di responsabilizzazione è essenziale sia sul piano clinico-riabilitativo che giudiziario: la pena deve essere chiara, certa e non ambigua.

### **1.8 Le principali difficoltà terapeutiche nel trattare i pazienti psichiatrici autori di reato**

Approfondire questa tematica significherebbe entrare in un ambito complesso ed articolato che prescinde dagli scopi di questa tesi, ma ritengo sia importante, almeno, proporre alla riflessione una schematizzazione, certamente parziale e non esaustiva.

Le principali difficoltà nel trattare i pazienti autori di reato afferiscono a 3 grandi macro-aree che sono:

#### **1. del paziente:**

- assenza di una domanda di aiuto
- mancanza di una motivazione intrinseca
- timore di una osservazione clinica negativa, con conseguente proroga della misura di sicurezza
- resistenza al cambiamento
- scarsa o assente consapevolezza di malattia
- atteggiamento passivo/assistenziale
- pregressi fallimenti personali e terapeutici

- scarsa capacità di introspezione e deficit delle funzioni metacognitive
- funzioni intellettive e abilità di coping al limite o deficitarie
- presenza di sintomi negativi (apatia, anedonia, abulia, carenza di spinta vitale, ritiro, ecc.)
- confronto con vissuti espressi come colpa e rimorso
- distinguere il punto di vista soggettivo dai dati di realtà
- accedere al livello simbolico del sintomo manifesto
- stimolare la relazione con gli altri (a fronte di un deficit di intelligenza emotiva e sociale)
- tendenza a non partecipare alle attività terapeutiche e riabilitative di gruppo perché il setting viene considerato un luogo di valutazione e di giudizio e non di cura e, conseguentemente, tale da poter condizionare negativamente la propria posizione giuridica.

## 2. del Sistema sanitario e sociale

- corporativismo
- autoreferenzialità
- insufficiente dotazione di risorse umane. *“Occorre ricucire la rete pubblica dei DSM, sempre più sfilacciata”. “Occorre consentire alle Regioni fin dal 2023 un piano straordinario di assunzioni, secondo gli standard per l’assistenza territoriale dei Servizi di Salute Mentale definiti dall’Age.na.s. Si tratta di destinare, al massimo in un triennio, oltre 2 miliardi al fine di raggiungere l’obiettivo minimo del 5% del fondo sanitario per la salute mentale, come da impegno dei Presidenti delle Regioni nel 2001, richiamato anche dalla recente sentenza della Corte costituzionale n. 22 del 2022”* afferma la Lettera di appello dei Direttori Dipartimenti Salute Mentale Roma dell’11 gennaio 2023
- insufficiente formazione specialistica per curare gli autori di reato
- rigidità del sistema sanitario centrato su un approccio quasi esclusivamente residenziale nella gestione dei percorsi di cura e poco orientato a livello territoriale. Una delle distorsioni attuali del sistema sanitario nazionale si può riassumere nel concetto di

*“ospedalcentrismo”* (Vicarelli & Giarelli, 2021) ovvero nella ricerca persistente della centralità dell’ospedale rispetto al territorio

- tendenza da parte di alcuni servizi territoriali ad una presa in carico più formale che sostanziale: le visite in SR sono spesso rare, la valutazione dei bisogni e dei progetti terapeutico-riabilitativi è spesso delegata agli operatori di REMS e Comunità e i CPS hanno difficoltà ad offrire reali prospettive future, alternative residenziali e risorse per realizzare delle dimissioni e dei rientri nei territori dei pazienti che hanno differenti bisogni clinici, sociali e riabilitativi. Tali dinamiche possono rallentare le dimissioni e il reinserimento sociale di alcuni pazienti
- curare pazienti con tratti psicopatici in un setting nel quale siano compresenti soggetti fragili, manipolabili e sensibili al loro fascino perverso e superficiale costituisce una grande criticità. Le diadi che si formano, in questo caso, sono disfunzionali in quanto le dinamiche inconsce mandante/esecutore che si creano, aumentano il rischio di discontrollo emotivo e comportamentale con agiti aggressivi eterodiretti che inficiano il progetto di cura e la progettualità futura
- la presenza di pazienti con livelli di funzionamento significativamente eterogenei tende a generare conflitti tra i co-degenti, a ridurre la motivazione alla partecipazione alle attività e a condizionare negativamente il clima terapeutico della comunità
- lavorare sul disimpegno morale
- separazione netta tra sociale e sanitario con rimbalzo di competenze e conflitti per questioni economiche che riguardano le situazioni di confine (ad esempio, pazienti psichiatrici con disabilità intellettive di media gravità)
- vincolare le uscite ai permessi autorizzati dalla Magistratura può limitare le attività esterne alla SR ed il processo di reinserimento sociale dell’autore di reato
- criticità nel realizzare percorsi di accompagnamento al lavoro. Nel caso degli stranieri è ancora più difficile perché spesso c’è un problema di regolarità dei documenti. Tanti progetti riabilitativi rimangono bloccati dentro circuiti residenziali autoreferenziali senza

uno sviluppo verso una reale integrazione sociale il cui presupposto fondamentale è accedere ad un lavoro regolare, anche se protetto o part-time

- la ricerca della casa: chi accompagna alla ricerca di una casa? In tanti casi di stranieri, nessuno si occupa di affiancarli in questa fase
- la sindrome da istituzionalizzazione (apatia, mancanza di iniziativa, perdita di interessi, sottomissione, perdita dell'individualità, deterioramento delle abitudini personali, norme igieniche e degli standard generali di comportamento, ecc.)

### 3. del Sistema della Magistratura

- deficit di risorse umane. Secondo gli ultimi dati diffusi dal CSM, in tutta Italia mancano 1.652 magistrati. Rispetto ai 10.633 posti previsti nell'organico, la carenza nazionale è pari al 15,54%. Il dato statistico di partenza è quello dell'attuale vacanza media sul territorio di circa il 16% di magistrati ordinari, con punte di vuoti di organico che giungono, secondo i più recenti dati del Consiglio Superiore della Magistratura e solo per citare i vuoti maggiori, al 22, 54%, come nel caso della Sezione Distaccata della Corte d'appello di Bolzano, al 21% nel caso della Corte d'appello di Venezia, al 19.68% di Trieste, al 19.67% di Reggio Calabria o al 18.82% di Cagliari: carenze che riguardano indistintamente tutto il territorio nazionale e che comportano notevoli difficoltà organizzative per gli Uffici (Inaugurazione dell'Anno Giudiziario 2024 – Linee guida per gli interventi dei consiglieri, delibera 17 gennaio 2024)
- corporativismo
- autoreferenzialità
- deficit di digitalizzazione della PA. Manca allo stato una rete dati realmente interconnessa in modalità online tra gli uffici della Pubblica Amministrazione, certamente con diversi livelli di accesso, che tuttavia dovrebbero consentire sempre ed a tutti gli operatori la condivisione dei dati essenziali quali appunto residenza, permesso di soggiorno e/o altri documenti identificativi e sanitari attestanti appunto l'identità e la posizione socio-sanitaria nonché la posizione giuridica. Ad oggi abbiamo diverse banche dati, ma tutte

non collegate. Ad esempio la Banca Dati SDI interforze di polizia non è connessa con la Banca Dati della Magistratura e questo accade anche nel circuito sanitario e sociale. Questo problema, nell'era digitale, costituisce un limite e un ostacolo significativi alla realizzazione di un lavoro di rete, ad un lavoro che sia effettivamente organico, interdisciplinare, efficace, efficiente, compiuto e profondo

- i tempi della giustizia sono differenti da quelli della cura e della riabilitazione e tali da causare nei pazienti talvolta reazioni di rabbia, di frustrazione, di delusione e di angoscia, dovute all'attesa, e di regressione in termini di aderenza al progetto terapeutico riabilitativo
- difficoltà ad incrementare l'uso delle misure alternative alla detenzione anche per mancanza di adeguati supporti sociali che sostengano il soggetto rispetto a due assi: casa e lavoro
- favorire, mediante l'applicazione delle varie misure penali, l'avvio di un autentico processo di revisione critica delle proprie condotte antilegali

## CAPITOLO 2

### PERICOLOSITA' SOCIALE E RECIDIVA

#### 2.1 Genesi della nozione di pericolosità sociale: breve inquadramento storico

Il concetto di pericolosità sociale è in continua evoluzione e racchiude in sé una moltitudine di significati. Secondo il sentire comune costituisce una comoda “etichetta” attribuita a gruppi di persone percepite come socialmente pericolose. Per una esatta comprensione della genesi della nozione di pericolosità sociale, le cui radici affondano nel positivismo giuridico di fine Ottocento, si impone un breve e preliminare richiamo al cosiddetto sistema del doppio binario caratterizzante il nostro ordinamento penale. Si tratta, in sintesi, di un sistema fondato su due tipologie di sanzioni: la pena e la misura di sicurezza. Con il sistema sanzionatorio a doppio binario, il codice penale Rocco (1930) tentò di conciliare i principi della scuola classica di diritto penale con quelli della scuola positiva: da un lato, l’idea di un uomo libero e responsabile da punire con pena retributiva; dall’altro un uomo pericoloso, condizionato da una molteplicità di fattori sociali, ambientali, patologici, da controllare attraverso misure di sicurezza. Il risultato fu un sistema sanzionatorio incapace di concepire una sanzione unica in grado di assolvere a diverse funzioni (retributiva, prevenzione generale, prevenzione speciale). Nell’ottica dei redattori del Codice Rocco, la funzione retributiva della pena e la funzione preventiva potevano e dovevano essere perseguite e realizzate attraverso l’adozione di una tipologia di sanzioni tra loro differenti, non solo nel *nomen iuris*, ma anche nella disciplina normativa. Questo porta, allora, al sistema cosiddetto del “doppio binario”, appannaggio del Codice Rocco, che si contraddistingue, come già detto, per la sussistenza di due categorie di sanzioni: la pena e la misura di sicurezza. La pena, determinata nella sua durata, proporzionata alla gravità del fatto e alla colpevolezza del soggetto, presuppone per l’appunto la colpevolezza e quindi tutti gli elementi soggettivi su cui si fonda la responsabilità penale. La misura di sicurezza, avente un contenuto preventivo e di difesa sociale, presuppone invece la pericolosità sociale del soggetto, il che implica un giudizio, rimesso all’Autorità Giudiziaria, prognostico sulla probabilità che il

soggetto commetta nuovi reati. A differenza della pena, la misura di sicurezza non ha una durata predeterminata, ma è destinata a perdurare con il perdurare della pericolosità sociale.

Nasce così il concetto di pericolosità sociale, la cui definizione, a livello normativo, è dettata dall'art. 203 c.p., il quale testualmente prevede che: *“Agli effetti della legge penale è socialmente pericolosa la persona che, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso uno dei fatti indicati nell’articolo precedente, (vale a dire un reato o un quasi reato), quando è probabile che commetta nuovi fatti previsti dalla legge come reati”*. Riservandoci una più accurata disamina del concetto di pericolosità sociale nel prosieguo, si può anticipare già da ora che esso implica un giudizio prognostico operato dal Giudice in ordine alla probabilità che una persona possa commettere in futuro fatti previsti dalla legge come reati. Pertanto, non basta la semplice possibilità di ricaduta nel reato, bensì il legislatore esige quell'elevato grado di possibilità corrispondente al concetto di probabilità. La pericolosità sociale, nell'ambito del diritto penale, inerisce quindi alla probabilità che il soggetto compia nuovi fatti previsti dalla legge come reati, della stessa o di diversa indole: non basta, dunque, che l'individuo tenga o si possa prevedere che continui a tenere una condotta immorale, o altrimenti irregolare, ma penalmente lecita. Neppure il concetto di probabilità, su cui fa leva quello di pericolosità sociale, va confuso con quello di sospetto. Il sospetto, infatti, poggia essenzialmente su un giudizio prevalentemente soggettivo. La probabilità, invece, è indotta da elementi esterni, accertati e controllabili (De Marsico & Mazzanti, 1969; Manzini, 1985; Kennefick, 2011; Mantovani, 2021).

Bisogna ancora accennare al fatto che, nell'originaria disciplina codicistica, coeva all'entrata in vigore del Codice Rocco, erano contemplate alcune forme di presunzione di pericolosità sociale. Era lo stesso legislatore, sulla base di alcuni elementi sintomatici di pericolosità, relativi per lo più alla gravità del fatto commesso e/o alle particolari condizioni psichiche del soggetto, a presumere - con una presunzione *iuris et de iure*, cioè non suscettibile di prova contraria - la pericolosità sociale del soggetto. La Corte Costituzionale, in prosieguo di tempo, ha riconosciuto la categoria della pericolosità sociale presunta come confliggente con la

Costituzione. Di conseguenza il legislatore, con la Legge 633/86 (1986), ha abolito ogni forma di presunzione legale di pericolosità sociale dell'autore del reato ed ha ancorato il giudizio sulla pericolosità sociale ai criteri normativi indicati all'art. 133 c.p., quali i motivi a delinquere, il carattere del reo, i precedenti penali, la condotta e la vita antecedente, contemporanea e susseguente al reato, nonché le sue condizioni di vita individuali, familiari e sociali.

## **2.2 Capacità a delinquere e pericolosità sociale**

La capacità a delinquere consiste nella disposizione o inclinazione a commettere fatti costituenti reato. Arturo Rocco, artefice del codice attuale, nella Relazione al codice ha definito la capacità a delinquere come *“l'attitudine, la idoneità o potenza psicologica ad essere o divenire autore di reato”*. Come tale, va tenuta distinta innanzitutto dalla imputabilità, che costituisce il presupposto indefettibile della responsabilità penale, per cui è penalmente responsabile (e perciò punibile) solo il soggetto che al momento del fatto era capace di intendere e di volere.

La categoria giuridica della capacità a delinquere presuppone come già esistente l'imputabilità, *rectius* la responsabilità penale del reo. Essa serve piuttosto a graduare la responsabilità, a determinare il *quantum* di responsabilità, e di riverbero, la pena da applicare in concreto per il reato commesso. Richiamando alla memoria la distinzione aristotelica fra potenza e atto, potremmo dire che la capacità criminale costituisce la potenza di cui il reato è invece l'atto.

La capacità a delinquere è l'insieme delle possibilità criminali dell'individuo. E' una categoria giuridica che racchiude le predisposizioni del soggetto al reato, le tendenze al delinquere, risultanti principalmente dalla sua costituzione psichica, considerata nella sua integrità. Saleilles (1927), a proposito della capacità criminale, ha coniato l'espressione, rimasta famosa, di *“criminalità virtuale”*, intendendo con ciò dire che trattasi di una criminalità potenziale, latente, suscettibile di approdare alla realizzazione del fatto criminoso.

Nella letteratura penalistica, variegata sono state le posizioni, assunte di volta in volta dagli studiosi, intorno ai rapporti tra capacità a delinquere e pericolosità sociale, alcune delle quali assai divergenti tra loro. Se ne possono ricordare alcune, tra le principali: per diversi anni l'opinione dominante è stata quella espressa da Antolisei (2003, 2008), per il quale la

distinzione tra capacità a delinquere e pericolosità sociale non è affatto ontologica, come se capacità a delinquere e pericolosità sociale inerissero, sul piano concettuale e su quello empirico, a realtà differenti. Secondo l'autore tanto la capacità a delinquere, quanto la pericolosità sociale farebbero riferimento, come già sottolineato da Arturo Rocco, all'attitudine del soggetto a commettere fatti costituenti reato. La distinzione tra le due categorie giuridiche poggerebbe unicamente sul *quantum* di tale attitudine. Se la capacità a delinquere è l'attitudine a commettere reati, la pericolosità sociale sarebbe invece una "notevolmente" rilevante attitudine di una persona a commettere un reato. La capacità criminale, osserva Antolisei, intesa come possibilità di commettere il reato, sussiste anche quando tale possibilità è tenue. La pericolosità sociale postula invece un grado elevato di possibilità. Scrive Antolisei (2003): "*E' pericoloso non già chi può commettere un reato, ma chi probabilmente lo commetterà*". La pericolosità è un'intensa capacità criminale. Da tutto ciò discende ancora, secondo Antolisei, che il rapporto intercorrente tra capacità criminale e pericolosità sociale è il medesimo che intercorre tra *genus* e *species*. La pericolosità sociale costituisce una *species* in confronto alla capacità criminale, che ne è il *genus*. A corroborare il punto di vista di Antolisei, militano essenzialmente due argomenti, entrambi afferenti al dato normativo. Il primo fa riferimento al tenore letterale dell'art. 203 del codice penale, il quale dichiara che è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati. Il legislatore, dunque, senza tema di smentita, fa coincidere la pericolosità sociale con la probabilità, e dunque con qualcosa di più della mera possibilità, di commettere reati.

Il secondo argomento, a supporto dell'opinione espressa da Antolisei, fa leva sul fatto che tanto la capacità criminale, quanto la pericolosità sociale, per espressa disposizione normativa, vanno accertate sulla base degli stessi elementi, che sono poi gli elementi indicati nell'art. 133 c.p. Inequivoco sul punto l'art. 203 c.p., il quale dichiara: "*La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'art. 133 c.p.*". Il punto di vista di Antolisei, fin qui passato in rassegna, con l'identificare la pericolosità sociale come rilevante attitudine

del soggetto a commettere crimini e col definire la capacità criminale come attitudine del soggetto a commettere fatti costituenti reato, postula che tanto la capacità criminale quanto la pericolosità sociale siano due categorie giuridiche proiettate verso una prospettiva futura. Quest'ultimo aspetto, però, non è affatto pacifico nella dottrina penalistica. Vi sono Autori secondo i quali la categoria giuridica della capacità a delinquere farebbe riferimento soprattutto al passato, cioè al momento della consumazione del reato. In particolare, la capacità a delinquere sarebbe rivelatrice soprattutto dell'atteggiamento psichico del soggetto al momento del fatto, colorando e qualificando l'intensità del dolo o il grado della colpa (Pagliaro, 2007). Per tali Autori (Nuvolone & Manzini, 1986) la capacità a delinquere si snoderebbe sostanzialmente in un giudizio sulla personalità dell'autore del reato, sul *grado di malvagità manifestata dal soggetto con l'azione criminosa* (Nuvolone & Manzini, 1986) e, dunque, in una valutazione ancorata soprattutto al passato, a ciò che è stato fatto; di contro la pericolosità sociale si declinerebbe invece in un giudizio prognostico potenzialmente rivolto al futuro, concernente l'attitudine del soggetto a commettere (in futuro) azioni criminose. Non è possibile, infine, astenersi dal richiamare, sia pure brevemente, la posizione di Mantovani (2022), il quale, più che di prospettive temporalmente connotate (al passato o al futuro), forse con maggiore avvedutezza distingue, nell'alveo della capacità a delinquere, tra una funzione retrospettiva-retributiva intesa come capacità morale di compiere il reato commesso e che concorre a graduare la responsabilità del soggetto per tale reato e una funzione prognostico-preventiva, in quanto serve ad accertare l'attitudine del soggetto a commettere nuovi reati. Ebbene, secondo Mantovani, la pericolosità sociale, in quanto rivolta a una funzione prognostica, presenterebbe maggiori analogie con la dimensione "prognostico-preventiva" della capacità a delinquere. Ci permettiamo in questa sede soltanto di osservare come la posizione di Mantovani ben si armonizza con la *ratio-legis* sottesa all'art. 133 c.p., norma questa pacificamente riconosciuta come espressione di un sistema dualistico, punitivo-retributivo ma anche preventivo-rieducativo del diritto penale sancito anche nella Costituzione.

### 2.3 Pericolosità sociale e reato

Quanto sopra esposto circa i rapporti che intercorrono tra capacità criminale e pericolosità sociale ha dei riverberi anche sul piano dei rapporti tra pericolosità sociale e reato. La pericolosità si distingue dal reato poiché, mentre il reato costituisce un accadimento storicamente circoscritto - una condotta umana (commissiva o omissiva) che contrasta con la legge penale - la pericolosità è invece uno stato della persona, una situazione soggettiva durevole, anche se non necessariamente permanente (Mantovani, 2022). Antolisei (2003) esclude categoricamente che tra i due concetti possa sorgere una confusione. Osserva *“Poiché la pericolosità implica una situazione durevole, mentre il reato è un fatto che si puntualizza in un dato momento, la differenza che passa tra la prima e il secondo in definitiva è la stessa che intercorre tra l’essere e il causare”*. Posto dunque che, fatta eccezione per qualche voce fuori dal coro (De Marsico & Mazzanti 1969), reato e pericolosità sociale vanno tenuti distinti, dobbiamo adesso chiederci: la pericolosità sociale si accompagna sempre ad ogni reato? Risponde positivamente la Scuola Positiva, argomentando che, il fatto che un reato sia stato commesso sarebbe già sintomatico di una propensione del soggetto al crimine. E laddove vi è propensione al crimine, sempre secondo la Scuola Positiva, si rinviene *in re ipsa* una pericolosità criminale. Il reato sarebbe dunque sempre prova di pericolosità sociale. Il ragionamento seguito dalla Scuola Positiva, a ben vedere, presta il fianco a molteplici obiezioni. E’ agevole infatti replicare che, non è affatto detto che una persona che ha commesso un reato, con probabilità né commetterà un altro. Si osserva infatti che, la probabile ricaduta nel reato va ascritta, nella maggior parte dei casi, a fattori endogeni, ovverosia alle qualità della costituzione psichica dell’individuo. Ma non tutti i reati appaiono riconducibili a fattori endogeni intrapsichici. Vi sono infatti reati dovuti a circostanze esteriori, che possono anche avere carattere eccezionale. Esistono poi i delinquenti occasionali. Esistono coloro che commettono un reato in preda ad uno stato emotivo-passionale straordinario. Per non parlare poi dei reati minimi e delle contravvenzioni. Appare allora più corretto affermare, con Antolisei, che l’elemento indefettibile nel reato non sia la pericolosità sociale, quanto piuttosto la capacità

criminale. La violazione della legge penale rivela sempre la propensione e/o attitudine al reato. La pericolosità sociale è invece una qualità eventuale dell'autore del reato, che ci induce a ritenere che non ogni fatto di reato sia di per sé sintomatico di una probabilità che in futuro ulteriori fatti di reato verranno commessi dallo stesso soggetto.

#### **2.4 Importanza della pericolosità sociale nel diritto vigente**

Non sono mancati Autori, anche autorevoli (Petrocelli, 1965), che hanno disconosciuto l'importanza della pericolosità sociale nell'alveo dell'ordinamento penale. Taluno è giunto perfino a dire che il penalista può ignorarla. Tale presa di posizione, che non appare accettabile, affonda le radici nella concezione volontaristica del reato, tendente ad assolutizzare, nell'accertamento del fatto di reato, anche ai fini dell'entità della pena da irrogare in concreto, tutti quegli aspetti della condotta delittuosa che appaiono riconducibili alla volontà (dolosa o colposa) del soggetto. Il reato è fondamentalmente un fatto umano, volontario, confliggente con la norma penale. La pericolosità, invece, in quanto stato della persona, sarebbe un fatto indipendente dalla volontà dell'uomo e, come tale, carente di rilievo ai fini dell'accertamento e dell'ascrizione della responsabilità penale. L'assunto, lo abbiamo già anticipato, non appare condivisibile. E ciò per una molteplicità di ragioni. In *primis*, se può considerarsi pacifico che la pericolosità sociale sia uno stato della persona, non è altrettanto pacifico che tale stato della persona sia connotato esclusivamente da elementi e/o aspetti inconsapevoli, inconsci, intrapsichici e comunque involontari. E' vero piuttosto che quello stato soggettivo, in cui si sostanzia la categoria giuridica della pericolosità sociale, spesso è il risultato di atti volontari dell'agente, come dimostrano i fenomeni dell'abitualità criminosa e della professionalità nel reato. Bisogna poi considerare che il Codice Rocco, a differenza del previgente Codice, ha accolto in modo esplicito la nozione della pericolosità sociale, esibendone anche una definizione che si rinviene all'articolo 203 c.p. Inoltre il Legislatore, al fine di arginare il pericolo che la nozione di pericolosità sociale restasse mero *flatus vocis*, o comunque una sorta di *tabula rasa*, suscettibile di rimanere in balia delle più disparate ed arbitrarie interpretazioni, ha espressamente ancorato il concetto di pericolosità sociale ad un parametro normativo: esso

è l'art. 133 c.p. con le circostanze in esso indicate. E molte di tali circostanze, si pensi all'intensità del dolo o della colpa, o ai motivi a delinquere, incontestabilmente appaiono riconducibili alla sfera volitiva del soggetto. Ergo, il nostro legislatore, optando non solo per una definizione normativa della pericolosità sociale (art. 203 c.p.), ma anche per una espressa indicazione dei parametri da cui la stessa deve desumersi (art. 133 c.p.) ha fugato ogni dubbio sulla rilevanza - oltre che sulla piena cittadinanza - della categoria giuridica della pericolosità sociale nel nostro ordinamento penale. Del resto non pochi, né di marginale importanza, sono gli ambiti del diritto penale in cui la categoria della pericolosità sociale viene in rilievo. La pericolosità è innanzitutto il presupposto indefettibile per l'applicazione delle misure di sicurezza. Ma non solo è la ragione giustificatrice di questi provvedimenti, ma è anche il criterio per la determinazione della loro durata.

Inoltre, influisce sulla qualità e sulla misura della pena (si pensi agli aumenti di pena dovuti alla recidiva). Esercita un ruolo decisivo negli istituti della sospensione condizionale della pena e del perdono giudiziale, della liberazione condizionale, così come per l'applicazione di misure alternative alla detenzione, quali l'affidamento in prova ai servizi sociali e la semilibertà: tutti questi istituti sono infatti suscettibili di applicazione quando si può presumere che il soggetto si asterrà in futuro dal commettere nuovi reati (per cui presuppongono la mancanza di pericolosità). Infine, l'importanza della pericolosità nel nostro ordinamento penale, è dimostrata dal fatto che il codice ne ha previsto e disciplinato quattro forme specifiche: la recidiva, l'abitudine criminosa, la professionalità nel reato e la tendenza a delinquere.

## **2.5 Accertamento della pericolosità**

Si è già accennato al fatto che, nel nostro ordinamento, le residue ipotesi di pericolosità presunta, ancora contemplate dal Codice Rocco, sono venute definitivamente a cadere con la Legge 10/10/1986 n. 663. Pertanto, nel nostro ordinamento la pericolosità deve essere accertata di volta in volta dal Giudice. La giurisprudenza, insieme alla dottrina, è unanime nel riconoscere un carattere prognostico al giudizio che il magistrato è chiamato ad emettere ai fini dell'accertamento della pericolosità sociale. La pericolosità sociale è dunque il risultato di un

giudizio prognostico, effettuato dal Giudice, tenuto conto dei criteri indicati all'art. 133 c.p., il quale, prendendo in specifica considerazione la gravità dell'illecito e la capacità a delinquere del soggetto, ritiene probabile che quest'ultimo compia altri fatti costituenti reato (Fazel et al., 2010b).

L'art. 203 c.p., secondo comma, come già rilevato, precisa che *“la qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'art. 133”*: occorre quindi fare riferimento sia al reato commesso, valutandone la gravità soggettiva e oggettiva, sia agli elementi sui quali si fonda il giudizio sulla capacità a delinquere (motivi a delinquere, carattere del reo, precedenti penali e giudiziari, ecc.). In concreto il Giudice deve ricostruire il quadro generale della personalità del reo, e, sulla base di un giudizio intuitivo, formulare una prognosi criminale. Secondo Mantovani (2022) il giudizio sulla pericolosità si articola in due momenti: a) l'accertamento delle qualità indizianti, da cui si desume la probabile commissione di nuovi reati; b) la cosiddetta prognosi criminale, cioè il giudizio sul futuro criminale del soggetto, effettuato sulla base di tali qualità. Sempre Mantovani osserva che, per quanto la commissione di un reato (o quasi reato) costituisca un presupposto imprescindibile del giudizio di pericolosità sociale, il giudizio non si fonda *sic et simpliciter* sul reato, quanto piuttosto sulla personalità del soggetto nel suo complesso. Ne discende che il reato commesso viene in rilievo non in quanto tale, ma in quanto rientrante nel novero di tutti quegli elementi che l'art. 133 c.p., comma secondo indica al fine di valutare la pericolosità sociale. In giurisprudenza, peraltro, è stato di recente osservato che l'accertamento sull'attuale pericolosità sociale ai fini dell'applicazione della misura di sicurezza implica la valutazione non solo della gravità del fatto di reato, ma anche di fatti successivi, come il comportamento tenuto dal reo durante l'espiazione della pena (quale risultante, ad esempio, dalle relazioni comportamentali e dall'eventuale concessione di benefici penitenziari o processuali), o come il comportamento tenuto successivamente alla riacquistata libertà.

Appare ancora doveroso sottolineare come il giudizio sulla pericolosità sociale del reo sia appannaggio del magistrato. Significativa, a tal proposito, la sentenza che esprime sempre la

superiorità decisionale del magistrato rispetto al responso del perito. *“La nozione di pericolosità sociale come individuata ai sensi dell’art. 203 c.p. non può essere confusa con la pericolosità valutata esclusivamente sul piano psichiatrico in riferimento alla natura e alla evoluzione dello stato patologico del soggetto, sicché la valutazione indicata all’art. 203 c.p. costituisce compito esclusivo del Giudice, il quale non può abdicarvi in favore di altri soggetti né rinunciarvi, pur dovendo tenere conto dei dati relativi alle condizioni mentali dell’imputato ed alle implicazioni comportamentali eventualmente indicate dal perito”*.

Altra sentenza specifica come *“il Giudice dovrà pertanto tenere conto dei rilievi peritali sulla personalità, sugli effettivi problemi psichiatrici, sulla loro evoluzione, ma anche di ogni altro elemento desumibile dall’art. 133 c.p., fra cui la gravità dei reati commessi, le condizioni di vita dell’infermo, il suo ambiente familiare e sociale, i supporti su cui può contare all’esterno, così da approdare ad un giudizio di pericolosità che deve essere quanto più possibile esaustivo e completo”*. Ergo la pericolosità sociale intesa come probabilità della commissione di nuovi reati, non va confusa con la pericolosità valutata sul piano psichiatrico. La prima resta di stretta competenza giurisdizionale, pur dovendo il Giudice tenere conto dei dati relativi alle condizioni mentali ed alle implicazioni eventualmente indicate dal perito.

## **2.6 Pericolosità sociale psichiatrica**

Nell’accertamento della pericolosità sociale psichiatrica il magistrato si avvale dell’ausilio di un perito da lui nominato (Fazel et al., 2014b; Neumann et al., 2015). Successivamente, nel caso in cui il soggetto stia eseguendo la misura di sicurezza presso una SR, in occasione del periodico riesame della pericolosità sociale, può accadere che il magistrato richieda al perito di rivalutare il paziente, così come può scegliere di avocare a sé la decisione. In entrambi i casi, però, generalmente richiede una valutazione anche ai responsabili della struttura presso cui è in esecuzione la misura di sicurezza.

Ci limiteremo, in questa sede, ad accennare agli aspetti fondamentali che devono essere presenti in una valutazione clinica psichiatrica che ha come scopo quello di fornire elementi utili al

giudice per decidere sulla pericolosità sociale dell'autore di reato con problematiche psicopatologiche.

La relazione clinica per il riesame della pericolosità sociale psichiatrica deve contenere le consuete informazioni relative a: riferimenti anagrafici del paziente; riferimenti della sua pratica giudiziaria; data di presa in carico residenziale; servizio inviante; diagnosi di invio ed eventuale revisione in seguito all'osservazione; terapia in atto; sintesi del percorso riabilitativo.

In sostanza, il tutto dovrebbe essere sintetizzato in un Piano Terapeutico-Riabilitativo Individualizzato (PTRI) che, in molti Servizi e in buona parte delle regioni italiane, viene ormai utilizzato come guida di progetto e garantisce a tutti gli interlocutori coinvolti (Servizi, Magistrati, Avvocati, ecc,) una visione unitaria della progettazione per l'autore di reato e gli obiettivi di cura (Bartol & Bartol, 2021).

Nella valutazione occorre prendere in esame analiticamente i cosiddetti “indicatori interni ed esterni della pericolosità” (Fornari, 2024), propri della patologia di cui il soggetto è portatore.

Gli indicatori interni sono:

1. presenza e persistenza di florida sintomatologia propria della patologia psicotica e/o caratteriale (personalità)
2. assenza di consapevolezza di malattia
3. atteggiamento oppositivo o non aderente nei confronti del trattamento terapeutico e riabilitativo prescritto
4. scarsa o nulla efficacia del trattamento effettivamente praticato (purché adeguato sotto il profilo qualitativo e del range terapeutico)
5. segni di disorganizzazione cognitiva e impoverimento ideo-affettivo, relazionale e della funzione di critica e giudizio
6. storia psichiatrica significativa ed eventi critici avvenuti nel corso della presa in carico.

Gli indicatori esterni della pericolosità sociale sono:

1. ambiente socio familiare di appartenenza
2. la presenza o meno di adeguati servizi psichiatrici e sociali territoriali

3. possibilità reale di realizzare un reinserimento sociale
4. opportunità di sistemazione logistica
5. il rifiuto di precedenti frequentazioni influenti sulla condotta deviante.

## **2.7 Riforma dei criteri della pericolosità sociale di cui alla Legge del 30 maggio 2014 n. 81**

La legge n. 81 del 2014 apre una nuova fase per l'applicazione delle norme sulle misure di sicurezza, poiché incide direttamente sulla pericolosità sociale e i relativi criteri di accertamento, nonché sulla durata massima delle misure di sicurezza detentive, scardinando definitivamente uno dei profili più significativi della disciplina in questione, cioè, la mancanza di una previsione circa la durata massima della misura. L'art 1 comma 1 lettera b) stabilisce, infatti, che *“Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”*. Dalla lettera della legge emerge chiaramente che l'applicazione dell'OPG o CCC deve essere esclusivamente residuale e limitata a solo quei casi in cui misure diverse non siano idonee e adeguate a far fronte alle esigenze di cura del soggetto e, contemporaneamente, anche alle esigenze di controllo della pericolosità. In ogni altro caso il Giudice deve applicare, anche provvisoriamente, una misura diversa dall'OPG e CCC. Inoltre, segue la specificazione circa la valutazione della pericolosità sociale che deve essere effettuata sulla base delle qualità soggettive della persona ex art. 133 c.p., ma con esclusione dei parametri di cui al comma 2 n. 4, cioè delle “condizioni di vita individuale, familiare e sociale”, quali indicatori esterni per procedere nell'accertamento. La disposizione in questione confligge

apertamente con la funzione direttiva che, fino ad ora, tali indicatori esterni, elaborati dalla psichiatria forense, hanno svolto per i professionisti del settore. È evidente, poi, il contrasto - alla luce delle novità legislative - con quanto previsto dall'art. 203 comma 2 che, in materia di giudizio sulla pericolosità sociale, richiama i criteri di cui all'art. 133 c.p. In altri termini, viene introdotta una disciplina speciale per quanto riguarda i soggetti affetti da vizio totale o parziale di mente, mentre rimane invariata la nozione generale di pericolosità di cui all'art. 203 c.p. La norma inoltre dispone che *“non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali”*. La finalità è, ovviamente, quella di impedire una proroga della misura anche qualora la pericolosità sociale del soggetto sia venuta meno o scemata, sulla base della mancanza di un programma terapeutico elaborato e attivabile in strutture esterne. Pratica da sempre oggetto di polemiche e critiche per la violazione dei più fondamentali diritti umani. Ne segue, tuttavia, che la responsabilità circa la presa in carico e l'assistenza di queste persone ricade principalmente sui servizi sanitari regionali, più specificatamente comunali, ed è fondamentale, per questo motivo, che le Regioni e la Magistratura stabiliscano dei rapporti di collaborazione, basati sullo scambio di informazioni relative alle persone internate.

Sono però rilevanti le critiche mosse nei confronti della nuova disciplina delle misure di sicurezza detentive prevista da questa disposizione. A partire dall'Associazione Nazionale Magistrati e dal Coordinamento dei Magistrati di Sorveglianza che esprimono le loro perplessità e preoccupazioni; analogamente, la Società Italiana di Criminologia rende noti i suoi dubbi circa un giudizio di pericolosità che, escludendo le condizioni di vita individuale, familiare e sociale, torna a considerare il soggetto secondo una *“visione vetero-lombrosiana di un uomo ad una dimensione che delinque ed è da giudicarsi pericoloso solo sulla scorta delle sue caratteristiche individuali”*.

Si realizzerebbe in tal caso una pericolosità sociale “decontestualizzata”: cioè, si ritornerebbe ad una “nozione biologica di pericolosità sociale” ancorata esclusivamente a caratteristiche

personali, psicologiche e psichiatriche del soggetto, quando la stessa psichiatria sottolinea l'impossibilità di prescindere dal contesto familiare, sociale e ambientale ai fini del giudizio.

La stessa decontestualizzazione è accentuata dalla seconda delimitazione al giudizio di pericolosità, cioè che la sola mancanza di programmi terapeutici individuali non può essere elemento per fondare l'accertamento circa l'esistenza della pericolosità sociale. Di fatti, anche tali fattori (la presenza di programmi terapeutici e di servizi psichiatrici in grado di garantire tali percorsi individuali) concorrono nel contesto di cui la giurisprudenza ha sempre tenuto conto nel giudizio di pericolosità.

Dunque, secondo parte della dottrina e anche parte della magistratura, la pericolosità sociale non può prescindere dalle circostanze e dagli indicatori esterni, poiché le sole condizioni psicologiche o di infermità non possono essere considerate *“una caratteristica specifica del sofferente psichico, ma [un’articolazione complessa] di interazioni socio-psico-patologiche di ogni autore di reato”*. La pericolosità sociale dovrebbe, perciò, essere intesa *“in un’accezione situazionale, perché il soggetto non è una monade, ma va calato nel contesto sociale e familiare di riferimento”*.

Riflettendo diversamente, l'esclusione dei criteri di cui al comma 2 n. 4 dell'art. 133 c.p. rappresenta una soluzione doverosa per riportare entro i parametri di legittimità la disciplina della pericolosità sociale e, di conseguenza, per porre un freno alle proroghe ingiustificate delle misure di sicurezza, sulla base del semplice pretesto della mancanza di un programma terapeutico alternativo o di adeguato sostegno familiare o sociale. Evidenti sono, infatti, le violazioni di fondamentali principi costituzionali, a partire dal diritto alla salute, nonché alquanto paradossale appare una tale situazione in cui le misure di sicurezza dell'OPG o CCC dovrebbero rispondere ad esigenze di cura, ma in cui, realmente, la sanzione risulta prolungata indiscriminatamente con importanti ripercussioni sullo stato psichico dei soggetti internati. Si tratterebbe sostanzialmente, in riferimento alle limitazioni introdotte per l'accertamento della pericolosità sociale del soggetto infermo e seminfermo autore di reato, di norme emanate in *bonam partem*, quindi favorevoli. Infatti, interpretando restrittivamente la norma, le condizioni

di vita individuali, familiari e sociali, dovrebbero aver peso nel giudizio se funzionali all'esclusione della pericolosità sociale; al contrario non si dovrebbero considerare nell'ipotesi di un giudizio positivo sulla pericolosità. È da sottolineare, inoltre, che le limitazioni introdotte dalla legge n. 81 del 2014, specie la mancanza di adeguati supporti psichiatrici esterni su cui fondare l'esistenza o la persistenza della pericolosità, possono essere un efficace stimolo per una più celere attivazione dei servizi territoriali di salute mentale che la legge in questione richiede (e come era già stato auspicato dalla Commissione Marino). Tuttavia, si dovrebbe anche considerare il lato opposto della medaglia: ovvero, che non sempre le proroghe alle misure di sicurezza sono previste per ragioni di difesa sociale ma piuttosto per la piena consapevolezza che sul territorio non sono presenti programmi terapeutici adeguati e che, in assenza anche di un supporto familiare, quelli dimessi sarebbero rimasti soli, esposti a recidive in termini sia di scompensi clinici psichiatrici, sia di recidive criminali.

## **2.8 Recidiva come “sintomo” di pericolosità sociale**

In generale recidiva significa ricaduta. Come si evince dal tenore letterale dell'art. 99 c.p., la recidiva è la condizione personale di chi *“dopo essere stato condannato per un reato, ne commette un altro”*. Essa presuppone dunque la commissione di un precedente reato. Occorre però che questo sia stato accertato giudizialmente con sentenza passata in giudicato. Pacifica deve essere dunque l'ascrizione della responsabilità penale del soggetto per il pregresso reato commesso.

Tre sono le forme di recidiva: semplice, aggravata e reiterata. E' recidivo semplice chi, dopo essere stato condannato per un reato, ne commetta un altro. La recidiva sussiste qualunque sia il tempo trascorso dalla precedente condanna. La recidiva aggravata comprende tre sotto-categorie: la recidiva specifica, se il nuovo delitto non colposo sia della stessa indole, la recidiva infra-quinquennale, se il nuovo delitto non colposo sia stato commesso nei cinque anni dalla precedente condanna, nonché la recidiva vera e finta, configurabili, rispettivamente, nei casi in cui il nuovo delitto non colposo sia stato commesso durante o dopo l'esecuzione della pena, ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottragga volontariamente all'esecuzione della

pena. Qualora concorrano più circostanze fra quelle descritte (cosiddetta recidiva pluriaggravata), l'aumento di pena è della metà. Si parla invece di recidiva reiterata nel caso in cui un altro delitto non colposo venga commesso da chi era già recidivo. Per quel che concerne i rapporti tra recidiva e pericolosità sociale, per quanto alla recidiva si attribuisca comunemente la natura giuridica di circostanza aggravante, inerente la persona del colpevole, non vi è dubbio però che la recidiva debba essere annoverata tra gli indici indicativi della pericolosità sociale (Madeddu & Dazzi, 2008). Alla recidiva fa espresso riferimento l'art. 133 c.p., già più volte richiamato, quale norma cui rimanda l'art. 230 c.p. ai fini della valutazione della pericolosità sociale. La recidiva pertanto dispiega un'incidenza nel giudizio prognostico del Giudice ai fini della decisione sulla capacità a delinquere del colpevole e sulla probabilità di commissione di nuovi reati. Invero, però, la recidiva non comporta di per sé l'applicazione di una misura di sicurezza, ma consente di adeguare il trattamento sanzionatorio ad un fatto che, per la sua riprovevolezza e per la maggiore pericolosità del suo autore, richiede un aggravamento di pena. Come per le misure di sicurezza, anche in tema di recidiva si presta maggiore attenzione alle condizioni soggettive dell'autore del reato piuttosto che ai fatti che compongono la singola fattispecie incriminatrice. Da parte di un'attenta dottrina (Pulitanò, 2021), è stato osservato che la recidiva, quale circostanza aggravante speciale e quale indice di pericolosità sociale che si traduce in un aumento di pena per il fatto di avere commesso un pregresso reato, assolverebbe soprattutto ad una funzione deterrente e di prevenzione speciale della pena, finalizzata alla dissuasione del singolo dalla commissione di nuovi reati. Così facendo la sanzione sembra assumere un compito intimidatorio che mal si concilia con la funzione costituzionalmente orientata della pena.

Tornando ai rapporti tra recidiva e pericolosità sociale, ribadito che la recidiva rientra tra gli elementi indicatori della pericolosità sociale, è pur vero - come osservato da Mantovani (2022) - che la recidiva, rispetto alla pericolosità sociale, si potrebbe dire funga da indicatore "oggettivo" della pericolosità sociale. Mentre rispetto agli altri elementi elencati all'art. 133 c.p., ai fini del giudizio di pericolosità sociale, si dà un certo margine di discrezionalità alla

valutazione del Giudice, con l'aggravante della recidiva sembra invece imporsi l'equazione recidivo uguale a persona socialmente pericolosa. In altri termini il passaggio tra recidiva e giudizio di pericolosità sociale è consequenziale. Ecco allora come le presunzioni di pericolosità sociale, uscite dalla porta con la Legge 663/86 (1986), rientrano dalla finestra attraverso la prassi giurisprudenziale, come forme sintomatiche di pericolosità sociale. Tutto ciò non può non suscitare, quantomeno, delle riserve, sulla legittimità costituzionale dell'istituto della recidiva, proprio nei suoi rapporti con la pericolosità sociale. Il nostro ordinamento penale è infatti improntato e sorretto dal principio di offensività, secondo cui non può esservi reato senza un'offesa reale e concreta ad un bene giuridico.

L'istituto della recidiva, e in particolare i riverberi che tale istituto ha sulla pericolosità sociale, con il suo consequenziale aumento di pena, sottende invece una logica che si richiama ancora (purtroppo) al diritto penale d'autore che, come noto, tende ad ancorare la pena, più che alla lesione o messa in pericolo di un bene giuridico, alle qualità personali dell'autore del reato.

## **CAPITOLO 3**

### **OBIETTIVO DELLA RICERCA**

Il progetto di ricerca presentato a seguire si pone, principalmente, il seguente obiettivo: valutare il rischio di recidiva clinica e criminale in relazione ai profili psicopatologici, criminologici e di tipo anagrafico, sociale e giuridico che qualificano i pazienti affetti da disturbi mentali, autori di reato, che costituiscono il campione.

Per conseguire tale obiettivo si è analizzato il profilo di pericolosità sociale e il rischio di recidiva di comportamenti violenti e di reato. I risultati attesi sono auspicabilmente correlati alla possibilità di dare risposte esaustive ad una serie di interrogativi irrisolti sia nella pratica clinico-forense sia in relazione alle difficoltà che emergono nell'operatività che guida il lavoro della Magistratura.

## **CAPITOLO 4**

### **MATERIALI E METODI**

#### **4.1 Disegno dello studio**

È un progetto pilota con un disegno di studio trasversale composto da gruppi a confronto, costituiti da pazienti affetti da disturbi mentali, autori di reato ed inseriti in Strutture a diversa intensità di cura e contenimento (territorio, comunità, carcere).

Il campione è costituito da 3 gruppi, definiti dalle seguenti macro categorie:

1. territorio: CPS, ambulatorio psichiatrico forense, CD, SERD e DH
2. comunità: CPA, CRA, CPM, CRM, appartamento protetto e casa alloggio
3. carcere (luogo per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive)

##### **4.1.1 Descrizione degli Enti ospitanti la ricerca**

Gli enti partecipanti alla ricerca sono:

1. Fondazione Adele Bonolis AS.FRA di Vedano al Lambro (struttura psichiatrica privata lombarda accreditata) - costituita da quattro comunità terapeutiche: 2 CPA e 2 CRA, che ospitano 20 pazienti ciascuna, tutti affetti da patologia mentale.
2. UOPG ASST-Rhodense – che gestisce pazienti con misure giudiziarie, utilizzando 3 strutture residenziali psichiatriche e un ambulatorio psichiatrico per il coordinamento dell'intero lavoro.
3. Casa Circondariale di Monza – Articolazione psichiatrica in carcere che si rivolge alla popolazione detenuta e al reparto di osservazione presente in Istituto.
4. DSMD dell'ASST Valcamonica - costituito da strutture e Servizi deputati alla cura, assistenza e tutela della salute mentale del territorio dell'ASST di Valcamonica.

##### **4.1.2 Tipo di studio, numerosità e giustificazione del campione**

Lo studio trasversale riguarda i pazienti affetti da disturbi mentali, autori di reato, coinvolti nei diversi enti sedi della ricerca nel corso di due anni (2023-2024).

Le istituzioni coinvolte hanno selezionato i pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato, che costituiscono rispettivamente tre campioni di ricerca:

1. Territorio: 7 pazienti
2. Comunità: 27 pazienti
3. Carcere: 16 pazienti

Il calcolo della dimensione dello studio è determinato dall'effettiva disponibilità delle strutture coinvolte.

## **4.2 Partecipanti e reclutamento**

### **4.2.1 Criteri di inclusione e di esclusione**

I criteri di inclusione per selezionare e coinvolgere i soggetti nella presente ricerca sono tre:

1. Presenza di diagnosi psichiatriche primarie
2. Maschi e femmine di età compresa dai 18 ai 65 anni
3. Pazienti con disturbo mentale autori di reato

I criteri di esclusione sono i seguenti:

1. Demenze e deficit cognitivi gravi
2. Disabilità intellettive gravi
3. Deficit sensoriali gravi
4. Mancata comprensione del linguaggio italiano tale da impedire la somministrazione degli strumenti di valutazione

### **4.2.2 Raccolta dati**

Al fine di garantire che i dati personali dei singoli partecipanti non fossero direttamente attribuibili a loro, è stata effettuata una pseudo-anonimizzazione, tramite codice alfanumerico, fin dall'inizio della raccolta dati. I nominativi dei partecipanti sono stati archiviati separatamente. Tutti i dati raccolti sono stati archiviati elettronicamente e protetti da password e sono stati – ed, eventualmente, verranno - utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca. Il tipo di dati raccolti sono numeri che quantificano variabili psicologiche e psicopatologiche e contengono informazioni di varia natura: criminologica, forense e clinica presenti nelle cartelle cliniche. Inoltre la valutazione statistica dei dati è stata effettuata da ricercatori indipendenti sui dati già anonimizzati.

#### **4.2.3 Modalità di coinvolgimento del campione**

Ai pazienti è stato proposto di partecipare allo studio attraverso un invito diretto durante un colloquio clinico: i soggetti che hanno aderito alla ricerca hanno firmato un consenso informato scritto. Qualora giuridicamente il paziente risultasse amministrato o tutelato, l'autorizzazione è stata firmata dall'Amministratore di Sostegno o dal Tutore.

#### **4.2.4 Database**

I dati analitici a supporto della tesi di ricerca sono il risultato della somministrazione di una batteria di dieci test, unitamente alla scheda creata ad hoc per la definizione dei dati anagrafici, clinici e criminologici dei 50 soggetti reclutati.

I risultati dei test sono riportati, originariamente, su classico supporto cartaceo pre-formattato.

I dati sono, poi, stati trasferiti in un formato digitale in un foglio di MS Excel per l'elaborazione statistica.

Il supporto cartaceo viene conservato e considerato il punto di riferimento ultimo, in caso di dubbi su eventuali imprecisioni dei dati digitalizzati.

Allo scopo di minimizzare la possibilità di errori di registrazione sono state utilizzate tecniche di validazione diretta e incrociata:

- laddove le domande dei test propongono una scelta tra "n" possibili, la valorizzazione nelle corrispondenti celle di tabella avviene scegliendo uno dei possibili valori
- laddove i test prevedano risposte numeriche quantitative, vengono introdotti opportuni controlli di validità
- laddove risultati finali o intermedi di un test derivano dai valori di altre specifiche celle, si propone un precalcolo di verifica di quanto effettuato dal somministratore

#### **4.3 Le variabili indagate nel progetto di ricerca**

Per realizzare la raccolta dati, è stata creata una scheda socio-clinica-anagrafica e forense, in cui sono raccolti i seguenti elementi a carico del paziente: Variabili socio-demografiche e variabili clinico-criminologiche . Inoltre sono stati somministrati test specifici.

## **Scheda socio-clinica anagrafica e forense**

Le variabili principali indagate comprendono:

### **1. Indicatori anagrafici**

- Sesso biologico e identità di genere
- Età (anagrafica, all'esordio della patologia psichiatrica, di ingresso in comunità, alla prima carcerazione, nella quale hanno iniziato ad avere i primi problemi legali, al momento della valutazione psichiatrico forense)
- Luogo di nascita
- Nazionalità e status di cittadinanza
- Livello di istruzione (scuola primaria, secondaria, diploma, laurea, ecc.)
- Stato civile (celibe/nubile, sposato/a, divorziato/a, convivente, ecc.)
- Professione (occupato, disoccupato, pensionato, studente).

### **2. Indicatori sociali**

Questi indicatori riflettono il contesto relazionale, familiare, ambientale, socio-culturale ed economico in cui il soggetto vive o ha vissuto. In sintesi si presentano i principali parametri di riferimento:

- Rete familiare e di supporto (presenza/assenza di familiari di riferimento)
- Qualità delle relazioni affettive primarie (conflitti familiari, isolamento, presenza di supporto, famiglie multiproblematiche, ostili, abbandoniche)
- Migrazione e adattamento culturale (barriere linguistiche, discriminazione, difficoltà di integrazione nel nuovo contesto di vita)
- Contesto abitativo (quartieri ad alta criminalità, zone marginali e devianti, ecc.)
- Storia di istituzionalizzazione (orfanotrofi, case famiglia, comunità per minori, ecc.)
- Integrazione sociale (partecipazione ad attività sociali, riabilitative e/o culturali)
- Uso di sostanze (alcol, droghe, farmaci non prescritti)
- Storia lavorativa (continuità/discontinuità, licenziamenti, lavori irregolari e precari)

Gli eventi traumatici pregressi ed attuali, la storia di istituzionalizzazione, il grado di integrazione sociale, la migrazione e l'adattamento culturale, l'uso di sostanze e la storia lavorativa sono stati ricavati dalle interviste cliniche e, in modo particolare, dalla somministrazione delle scale HCR20V3 e PCL-R citate successivamente, nell'elenco delle scale psicometriche.

### **3. Indicatori psichiatrici**

In quest'area vengono considerate sia le caratteristiche cliniche sia quelle rilevanti per la valutazione del rischio di comportamenti violenti e di recidiva criminale-clinica e la gestione forense:

- Diagnosi psichiatrica principale (secondo DSM-5 TR)
- Diagnosi secondarie (comorbidità, disturbi di personalità, disturbi da uso di sostanze)
- Esordio e decorso della malattia (età di esordio, numero di episodi laddove rintracciabili dalla documentazione sanitaria, pattern cronico/ricorrente)
- Storia di auto- o etero-aggressività: tentativi di suicidio, lesioni autoinflitte, aggressioni, ecc.
- Trattamenti ricevuti (farmacologici, psicoterapici e riabilitativi)
- Indicatori di pericolosità sociale: violenza agita, ideazione aggressiva, armi a disposizione, ecc.
- Capacità di intendere e di volere al momento del reato (accertate tramite perizie psichiatriche e medico-legali).

### **4. Indicatori giuridici**

Sono tutti gli elementi che riguardano la storia criminale, le decisioni giudiziarie e le misure adottate.

- Tipologia di reato commesso (violento/non violento, contro la persona, contro il patrimonio, sessuale, contro la PA, ecc.)
- Gravità del reato (lesioni lievi/gravi, omicidio, tentato omicidio, violenza sessuale, maltrattamenti contro familiari, pedofilia, ecc.)

- Recidiva (numero, tipologia di precedenti penali e carichi pendenti)
- Misure cautelari applicate (custodia cautelare in carcere, arresti domiciliari, TSO, ecc.)
- Misure di sicurezza (detentive o non detentive: REMS, libertà vigilata, ecc.)
- Durata e tipologia della pena
- Condizioni di libertà vigilata e prescrizioni personalizzate del magistrato di sorveglianza
- Esiti dei procedimenti (condanna, assoluzione per vizio totale/parziale di mente)
- Collocazione attuale (territorio, comunità terapeutica, REMS, istituto penitenziario)

La motivazione apparente del reato (impulsività, vendetta, motivi economici, motivazione su base delirante psicotica, motivi legati allo status sociale e alla conservazione del potere, ecc.): i dati sono stati ricavati dalla somministrazione delle scale cliniche HCR20V3 e PCL-R, descritte nel paragrafo successivo.

#### 4.4 Batteria testale

Le aree che si vogliono studiare nella presente ricerca sono le seguenti: psicopatologia, aggressività, ostilità, rabbia, alessitimia, impulsività, psicopatologia, rischio di recidiva, valutazione dei bisogni di cura e valutazione della qualità di vita.

Per analizzare queste aree, sono stati scelti i seguenti strumenti testali.

**Tab. 1: Test somministrati.**

| TEST                                                    | Parametri valutati                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| SCID-5-PD                                               | Valutazione del profilo psicopatologico della personalità. Si utilizzerà un punteggio dimensionale (somma dei tratti di personalità/elementi peculiari necessari per la diagnosi di disturbo della personalità) per ciascun disturbo di personalità |
| Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)                    | Indaga l'impulsività                                                                                                                                                                                                                                |
| State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2)        | Fornisce una misura dell'esperienza, dell'espressione e del controllo della rabbia                                                                                                                                                                  |
| Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)                      | Valutazione del livello di alessitimia                                                                                                                                                                                                              |
| Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)                   | Valutazione della psicopatologia                                                                                                                                                                                                                    |
| Assessing Risk for Violence (HCR-20 V3)                 | Valutazione del rischio di recidiva di comportamenti violenti e di reato                                                                                                                                                                            |
| Camberwell Assessment of Need Forensic Version (CANFOR) | Valutazione dei bisogni di cura e sociali                                                                                                                                                                                                           |

|                                                                         |                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modified Overt Aggression Scale (MOAS)                                  | Valutazione di impulsività e aggressività                                                                                                                                                       |
| Matrici di Raven                                                        | Misurano i due principali fattori dell'intelligenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>• intelligenza fluida e svincolata dalla cultura;</li> <li>• intelligenza cristallizzata</li> </ul> |
| World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF) | Valutazione della qualità di vita                                                                                                                                                               |

Segue una loro breve descrizione.

- **SCID-5-PD** (First, et al., 2017) Il questionario di screening SCID-5-PD è un test validato internazionalmente, impiegato per lo screening diagnostico nella valutazione dei disturbi di personalità. Una valutazione della psicopatologia della personalità è fondamentale ai fini di una esaustiva descrizione dei profili psicopatologico – criminologici dei pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato. Questionario di screening di 106 item per la misurazione dei tratti di personalità patologica, riferibili ai 10 disturbi di personalità inclusi nel DSM-5. Le domande prevedono una risposta Sì/No, dove Sì indica la presenza del tratto/elemento patologico peculiare del disturbo. Un punteggio dimensionale può essere calcolato come somma dei tratti presenti, per ciascuno dei 10 disturbi. È una variabile categorica.
- **Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)** (Fossati et al., 2001; Patton et al., 1995). Indaga l'impulsività generale ed altri aspetti come l'impulsività attenzionale, motoria e non pianificativa (30 item, scala 1-4). È un test validato dalla comunità scientifica internazionale. Il test è stato somministrato in formula cartacea dai ricercatori facenti parte del gruppo di ricerca. L'impulsività è una variabile clinica importante sottesa ad agiti aggressivi/reati. Pertanto, il suo studio e rilevazione, con uno strumento testale, specifico in campioni di soggetti affetti da disturbo mentale e autori di reato, può consentire al clinico una conoscenza psicopatologica più approfondita e fornire informazioni utili per la riabilitazione e prevenzione delle recidive. È una variabile ordinale.

- ***State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI-2)*** (McEwan et al., 2009; Spielberger, 1988). Trattasi di una scala di 57 item (scala di risposta 0-4), che fornisce una misura dell'esperienza, dell'espressione e del controllo della rabbia. È un test validato dalla comunità scientifica internazionale. Il test è stato somministrato in formula cartacea dai ricercatori facenti parte del gruppo di ricerca. La rabbia è una variabile clinica importante, sottesa ad agiti aggressivi/reati. Pertanto, il suo studio e rilevazione, tramite strumento testale specifico, applicato in campioni di soggetti affetti da malattia mentale e autori di reato, può consentire al clinico una conoscenza psicopatologica più approfondita e fornire informazioni utili per la riabilitazione e prevenzione delle recidive. Questo lavoro consentirà di delineare dei profili psicopatologico - criminologici dei pazienti affetti da disturbo mentale autori di reato, in modo più accurato, per valutare, in modo approfondito, il rischio di recidiva. È una variabile ordinale.
- ***Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)*** (Bagby, Taylor, et al, 1990, 2006; Bagby, Parker, et al, 1994a, 1994b, 2020; Preece, Parry, et al. 2021; Schroeders, Kubera, et al. 2022; Taylor, Bagby, et al. 1992; Taylor, Parker, et al. 2003). Il test dispone di 3 scale fattoriali: DIF (*Difficulty Identify Feelings*); DDF (*Difficulty Describing Feelings*); EOT (*Externally - Oriented Thinking*). Si compone di 20 item, con scala di risposta 1-5. Trattasi di questionario di auto-valutazione, che verifica la presenza delle tre dimensioni, che definiscono il costrutto dell'alessitimia: 1) F1, difficoltà nell'identificare i sentimenti; 2) F2, difficoltà nel comunicare i sentimenti agli altri; 3) F3, pensiero orientato all'esterno. Valori di 60 indicano un quadro alessitimico. L'alessitimia è una variabile clinica importante, sottesa ad agiti aggressivi/reati. Pertanto, il suo studio e rilevazione, tramite strumento testale in campioni di soggetti affetti da malattia mentale e autori di reato, può consentire al clinico una conoscenza psicopatologica più approfondita e fornire informazioni utili per la riabilitazione e prevenzione delle recidive di comportamenti violenti e antiggiuridici. È un test validato dalla comunità scientifica internazionale. Il test è stato somministrato, in formula cartacea, dai ricercatori coinvolti nel presente studio. È una variabile continua.

- ***Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*** (Cooke et al., 2004; Hare, 1991, 2003a 2003b; Lehmann et al., 2019; Moretti et al., 2024; Olver, & Wong, 2015; Sohn et al., 2020; Sreenivasan et al., 2008): è un test psicologico per la valutazione della psicopatia negli individui. Si tratta di un inventario, composto da 20 item, riguardo a tratti di personalità percepiti e comportamenti registrati, destinato a essere completato sulla base di un'intervista semi-strutturata. Nella popolazione di autori di reato, con problematiche psichiatriche, si riscontra un'alta incidenza percentuale di diagnosi di psicopatia. La PCL-R è un test validato dalla comunità scientifica internazionale. Il test è stato somministrato in formula cartacea dai ricercatori facenti parte del gruppo di ricerca. È una variabile ordinale.
- ***Assessing Risk for Violence (HCR-20 V3)*** (Belfrage et al., 2000; Bertsch et al., 2022; Cheng et al., 2019; Covernton et al., 2019; de Vogel et al., 2022; Douglas et al., 2013, 2017; Gray et al., 2008; Kastner et al., 2022; Kevin et al., 2019; O'Shea et al., 2014; Tengström et al., 2006; Tully, 2017; Vargen, & Challacombe, 2023): consiste in un'intervista semi-strutturata, che valuta il rischio di recidiva violenta e di reato nella popolazione giudiziaria e psichiatrico forense. In particolare, la valutazione della pericolosità sociale e del rischio di recidiva criminale si basa su 20 item così ripartiti: 10 fattori H (*Historical*) riguardano la storia clinica del soggetto nel passato; 5 fattori C (*Clinical*) riguardano la condizione clinica del soggetto nel presente; 5 fattori R (*Risk*) riguardano i fattori di rischio futuro relativi alle condizioni del soggetto. È un test validato dalla comunità scientifica internazionale. Questo test consente a professionisti clinici e forensi di assumere decisioni strutturate su chi può essere a rischio, per storia personale o dati clinici, di violenza e di definire quali azioni mettere in atto per il possibile recupero nonché per tutelare la sicurezza dei soggetti esposti a tale rischio. Il test è stato somministrato in formula cartacea dai ricercatori facenti parte del gruppo di ricerca. È una variabile categorica ordinale a tre dimensioni, in quanto il test si conclude con tre risposte.

- ***Camberwell Assessment of Need Forensic Version (CANFOR)*** (Castelletti et al., 2015; Long et al., 2008; Thomas, Slade, 2021; Thomas, Slade, et al. 2008): è un test validato internazionalmente ed impiegato per la valutazione dei bisogni di cura e sociali. Lo strumento consente di conoscere nei medesimi dei pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato, aiutando a definire, in modo specifico, l'identikit ed i profili clinici e criminologici di questa tipologia di pazienti. Il test è stato somministrato in formula cartacea dai ricercatori facenti parte del gruppo di ricerca. È una variabile ordinale.
- ***Modified Overt Aggression Scale (MOAS)*** (Margari et al., 2005; Oliver et al., 2007): è un test validato dalla comunità scientifica internazionale che valuta l'impulsività e l'aggressività di una persona. La scala si compone di 4 categorie: 1) Aggressività verbale; 2) Aggressività verso oggetti; 3) Aggressività verso sé stessi; 4) Aggressività verso altri. Ogni categoria è composta a sua volta da 5 componenti da valutare e rivalutare, al fine di tracciare un andamento registrato del comportamento del paziente. Il test è stato somministrato in formula cartacea dai ricercatori facenti parte del gruppo di ricerca. È una variabile ordinale.
- ***Matrici di Raven*** (Raven, 2018). Le matrici progressive di Raven - versione Matrici standard (SPM), misurano, insieme ad un test di vocabolario, il principale fattore dell'intelligenza: abilità di pensare chiaramente e di dare un senso alla complessità (intelligenza fluida e svincolata dalla cultura). Le matrici sono composte da 5 serie, ognuna suddivisa in 12 elementi scritti con inchiostro nero su sfondo bianco. In ogni scheda viene richiesto di completare una serie di figure con quella mancante. Ogni gruppo di item diventa sempre più difficile, richiedendo una sempre più elevata capacità di analisi, codifica, interpretazione e comprensione degli item. Questo test, che si pone l'obiettivo di misurare il fattore generale dell'intelligenza, è stato definito un test eccellente sia dal punto di vista psicometrico che da quello fattoriale. In effetti questo test misura il fattore Gf dell'intelligenza, direttamente, senza ricorrere a sotto scale o sommatorie di fattori secondari. Dall'analisi della letteratura, si evince che esiste una correlazione negativa tra l'intelligenza fluida, misurata dalle matrici di Raven e la psicopatologia: ovvero, soggetti con

alto livello di psicopatia sembrerebbero avere QI inferiori e inferiori capacità di prevedere le conseguenze delle proprie azioni. Per queste ragioni, è utile analizzare il livello cognitivo dei pazienti psichiatrici autori di reato. Il test è stato somministrato in formula cartacea dai ricercatori facenti parte del gruppo di ricerca. È una variabile ordinale.

- ***World Health Organization's Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF)*** (Archuleta et al., 2023; Carpinello et al., 2006; Lin, & Yao, 2022; Skevington et al., 2004; Whoqol Group 1994, 1998): volto a valutare la qualità della vita (26 item, con risposta da 1 a 5), tale strumento valuta la qualità della vita, analizzando quattro domini: salute fisica, immagine corporea, aspetti psicologici, relazioni sociali e ambiente. È un test validato dalla comunità scientifica internazionale. Permette, quindi, di conoscere come questa tipologia di pazienti valuti la propria condizione esistenziale e quali criteri impieghi per definire la propria qualità di vita. Il test è stato somministrato in formula cartacea in modalità autosomministrata. È una variabile ordinale.

I succitati strumenti testali sono stati somministrati, secondo l'ordine presentato, nelle tre popolazioni oggetto della ricerca. Tutti i questionari somministrati non hanno lo scopo di pervenire ad una diagnosi categoriale: si tratta, infatti, di questionari di *screening* e/o di *assessment* dimensionali che valutano il livello di gravità e/o di rischio su determinati parametri psicopatologici e di funzionamento. Non è stato necessario, dunque, comunicare alcuna diagnosi ai partecipanti che, peraltro, sono già inseriti in un percorso di cura. Le eventuali informazioni cliniche aggiuntive, emerse durante i test, su richiesta del paziente, sono state comunicate a quest'ultimo tramite un colloquio clinico; in alcuni casi, si è resa necessaria anche la redazione di una relazione scritta.

La ricerca è multicentrica, il disegno dello studio è *cross-sectional* con gruppi di confronto. Le variabili che verranno indagate nella ricerca, oggetto di questa tesi, sono continue, (intervallari e razionali categoriche), ordinali e nominali.

Al fine di testare l'ipotesi di ricerca, sono state effettuate le seguenti analisi statistiche: Chi quadrato di Pearson per le variabili nominali ed ordinali mentre per le variabili continue sono

stati utilizzati il test t di Student per il confronto di medie se il confronto era effettuato tra 2 gruppi e l'analisi della varianza ad una via (*anova a una via*) per i confronti da 3 gruppi in su, considerando come fattore indipendente “tipo di struttura psichiatrica” (territorio, comunità, carcere) e come variabili dipendenti i fattori rilevati, socio-demografici, legali e clinici, che definiscono complessivamente il “rischio di recidiva di comportamenti violenti”.

Per l'analisi è stato utilizzato il software SPSS versione 29.

#### **4.5 Consenso alle cure, considerazioni etiche, sicurezza e *privacy***

Il progetto di ricerca è conforme ai principi della Dichiarazione di Helsinki (WMA, 2013) relativa alla ricerca psicologica e medica sugli esseri umani, seguendo i requisiti etici della ricerca locale.

Per garantire la *privacy* dei partecipanti, sono state adottate tecniche di cifratura o di pseudonimizzazione contestualmente alla raccolta dati, tramite apposizione di un codice alfanumerico univoco per ciascun partecipante alla ricerca.

Tutti i dati raccolti sono stati archiviati elettronicamente e protetti da password e saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca. L'accesso a tali dati è e sarà ad uso esclusivo del gruppo di ricerca.

Minimizzazione dei rischi: Il presente progetto di ricerca è stato valutato a rischio minimo, in quanto si è richiesto al soggetto di riportare informazioni che sono già disponibili alla sua consapevolezza.

È stato preventivato il paziente possa revocare il consenso alla partecipazione allo studio in qualsiasi fase dello stesso.

## **CAPITOLO 5**

### **CARATTERISTICHE DEL CAMPIONE E VALUTAZIONI PSICOMETRICHE, DIAGNOSTICHE ED EPIDEMIOLOGICO - CLINICHE PRELIMINARI**

Nel capitolo a seguire verranno descritte le principali caratteristiche del campione del presente progetto di ricerca. Il campione analizzato è costituito da cinquanta soggetti autori di reato e affetti da disturbi mentali, provenienti da diversi luoghi:

1. Territorio: 7 pazienti
2. Comunità: 27 pazienti
3. Carcere: 16 pazienti

I dati sono stati raccolti attraverso colloqui clinici, strumenti clinico-forensi standardizzati e schede socio-anagrafiche-giuridiche.

#### **5.1 Statistica descrittiva del campione**

In questa sezione del capitolo verranno presentate le principali variabili per fornire la descrizione delle caratteristiche del campione.

##### **5.1.1 Distribuzione per sesso biologico ed identità di genere**

Il campione analizzato risulta costituito in prevalenza da soggetti di sesso maschile 42 (84%), con una minoranza femminile 8 (16%) (vedi Immagine 1). Tale distribuzione appare coerente con quanto riportato in letteratura in merito alla popolazione forense e penitenziaria, in cui la presenza maschile risulta nettamente predominante.

Non sono state rilevate differenze tra sesso biologico ed identità di genere.

##### **5.1.2 Età dei soggetti, distribuzione dell'anno di nascita e dell'età dei partecipanti alla ricerca, fasce di età della popolazione**

L'età dei soggetti reclutati non è definibile come giovane e costoro sono stati suddivisi in 3 categorie: da 18 a 30, da 30 a 45 ed oltre i 45 anni. La maggior parte dei soggetti appartiene alla fascia 45–54 anni (48%), mentre le altre 2 fasce d'età sono omogenee, 26% di soggetti ciascuna.

L'anno di nascita è stato utilizzato per calcolare l'età dei soggetti al momento della valutazione e nei momenti salienti per la ricerca, come l'età d'esordio dei disturbi, l'età alla prima

carcerazione e le altre prese in esame. La distribuzione di frequenza dell'età rispecchia l'andamento osservato.

### **5.1.3 Distribuzione per luogo di nascita, nazionalità e cittadinanza**

Dal punto di vista del luogo di nascita dei pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato che costituiscono il campione si configura la seguente situazione (Immagine 4): 45 soggetti italiani, costituendo il 90,0 % della popolazione campionata, 2 soggetti africani, (4,0 %), 2 soggetti europei, (4,0 %), 1 soggetto sudamericano, (2,0 %).

La distribuzione è coerente con la composizione demografica generale della popolazione residente nel nostro Paese, dove gli stranieri rappresentano circa il 9% della popolazione totale (ISTAT, 2023).

### **5.1.4 Distribuzione per stato civile**

Dal punto di vista dello stato civile il campione si caratterizza in questo modo:

1. I soggetti celibi/nubili sono la maggioranza (42 persone), costituendo in termini percentuali l'84,0 % del campione, i soggetti divorziati sono 4, (8,0 %) gli sposati sono 3 (6,0 %), una persona risulta separata, (2,0 %).

Lo stato civile del campione (Immagine 6) mostra un'elevata percentuale di soggetti nubili/celibi (84%), Questo risultato conferma dunque i dati rilevabili nella letteratura internazionale.

### **5.1.5 Distribuzione per professione**

È stato realizzato un grafico a torta relativo alla distribuzione delle varie professioni dei soggetti che costituiscono il campione (Immagine 7): 20 soggetti sono disoccupati (40%), 15 soggetti sono invalidi (30%), 10 soggetti sono operai (20%), 3 soggetti sono dirigenti (6,0%), 1 soggetto è commerciante (2,0%), 1 soggetto è impiegato (2,0%).

La distribuzione occupazionale del campione mostra una prevalenza di soggetti disoccupati (40%) e invalidi (30%),

Data la configurazione dei dati le professioni sono state raggruppate in un'unica categoria, definita lavoratori (30%). La variabile successivamente utilizzata prevede 3 livelli: lavoratore, disoccupato, invalido.

## 5.2 Caratteristiche cliniche del campione per diagnosi

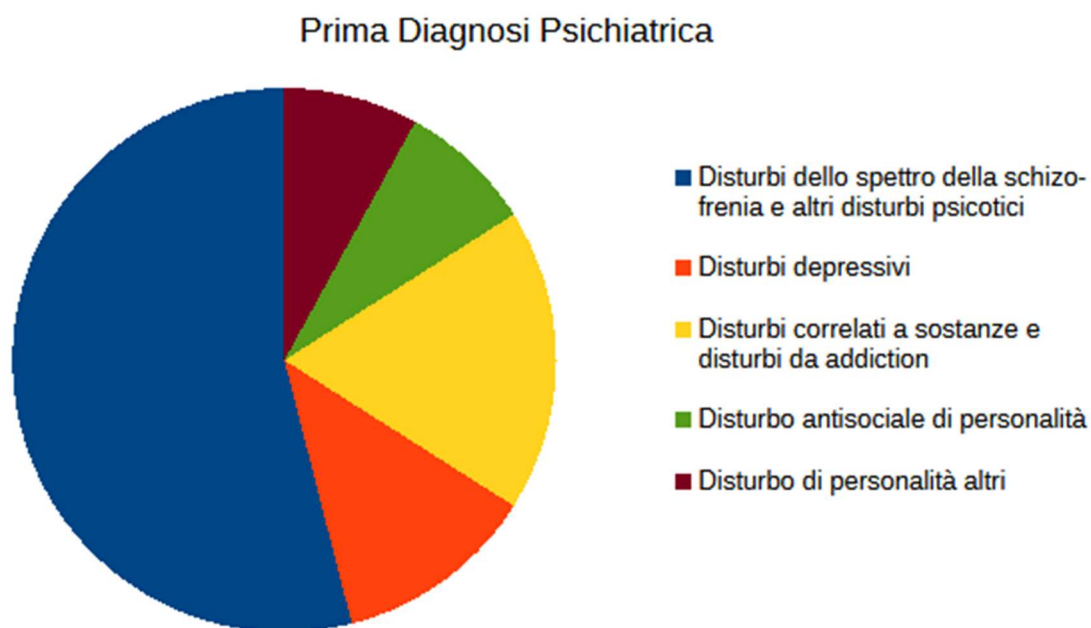
La distribuzione diagnostica per singola diagnosi mostra prevalenza di spettro schizofrenico/psicotico, disturbi depressivi, disturbi correlati a sostanze, vari disturbi di personalità e disturbo antisociale di personalità. Nel campione analizzato l'84% dei soggetti presenta diagnosi multiple (42/50), contro il 16% con diagnosi singola (8/50), con una media di ~1,84 attribuzioni diagnostiche per soggetto (92 diagnosi su 50 individui). I casi più comuni comprendono diagnosi di disturbo dello spettro della schizofrenia misto a disturbi correlati ad abuso di sostanze o disturbi di personalità e disturbi depressivi ugualmente in comorbidità con abuso di sostanze o disturbo di personalità. I soggetti con disturbo di personalità presentavano una sola diagnosi. L'elevata comorbidità è in linea con quanto documentato nella letteratura psichiatrico-forense, che descrive i pazienti autori di reato come caratterizzati da profili clinici complessi, nei quali la doppia diagnosi è fattore di rischio aggiuntivo per recidiva e cronicizzazione (Baranyi et al., 2022).

Dal punto di vista diagnostico la popolazione del campione è così caratterizzata:

**Tabella n. 1: Prima Diagnosi**

| <b>Diagnosi</b>                                                      | <b>Numero</b> | <b>Percentuale</b> |
|----------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|
| Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici | 27            | 54,0%              |
| Disturbi depressivi                                                  | 6             | 12,0%              |
| Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction                | 9             | 18,0%              |
| Disturbo antisociale di personalità                                  | 4             | 8,0%               |
| Disturbo di personalità altri                                        | 4             | 8,0%               |
| Totale                                                               | 50            | 100,00%            |

**Immagine n. 1: Distribuzione delle diagnosi dei soggetti del campione**



### **5.3 Distribuzione dello stato clinico all'atto della presa in carico o all'ingresso in struttura ed alla dimissione.**

Lo stato clinico dei soggetti all'ingresso nelle strutture è il seguente: 25 soggetti: sintomatologia attiva (50,0%), 9 soggetti: sufficiente compenso (18,0%), 8 soggetti: sintomatologia stabile (16,0%), 8 soggetti non applicabile (16,0%).

La prevalenza di una sintomatologia attiva al momento dell'ingresso in struttura è coerente con quanto riportato in letteratura. Infine, la presenza di una quota di casi classificati come “non applicabili” (16%) può essere ricondotta a situazioni diagnostiche incerte, stati di remissione parziale o difficoltà di valutazione legate alla fase dell'osservazione.

Per quanto riguarda la distribuzione della dimissione, 23 soggetti sono ancora in carico (46,0%), 20 soggetti sono stati dimessi (40,0%) in accordo con la struttura, mentre 7 soggetti (14,0%) hanno interrotto il trattamento.

### **5.4 Distribuzione dell'esito della perizia psichiatrica e medico legale**

Le perizie psichiatriche e medico legali si concludono con un giudizio schematicamente esemplificato:

- 20 soggetti: vizio totale di mente. Incapace (art. 88 c.p.) (40,0%)
- 17 soggetti: capacità di intendere e volere. Imputabile (art. 85 c.p.) (34,0%)
- 9 soggetti: vizio parziale di mente (art. 89 c.p.) (18,0%)
- 4 soggetti: non eseguita (8,0%)

I dati rilevati sono coerenti con la letteratura internazionale.

### **5.5 Caratteristiche criminologiche, in anamnesi, del campione**

I reati in anamnesi sono presenti in 37 soggetti (74,0%) ed assenti in 13 soggetti (26,0%)

La distribuzione dei reati mostra una prevalenza di reati violenti e contro la persona: rapina (12), maltrattamenti in famiglia (12), lesioni personali (11), estorsione (11), minacce (4), e percosse (3) fino ad arrivare a condotte gravi come atti persecutori (2) stalking (7) e tentato omicidio (7) o omicidio consumato (1). Accanto ai delitti contro la persona, risultano rilevanti anche i reati in materia di stupefacenti (spaccio 10, uso 2), nonché reati di natura sessuale (violenza sessuale 2, pedofilia 2) o truffa (2) o incendio (2).

### **5.6 Distribuzione dello stato giuridico attuale**

La distribuzione dello stato giuridico dei soggetti che fanno parte del campione è la seguente:

23 soggetti: condannati (46,0%), 20 soggetti: prosciolti (40,0%), 5 soggetti: liberi (10,0%), 2 soggetti: imputati (4,0%).

### **5.7 Autorità giudiziaria competente**

Per la distribuzione dell'autorità giudiziaria competente a seguire i percorsi dei soggetti che partecipano allo studio abbiamo rilevato: 39 soggetti: Magistratura di sorveglianza (78,0%), 6 soggetti: GIP (12,0%), 5 soggetti: nessuna (10,0%).

### **5.8 Distribuzione delle presenze di misure di sicurezza**

Per la presenza o meno di misure di sicurezza si rilevano: 28 soggetti: sì (56,0%), 22 soggetti: no (44,0%). Dei 25 soggetti con misure di sicurezza 16 sono in carcere. Tra le misure non detentive prevale la libertà vigilata.

Le proroghe delle misure di sicurezza sono state applicate a 21 soggetti (42,0%)

La maggioranza dei soggetti non ha avuto proroghe 29 soggetti: nessuna (58,0%) o ne ha avuta 1 11 soggetti: a 12 mesi (22,0%). Infine le misure cautelari, solo di tipo personale, hanno riguardato 3 soggetti (6,0%). Le misure alternative alla detenzione sono state applicate a 3 soggetti (6,0%), di questi 2 detenzioni domiciliari(4,0%) ed 1 affidamento in prova ai Servizi Sociali (2,0%).

### **5.9 Distribuzione della pericolosità sociale**

Per la la pericolosità sociale del campione abbiamo rilevato la presenza in 41 soggetti (82,0%) ed assenza in 9 soggetti (18,0%).

### **5.10 Distribuzione delle misure di protezione giuridica**

Per la distribuzione delle misure di protezione giuridica è assente in 37 soggetti (74,0%) e presente in 13 soggetti (26,0%), così distribuiti 7 soggetti: AdS funzionario, esterno al nucleo familiare (14,0%), 3 soggetti: AdS familiare (6,0%), 3 soggetti: Amministrazione di Sostegno da parte di figure diverse dalle precedenti (6,0%).

### **5.11 Famiglia, rete parentale**

Per la tipologia di famiglia e rete parentale si rilevano: 23 soggetti: accogliente e disponibile (46,0%), 13 soggetti: disgregata/multiproblematica (26,0%), 10 soggetti: ostile/confittuale/di difficile coinvolgimento (20,0%), 3 soggetti: assente (6,0%), 1 soggetto: abbandonica (2,0%).

### **5.12 Descrizione grafica delle scale psicometriche e loro interpretazione clinico-psichiatrica e analisi epidemiologica**

#### **5.12.1 SCID-5-PD**

La *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID-5-PD) è stata utilizzata per indagare la presenza di disturbi di personalità ed i risultati sono stati integrati con la diagnosi effettuata secondo DSM V.

#### **5.12.2 BIS-11**

Nel nostro campione 11 soggetti, (22%) presentano un livello lieve di impulsività, mentre i rimanenti 39 (78%) presentano impulsività medio-grave.

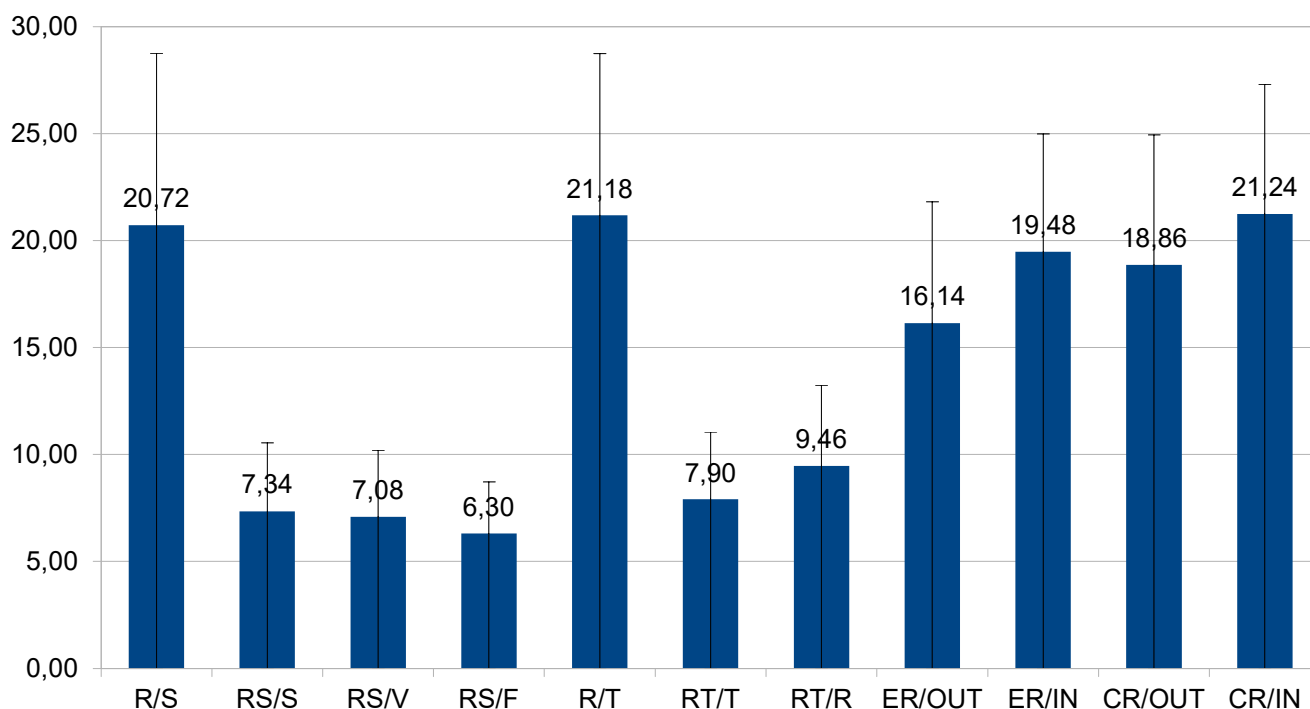
Nel campione esaminato i valori BIS-11 sopra soglia si distribuiscono in modo differenziale tra le diagnosi: i Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici e depressione presentano impulsività lieve: 33,3 %, medio: 66,7 %, i Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction presentano oltre ai Disturbo di personalità antisociale presentano impulsività medio-grave nel 100,0% dei casi, mentre gli altri Disturbi di personalità presentano impulsività lieve nel 22,0 % e grave nel 78%.

### 5.12.3 STAXI

**Tabella n. 2 STAXI**

| <b>Sottoscala</b>                                            | <b>Media</b> | <b>Deviazione std.</b> |
|--------------------------------------------------------------|--------------|------------------------|
| R/S - Rabbia di stato                                        | 20,72        | 8,043                  |
| RS/S - Sentire rabbia                                        | 7,34         | 3,205                  |
| RS/V - Sentire come esprimere la rabbia verbalmente          | 7,08         | 3,122                  |
| Rs/F - Sentire come esprimere la rabbia fisicamente          | 6,30         | 2,418                  |
| R/T - Rabbia di tratto                                       | 21,18        | 7,569                  |
| RT/T - Rabbia Temperamento                                   | 7,90         | 3,151                  |
| RT/R – Rabbia Reazione                                       | 9,46         | 3,786                  |
| ER/OUT – Espressione della rabbia all'esterno                | 16,14        | 5,682                  |
| ER/IN – Espressione della rabbia all'interno                 | 19,48        | 5,504                  |
| CR/OUT – Controllo della rabbia all'esterno                  | 18,86        | 6,081                  |
| CR/IN – Controllo della rabbia all'interno                   | 21,24        | 6,070                  |
| ER/INDICE - Indice di espressione della rabbia (Riassuntivo) | 43,52        | 18,284                 |

**Immagine n. 2 STAXI**



La tabella n. 2 e l'immagine n. 2 mostrano la distribuzione dei punteggi STAXI, con una concentrazione significativa verso valori medi-alti. Il significato dei valori verrà discusso più avanti nella sezione dell'analisi specifica.

#### **5.12.4 TAS-20**

La distribuzione dei soggetti del campione nelle tre fasce diagnostiche della *Toronto Alexithymia Scale – 20 items* (TAS-20) secondo i *cut-off* standard internazionali è la seguente: assenza di alessitimia (<51 punti) 14 soggetti (28%), alessitimia borderline (51–60 punti) 11 soggetti (22%), , alessitimia clinica (>60 punti) 25 soggetti (50%).

#### **5.12.5 WHOQOL BREF**

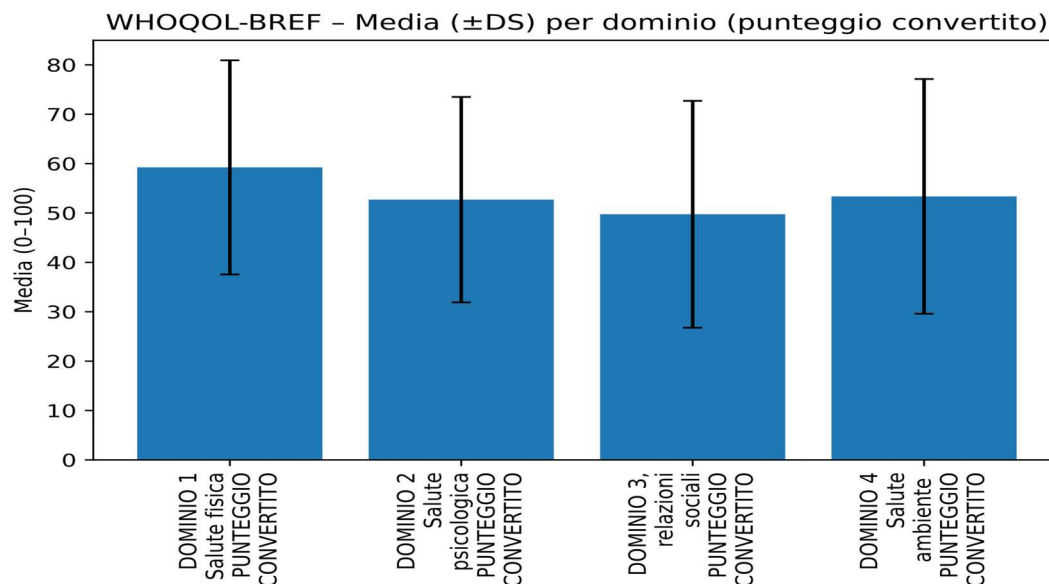
La tabella ed il grafico a barre (Immagine 49) mostrano i punteggi medi standardizzati per i quattro domini della WHOQOL-BREF:

**Tabella n. 3: WHOQOL BREF**

| WHOQOL                       | Media | Deviazione std. |
|------------------------------|-------|-----------------|
| DOMINIO 1 Salute fisica      | 59,24 | 21,683          |
| DOMINIO 2 Salute psicologica | 52,70 | 20,804          |

|                              |       |        |
|------------------------------|-------|--------|
| DOMINIO 3, relazioni sociali | 49,74 | 22,969 |
| DOMINIO 4 Salute ambiente    | 53,36 | 23,771 |

### Immagine 3: Media dei domini WHOQOL-BREF



#### 5.12.6 PCL-R

Tale scala PCL-R che descrive la psicopatia è molto rilevante nell'ambito di questo studio.

La scala prevede un punteggio globale e 2 fattori: fattore 1 (tratti interpersonali e affettivi) e fattore 2 (stile di vita antisociale e comportamenti impulsivi).

**Tabella n. 4: PCL-R**

| PCL-R     | Media | Deviazione std. |
|-----------|-------|-----------------|
| fattore 1 | 8,78  | 4,077           |
| fattore 2 | 11,44 | 5,768           |
| totale    | 20,56 | 8,832           |

#### 5.12.7 HCR-20 V3

Questo test integra fattori storici, fattori clinici e fattori di rischio di gestione futura e consente un *output* che evidenzia tre dimensioni: grave lesione fisica, violenza futura e violenza imminente.

**Tabella n. 5 HCR-20 V3 Grave lesione fisica**

| <b>Grave lesione fisica</b> | <b>Frequenza</b> | <b>Percentuale</b> |
|-----------------------------|------------------|--------------------|
| 4-bassa                     | 33               | 66,0               |
| 5 moderata                  | 12               | 24,0               |
| 6-alta                      | 5                | 10,0               |

**Tabella n. 6: HCR-20 V3 Violenza futura**

| <b>Violenza futura</b> | <b>Frequenza</b> | <b>Percentuale</b> |
|------------------------|------------------|--------------------|
| 4-bassa                | 24               | 48,0               |
| 5 moderata             | 15               | 30,0               |
| 6-alta                 | 11               | 22,0               |

**Tabella n. 7: HCR-20 V3 Violenza imminente**

| <b>Violenza imminente</b> | <b>Frequenza</b> | <b>Percentuale</b> |
|---------------------------|------------------|--------------------|
| 4-bassa                   | 37               | 74,0               |
| 5 moderata                | 13               | 26,0               |

### **5.12.8 Matrici di Raven**

Si rileva una distribuzione particolare, con un gruppo di valori medio-bassi, inferiori alla media e un gruppo che raggiunge livelli cognitivi superiori. Questa configurazione suggerisce un campione caratterizzato da eterogeneità cognitiva, con una quota significativa di soggetti che presenta compromissione nelle abilità di ragionamento astratto e intelligenza fluida.

**Tabella n. 8 Matrici di Raven: Punteggio Equivalente**

| PUNTEGGIO EQUIVALENTE | Frequenza | Percentuale |
|-----------------------|-----------|-------------|
| 0                     | 9         | 18,0        |
| 1                     | 10        | 20,0        |
| 2                     | 5         | 10,0        |
| 3                     | 3         | 6,0         |
| 4                     | 23        | 46,0        |

**5.12.9 MOAS**

La *Modified Overt Aggression Scale* (MOAS) valuta la presenza e la gravità di condotte aggressive nelle ultime 24–72 ore (o nel periodo di riferimento del *setting*) su quattro domini: verbale, contro la proprietà, auto-diretta, fisica. Ogni item viene ponderato (pesi crescenti dalla verbale alla fisica) e sommato in un totale pesato (Kay, Wolkenfeld, & Murrill, 1988; Yudofsky et al., 1986). Non esistono *cut-off* universalmente validati; in ambito clinico-forense si distinguono pragmaticamente assenza/bassa, moderata e elevata gravità per finalità di triage e monitoraggio, più che per diagnosi.

**Tabella n. 9: MOAS**

| MOAS                                       | Media | Deviazione std. |
|--------------------------------------------|-------|-----------------|
| Aggressività verbale                       | 1,84  | 1,583           |
| Auto aggressività                          | 0,92  | 1,383           |
| Aggressività contro la proprietà           | 1,56  | 1,580           |
| Aggressività fisica verso le altre persone | 1,60  | 1,641           |

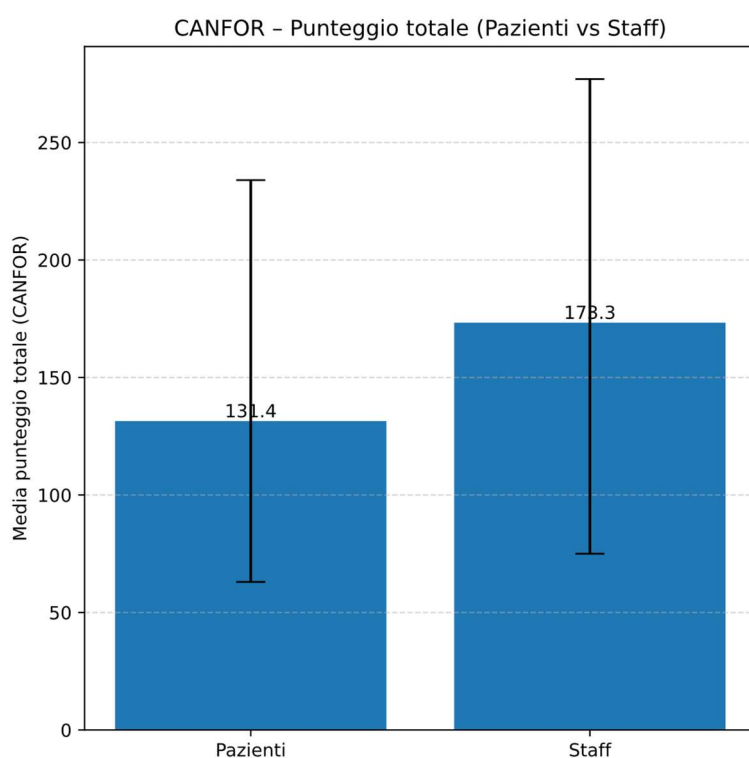
**5.12.10 CANFOR**

La *Camberwell Assessment of Need – Forensic Version* (CANFOR) è uno strumento standardizzato che consente di valutare in modo sistematico i bisogni clinici, sociali e riabilitativi di pazienti psichiatrici autori di reato, distinguendo tra bisogni soddisfatti e non soddisfatti. Il test si articola in diversi domini (es. salute mentale, relazioni sociali, gestione

quotidiana, sicurezza, lavoro), rilevati sia tramite l'autovalutazione del paziente sia attraverso la valutazione dello staff curante. L'obiettivo principale è identificare aree di intervento prioritarie per ridurre il rischio di recidiva, migliorare la qualità di vita e favorire percorsi terapeutico-riabilitativi specifici e individualizzati.

Il grafico (Immagine 60) presenta i valori medi dei bisogni rilevati tramite la CANFOR nei pazienti psichiatrici autori di reato, accompagnati dagli intervalli minimi e massimi.

**Immagine n. 4: Canfor Punteggio totale (pazienti vs Staff)**



## **CAPITOLO 6**

### **ANALISI SOCIO-DEMOGRAFICA, CLINICA, CRIMINOLOGICA E DEL RISCHIO DI RECIDIVA**

Il campione oggetto della presente indagine è composto da cinquanta pazienti affetti da disturbi mentali e autori di reato, distribuiti all'interno di tre contesti istituzionali differenti: Strutture Sanitarie Territoriali (CSM), Comunità Terapeutiche e Carceri. Tali contesti rappresentano livelli diversi di contenimento, monitoraggio e vari gradi di intensità di cura e di trattamento riabilitativo-assistenziale, rendendoli particolarmente idonei per un confronto sistematico volto a esplorare la correlazione tra *setting* terapeutico-assistenziale e profilo clinico-criminologico. Sono state, pertanto, analizzate le caratteristiche socio-demografiche, cliniche, criminologiche e di rischio di recidiva del campione, al fine di individuare i fattori qualificanti che delineano i vari gruppi di soggetti associati ai tre contesti istituzionali diversi ed ai profili di intervento ivi previsti.

#### **6.1 Analisi delle variabili socio-demografiche**

L'età media del campione si colloca nella fascia compresa tra i 30 e i 50 anni, con una prevalenza maschile significativa, in linea con le evidenze epidemiologiche relative ai pazienti forensi con disagio mentale. Il livello di istruzione risulta mediamente basso: una quota consistente dei soggetti ha conseguito solo la licenza media inferiore, mentre una percentuale minoritaria ha raggiunto il diploma o un titolo superiore. La condizione occupazionale pregressa è frequentemente segnata da disoccupazione o lavori saltuari, elemento che si associa spesso a condizioni di marginalità sociale.

##### **6.1.1 Ciclo di vita istituzionale ed età**

I pazienti provenienti dalle strutture territoriali mostrano un'età media intorno ai 41,29 anni, con esordio del disturbo intorno ai 29,43 anni, accesso alla comunità a circa 30 anni e una media di anni di presa in carico pari a 11,86. Questi dati indicano una presa in carico precoce e duratura, tipica di soggetti affetti da patologie croniche a decorso lungo, spesso non complicate da comportamenti gravemente antisociali. Al contrario, i soggetti provenienti dalle strutture ad

alta intensità di contenimento (carcere) presentano un'età media più bassa (38,19 anni) e un esordio molto precoce del disturbo (23,07 anni), con un tempo di presa in carico intermedio (13,43 anni) ed un'età di ingresso in comunità più precoce (26,89 anni) rispetto a chi attualmente è in carico al territorio (30,83 anni) o in comunità (38,33 anni); tale differenza è statisticamente significativa ( $F=4,52$ ;  $df\ 2/39$   $p=0,017$ ). I pazienti forensi detenuti sembrano rappresentare casi clinicamente e giudiziariamente complessi, spesso istituzionalizzati in modo prolungato e con maggiore rischio di recidiva sia clinica che criminale. Le comunità terapeutiche appaiono collocarsi, invece, in una posizione intermedia tra il contesto territoriale e quello carcerario, in termini di età attuale (41,29 anni), accogliendo pazienti con esordio più tardivo (28,70 anni) - rispetto ai carcerati - e maggiore durata di presa in carico terapeutica (14,59 anni) rispetto agli altri 2 gruppi. Ciò suggerisce una funzione di riabilitazione e contenimento transitorio, destinata a soggetti in fase post-acuta o a rischio moderato.

Non si rilevano differenze statisticamente significative per l'età ai primi problemi legali e l'età di prima incarcerazione nei sottogruppi dell'attuale collocazione. L'età media attuale, presenta un andamento bimodale ed è stata suddivisa in fasce d'età (0-30, 31-45, 46+).

**Tabella n. 10: Fasce d'età del campione distribuiti per territorio, comunità e carcere**

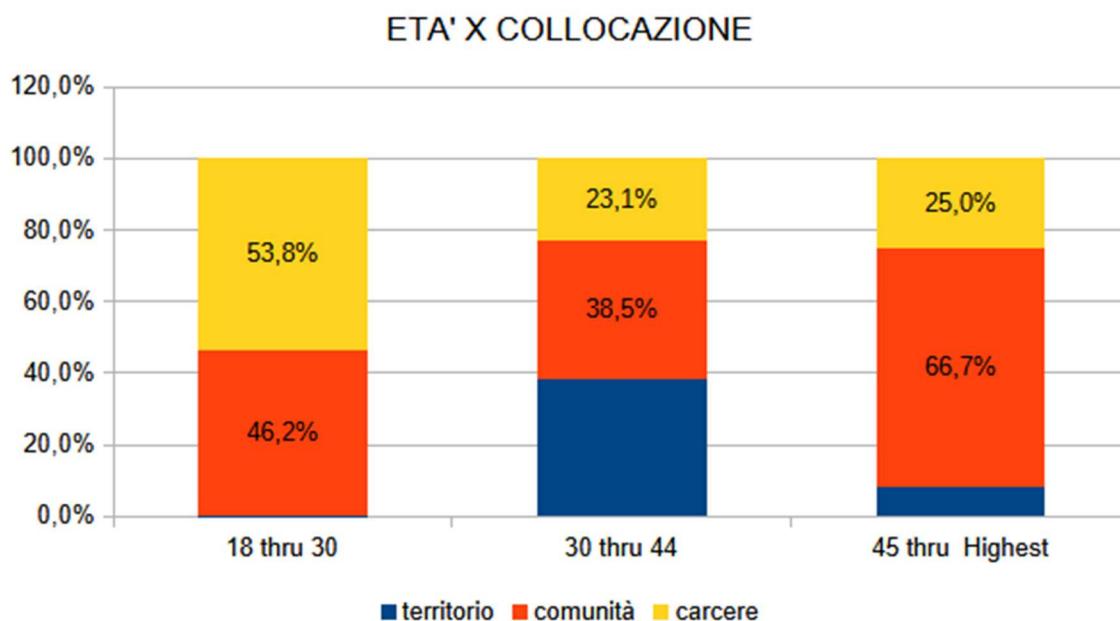
| Fasce d'età    | territorio | comunità | carcere | Totale | territorio | comunità | carcere | Totale |
|----------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| <b>18- 30</b>  | 0          | 6        | 7       | 13     | 0,0%       | 46,2%    | 53,8%   | 100,0% |
| <b>31 - 45</b> | 5          | 5        | 3       | 13     | 38,5%      | 38,5%    | 23,1%   | 100,0% |
| <b>&gt;45</b>  | 2          | 16       | 6       | 24     | 8,3%       | 66,7%    | 25,0%   | 100,0% |
| <b>Totale</b>  | 7          | 27       | 16      | 50     | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 11,999

df = 4

p = 0,017

**Immagine n. 5: Fasce d'età del campione distribuiti per territorio, comunità e carcere**



Le fasce più giovani (<30 anni) risultano distribuite prevalentemente tra carcere (53%) e comunità (46%), mentre i soggetti di età intermedia (30–44 anni) appaiono equamente ripartiti tra territorio e comunità. I più anziani, infine, sono concentrati soprattutto nelle comunità (66,7%) (vedi Tabella). Questa distribuzione si discosta parzialmente dai dati riportati in letteratura, dove l'età media della popolazione detenuta tende a collocarsi su valori più bassi, tipicamente compresi tra i 30 e i 39 anni (WHO, 2021a; ISTAT, 2022).

La tabella e l'Immagine evidenziano la distribuzione dei pazienti nelle tre principali collocazioni istituzionali (territorio, comunità terapeutiche e carcere) suddivisi per fasce d'età (0–30, 31–45, >45 anni). I dati mostrano una differenza statisticamente significativa ( $\chi^2 = 11,999$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,017$ ), suggerendo che l'età costituisca un fattore discriminante nella collocazione clinica e forense dei soggetti affetti da disturbo mentale.

Dal punto di vista clinico-psichiatrico, emerge come i soggetti più giovani ( $\leq 30$  anni) siano prevalentemente collocati in carcere (53,8%) o in comunità (46,2%), mentre sono assenti nei servizi territoriali. Questo dato segnala una criticità importante: i giovani pazienti sembrano essere intercettati dal sistema penale piuttosto che da quello sanitario, evidenziando il rischio

che i comportamenti antisociali diventino precocemente l'elemento dominante nella traiettoria biografica (Hodgins, 2008). Inoltre, la precocità dell'esordio psicopatologico nei detenuti (23 anni circa) si associa a una più rapida istituzionalizzazione, in linea con le evidenze che collegano l'esordio precoce di disturbi mentali gravi con maggiore rischio di comportamenti violenti e difficoltà di integrazione socio-relazionale (Fazel et al., 2016a, b, c).

I soggetti di età intermedia (31–45 anni) appaiono distribuiti più equamente tra territorio (38,5%), comunità (38,5%) e carcere (23,1%). Probabilmente, però, questa fascia rappresenta nei fatti la popolazione più “eterogenea”: vi rientrano sia pazienti con cronicizzazione psichiatrica stabilizzata in contesti di cura riabilitativi, sia individui che oscillano tra contesti terapeutici e penali. Dal punto di vista criminologico, il dato suggerisce che questa età costituisca una fase di “snodo” in cui le traiettorie di recidiva possono essere “deviate” positivamente o negativamente a seconda della qualità degli interventi riabilitativi (Douglas et al., 2013). I soggetti più anziani (>45 anni) si concentrano prevalentemente nelle comunità terapeutiche (66,7%), mentre sono meno presenti nel carcere (25%) e rarissimi nel territorio (8,3%). Questo dato riflette il ruolo delle comunità come luoghi di inevitabile “cronicizzazione” e stabilizzazione, dove i pazienti con lunga storia clinica e giudiziaria trovano collocazione definitiva, in linea con un modello istituzionale che, pur avendo superato il manicomio, mantiene forme di contenimento residenziale a lungo termine (De Girolamo et al., 2002).

Dal punto di vista forense, la distribuzione suggerisce una correlazione tra età e rischio criminogeno: i più giovani risultano maggiormente esposti a circuiti penitenziari, mentre i pazienti più anziani vengono progressivamente “assorbiti” da strutture comunitarie riabilitative a lungo termine. Tale andamento appare coerente con i modelli criminologici che individuano un “decrecendo dell'aggressività e della recidiva” con l'avanzare dell'età (Moffitt, 2018).

In sintesi, tabella e immagine documentano come l'età non sia solo un indicatore anagrafico, ma un vero e proprio predittore di traiettorie cliniche e giudiziarie: i giovani tendono ad essere più frequentemente oggetto di interventi coercitivi e penali, mentre l'invecchiamento è associato a processi di istituzionalizzazione terapeutica di lunga durata. Questi dati confermano

la necessità di un approccio differenziato e, possibilmente, precoce che integri al meglio sistema sanitario e giudiziario, per prevenire la cronicizzazione del binomio “disturbo psichiatrico – devianza” e ridurre la recidiva clinica e criminale.

#### 6.1.1.1 Età della prima carcerazione (e dei primi problemi legali)

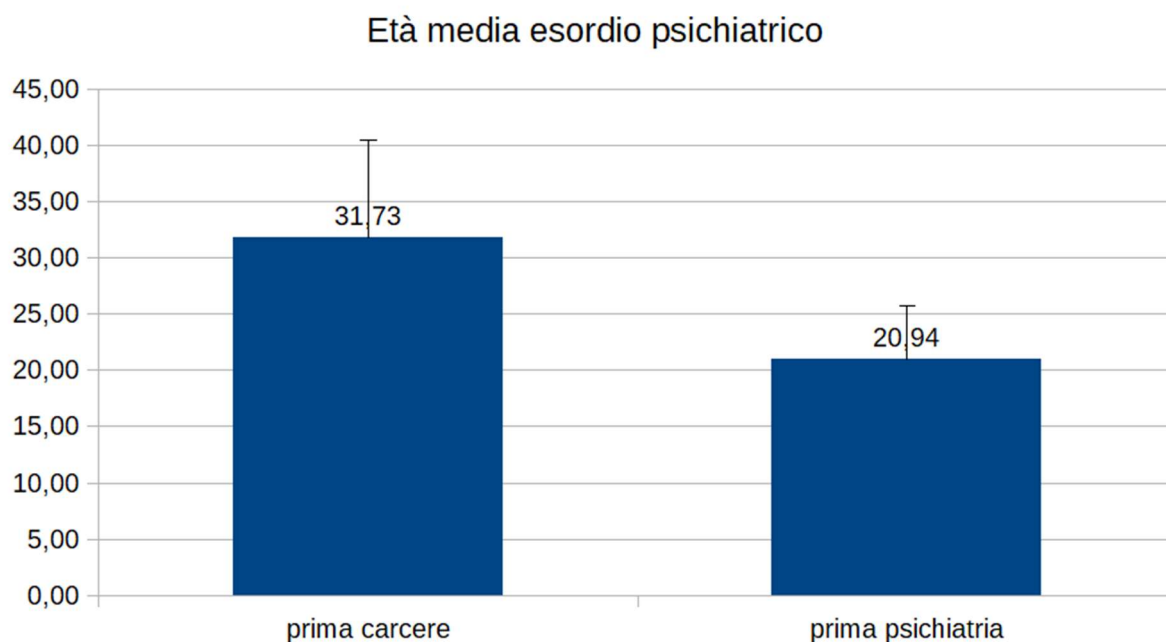
Per quanto riguarda l'età ai primi problemi legali (Tabella 6 e Immagine 62) e l'età di prima carcerazione - suddividendo il gruppo in soggetti che prima approdano alla psichiatria con soggetti che prima entrano in carcere - si è rilevato come l'età dell'esordio psichiatrico sia più elevata nei soggetti che hanno iniziato il loro percorso primariamente in carcere (26, media 31,73 anni) rispetto a quelli (18) che sono afferiti primariamente alla psichiatria (media 20,94 anni).

**Tabella n. 11: Età media dell'esordio psichiatrico**

| Età esordio           | N  | Media | Deviazione std (DS) | Errore standard della media (ES) |
|-----------------------|----|-------|---------------------|----------------------------------|
| Inizio in carcere     | 26 | 31,73 | 8,720               | 1,710                            |
| Inizio in psichiatria | 18 | 20,94 | 4,808               | 1,133                            |

**t = 4,760      df = 42      p = 0,00002**

**Immagine n. 6: Età media dell'esordio psichiatrico**



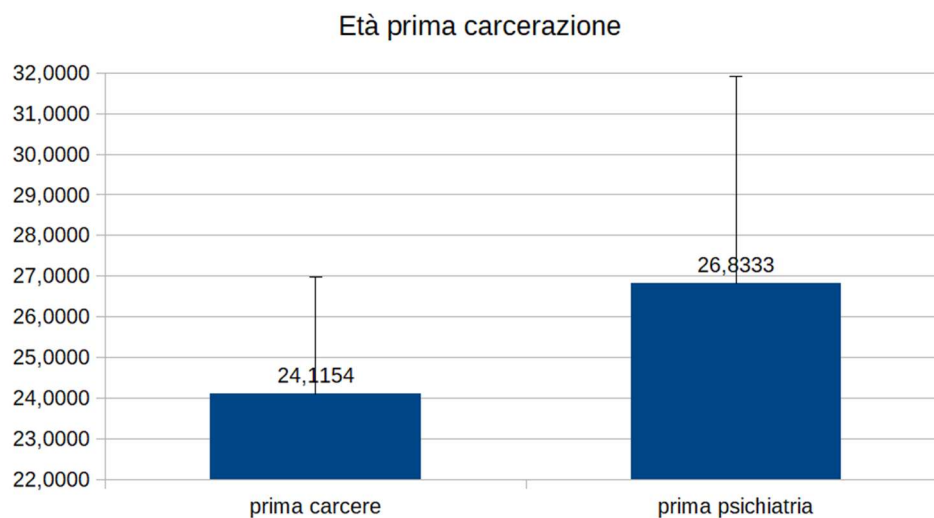
I soggetti che hanno esordito in carcere (26) hanno un'età media più giovane (24,11 anni) rispetto a quelli (18) che hanno esordito nei Servizi psichiatrici (26,83 anni).

**Tabella : Età media della prima carcerazione**

| Età carcere           | N  | Media   | Deviazione std (DS) | Errore standard della media (ES) |
|-----------------------|----|---------|---------------------|----------------------------------|
| Inizio in carcere     | 26 | 24,1154 | 2,87509             | 0,56385                          |
| Inizio in psichiatria | 18 | 26,8333 | 5,06720             | 1,19435                          |

$t = -2,265$        $df = 42$        $p = 0,029$

**Immagine n. 7: Età media della prima carcerazione**



#### **6.1.1.2 Interpretazione clinico-psichiatrica e criminologica**

L'analisi dell'incrocio tra età di esordio psichiatrico e di prima carcerazione mostra una netta distinzione tra i due percorsi di carriera clinico-criminologica. I soggetti che iniziano il proprio percorso in ambito psichiatrico hanno un esordio nei servizi intorno ai 20 anni, con successivo arrivo al carcere in media a 26 anni. Questo dato suggerisce che tali individui presentino una vulnerabilità clinica precoce, caratterizzata da disturbi psichiatrici che si manifestano in epoca adolescenziale o nella prima età adulta. In letteratura, l'esordio giovanile dei disturbi mentali è stato correlato a maggior rischio di comportamenti disfunzionali e criticità di adattamento

sociale, con conseguente incremento della probabilità di incorrere in condotte devianti e antisociali (Kessler et al., 2005; Fazel & Seewald, 2012).

Al contrario, il gruppo che ha avuto il primo contatto con il carcere mostra una traiettoria differente per quanto riguarda l'accesso ai Servizi: la prima carcerazione avviene intorno ai 24 anni, mentre l'accesso ai servizi psichiatrici si colloca in media a 31 anni. Questo ritardo segnala che i disturbi psichiatrici, in questi soggetti, tendono a manifestarsi in forma secondaria o successiva rispetto al comportamento criminale o dipendente dallo stress carcere-correlato. In tali casi, infatti, è plausibile ipotizzare che la permanenza in carcere, con i suoi effetti stressogeni e disumanizzanti, possa aver funzionato da fattore scatenante o aggravante di una vulnerabilità psicopatologica latente (Goffman, 1961; Schnittker et al., 2012).

La distinzione tra i due percorsi consente dunque di individuare due profili clinico-criminologici:

- **da psichiatria a carcere:** soggetti con disturbi psichiatrici precoci, caratterizzati da un elevato rischio di disregolazione emotiva, impulsività e difficoltà di controllo degli impulsi. Questi pazienti spesso sviluppano una carriera deviante come conseguenza della fragilità psichiatrica e della scarsa adesione ai trattamenti;
- **da carcere a psichiatria:** individui che, inizialmente, presentano condotte antisociali e comportamenti criminali non necessariamente sostenuti da un quadro psichiatrico manifesto. La successiva comparsa di disturbi psichiatrici può essere letta come esito della cronicizzazione della devianza, dell'esperienza carceraria o dell'uso protratto di sostanze stupefacenti, frequentemente associato a condotte delinquenziali (Swanson et al., 1990; Hodgins, 2008).

Dal punto di vista clinico-forense, infine, queste traiettorie sollevano questioni cruciali per la prevenzione e la gestione del rischio di recidiva. Intercettare precocemente i soggetti che entrano nei servizi psichiatrici consente potenzialmente di ridurre la probabilità di successive condotte criminali. Al contrario, per coloro che entrano prima in carcere, l'implementazione di programmi di *screening* psichiatrico sistematico potrebbe evitare che la sofferenza mentale

emerge tardivamente, aggravando le dinamiche criminogene e il rischio di recidiva (WHO, 2014).

### 6.1.1.3 Anni di presa in carico da parte dei servizi

**Tabella n. 12: Anni di presa in carico da parte dei servizi**

|                              | N  | Media | Deviazione std (DS) | Errore standard della media (ES) |
|------------------------------|----|-------|---------------------|----------------------------------|
| <b>Inizio in carcere</b>     | 26 | 10,65 | 9,169               | 1,798                            |
| <b>Inizio in psichiatria</b> | 18 | 17,17 | 10,286              | 2,424                            |

**t = -2,204      df = 42      p = 0,033**

La tabella evidenzia la differenza negli anni di presa in carico tra i soggetti che hanno avuto il primo contatto con il sistema penitenziario e quelli che, invece, sono stati inizialmente presi in carico dai servizi psichiatrici. Nel gruppo con esordio nel carcere (n = 26), la media degli anni di presa in carico risulta pari a 10,65 anni (DS = 9,17), mentre nel gruppo con esordio nei Servizi psichiatrici (n = 18) la durata media della presa in carico sale a 17,17 anni (DS = 10,29). La differenza tra i due gruppi è statisticamente significativa (t = -2,204; df = 42; **p = 0,033**), indicando come i pazienti che iniziano il loro percorso nel sistema sanitario psichiatrico rimangano complessivamente più a lungo sotto osservazione e trattamento rispetto a coloro che hanno avuto un primo contatto nel sistema penitenziario. Dal punto di vista clinico, il dato suggerisce che i soggetti con esordio precoce nei Servizi psichiatrici manifestano una traiettoria di malattia più cronica e richiedono un monitoraggio più prolungato da parte dei servizi di salute mentale. Ciò potrebbe riflettere la presenza di disturbi psichiatrici gravi e persistenti, spesso ad esordio giovanile, che necessitano di interventi terapeutici e riabilitativi continuativi (McCutcheon et al., 2020). Dal punto di vista criminologico-forense, invece, i soggetti con esordio in carcere sembrano sperimentare un percorso assistenziale più breve, probabilmente perché il contatto con i servizi sanitari avviene in maniera secondaria e spesso “reattiva”, successivamente, a comportamenti antisociali o condotte penalmente rilevanti (Fazel & Seewald, 2012). Anche questo dato evidenzia due *pattern* distinti: un percorso “**da psichiatria**

a carcere”, caratterizzato da lunga cronicità clinica, e un percorso “da carcere a psichiatria”, in cui l’intervento sanitario sopraggiunge solo in un secondo momento, spesso a seguito di eventi giudiziari o di problematiche cliniche non prevedibili. Queste evidenze confermano l’importanza di una precoce identificazione e presa in carico psichiatrica, che può rappresentare non solo un fattore protettivo contro l’aggravarsi della patologia, ma anche uno strumento di prevenzione rispetto a successive condotte devianti e all’ingresso nel circuito penitenziario (WHO, 2021c).

#### 6.1.1.4 Percorsi attuali

Dalla Tabella 9 si rileva come i soggetti che hanno iniziato il percorso in carcere, attualmente siano in comunità (57,7%) o sul territorio (19,2%), mentre pochi sono attualmente in carcere (23%; ma la differenza non è statisticamente significativa).

**Tabella n. 13: Percorsi attuali**

|                       | territorio | comunità | carcere | TOT | territorio | comunità | carcere | TOT    |
|-----------------------|------------|----------|---------|-----|------------|----------|---------|--------|
| Inizio in psichiatria | 2          | 8        | 8       | 18  | 11,1%      | 44,4%    | 44,4%   | 100,0% |
| Inizio in carcere     | 5          | 15       | 6       | 26  | 19,2%      | 57,7%    | 23,1%   | 100,0% |
| Totale                | 7          | 23       | 14      | 44  | 15,9%      | 52,3%    | 31,8%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 2,324 df=2 p=0,313

#### 6.1.2 Livello di istruzione

**Tabella n. 14: Livello di istruzione**

|           | territorio | comunità | carcere | Totale | territorio | comunità | carcere | Totale |
|-----------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| medie inf | 5          | 20       | 10      | 35     | 14,3%      | 57,1%    | 28,6%   | 100,0% |
| superiori | 2          | 6        | 4       | 12     | 16,7%      | 50,0%    | 33,3%   | 100,0% |
| laurea    | 0          | 1        | 2       | 3      | 0,0%       | 33,3%    | 66,7%   | 100,0% |
| Totale    | 7          | 27       | 16      | 50     | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 2.08 df = 4 p= 0.721

L’analisi del  $\chi^2$  di Pearson evidenzia che non vi è una relazione statisticamente significativa tra il livello di istruzione e la collocazione dei pazienti nei diversi setting psichiatrico-forensi (territorio, comunità, carcere). Infatti, il p-value ( $p = .721$ ) è ampiamente superiore alla soglia

convenzionale di significatività ( $\alpha = 0.05$ ), indicando che le differenze osservate nelle frequenze di distribuzione possono essere attribuite al caso e non a un effetto sistematico. Dal punto di vista clinico-psichiatrico e criminologico, ciò suggerisce che il grado di istruzione non rappresenta un predittore rilevante della collocazione dei pazienti nelle diverse strutture. Questo risultato è coerente con la letteratura che mostra come le variabili socio-demografiche, pur potendo incidere sui percorsi di marginalità sociale e rischio di devianza (Fazel & Seewald, 2012; Hodgins, 2008), non siano da sole sufficienti a spiegare la destinazione dei pazienti all'interno del sistema psichiatrico-forense, dove invece fattori clinici e criminologici specifici giocano un ruolo prevalente.

Dalla Tabella si evince, infatti, come nei soggetti in carico al territorio prevalgano livelli scolastici “inferiori”, mentre in comunità sembrano prevalere soggetti con “medie inferiori” (57,1%) (in questo caso rispetto al carcere; 28,6%); anche per il livello “superiori” il valore è analogo tra comunità e carcere (50% e 33,3%), mentre i laureati prevalgono tra i carcerati (66,7%), senza una differenza statisticamente significativa. L'analisi del livello di istruzione mostra dunque, in generale, una distribuzione fortemente sbilanciata verso titoli medio-bassi. La maggioranza del campione ha conseguito soltanto la scuola media inferiore, mentre la quota di laureati rimane residuale. Questo dato è in linea con la letteratura che documenta come bassi livelli di scolarizzazione rappresentino un fattore di rischio sia per l'esclusione sociale sia per la recidiva criminale, mediato da difficoltà di inserimento lavorativo e fragilità socio-economiche (Fazel & Baillargeon, 2011). Dal punto di vista psichiatrico-forense, un basso livello di istruzione appare spesso correlato a minori competenze di gestione delle emozioni e delle relazioni sociali, elementi questi che possono incidere sul rischio di condotte violente o antisociali (Bonta & Andrew, 2024). Inoltre, la scarsità di capitale culturale riduce l'accesso a percorsi terapeutici e riabilitativi più complessi, influenzando negativamente i tassi di adesione al trattamento e la possibilità di reinserimento nel territorio. Se il livello di istruzione, in questo campione, non sembra influire sulla collocazione in comunità o in carcere, in ottica di

psichiatria forense, ciò suggerisce però che i fattori di rischio o di protezione non dipendono dal titolo di studio, ma da altri elementi (per esempio: gravità del reato, profilo clinico...).

Dal punto di vista giuridico, l'assenza di correlazione implica poi che le decisioni di allocazione in Strutture penitenziarie o terapeutiche non sono influenzate dal *background* educativo - almeno in questa coorte - riducendo il rischio di *bias* socio-educativi nelle scelte che vengono fatte in fase giudiziaria.

Questi dati si inseriscono in un quadro ben noto nella letteratura criminologica e psichiatrica, che sottolinea l'associazione tra basso livello di istruzione e maggiore vulnerabilità a percorsi di marginalità sociale, disagio psichico e condotte devianti (Farrington et al., 2016; Lochner & Moretti, 2004). Studi longitudinali hanno dimostrato che un basso livello di scolarizzazione rappresenta un fattore di rischio indipendente per l'ingresso nel circuito penale, in parte per il legame con la disoccupazione e in parte per la minore capacità di utilizzare risorse cognitive e sociali protettive (Murray & Farrington, 2010). In popolazioni psichiatriche forensi, la prevalenza di bassi titoli di studio è stata frequentemente riscontrata. Ad esempio, Fazel et al. (2010a) evidenziano come i pazienti psichiatrici autori di reato abbiano, in media, un livello di istruzione inferiore rispetto alla popolazione generale, con conseguente maggiore difficoltà di reinserimento sociale. In Italia, ricerche sui detenuti hanno mostrato un quadro simile: prevalenza di licenze medie inferiori, con ridotta rappresentanza di diplomi e titoli universitari (Ministero della Giustizia, 2022a).

### 6.1.3 Profilo occupazionale

**Tabella n. 15: Professione**

|                      | territorio | comunità | carcere | TOT | territorio | comunità | carcere | TOT    |  |
|----------------------|------------|----------|---------|-----|------------|----------|---------|--------|--|
| <b>Lavoratore</b>    | 2          | 6        | 7       | 15  | 13,3%      | 40,0%    | 46,7%   | 100,0% |  |
| <b>Disoccupato/a</b> | 4          | 11       | 5       | 20  | 20,0%      | 55,0%    | 25,0%   | 100,0% |  |
| <b>Invalido/a</b>    | 1          | 10       | 4       | 15  | 6,7%       | 66,7%    | 26,7%   | 100,0% |  |
| <b>Totale</b>        | 7          | 27       | 16      | 50  | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |  |

$\chi^2$  di Pearson = 3.54    df = 4    p = 0.472

L'analisi del  $\chi^2$  di Pearson non ha evidenziato associazioni statisticamente significative tra la condizione occupazionale (lavoratore, disoccupato, invalido) e la collocazione nei diversi setting psichiatrico-forensi (territorio, comunità, carcere), come dimostra il valore di  $p = .472$ , ben al di sopra della soglia convenzionale di significatività ( $\alpha = 0.05$ ). Ciò implica che le differenze osservate nelle distribuzioni sono compatibili con la variabilità casuale e non riflettono un legame sistematico tra le variabili.

Dal punto di vista psichiatrico-forense, questo risultato suggerisce che lo status occupazionale, pur essendo riconosciuto in letteratura come un fattore di rischio o di protezione rispetto alla recidiva e alla marginalità sociale (Fazel et al., 2009; Sampson & Laub, 1993), non sembra costituire un predittore indipendente della collocazione dei pazienti nelle diverse strutture. La scelta del *setting* di destinazione appare, dunque, maggiormente influenzata da variabili cliniche (gravità sintomatologica, bisogni assistenziali) e criminologiche (tipologia di reato, rischio di recidiva), piuttosto che da caratteristiche socio-occupazionali di per sé. In chiave comparativa, i dati risultano coerenti con la letteratura che sottolinea come la disoccupazione o l'invalidità incidano più sulla qualità della vita e sul rischio di esclusione sociale che sulla collocazione istituzionale nei sistemi di cura e controllo (Hodgins, 2008; Bonta & Andrews, 2024).

Come dimostrato dalla Tabella 11, infatti, la distribuzione generale delle categorie professionali evidenzia, apparentemente, un'importante disoccupazione e un'alta percentuale di invalidità, in particolare tra i soggetti appoggiati in comunità terapeutica. Solo un terzo dei partecipanti è inserito nel mercato del lavoro, con un picco di occupazione tra i detenuti (46,7%). Questo paradosso - più alta occupazione tra i soggetti carcerati rispetto a quelli in trattamento comunitario - può essere interpretato come effetto di lavori precari o marginali e anche “intra-murari”, cioè all'interno del perimetro del carcere, che non hanno avuto un impatto protettivo rispetto alla devianza.

In letteratura, la disoccupazione e l'invalidità sono considerate potenti fattori di rischio criminogenico e predittori di recidiva (Bonta & Andrews, 2024). L'assenza di un ruolo sociale strutturato favorisce la marginalizzazione, mentre la condizione di invalidità, oltre alla

disabilità, si associa spesso a doppie diagnosi psichiatriche, riducendo l'autonomia e la capacità di aderire a programmi di riabilitazione (Lurigio, 2011). Ciò conferma l'importanza di programmi di reinserimento socio-lavorativo, sia all'interno delle comunità terapeutiche che al termine della detenzione, in ottica di riduzione del rischio e prevenzione della recidiva. In entrambe le sedi prevalgono i disoccupati e gli invalidi, ma con proporzioni comparabili. I lavoratori sono prevalentemente in carcere (46,7%), mentre disoccupati ed invalidi sono prevalentemente in comunità (55% e 66,7%), ma le differenze rilevate non sono statisticamente significative.

Dal punto di vista clinico-psichiatrico la condizione lavorativa non appare discriminante nella destinazione giudiziaria. Disoccupazione e invalidità sono frequenti in soggetti con disturbi mentali autori di reato, confermando la letteratura che associa instabilità socio-economica a maggiore vulnerabilità psichiatrica, ma non necessariamente a percorsi detentivi diversi.

Dal punto di vista giuridico, l'assenza di significatività statistica rafforza l'idea che, almeno formalmente, lo status occupazionale non orienti la collocazione del soggetto. Tuttavia, sul piano delle misure alternative, la carenza di un impiego stabile potrebbe incidere negativamente sull'accesso a percorsi di libertà vigilata o affidamento terapeutico.

## **6.2 Analisi delle variabili cliniche**

In questo ambito sono state analizzate quattordici variabili cliniche:

1. diagnosi
2. uso di sostanze
3. tentativi di suicidio
4. relazioni familiari
5. rischio di recidiva di comportamenti violenti e di reato considerando tre dimensioni cliniche:  
la violenza futura, la grave lesione fisica e la violenza imminente (mediante la somministrazione della HCR20-V3)
6. alestitimia (tramite la somministrazione della TAS 20)

7. intelligenza fluida, svincolata dalla cultura e intelligenza cristallizzata (tramite la somministrazione delle Matrici di Raven)
8. impulsività (tramite la somministrazione dei test BIS 11 e MOAS)
9. aggressività (tramite la somministrazione della MOAS)
10. rabbia (mediante la somministrazione della STAXI)
11. qualità di vita (tramite la somministrazione della WHOQOL-BREF)
12. psicopatia (mediante la somministrazione del test PCL-R)
13. valutazione dei bisogni di cura e sociali (mediante la CANFOR)
14. esito della perizia psichiatrica e medico-legale

Seguirà una loro puntuale disamina evidenziando, per ciascuna di esse, l'eventuale significatività statistica nel rapporto tra i tre gruppi.

### 6.2.1 Diagnosi

La distribuzione delle diagnosi (Tabella 12 e Immagine 64) mostrano una netta prevalenza dei disturbi psicotici (54%), in particolare nelle comunità terapeutiche (81,5%). Al contrario, il disturbo di personalità antisociale (basso con l'8%) si osserva con maggiore frequenza nel carcere (75%), mentre i disturbi Depressivi (12%) e le *Addiction* (18%) risultano distribuiti in modo disomogeneo, con un peso rilevante del consumo patologico di sostanze e della depressione in carcere (66,7%). Il test del chi-quadrato ( $\chi^2 = 27,428$ ;  $df = 8$ ;  $p < 0,001$ ) indica un'associazione statisticamente significativa tra diagnosi e luogo di collocazione.

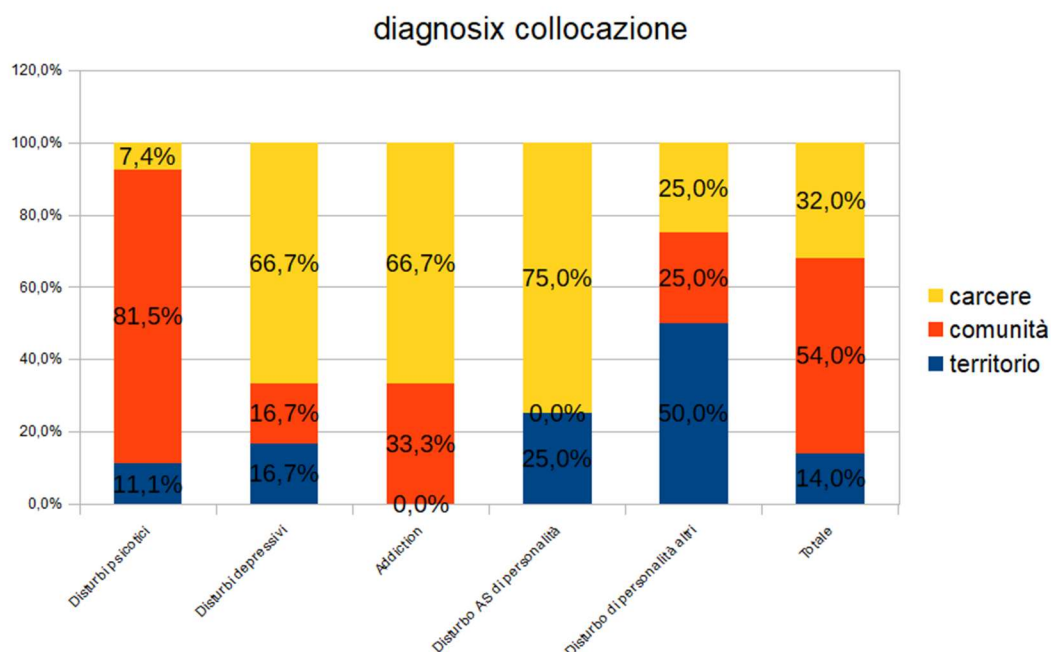
**Tabella n. 16: Distribuzione delle diagnosi per collocazione**

| Diagnosi                            | Numero      |           |          | Tot | % in diagnosi |            |          | Tot    | % in luogo  |            |          | Tot   |
|-------------------------------------|-------------|-----------|----------|-----|---------------|------------|----------|--------|-------------|------------|----------|-------|
|                                     | Terri torio | Comu nità | Car cere |     | Terri torio   | Co mu nità | Car cere |        | Terri torio | Co mu nità | Car cere |       |
| Disturbi psicotici                  | 3           | 22        | 2        | 27  | 11,1%         | 81,5%      | 7,4%     | 100,0% | 42,9%       | 81,5%      | 12,5%    | 54,0% |
| Disturbi depressivi                 | 1           | 1         | 4        | 6   | 16,7%         | 16,7%      | 66,7%    | 100,0% | 14,3%       | 3,7%       | 25,0%    | 12,0% |
| Addiction                           | 0           | 3         | 6        | 9   | 0,0%          | 33,3%      | 66,7%    | 100,0% | 0,0%        | 11,1%      | 37,5%    | 18,0% |
| Disturbo antisociale di personalità | 1           | 0         | 3        | 4   | 25,0%         | 0,0%       | 75,0%    | 100,0% | 14,3%       | 0,0%       | 18,8%    | 8,0%  |
| Disturbo di personalità: altri      | 2           | 1         | 1        | 4   | 50,0%         | 25,0%      | 25,0%    | 100,0% | 28,6%       | 3,7%       | 6,3%     | 8,0%  |

|        |   |    |    |    |       |       |       |        |        |        |        |        |
|--------|---|----|----|----|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|
| TOTALE | 7 | 27 | 16 | 50 | 14,0% | 54,0% | 32,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
|--------|---|----|----|----|-------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|

$\chi^2$  di Pearson = 27,428    df = 8    p = 0,001

### Immagine n. 8: Distribuzione delle diagnosi per collocazione



Dal punto di vista clinico, questi dati suggeriscono che i disturbi psicotici cronici trovano maggiore spazio in contesti comunitari, coerentemente con un modello di trattamento lungo orientato alla riabilitazione e al sostegno psicosociale. Al contrario, i soggetti con disturbo antisociale e condotte impulsive legate prevalentemente alle sostanze risultano più frequentemente collocati in carcere, verosimilmente per la maggiore incidenza di comportamenti criminali e pericolosi.

A livello criminologico, la distribuzione conferma la differenziazione tra trattamento comunitario (orientato ai quadri psicotici) e contenimento penitenziario (destinato ai profili antisociali). Questa distinzione riflette coerentemente le linee guida internazionali che evidenziano come i sistemi giudiziari tendano ad associare il disturbo di personalità antisociale a una maggiore pericolosità sociale e a un minore beneficio atteso dal trattamento riabilitativo (Fazel & Danesh, 2002; Moffitt, 2018).

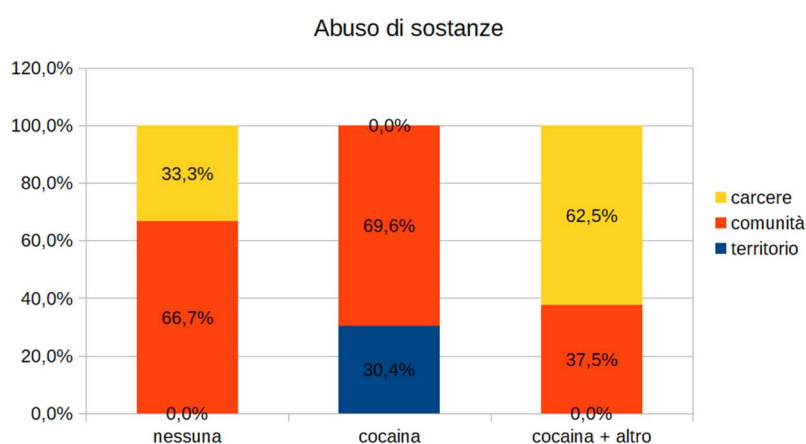
#### 6.2.2 Uso di sostanze

**Tabella n. 17: Abuso di sostanze**

| sostanze        | territorio | comunità  | carcere   | Totale    | territorio   | comunità     | carcere      | Totale        |
|-----------------|------------|-----------|-----------|-----------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| nessuna         | 0          | 2         | 1         | 3         | 0,0%         | 66,7%        | 33,3%        | 100,0%        |
| cocaina         | 7          | 16        | 0         | 23        | 30,4%        | 69,6%        | 0,0%         | 100,0%        |
| cocaina + altro | 0          | 9         | 15        | 24        | 0,0%         | 37,5%        | 62,5%        | 100,0%        |
| <b>Totale</b>   | <b>7</b>   | <b>27</b> | <b>16</b> | <b>50</b> | <b>14,0%</b> | <b>54,0%</b> | <b>32,0%</b> | <b>100,0%</b> |

$\chi^2$  di Pearson = 24,887 df = 4 p = 0.00005

**Immagine n. 9: Abuso di sostanze**



Come si evince dalla Tabella e dall'Immagine ci sono due stili tossicofilici principali:

- uso esclusivo di cocaina (23 casi), fortemente concentrato nelle comunità (69,6%), nel territorio è presente per il 30,4%, mentre risulta assente in carcere
- policonsumo (cocaina + altre sostanze) (24 casi), prevalente in carcere (62,5%), a cui segue la comunità per il 37,5%; mentre risulta assente nel territorio

Il test del chi-quadrato ( $\chi^2 = 24,887$ ; df = 4; **p < 0,00005**) conferma un'associazione altamente significativa tra pattern di consumo e luogo di collocazione.

Dal punto di vista clinico il policonsumo - tendenzialmente correlato, in termini generali, a quadri di maggiore gravità psicopatologica, disfunzionalità sociale e rischio di recidiva - dovrebbe più frequentemente indirizzare verso comunità terapeutiche, dove è atteso un intervento integrato e multidisciplinare. L'uso esclusivo di cocaina, invece, associato a comportamenti impulsivi e violenti, verso contesti giudiziari e penitenziari (Darke et al., 2008).

In una prospettiva giuridico-forense, questa relazione suggerisce invece che il tipo di consumo non è solo un mero fattore clinico, ma può arrivare ad incidere direttamente sulle decisioni giudiziarie, influenzando la scelta tra misure alternative e collocazione carceraria. Ciò rafforza la necessità di un approccio clinico-forense integrato, in cui la valutazione tossicologica possa costituire un elemento cruciale nella stima della pericolosità sociale e nelle decisioni di collocazione attraverso la “pesatura” di una eventuale doppia diagnosi (Ogloff et al., 2015a, b). Un’analisi incrociata degli items ora citati evidenzia, quindi, che:

- **diagnosi e luogo di collocazione sono significativamente associati**, con prevalenza dei disturbi psicotici nelle comunità e del disturbo antisociale in carcere
- **uso di sostanze e collocazione mostrano un legame ancora più marcato**: il policonsumo si associa al carcere e l’uso esclusivo di cocaina alla comunità

Poiché le variabili socio-demografiche non presentavano differenze significative, questi dati confermano che la dimensione clinica e tossicologica è determinante nei percorsi di cura e di collocazione, mentre gli elementi socio-demografici da soli non sono sufficienti a predire l’esito giudiziario.

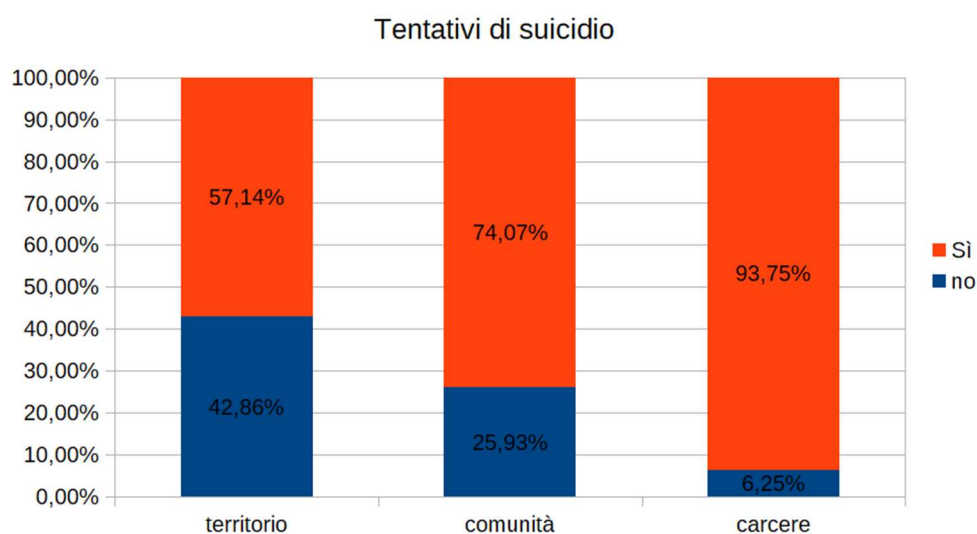
### 6.2.3 Tentativi di suicidio

**Tabella n. 18: Presenza vs assenza di tentativi di suicidio**

| Categoria | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale  |
|-----------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|---------|
| <b>no</b> | 3.0        | 7.0      | 1.0     | 11.0   | 27.3%      | 63.6%    | 9.1%    | 100.0 % |
| <b>sì</b> | 4.0        | 20.0     | 15.0    | 39.0   | 10.3%      | 51.3%    | 38.5%   | 100.0 % |

$\chi^2$  di Pearson = 4.33      df = 2      p = 0.115

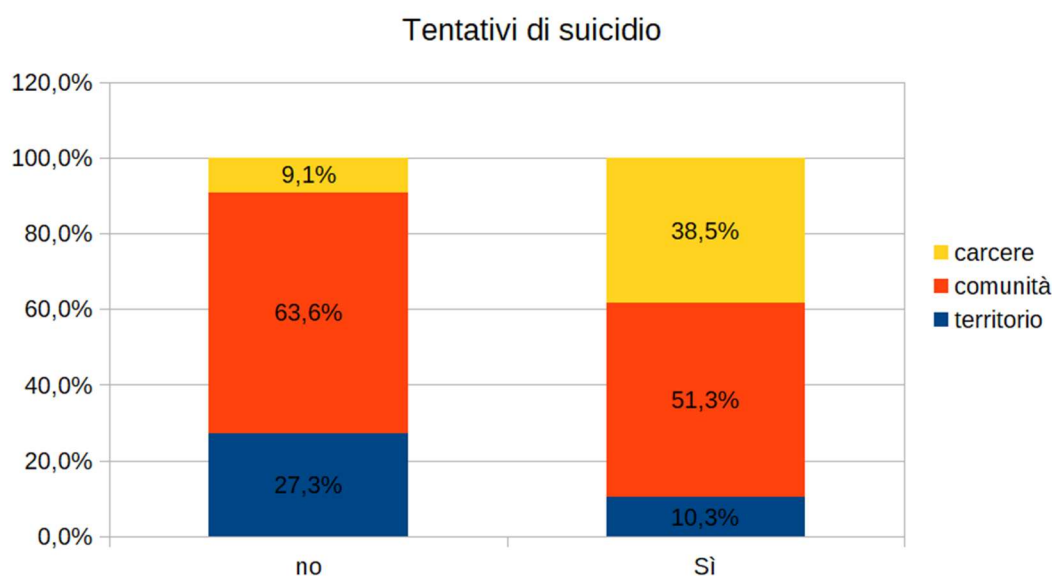
#### Immagine n. 10: Presenza vs assenza di tentativi di suicidio a seconda dei luoghi



L'analisi del  $\chi^2$  di Pearson evidenzia una tendenza alla differenziazione nella distribuzione dei tentativi di suicidio nei diversi setting psichiatrico-forensi, ma il risultato non raggiunge la significatività statistica ( $p = .115$ ). Questo valore, pur non oltrepassando la soglia convenzionale di  $\alpha = 0.05$ , si colloca in un'area di "quasi significatività", suggerendo la presenza di una differenza potenzialmente rilevante sul piano clinico, che richiede campioni più ampi per essere confermata. Dal punto di vista interpretativo, la percentuale di pazienti con tentativi di suicidio appare maggiore in carcere e, in seconda istanza, in comunità rispetto al territorio. Ciò è coerente con la letteratura che documenta una maggiore vulnerabilità suicidaria nelle popolazioni recluse o sottoposte a regimi di restrizione, a causa di fattori quali isolamento sociale, stigma, presenza di disturbi psichiatrici gravi e stress detentivo (Fazel et al., 2014a, 2017). Questi dati suggeriscono che, sebbene la significatività statistica non sia stata raggiunta, l'osservazione clinica non dovrebbe essere sottovalutata: la tendenza riscontrata ha implicazioni importanti in termini di prevenzione del suicidio e programmazione degli interventi nei diversi setting. In particolare, il carcere e le comunità psichiatriche emergono come contesti in cui è cruciale implementare strategie di monitoraggio e interventi mirati al rischio suicidario, integrando protocolli di valutazione del rischio, supporto psicologico continuativo e misure strutturali di riduzione dello stress istituzionale.

Data l'importanza clinica del parametro rischio suicidario, si è ritenuto utile rappresentare graficamente, sia la distribuzione per sede (Immagine 66) che la distribuzione assoluta (presenza/assenza) (Immagine 67), rappresentando ulteriori due punti di vista differenti dello stesso risultato.

#### **Immagine n. 11 : Presenza vs assenza di tentativi di suicidio**



Le Immagini sopradescritte confermano che il rischio suicidario nei soggetti psichiatrico-forensi è un fenomeno pervasivo e differenziato per *setting*: relativamente contenuto, ma significativo nel territorio, critico in comunità, quasi inarginabile in carcere. Questo richiede interventi preventivi mirati: programmi di monitoraggio psichiatrico in carcere, strategie di continuità terapeutica tra comunità e territorio, e un rafforzamento degli interventi per intercettare precocemente il rischio suicidario.

Dal punto di vista clinico, il dato riflette una stretta associazione tra disturbi mentali gravi e rischio suicidario:

- la prevalenza così elevata nei contesti di cura intensiva e nel carcere è compatibile con la presenza di disturbi borderline di personalità, schizofrenia, disturbi affettivi maggiori e poliabuso di sostanze

- nelle comunità terapeutiche, l'alto numero di tentativi segnala che l'ingresso in trattamento avviene spesso in condizioni cliniche critiche di tipo acuto o sub-acuto, confermando la funzione di filtro delle strutture residenziali per i casi ad alto rischio suicidario
- nel carcere, i dati hanno confermato l'effetto "suicidogeno" della detenzione, connesso a fattori come la perdita di autonomia, lo stigma, la carenza di supporto emotivo e l'insufficiente disponibilità di trattamenti specialistici (Fazel et al., 2017).

Dal punto di vista criminologico, invece, i risultati significano che:

- il rischio suicidario in carcere si potrebbe configurare come una strategia di *coping* estrema di fronte alla condizione detentiva, al senso di colpa e alla prospettiva di esclusione sociale
- l'elevata incidenza in comunità e carcere suggerisce una continuità tra marginalità sociale e rischio suicidario, dove i tentativi rappresentano un indice di vulnerabilità che si colloca all'intersezione tra devianza e patologia psichiatrica
- il rischio suicidario può essere letto anche come comportamento comunicativo e richiesta di aiuto, che assume connotati diversi: nella comunità come segnale clinico all'équipe, nel carcere come gesto di protesta o disperazione contro l'istituzione totale (Goffman, 1961).

L'alta quota di episodi di tentato suicidio in entrambi i contesti (carcere e comunità) suggerisce di potenziare i protocolli di prevenzione strutturati in associazione - dal punto di vista giuridico – con l'indispensabilità di potenziare percorsi condivisi UEPE-DSM-Amministrazione penitenziaria

#### 6.2.4 Relazioni familiari

**Tabella n. 19: Stile di relazione familiare**

| Relazioni Familiari | territorio | comunità | carcere | TOT | territorio | comunità | carcere | TOT    |
|---------------------|------------|----------|---------|-----|------------|----------|---------|--------|
| Accogliente         | 5          | 13       | 5       | 23  | 21,7%      | 56,5%    | 21,7%   | 100,0% |
| Disgregata          | 1          | 6        | 6       | 13  | 7,7%       | 46,2%    | 46,2%   | 100,0% |
| Ostile              | 0          | 5        | 5       | 10  | 0,0%       | 50,0%    | 50,0%   | 100,0% |
| Abbandonica         | 1          | 3        | 0       | 4   | 25,0%      | 75,0%    | 0,0%    | 100,0% |
| TOTALE              | 7          | 27       | 16      | 50  | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 7.49      df = 6      p = 0.278

L'analisi del  $\chi^2$  di Pearson indica che non vi è una relazione statisticamente significativa tra lo stile delle relazioni familiari e la collocazione dei pazienti nei diversi setting psichiatrico-forensi ( $p = .278$ ). Le differenze osservate tra i gruppi, pur mostrando alcune tendenze descrittive (ad esempio, relazioni “accoglienti” più frequenti in territorio e comunità, mentre stili “disgregati” o “ostili” maggiormente rappresentati in carcere e nelle comunità), non raggiungono valori di significatività tali da suggerire un'associazione stabile e non casuale.

Dal punto di vista psichiatrico e criminologico, questo risultato suggerisce che lo stile di relazione familiare, pur essendo riconosciuto in letteratura come fattore di rischio o di protezione nella traiettoria evolutiva dei soggetti autori di reato (Farrington et al., 2016), non sembra costituire un predittore indipendente della destinazione istituzionale. La collocazione nei diversi *setting* (Tabella 15) appare piuttosto influenzata da variabili cliniche (gravità del disturbo psichiatrico, bisogni di cura) e giuridiche (tipologia e gravità del reato, misure di sicurezza applicate). Tuttavia, è importante sottolineare che il ruolo delle relazioni familiari rimane clinicamente rilevante: una rete familiare accogliente può favorire l'aderenza ai trattamenti e ridurre il rischio di ricadute, mentre contesti disgregati o ostili possono amplificare la vulnerabilità psicosociale. In questo senso, l'assenza di significatività statistica non esclude la necessità di interventi clinici mirati a supportare e ricostruire i legami familiari, come documentato da programmi di psicoeducazione e *family therapy* in ambito psichiatrico-forense (Clerici et al., 1995b). Questi dati suggeriscono, inoltre, che i soggetti provenienti da famiglie disfunzionali tendono ad arrivare più frequentemente alle strutture residenziali o al carcere, probabilmente a causa di una minore capacità di supporto affettivo, contenimento e mediazione del conflitto familiare. La famiglia disfunzionale rappresenta, infatti, un noto fattore di rischio per lo sviluppo e il mantenimento di psicopatologia grave (Bertrando, et al., 1991; Bertrando, et al., 1995; Bertrando, et al., 1997; Clerici, et al., 1995a; 1995b; Bertrando & Clerici, 1995, 1996; Clerici, M. 1999) e di condotte devianti, con un impatto diretto sia sulla stabilità clinica che sulla probabilità di recidiva (Fazel & Wolf, 2015). In termini criminologici, la prevalenza di famiglie disfunzionali nel gruppo carcerario appare coerente con la letteratura che sottolinea

come la fragilità del legame familiare e la carenza di modelli prosociali costituiscano un elemento centrale nei percorsi che conducono alla criminalità e alla recidiva (Murray & Farrington, 2010). Tuttavia, la consistente presenza di famiglie disfunzionali anche nelle comunità terapeutiche (oltre la metà) indica che i servizi clinici intercettano in parte questa vulnerabilità, aprendo spazi di recupero alternativo all'esito detentivo. In sintesi, i risultati documentano due dinamiche complementari:

- protezione relativa del territorio, dove prevalgono famiglie relativamente più funzionali e capaci di supportare la presa in carico
- vulnerabilità clinico-criminologica nelle comunità e nel carcere, dove la disfunzione familiare di questi soggetti è un tratto dominante, con impatto negativo sul decorso clinico e sulle traiettorie di devianza.

## 6.2.5 Analisi del rischio di recidiva

L'associazione tra le variabili cliniche e il rischio di recidiva (violenta e di reato) è stata valutata dapprima con regressione logistica, calcolando *odds ratio* (OR) e Intervallo di Confidenza (IC) del 95%, poi con modello multivariato, includendo solo i predittori risultati significativi ( $p < .05$ ) in analisi univariata. L'uso combinato della batteria testale (HCR-20 V3, TAS 20, SCID-5-PD, Matrici di Raven, BIS 11, MOAS, STAXI, WHOQOL-BREF, PCL-R e CANFOR) ha consentito di delineare una profilazione comportamentale complessa, contraddistinta da impulsività elevata, scarsa tolleranza alla frustrazione, ridotta capacità empatica e un'accentuata tendenza alla disregolazione e disorganizzazione affettiva e cognitiva unita al discontrollo comportamentale.

### 6.2.5.1 HCR-20 V3

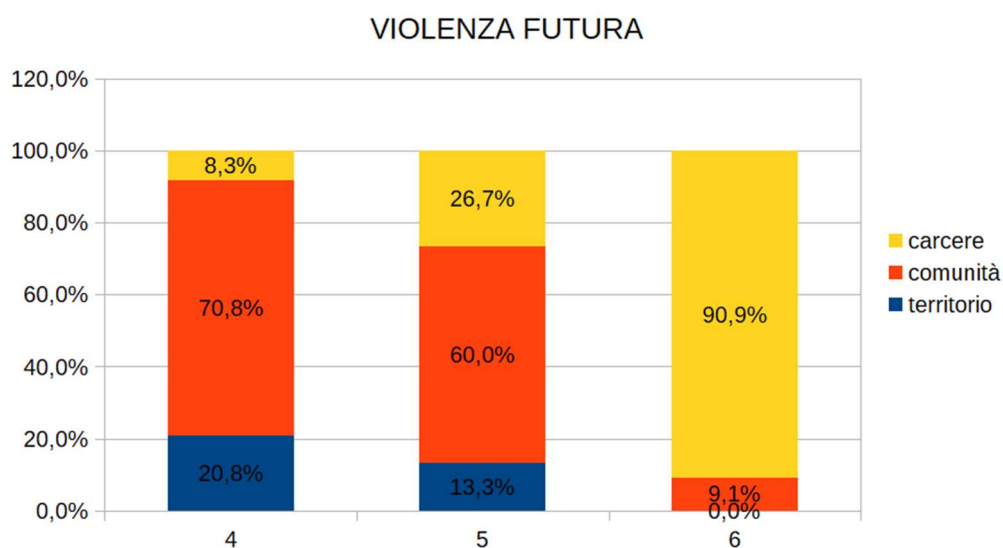
#### 6.2.5.1.1 Violenza futura

**Tabella n. 20: Violenza futura**

| Dimensione      | Valore | territorio | comunità | carcere | totale | territorio | comunità | carcere | totale |
|-----------------|--------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| Violenza Futura | 4      | 5          | 17       | 2       | 24     | 20,8%      | 70,8%    | 8,3%    | 100,0% |
|                 | 5      | 2          | 9        | 4       | 15     | 13,3%      | 60,0%    | 26,7%   | 100,0% |
|                 | 6      | 0          | 1        | 10      | 11     | 0,0%       | 9,1%     | 90,9%   | 100,0% |
| TOTALE          |        | 7          | 27       | 16      | 50     | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 24,076    df = 4    p = 0,00008

## Immagine n. 12: Violenza futura



La Tabella e l'Immagine esaminano l'associazione tra il luogo di trattamento/controllo (territorio, comunità, carcere) e la probabilità di espressione di violenza futura. I risultati mostrano una distribuzione differenziata nei tre contesti. Nel territorio, la violenza futura è riportata solo in una minoranza dei casi (20,8% in una sottoclasse; 13,3% in un'altra), mentre la maggior parte dei soggetti non presenta indicatori di rischio elevato. La comunità terapeutica rappresenta un'area intermedia: qui si riscontra una frequenza più alta di episodi o rischi di violenza futura (60,0% in un gruppo e 70,8% nell'altro), suggerendo che i soggetti collocati in comunità presentano profili clinici complessi, ma gestibili con strutture residenziali.

Il dato più rilevante emerge per il carcere, dove la prevalenza di violenza futura è decisamente maggiore: in un sottogruppo si osserva il 90,9% di rischio, con un peso complessivo pari al 32% sul totale campione. Ciò suggerisce che il contesto penitenziario, oltre a concentrare soggetti già connotati da tratti criminogenici più marcati, possa anche costituire un fattore di amplificazione della violenza, probabilmente per via delle condizioni di sovraffollamento, stress istituzionale e scarsa disponibilità di interventi terapeutici specifici (Fazel et al., 2016a). L'analisi statistica conferma la significatività di tali associazioni ( $\chi^2 = 24,076$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,00008$ ) con differenze osservate - tra i tre *setting* - non casuali, ma che riflettono una distribuzione strutturata del rischio di violenza futura in funzione del contesto.

Dal punto di vista clinico, questi dati suggeriscono la presenza di due sottogruppi principali:

- **soggetti a basso rischio**, maggiormente seguiti nei servizi territoriali, con un decorso clinico compatibile con la gestione ambulatoriale e con ridotto impatto criminogeno
- **soggetti ad alto rischio**, prevalentemente collocati in carcere o in comunità ad alta intensità di cure e assistenziale, con maggiore probabilità di agiti violenti e recidiva.

Sul piano criminologico e forense, i risultati confermano la necessità di differenziare le strategie di intervento: nel carcere appare cruciale l'attivazione ex-novo - o un potenziamento - dei programmi psichiatrico-forensi integrati e multidisciplinari, mentre nelle comunità occorre consolidare protocolli terapeutici personalizzati per prevenire l'escalation violenta.

Inoltre, in termini di politica sanitaria e penitenziaria, la significatività statistica ottenuta avvalora l'ipotesi che sia necessario agire sul contesto di presa in carico in quanto predittore rilevante di violenza futura e, quindi, integrarlo attivamente nei modelli di valutazione del rischio (ad esempio HCR-20V3).

#### 6.2.5.1.2 Grave Lesione Fisica

La Tabella e l'Immagine, analizzano la distribuzione degli episodi (o del rischio) di grave lesione fisica nei diversi contesti di riferimento (territorio, comunità e carcere). I dati rilevati mettono in evidenza una forte differenziazione:

**Tabella n. 21: Grave lesione fisica**

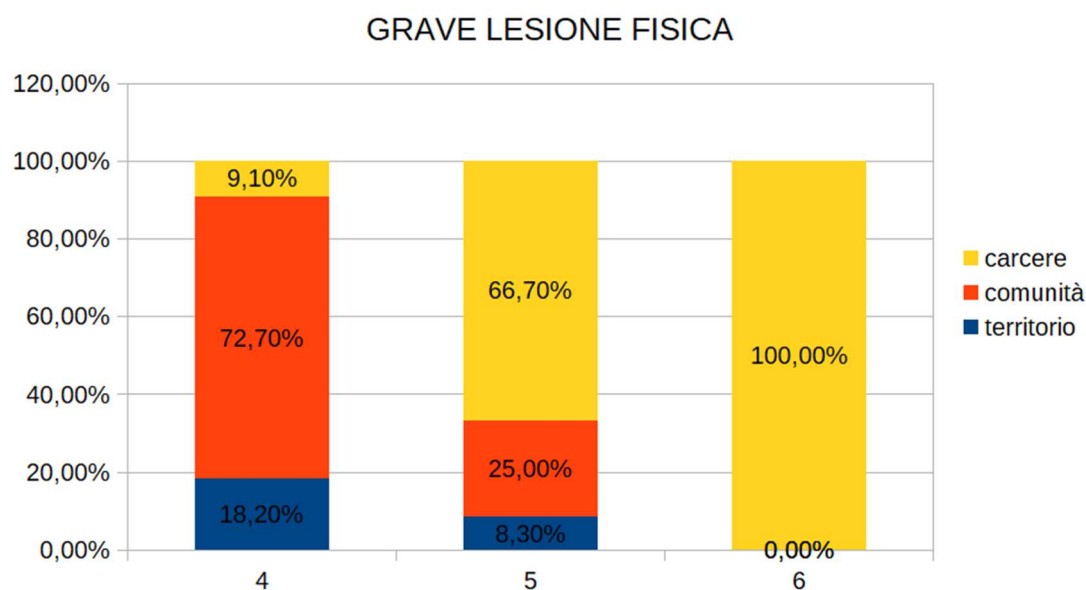
|                      | N | territorio | comunità | carcere | TOT | territorio | comunità | carcere | TOT    |
|----------------------|---|------------|----------|---------|-----|------------|----------|---------|--------|
| grave lesione fisica | 4 | 6          | 24       | 3       | 33  | 18,2%      | 72,7%    | 9,1%    | 100,0% |
|                      | 5 | 1          | 3        | 8       | 12  | 8,3%       | 25,0%    | 66,7%   | 100,0% |
|                      | 6 | 0          | 0        | 5       | 5   | 0,0%       | 0,0%     | 100,0%  | 100,0% |
| Totale               |   | 7          | 27       | 16      | 50  | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 25,244

df = 4

p = 0,00004

### Immagine n. 13: Grave lesione fisica



- **nel territorio**, gli episodi di grave lesione fisica sono marginali, con una rilevanza del 18,2% in un gruppo e solo dell'8,3% in un altro, fino ad arrivare a 0% nei casi più gravi. Ciò suggerisce che i soggetti seguiti nei servizi territoriali presentano un rischio contenuto di condotte violente severe, compatibile con un *setting* clinico-ambulatoriale
- **nelle comunità terapeutiche**, la percentuale complessiva è intermedia (25,0% in un gruppo e 72,7% in un altro). Tale risultato indica che le comunità accolgono soggetti con profili clinici e criminologici più complessi, nei quali la possibilità di agiti lesivi, pur gestita, resta significativa
- **nel carcere**, il dato raggiunge la sua massima espressione: in un sottogruppo, il 100% dei casi è associato a grave lesione fisica, con un'incidenza globale del 66,7% in un altro gruppo (su valori aggregati pari al 32% del campione totale). Questo evidenzia come il carcere concentri individui ad alto rischio di condotte fisicamente dannose e connotati da maggiore pericolosità criminogena.

Dal punto di vista statistico ( $\chi^2 = 25,244$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,00004$ ), si conferma la significatività delle differenze: l'associazione tra *setting* e rischio di grave lesione fisica non è casuale, ma riflette un legame strutturato. La valutazione clinica suggerisce la presenza di una gradazione del rischio quale:

- **basso rischio nei servizi territoriali**, indicativo di pazienti con profili clinici stabilizzati o comunque compatibili con interventi ambulatoriali
- **rischio intermedio in comunità**, dove la presenza di personale specializzato consente di contenere, ma non annullare, la possibilità di agiti lesivi
- **alto rischio in carcere**, che si conferma come l'ambiente nel quale la violenza fisica grave rappresenta una variabile critica, probabilmente favorita sia dalla selezione di soggetti con caratteristiche antisociali più marcate, sia dai fattori ambientali di tipo penitenziario (sovraffollamento, conflitti interpersonali, scarsa formazione degli operatori e carenza di interventi terapeutici mirati).

Dal punto di vista criminologico e forense, questo dato è coerente con la letteratura che evidenzia una più alta incidenza di condotte violente e lesive nei contesti detentivi rispetto a quelli residenziali terapeutici (Fazel et al., 2016a) con necessità di implementare - negli istituti di pena - programmi specifici di prevenzione della violenza fisica e di potenziare i collegamenti tra istituzioni sanitarie e giudiziarie per ridurre il rischio di recidiva violenta.

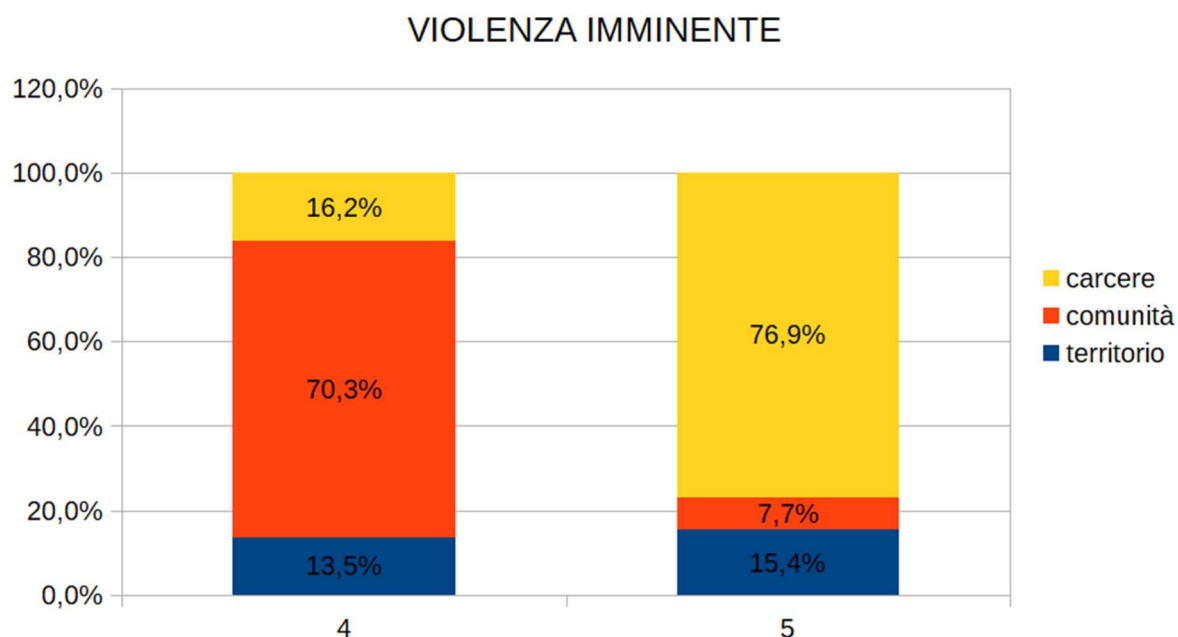
#### 6.2.5.1.3 Violenza imminente

**Tabella n. 22: Violenza imminente**

|                           | N | territorio | comunità | carcer<br>e | totale | territorio | comunit<br>à | carcer<br>e | totale |
|---------------------------|---|------------|----------|-------------|--------|------------|--------------|-------------|--------|
| <b>VIOLENZA IMMINENTE</b> | 4 | 5          | 26       | 6           | 37     | 13,5%      | 70,3%        | 16,2%       | 100,0% |
|                           | 5 | 2          | 1        | 10          | 13     | 15,4%      | 7,7%         | 76,9%       | 100,0% |
| <b>Totale</b>             |   | 7          | 27       | 16          | 50     | 14,0%      | 54,0%        | 32,0%       | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 18,079      df = 2 p = 0,0001

#### Immagine n. 14: Violenza imminente



La tabella e l'Immagine analizzano la distribuzione della violenza imminente nei tre contesti di riferimento. I dati mostrano differenze statisticamente significative ( $\chi^2 = 18,079$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,0001$ ) che indicano come il rischio di violenza imminente dipende fortemente dal contesto in cui i soggetti si trovano:

- **nel territorio**, i casi sono relativamente contenuti (13,5% in un gruppo; 15,4% in un altro), segnalando che i pazienti seguiti dai servizi territoriali esprimono una minore propensione ad atti violenti immediati, probabilmente per l'efficacia del monitoraggio clinico e della presa in carico continuativa
- **nelle comunità terapeutiche**, il valore raggiunge il 70,3% in un sottogruppo, ma scende drasticamente al 7,7% in un altro. Questo dato, apparentemente disomogeneo, suggerisce che in comunità si concentrino soggetti ad alto rischio che, grazie a interventi intensivi, riescono in parte a contenere gli agiti imminenti o eterogenei nelle loro caratteristiche. La variabilità interna indica infatti una forte eterogeneità clinico-criminologica tra i pazienti in carico
- **nel carcere**, la quota di violenza imminente risulta la più elevata (76,9% in un gruppo con un'incidenza complessiva del 32% sul campione totale). Questo dato conferma come l'ambiente penitenziario, per condizioni strutturali (sovraffollamento, conflittualità, carenza

di risorse terapeutiche e di personale), costituisca un contesto di amplificazione del rischio di agiti violenti immediati.

Sul piano clinico, i dati individuano una progressione di rischio del tipo:

- **territorio** = **basso rischio**, grazie al monitoraggio clinico e comportamentale precoce e sistematico
- **comunità** = **rischio variabile**, con casi ad alto rischio gestiti in regime residenziale e altri stabilizzati
- **carcere** = **rischio elevato e strutturale**, che necessita di programmi di prevenzione della violenza adattati al contesto penitenziario.

Dal punto di vista criminologico e forense, l'evidenza statistica sottolinea l'urgenza di strumenti di valutazione dinamica del rischio (per esempio: HCR-20V3) per individuare tempestivamente i soggetti a maggiore pericolosità imminente e predisporre misure di contenimento mirate. L'alta prevalenza in carcere conferma, inoltre, la necessità di rafforzare i collegamenti tra giustizia e salute mentale, al fine di ridurre il rischio di recidiva violenta e migliorare la sicurezza istituzionale e ambientale (Douglas et al., 2013; Fazel & Wolf, 2015).

## 6.2.6 Alessitimia

**Tabella n. 23: Valutazione dell'alessitimia**

| TAS 20                      | territorio | comunità | carcere | TOT | territorio | comunità | carcere | TOT    |
|-----------------------------|------------|----------|---------|-----|------------|----------|---------|--------|
| <b>alessitimico</b>         | 1          | 14       | 10      | 25  | 4,0%       | 56,0%    | 40,0%   | 100,0% |
| <b>borderline</b>           | 3          | 5        | 3       | 11  | 27,3%      | 45,5%    | 27,3%   | 100,0% |
| <b>non<br/>alessitimico</b> | 3          | 8        | 3       | 14  | 21,4%      | 57,1%    | 21,4%   | 100,0% |
| <b>TOTALE</b>               | 7          | 27       | 16      | 50  | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

La tabella mostra la distribuzione dei soggetti valutati con la TAS-20, distinguendo tra le categorie di alessitimici, borderline e non alessitimici, stratificate per i tre contesti di presa in carico. I risultati, che non sono statisticamente significativi, evidenziano una netta

concentrazione della condizione di alessitimia clinica nei contesti residenziali e carcerari: il 56% degli alessitimici si colloca nelle comunità e il 40% in carcere, mentre soltanto il 4% ricade nel territorio. Questo dato suggerisce che i soggetti con grave difficoltà nell'identificazione e verbalizzazione delle emozioni tendono ad accumularsi nelle strutture a maggiore contenimento, dove la gestione del comportamento problematico diventa necessaria. Il gruppo borderline mostra invece una distribuzione più equilibrata, con il 45,5% in comunità, il 27,3% in carcere e un ulteriore 27,3% sul territorio. Questo *pattern* potrebbe riflettere una maggiore eterogeneità clinica o una flessibilità di collocazione assistenziale, in linea con la natura intermedia della categoria borderline della TAS-20. Al contrario, i soggetti non alessitimici risultano più presenti in comunità (57,1%), ma anche nel territorio (21,4%) e in carcere (21,4%). Questo dato evidenzia come la mancanza di alessitimia non costituisca di per sé un fattore protettivo dal percorso detentivo ma, al contrario, possa coesistere con condotte antisociali e criminali. L'elevata prevalenza di alessitimia in carcere e comunità conferma quanto riportato dalla letteratura, secondo cui l'alessitimia è associata a difficoltà di regolazione emotiva, tratti impulsivi e comportamenti aggressivi (Taylor et al., 1997; Hemming et al., 2019). L'incapacità di riconoscere e comunicare i propri stati emotivi costituisce un fattore di rischio sia per la "cronicizzazione" psicopatologica sia per la recidiva criminologica, in quanto limita la possibilità di sviluppare strategie adattive e incrementa l'agito comportamentale. Il dato che i soggetti borderline siano distribuiti in modo intermedio tra i contesti suggerisce che questo gruppo possa rappresentare un'area clinica di vulnerabilità, caratterizzata da oscillazioni emotive e instabilità relazionale che richiedono un inquadramento differenziale e programmi terapeutici specifici (Bagby et al., 2020). Infine, la presenza di non alessitimici in carcere evidenzia che l'aggressività e la devianza non sono esclusivamente determinate da deficit di consapevolezza emotiva, ma possono essere mediate da fattori più netti quali quelli di personalità, socio-ambientali e criminogenici, coerentemente con i modelli multifattoriali della recidiva (Bonta & Andrews, 2007).

## 6.2.7 Intelligenza fluida

**Tabella n. 24: Valutazione dell'intelligenza fluida**

| <b>Punteggio<br/>Equivalente</b> | <b>territorio</b> | <b>comunità</b> | <b>carcere</b> | <b>Totale</b> | <b>territorio</b> | <b>comunità</b> | <b>carcere</b> | <b>Totale</b> |
|----------------------------------|-------------------|-----------------|----------------|---------------|-------------------|-----------------|----------------|---------------|
| <b>0</b>                         | 2                 | 7               | 0              | 9             | 22,2%             | 77,8%           | 0,0%           | 100,0%        |
| <b>1</b>                         | 2                 | 4               | 4              | 10            | 20,0%             | 40,0%           | 40,0%          | 100,0%        |
| <b>2</b>                         | 0                 | 3               | 2              | 5             | 0,0%              | 60,0%           | 40,0%          | 100,0%        |
| <b>3</b>                         | 0                 | 3               | 0              | 3             | 0,0%              | 100,0%          | 0,0%           | 100,0%        |
| <b>4</b>                         | 3                 | 10              | 10             | 23            | 13,0%             | 43,5%           | 43,5%          | 100,0%        |
| <b>Totale</b>                    | 7                 | 27              | 16             | 50            | 14,0%             | 54,0%           | 32,0%          | 100,0%        |

La tabella riporta la distribuzione dei punteggi equivalenti ottenuti alle Matrici di Raven nei tre contesti di rilevazione. I dati, che non sono statisticamente significativi, mostrano una prevalenza di punteggi bassi (0–2) concentrata soprattutto nelle comunità e nel carcere. In particolare, il punteggio equivalente 0 (indicativo di grave compromissione delle abilità cognitive non verbali) è riportato nel 77,8% dei casi in comunità e nel 22,2% sul territorio, con totale assenza in carcere. Anche i punteggi equivalenti 1 e 2 sono distribuiti in modo marcato tra comunità (40–60%) e carcere (40%), segnalando una quota significativa di deficit cognitivi. Viceversa, il punteggio equivalente 4 (tra i più alti nella scala presentata) risulta distribuito equamente tra comunità (43,5%) e carcere (43,5%), con una quota minore sul territorio (13%). Questo dato suggerisce che anche nei contesti detentivi è presente una sottopopolazione con buone competenze cognitive, distinta dai soggetti con deficit più marcati. Nel complesso, la comunità terapeutica rappresenta il contesto con la maggiore concentrazione di punteggi bassi, mentre il carcere mostra una distribuzione più polarizzata, con soggetti sia a basso sia ad alto livello cognitivo. Il test delle Matrici è un indicatore affidabile delle capacità cognitive non verbali e del ragionamento astratto (Raven et al., 2003). La significativa presenza di punteggi molto bassi nelle comunità riflette probabilmente il tipo di reclutamento di pazienti con deficit cognitivi e compromissioni psichiatriche gravi, per i quali è necessaria una presa in carico strutturata e continuativa. Nel carcere si osserva una doppia polarizzazione: da un lato individui

con punteggi equivalenti molto bassi (indicativi di vulnerabilità cognitiva, con possibile correlazione a scarso *problem solving* sociale e impulsività), dall'altro soggetti con punteggi più alti, che potrebbero presentare profili criminologici diversi, ad esempio con maggiore pianificazione del comportamento deviante o capacità manipolative (Moffitt, 1993). Il dato conferma che la cognitivà non verbale è un fattore cruciale da considerare nei percorsi di trattamento e riabilitazione, poiché incide sulla recidiva e sulla risposta ai programmi psicoeducativi (Bonta & Andrews, 2007). Nei pazienti con deficit cognitivi marcati, gli interventi riabilitativi necessitano di adattamenti semplificati e concreti, mentre nei soggetti con abilità cognitive preservate è possibile sviluppare programmi complessi di responsabilizzazione e *insight*.

### 6.2.8 Impulsività

È stata effettuata un'analisi della varianza ad una via in tutte le variabili testali continue. L'analisi statistica ha messo in evidenza differenze statisticamente significative ( $p < .05$ ) in sette scale di valutazione clinica e psicometrica. Sono, segnalate con \* nelle tabelle dati di ciascun test, mentre i test statistici e la significatività sono riportati in esteso nella tabella 28 - "significatività statistica (\*) nei confronti dei test psicometrico-clinici".

La tabella 21 riporta i punteggi medi e le deviazioni standard alle tre sotto scale della BIS-11 (Impulsività cognitiva, Impulsività motoria, Impulsività non pianificata) e al punteggio totale (BIS-tot) nei tre contesti di rilevazione.

**Tabella n. 25: Valutazione dell'impulsività**

| Test                              | Sottoscala                   | Luogo      | N  | Media | Deviazione std (DS) | p  |
|-----------------------------------|------------------------------|------------|----|-------|---------------------|----|
| <b>B<br/>I<br/>S<br/>-<br/>11</b> | <b>Impulsività Cognitiva</b> | territorio | 7  | 16,29 | 1,704               | NS |
|                                   |                              | comunità   | 27 | 16,26 | 4,166               |    |
|                                   |                              | carcere    | 16 | 18,31 | 2,330               |    |
|                                   |                              | Totale     | 50 | 16,92 | 3,487               |    |
|                                   | <b>Impulsività Motoria</b>   | territorio | 7  | 22,00 | 4,472               | NS |
|                                   |                              | comunità   | 27 | 22,96 | 4,895               |    |
|                                   |                              | carcere    | 16 | 26,00 | 5,279               |    |
|                                   |                              | Totale     | 50 | 23,80 | 5,111               |    |

|  |                                    |            |    |       |       |    |
|--|------------------------------------|------------|----|-------|-------|----|
|  | <b>Impulsività Non Pianificata</b> | territorio | 7  | 26,00 | 5,657 | NS |
|  |                                    | comunità   | 27 | 25,74 | 4,110 |    |
|  |                                    | carcere    | 16 | 25,81 | 3,728 |    |
|  |                                    | Totale     | 50 | 25,80 | 4,140 |    |
|  | <b>Bis-tot</b>                     | territorio | 7  | 64,29 | 7,83  | NS |
|  |                                    | comunità   | 27 | 64,96 | 10,02 |    |
|  |                                    | carcere    | 16 | 70,13 | 4,83  |    |
|  |                                    | Totale     | 50 | 66,52 | 8,61  |    |

- **Impulsività cognitiva.** I valori medi risultano simili nei tre gruppi, con una lieve elevazione nel carcere ( $M = 18,31$ ) rispetto a territorio ( $M = 16,29$ ) e comunità ( $M = 16,26$ ). Tuttavia, la differenza non raggiunge una significatività statistica (NS).
- **Impulsività motoria.** Emergono differenze apparentemente più marcate: i soggetti detenuti presentano il punteggio medio più elevato ( $M = 26,00$ ), rispetto a comunità ( $M = 22,96$ ) e territorio ( $M = 22,00$ ) ma, anche in questo caso, però, le differenze non risultano statisticamente significative.
- **Impulsività non pianificata.** I punteggi sono sostanzialmente omogenei tra i gruppi (territorio  $M = 26,00$ ; comunità  $M = 25,74$ ; carcere  $M = 25,81$ ), senza differenze statistiche rilevanti.
- **Punteggio totale (BIS-tot).** Il carcere apparentemente mostra un livello medio più alto ( $M = 70,13$ ) rispetto a comunità ( $M = 64,96$ ) e territorio ( $M = 64,29$ ). La deviazione standard più contenuta nel gruppo carcerario ( $SD = 4,83$ ) suggerisce anche una maggiore omogeneità interna.

Nessuna sotto scala raggiunge la significatività statistica ( $p > .05$ ), anche se l'impulsività motoria ( $F = 2,41$ ;  $p = .1009$ ) si avvicina a una tendenza significativa. Questo suggerisce che, pur presenti differenze nei valori medi (più alti in carcere), non vi è evidenza robusta di un effetto del contesto.

Interpretando più in generale i risultati, l'impulsività tende ad assumere livelli più elevati nei soggetti detenuti, specialmente nelle dimensioni di impulsività cognitiva e motoria, in linea con

l'ipotesi che difficoltà di controllo comportamentale e scarsa inibizione siano correlate a condotte antisociali e criminali (Moeller et al., 2001). La maggiore impulsività motoria in carcere è coerente con studi che collegano l'agito impulsivo a comportamenti aggressivi e violenti, spesso privi di premeditazione (Barratt, 1994; Stanford et al., 2009). Inoltre, la tendenza dei detenuti ad avere punteggi totali più elevati conferma che l'impulsività costituisce un fattore di rischio criminogenico e un predittore di recidiva, particolarmente nei reati caratterizzati da aggressività reattiva (Swann et al., 2009). L'omogeneità dei punteggi nel campione carcerario suggerisce un profilo clinico relativamente stabile, contrapposto alla maggiore variabilità riscontrata nei soggetti sul territorio e in comunità. Ciò implica che il trattamento riabilitativo in carcere dovrebbe includere interventi mirati di gestione dell'impulsività, ad esempio programmi di *cognitive-behavioral therapy* e *training* di regolazione emotiva, che hanno dimostrato efficacia nel ridurre la recidiva (Bonta & Andrews, 2007).

### 6.2.9 Aggressività

La Tabella 22 e le Immagini correlate (71, 72, 73, 74, 75) riportano i punteggi medi e le deviazioni standard delle diverse sotto scale della MOAS (Aggressività verbale, Auto-aggressività, Aggressività contro la proprietà, Aggressività fisica verso le altre persone) e del punteggio totale, distribuiti nei tre contesti di rilevazione. Tutte le sotto scale e il punteggio totale mostrano differenze altamente significative indicando:

- **aggressività verbale.** I valori crescono progressivamente dal territorio ( $M = 0,57$ ) alla comunità ( $M = 1,67$ ) fino al carcere ( $M = 2,69$ ). Questo andamento evidenzia una maggiore incidenza di comportamenti verbali aggressivi in contesto carcerario
- **auto-aggressività.** I punteggi sono molto bassi in territorio ( $M = 0,43$ ) e comunità ( $M = 0,56$ ), ma aumentano significativamente in carcere ( $M = 1,75$ ), segnalando che il contesto detentivo è associato a un incremento dei comportamenti auto-lesivi
- **aggressività contro la proprietà.** Anche in questo caso emerge un gradiente crescente: territorio ( $M = 0,57$ ), comunità ( $M = 1,30$ ) e carcere ( $M = 2,44$ ), confermando che la

deprivazione e le tensioni tipiche dell'ambiente carcerario favoriscono comportamenti distruttivi verso gli oggetti

- **aggressività fisica verso le altre persone.** Qui il divario è più marcato: territorio (M = 0,14), comunità (M = 1,22) e carcere (M = 2,88). Il carcere si distingue, quindi, come il contesto con la maggiore prevalenza di aggressioni interpersonali fisiche.
- **punteggio totale MOAS.** Il punteggio complessivo conferma il trend: territorio (M = 1,71), comunità (M = 4,74), carcere (M = 9,75). Questi dati mostrano un gradiente lineare di incremento dell'aggressività dal territorio alla comunità fino al carcere.

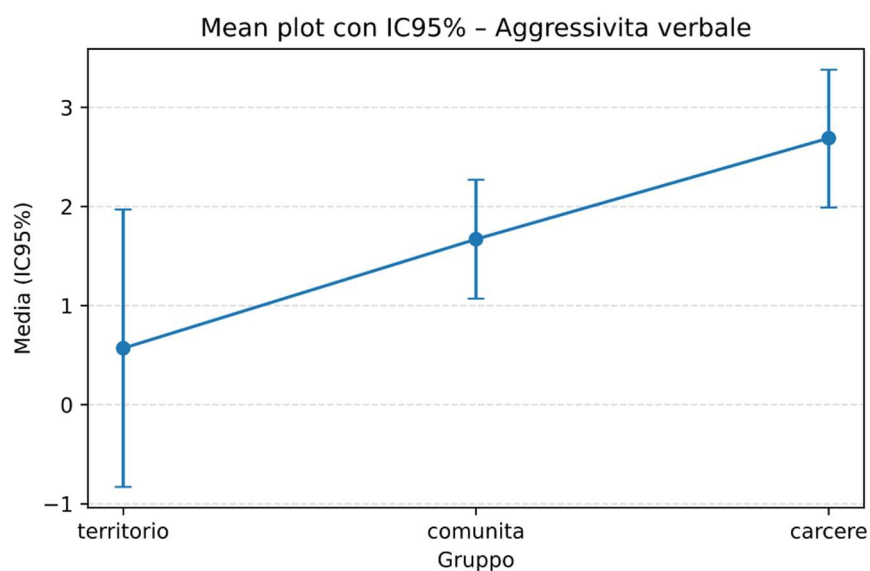
**Tabella n. 26: Valutazione dell'aggressività**

| TEST             | SOTTOSCALA                                 | luogo      | N  | Medio | Deviazione std (DS) |   |
|------------------|--------------------------------------------|------------|----|-------|---------------------|---|
| M<br>O<br>A<br>S | Aggressività verbale                       | territorio | 7  | 0,57  | 1,512               | * |
|                  |                                            | comunità   | 27 | 1,67  | 1,519               |   |
|                  |                                            | carcere    | 16 | 2,69  | 1,302               |   |
|                  |                                            | Totale     | 50 | 1,84  | 1,583               |   |
|                  | Auto aggressività                          | territorio | 7  | 0,43  | 0,787               | * |
|                  |                                            | comunità   | 27 | 0,56  | 1,155               |   |
|                  |                                            | carcere    | 16 | 1,75  | 1,612               |   |
|                  |                                            | Totale     | 50 | 0,92  | 1,383               |   |
|                  | Aggressività contro la proprietà           | territorio | 7  | 0,57  | 1,134               | * |
|                  |                                            | comunità   | 27 | 1,30  | 1,514               |   |
|                  |                                            | carcere    | 16 | 2,44  | 1,504               |   |
|                  |                                            | Totale     | 50 | 1,56  | 1,580               |   |
|                  | Aggressività fisica verso le altre persone | territorio | 7  | 0,14  | 0,378               | * |
|                  |                                            | comunità   | 27 | 1,22  | 1,368               |   |
|                  |                                            | carcere    | 16 | 2,88  | 1,586               |   |
|                  |                                            | Totale     | 50 | 1,60  | 1,641               |   |
|                  | Totale                                     | territorio | 7  | 1,71  | 3,729               | * |
|                  |                                            | comunità   | 27 | 4,74  | 4,720               |   |

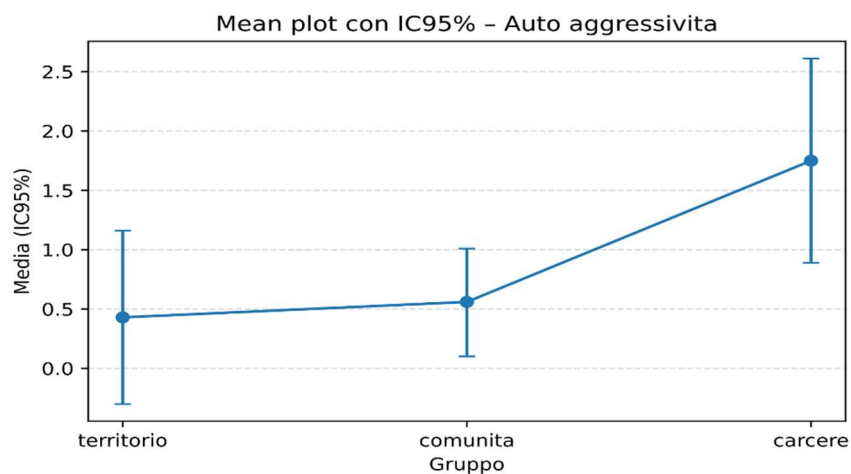
|  |  |         |    |      |       |  |
|--|--|---------|----|------|-------|--|
|  |  | carcere | 16 | 9,75 | 5,335 |  |
|  |  | Totale  | 50 | 5,92 | 5,506 |  |

\* Analisi della varianza ad una via,  $p < 0,05$  (Vedi Tabella 21, significatività in esteso).

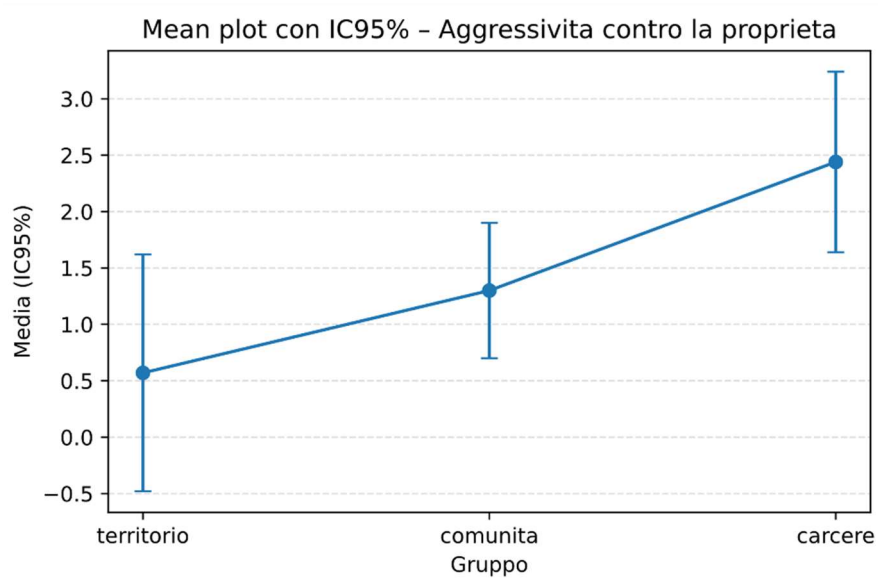
**Immagine n. 15: Aggressività verbale**



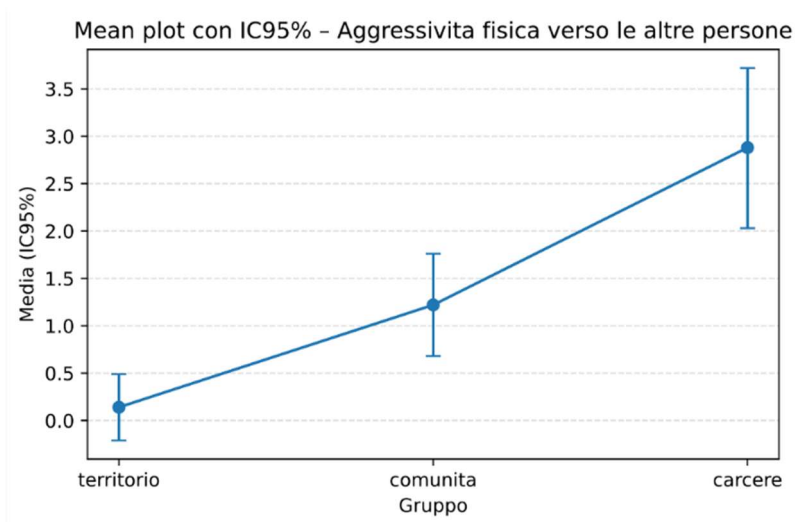
**Immagine n. 16: Auto Aggressività**



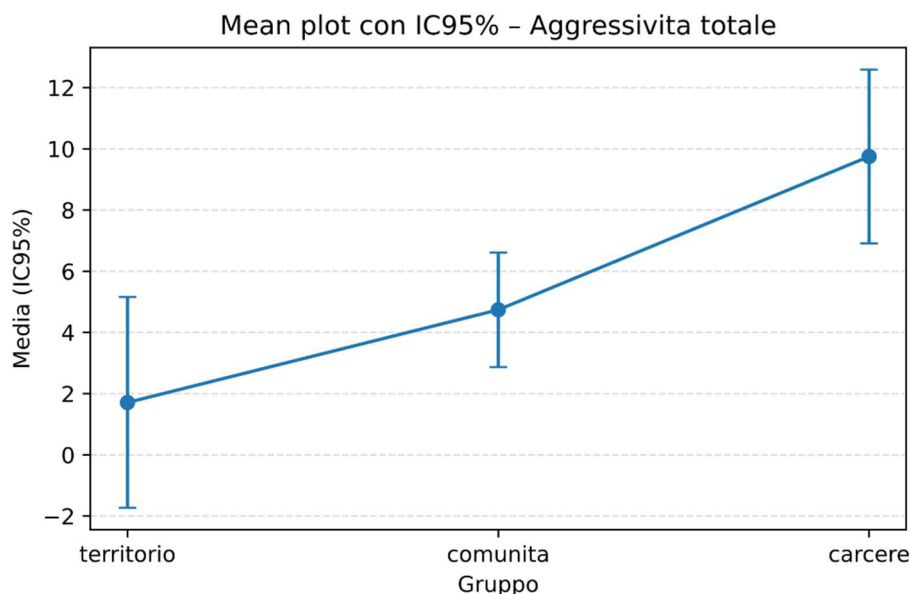
**Immagine n. 17: Aggressività contro la proprietà**



**Immagine n. 18: Aggressività fisica contro le altre persone**



### Immagine n. 19: Aggressività totale



La scala MOAS appare, quindi, come uno degli strumenti più discriminanti delle differenze tra i contesti, con una crescita lineare dei comportamenti aggressivi. I risultati indicano come l'aggressività, nelle sue varie forme, sia distribuita in maniera crescente dai contesti meno restrittivi (territorio) a quelli maggiormente contenitivi (carcere). Questo andamento è coerente con l'ipotesi che fattori ambientali (sovraffollamento, stress, mancanza di spazi di autonomia) e psicopatologici (disturbi di personalità, impulsività, deficit di regolazione emotiva) contribuiscano all'aumento delle condotte aggressive in contesti ad alta pressione sociale come il carcere (Bonta & Andrews, 2024). La presenza elevata di auto-aggressività in carcere riflette un fenomeno ben noto in letteratura: l'uso di comportamenti autolesivi come forma di *coping* o protesta in ambienti detentivi (Favril et al., 2020).

L'aumento dell'aggressività fisica interpersonale nei detenuti rappresenta, invece, un chiaro indicatore di rischio criminologico e sanitario, con implicazioni per la sicurezza e la gestione delle strutture penitenziarie. Dal punto di vista clinico, questi dati suggeriscono la necessità di interventi mirati nei contesti detentivi, focalizzati sulla gestione della rabbia, la regolazione emotiva e la prevenzione dell'autolesionismo, integrando approcci psicoterapeutici e psicoeducativi.

### 6.2.10 Rabbia

La tabella e le Immagini riportano i punteggi medi (M) e le deviazioni standard (SD) delle sotto scale della STAXI, distribuiti nei tre contesti:

- **rabbia di stato (R/S):** i detenuti mostrano i valori più elevati ( $M = 25,88$ ), seguiti da territorio ( $M = 19,57$ ) e comunità ( $M = 17,96$ ). Questo elemento suggerisce come nel contesto carcerario l'esperienza della rabbia situazionale sia più intensa
- **sentire rabbia (RS/S):** valori maggiori in carcere ( $M = 9,44$ ) rispetto a territorio ( $M = 6,71$ ) e comunità ( $M = 6,26$ ), indicando una più frequente percezione soggettiva di rabbia in carcere
- **espressione della rabbia:** sia verbale (RS/V: carcere  $M = 8,69$ ) sia fisica (RS/F: carcere  $M = 7,75$ ) risultano accentuate nei detenuti rispetto agli altri due gruppi
- **rabbia di tratto (R/T):** i punteggi più alti si osservano in carcere ( $M = 25,75$ ), seguiti da territorio ( $M = 20,00$ ) e comunità ( $M = 18,78$ ), evidenziando una tendenza stabile alla rabbia nei soggetti reclusi
- **rabbia temperamento (RT/T) e reazione (RT/R):** entrambi i punteggi sono più elevati nei detenuti ( $M = 9,44$  e  $M = 11,38$ ), indicando predisposizione e reattività elevate alla rabbia, anche se nel primo caso senza significatività statistica

**Tabella n. 27: Valutazione della rabbia**

| Test | Sottoscala                                                 | luogo      | N  | Medio | Deviazione std (DS) | Signific |
|------|------------------------------------------------------------|------------|----|-------|---------------------|----------|
|      | <b>R/S - Rabbia di stato</b>                               | territorio | 7  | 19,57 | 6,630               | *        |
|      |                                                            | comunità   | 27 | 17,96 | 3,798               |          |
|      |                                                            | carcere    | 16 | 25,88 | 11,230              |          |
|      |                                                            | Totale     | 50 | 20,72 | 8,043               |          |
|      | <b>RS/S - Sentire rabbia</b>                               | territorio | 7  | 6,71  | 2,360               | *        |
|      |                                                            | comunità   | 27 | 6,26  | 1,583               |          |
|      |                                                            | carcere    | 16 | 9,44  | 4,472               |          |
|      |                                                            | Totale     | 50 | 7,34  | 3,205               |          |
|      | <b>RS/V - Sentire come esprimere la rabbia verbalmente</b> | territorio | 7  | 7,43  | 3,599               | *        |
|      |                                                            | comunità   | 27 | 6,04  | 1,531               |          |
|      |                                                            | carcere    | 16 | 8,69  | 4,222               |          |
|      |                                                            | Totale     | 50 | 7,08  | 3,122               |          |
|      |                                                            | territorio | 7  | 5,43  | 0,787               | *        |
|      |                                                            | comunità   | 27 | 5,67  | 1,301               |          |

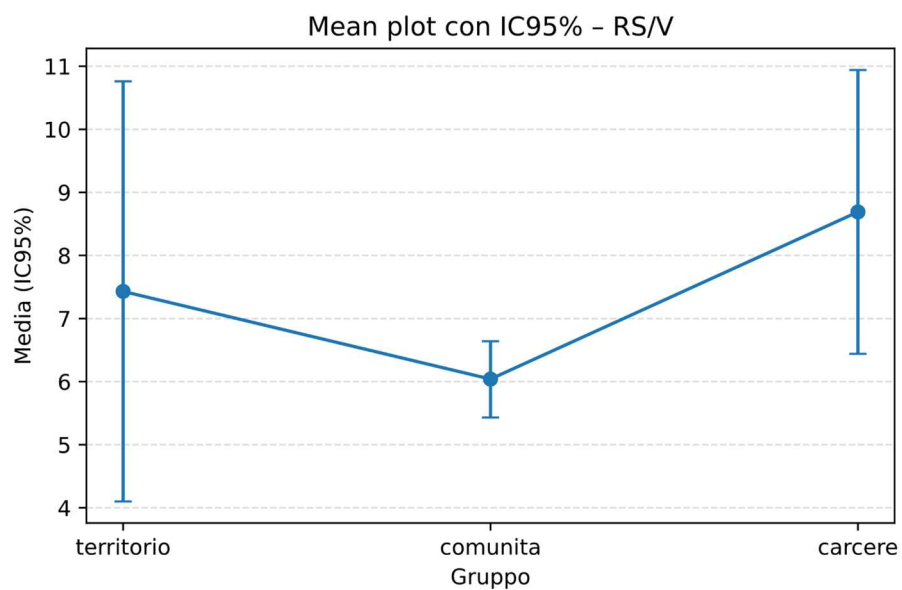
|                       |                                                              |            |    |       |        |    |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------|------------|----|-------|--------|----|
| S<br>T<br>A<br>X<br>I | Rs/F - Sentire come esprimere la rabbia fisicamente          | carcere    | 16 | 7,75  | 3,550  |    |
|                       |                                                              | Totale     | 50 | 6,30  | 2,418  |    |
|                       | R/T - Rabbia di tratto                                       | territorio | 7  | 20,00 | 7,810  | *  |
|                       |                                                              | comunità   | 27 | 18,78 | 6,104  |    |
|                       |                                                              | carcere    | 16 | 25,75 | 8,054  |    |
|                       |                                                              | Totale     | 50 | 21,18 | 7,569  |    |
|                       | RT/T - Rabbia Temperamento                                   | territorio | 7  | 7,43  | 3,735  |    |
|                       |                                                              | comunità   | 27 | 7,11  | 2,562  |    |
|                       |                                                              | carcere    | 16 | 9,44  | 3,425  |    |
|                       |                                                              | Totale     | 50 | 7,90  | 3,151  |    |
|                       | RT/R – Rabbia Reazione                                       | territorio | 7  | 9,57  | 4,467  | *  |
|                       |                                                              | comunità   | 27 | 8,30  | 3,010  |    |
|                       |                                                              | carcere    | 16 | 11,38 | 4,097  |    |
|                       |                                                              | Totale     | 50 | 9,46  | 3,786  |    |
|                       | ER/OUT – Espressione della rabbia all'esterno                | territorio | 7  | 13,57 | 4,504  | *  |
|                       |                                                              | comunità   | 27 | 15,04 | 4,918  |    |
|                       |                                                              | carcere    | 16 | 19,13 | 6,376  |    |
|                       |                                                              | Totale     | 50 | 16,14 | 5,682  |    |
|                       | ER/IN – Espressione della rabbia all'interno                 | territorio | 7  | 18,00 | 4,899  | *  |
|                       |                                                              | comunità   | 27 | 17,78 | 4,136  |    |
|                       |                                                              | carcere    | 16 | 23,00 | 6,346  |    |
|                       |                                                              | Totale     | 50 | 19,48 | 5,504  |    |
|                       | CR/OUT – Controllo della rabbia all'esterno                  | territorio | 7  | 19,86 | 7,058  | NS |
|                       |                                                              | comunità   | 27 | 18,89 | 5,604  |    |
|                       |                                                              | carcere    | 16 | 18,38 | 6,761  |    |
|                       |                                                              | Totale     | 50 | 18,86 | 6,081  |    |
|                       | CR/IN – Controllo della rabbia all'interno                   | territorio | 7  | 23,00 | 6,028  | NS |
|                       |                                                              | comunità   | 27 | 21,44 | 6,104  |    |
|                       |                                                              | carcere    | 16 | 20,13 | 6,195  |    |
|                       |                                                              | Totale     | 50 | 21,24 | 6,070  |    |
|                       | ER/INDICE - Indice di espressione della rabbia (Riassuntivo) | territorio | 7  | 36,71 | 19,763 | NS |
|                       |                                                              | comunità   | 27 | 40,48 | 15,550 |    |
|                       |                                                              | carcere    | 16 | 51,63 | 20,208 |    |
|                       |                                                              | Totale     | 50 | 43,52 | 18,284 |    |

\* Analisi della varianza ad una via,  $p < 0,05$  (Vedi tabella 22 significatività in esteso)

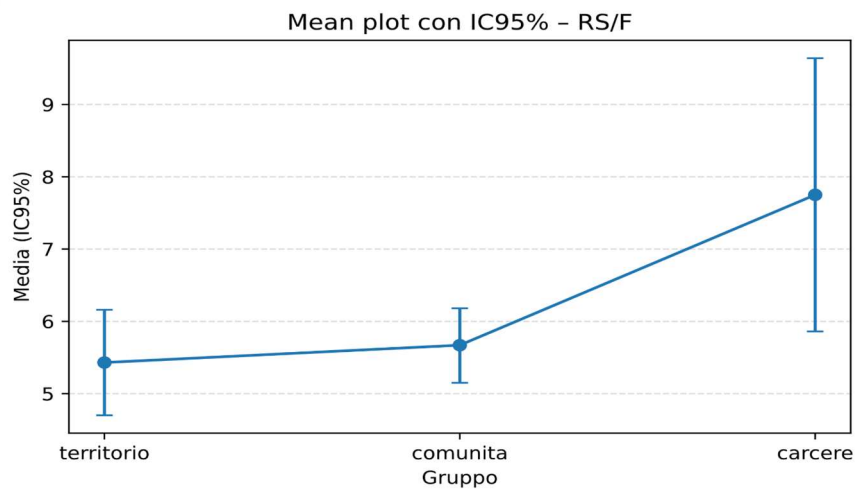
- **espressione rabbia all'esterno (ER/OUT) e all'interno (ER/IN):** i valori sono massimi in carcere ( $M = 19,13$  e  $M = 23,00$ ), segnalando che nei detenuti la rabbia tende a essere sia agita verso l'esterno che interiorizzata
- **controllo della rabbia (CR/OUT e CR/IN):** non emergono differenze significative tra i gruppi, con valori medio-alti, ma simili
- **indice riassuntivo (ER/INDICE):** il punteggio complessivo è maggiore nei detenuti ( $M = 51,63$ ), rispetto alla comunità ( $M = 40,48$ ) e al territorio ( $M = 36,71$ ) ma senza differenze

statisticamente significative.

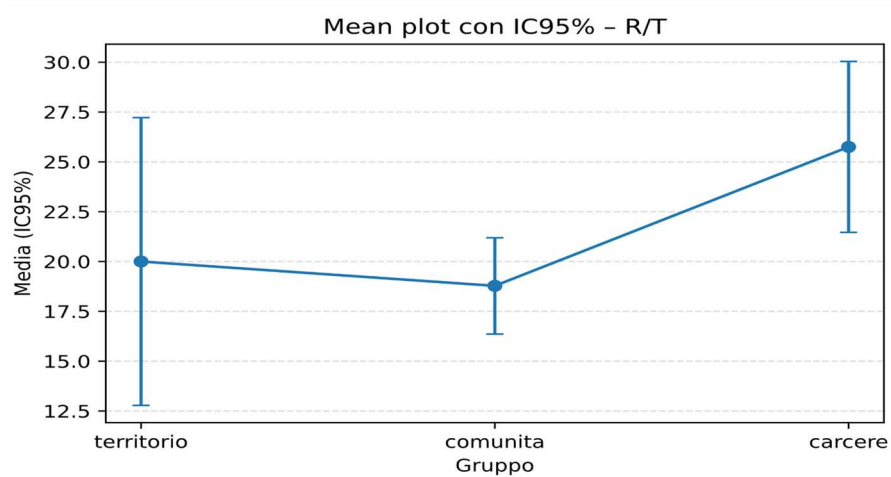
**Immagine n. 20: Sentire come esprimere rabbia verbalmente (RS/V)**



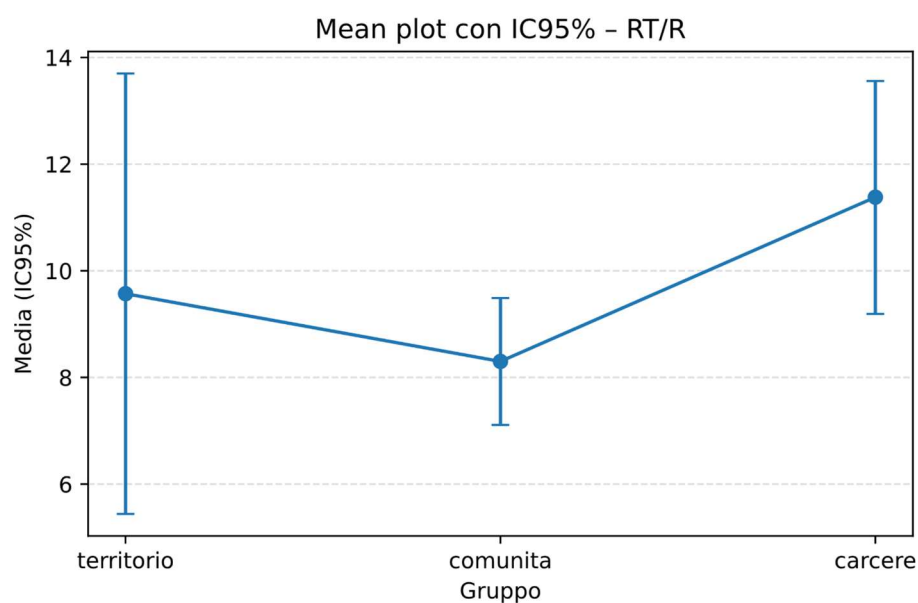
**Immagine n. 21: Sentire come esprimere rabbia fisicamente (RS/F)**



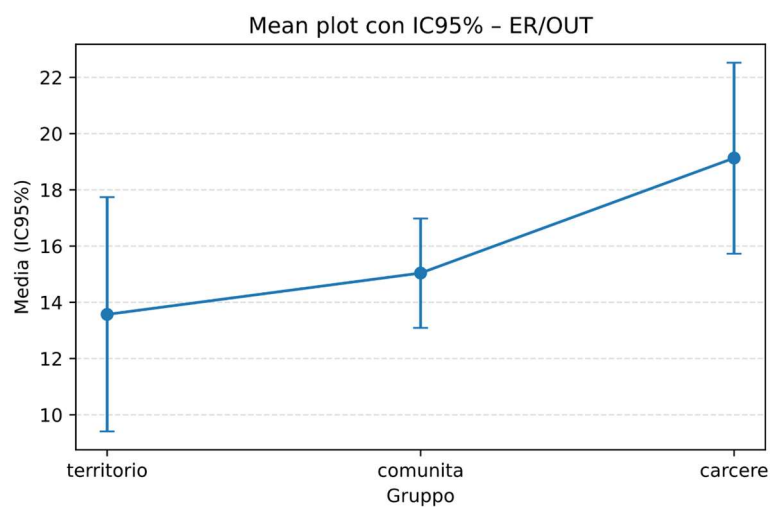
**Immagine n. 22: Rabbia di tratto (R/T)**

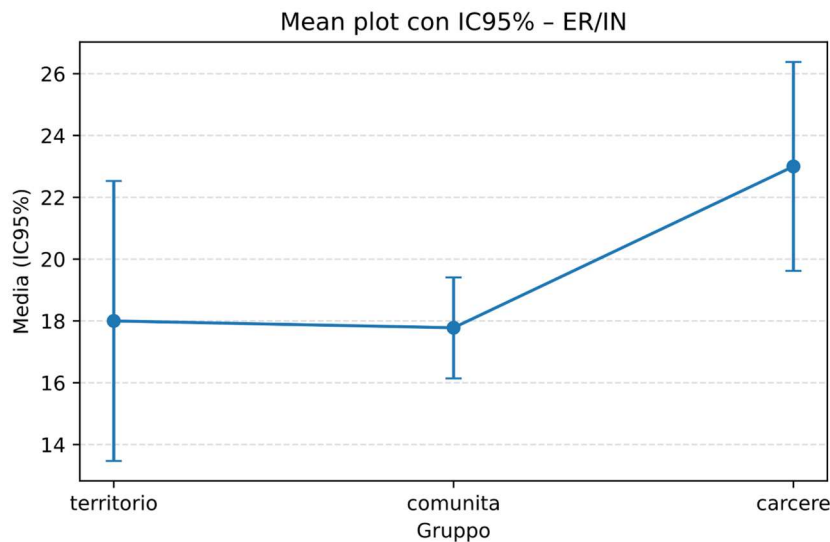


**Immagine n. 23: Rabbia reazione (RT/R)**



**Immagine n. 24 e n. 25: Espressione rabbia all'esterno e interno (ER/OUT) e (ER/IN)**





Poiché alcune sotto scale risultano non significative (come ad esempio, controllo della rabbia, indice generale) si può derivare che le differenze più marcate riguardino la rabbia percepita ed espressa, piuttosto che le capacità di controllo. Il contesto carcerario, caratterizzato da livelli più elevati di rabbia sia situazionale che stabile, indica che i detenuti presentano valori superiori in tutte le dimensioni relative all'intensità della rabbia, alla sua espressione e alla predisposizione temperamentale. L'incremento della rabbia di stato e della rabbia di tratto nei soggetti reclusi è coerente con la letteratura che collega la privazione della libertà, lo stress ambientale e i conflitti interpersonali in carcere a una maggiore disregolazione emotiva (Novaco, 2011, 2023). L'evidenza che i detenuti riportino punteggi alti sia nell'espressione esterna che in quella interna della rabbia conferma che la gestione emotiva in carcere si muove lungo due traiettorie: da un lato l'agito aggressivo (verbale e fisico) e, dall'altro, l'interiorizzazione in grado di favorire distress psicologico, depressione o comportamenti autolesivi (Howells & Day, 2003). Dal punto di vista criminologico, infine, la rabbia di tratto elevata costituisce un predittore significativo di recidiva violenta e di difficoltà di adattamento istituzionale (Di Giuseppe & Tafrate, 2007). La relativa stabilità dei punteggi di controllo della rabbia tra i gruppi suggerisce che, pur disponendo di capacità di modulazione, i detenuti tendano a esprimere la rabbia in maniera più intensa e pervasiva indicando, ancora una volta, la necessità di interventi specifici in carcere, come i programmi di *anger management*, le terapie cognitive-comportamentali e i *training* di regolazione emotiva, che hanno dimostrato efficacia nella

riduzione dell'aggressività e nel miglioramento della convivenza istituzionale (Beck & Fernandez, 1998).

### 6.2.11 Qualità di vita

La tabella 24 e le Immagini (84, 85, 86) presentano i punteggi medi e le deviazioni standard delle sotto scale della WHOQOL-BREF, distribuiti nei tre contesti:

- **salute fisica.** I punteggi più elevati si osservano nel territorio (M = 68,00), seguiti dalla comunità (M = 63,56) e dal carcere (M = 48,13). La condizione detentiva appare, quindi, correlata a un peggioramento percepito dello stato fisico.

**Tabella n. 28: WHOQOL – BREF**

| TEST                                               | SOTTOSCALA                | luogo      | N  | Media | Deviazione std. | Significatività |
|----------------------------------------------------|---------------------------|------------|----|-------|-----------------|-----------------|
| W<br>H<br>O<br>Q<br>O<br>L<br><br>B<br>R<br>E<br>F | <b>Salute fisica</b>      | territorio | 7  | 68,00 | 19,018          | *               |
|                                                    |                           | comunità   | 27 | 63,56 | 21,839          |                 |
|                                                    |                           | carcere    | 16 | 48,13 | 19,061          |                 |
|                                                    |                           | Totale     | 50 | 59,24 | 21,683          |                 |
|                                                    | <b>Salute psicologica</b> | territorio | 7  | 60,86 | 19,326          |                 |
|                                                    |                           | comunità   | 27 | 56,11 | 22,495          | NS              |
|                                                    |                           | carcere    | 16 | 43,38 | 15,573          |                 |
|                                                    |                           | Totale     | 50 | 52,70 | 20,804          |                 |
|                                                    | <b>Relazioni sociali</b>  | territorio | 7  | 48,29 | 17,056          | *               |
|                                                    |                           | comunità   | 27 | 60,15 | 22,362          |                 |
|                                                    |                           | carcere    | 16 | 32,81 | 15,450          |                 |
|                                                    |                           | Totale     | 50 | 49,74 | 22,969          |                 |
|                                                    | <b>Salute ambiente</b>    | territorio | 7  | 62,71 | 21,093          | *               |
|                                                    |                           | comunità   | 27 | 63,74 | 17,823          |                 |
|                                                    |                           | carcere    | 16 | 31,75 | 19,604          |                 |
|                                                    |                           | Totale     | 50 | 53,36 | 23,771          |                 |

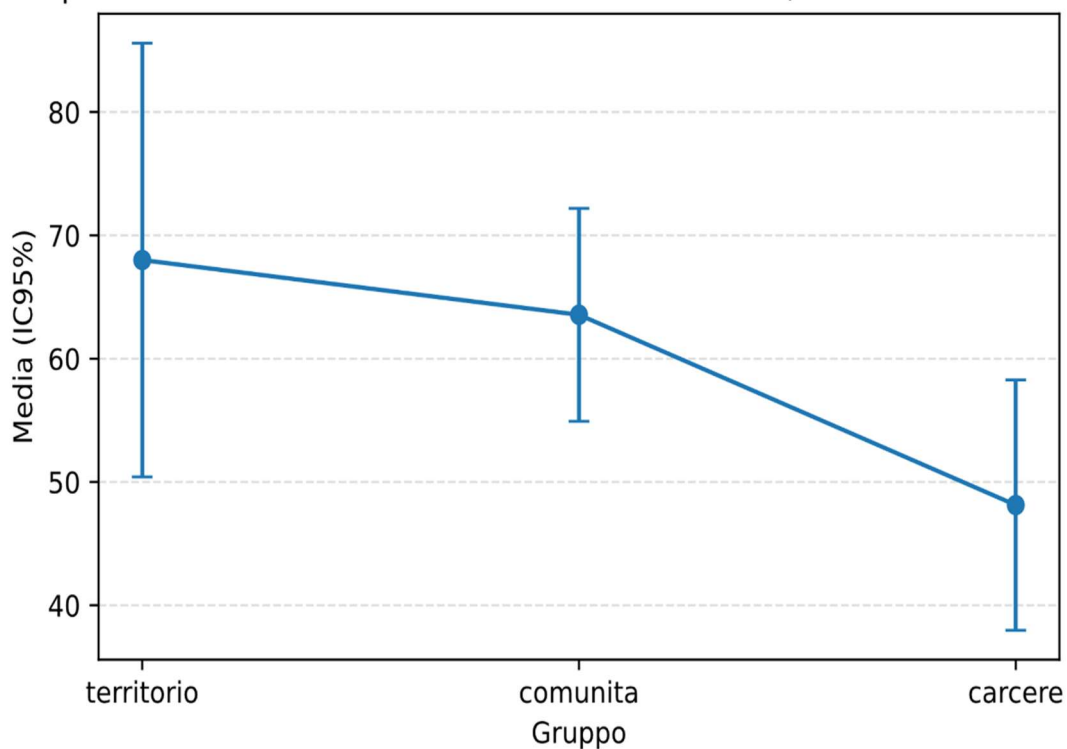
\* **Analisi della varianza ad una via,  $p < 0,05$**  (Vedi tabella 23 significatività in esteso)

- **salute psicologica.** Anche in questa sotto scala si osserva un gradiente decrescente: territorio (M = 60,86), comunità (M = 56,11) e carcere (M = 43,38). La reclusione si associa, dunque, a un maggiore disagio psicologico ma senza significatività statistica
- **relazioni sociali.** La comunità registra i valori migliori (M = 60,15), seguita dal territorio (M = 48,29), mentre il carcere evidenzia punteggi significativamente più bassi (M = 32,81). Questo risultato riflette l'isolamento e la deprivazione sociale legati alla vita detentiva
- **salute ambiente.** Territorio (M = 62,71) e comunità (M = 63,74) riportano valori simili, mentre il carcere si colloca nettamente più in basso (M = 31,75), indicando un impatto

negativo delle condizioni ambientali carcerarie sulla percezione della qualità della vita. Il dominio “Salute ambiente” mostra differenze statisticamente significative tra i tre setting considerati. In particolare, i punteggi medi risultano più elevati nel territorio ( $M = 62.71$ ) e nelle comunità ( $M = 63.74$ ), mentre scendono in maniera marcata in carcere ( $M = 31.75$ ). L’analisi conferma che tali differenze non sono attribuibili al caso ( $p < .001$ ), ma riflettono una variazione sistematica associata al contesto di collocazione. Dal punto di vista clinico e psicosociale, il dato evidenzia come le condizioni ambientali percepite abbiano un impatto significativo sul benessere soggettivo. In carcere, la qualità ambientale è drasticamente inferiore, coerentemente con la letteratura che documenta come sovraffollamento, limitazioni strutturali, mancanza di spazi e ridotta autonomia incidano negativamente sulla qualità della vita (WHO, 2014; Fazel, et al., 2016c). Al contrario, il territorio e le comunità terapeutiche offrono contesti più favorevoli in termini di accesso a risorse, stimoli ambientali e opportunità di integrazione, fattori che si traducono in punteggi significativamente superiori. In termini applicativi, questo risultato sottolinea la necessità di interventi strutturali e organizzativi mirati a migliorare la qualità degli ambienti detentivi, poiché le condizioni ambientali rappresentano un determinante fondamentale della salute mentale e del benessere globale, in linea con le raccomandazioni dell’OMS e delle linee guida internazionali sui diritti umani e la salute mentale in contesti istituzionali.

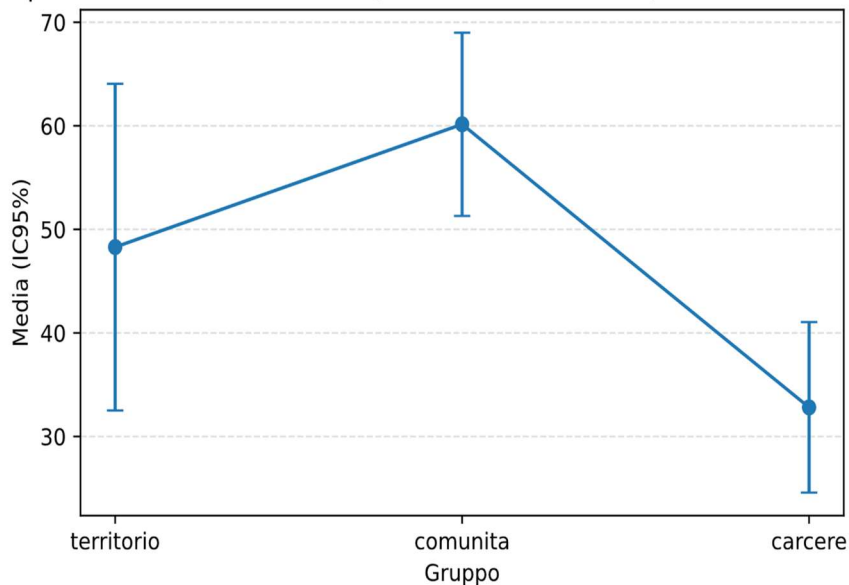
**Immagine n. 26: Salute fisica (Dominio 1 Salute fisica Punteggio Convertito)**

Mean plot con IC95% - DOMINIO 1 Salute fisica&#10;PUNTEGGIO CONVERTITO



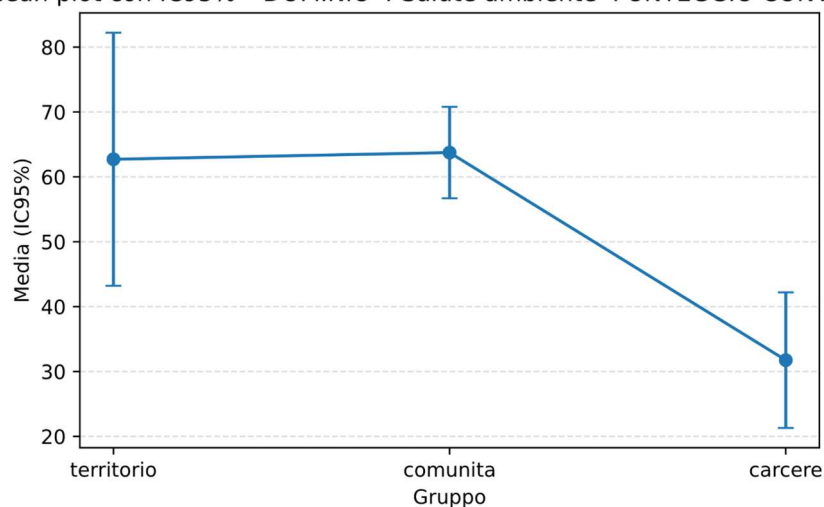
**Immagine n. 27: Relazioni sociali (Dominio 3 Relazioni sociali Punteggio Convertito)**

Mean plot con IC95% - DOMINIO 3, relazioni sociali&#10;PUNTEGGIO CONVERTITO



## Immagine n. 28: Salute ambiente (Dominio 4 Salute ambiente Punteggio Convertito)

Mean plot con IC95% – DOMINIO 4 Salute ambiente PUNTEGGIO CONVERTITO



Nel complesso, il carcere si distingue come il contesto con i punteggi più bassi in tutte le aree della WHOQOL-BREF, mentre la comunità offre migliori percezioni nelle relazioni sociali e il territorio nelle dimensioni fisiche e psicologiche. Il dominio salute psicologica è l'unico in cui non si rileva una differenza statisticamente significativa tra i gruppi, ma una tendenza ( $p = .0790$ ). L'impatto del contesto è particolarmente marcato sulla salute fisica, sulle relazioni sociali e sulle condizioni ambientali, penalizzate in carcere. Queste differenze sono infatti statisticamente significative.

I risultati confermano che la qualità della vita percepita varia significativamente in funzione del contesto: la condizione detentiva si associa a un peggioramento in tutte le dimensioni considerate. La riduzione della salute fisica e psicologica nei detenuti riflette la letteratura che evidenzia una prevalenza più elevata di patologie croniche, disturbi mentali e sintomi depressivi in carcere, spesso aggravati dalle condizioni ambientali e dalla limitata accessibilità ai servizi sanitari (Fazel & Baillargeon, 2011). Il punteggio più basso nelle relazioni sociali dei detenuti è coerente con il ben noto fenomeno dell'isolamento sociale e dell'erosione delle reti affettive durante la reclusione, fattori associati a disagio psicologico e rischio di recidiva (Liebling & Maruna, 2013). Infine, il drastico calo nella sotto scala salute ambiente evidenzia come il contesto carcerario, caratterizzato da sovraffollamento, scarsa *privacy* e ambienti spesso degradati, comprometta in modo significativo la qualità della vita percepita. Al contrario, le

comunità terapeutiche, pur ospitando soggetti clinicamente complessi, garantiscono migliori condizioni relazionali e abitative, favorendo un migliore adattamento sociale.

Dal punto di vista criminologico e riabilitativo, questi dati indicano che la qualità della vita rappresenta un fattore protettivo importante: contesti che favoriscono relazioni positive e ambienti salubri possono ridurre stress, aggressività e rischio di recidiva (WHO, 1998).

## 6.2.12 Psicopatia

**Tabella n. 29: Valutazione della psicopatia**

| test                            | Sotto scale | luogo      | N  | Medio | Deviazione std. | F  |
|---------------------------------|-------------|------------|----|-------|-----------------|----|
| <b>P<br/>C<br/>L<br/><br/>R</b> | fattore 1   | territorio | 7  | 8,86  | 3,532           | NS |
|                                 |             | comunità   | 27 | 7,63  | 3,753           |    |
|                                 |             | carcere    | 16 | 10,69 | 4,316           |    |
|                                 |             | Totale     | 50 | 8,78  | 4,077           |    |
|                                 | fattore 2   | territorio | 7  | 10,71 | 4,786           | *  |
|                                 |             | comunità   | 27 | 8,78  | 4,458           |    |
|                                 |             | carcere    | 16 | 16,25 | 5,235           |    |
|                                 |             | Totale     | 50 | 11,44 | 5,768           |    |
|                                 | totale      | territorio | 7  | 20,57 | 6,268           | *  |
|                                 |             | comunità   | 27 | 16,78 | 7,444           |    |
|                                 |             | carcere    | 16 | 26,94 | 8,598           |    |
|                                 |             | Totale     | 50 | 20,56 | 8,832           |    |

\* **Analisi della varianza ad una via,  $p < 0,05$**  (Vedi tabella 24 significatività in esteso)

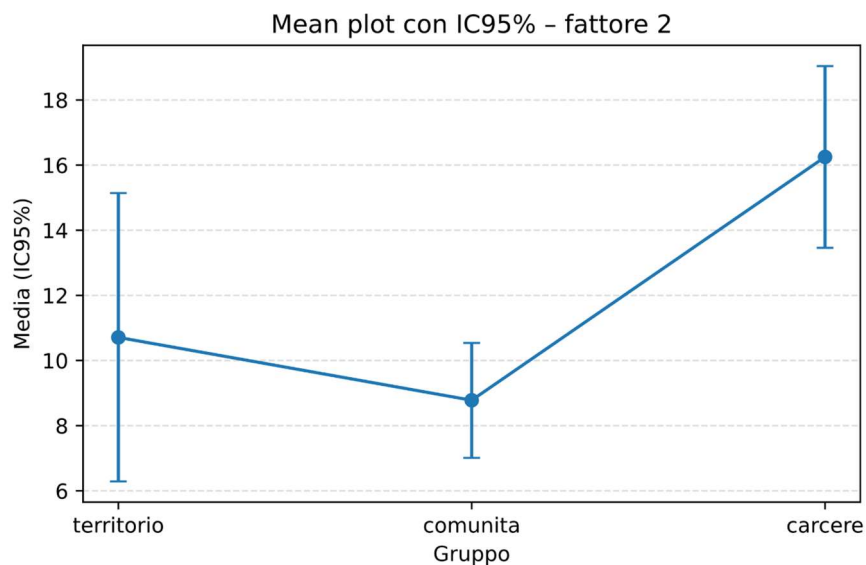
La tabella 25 e le Immagini (87, 88) riportano i punteggi medi e le deviazioni standard della PCL-R, considerando le due sotto scale principali (Fattore 1 e Fattore 2) e il punteggio totale, suddivisi nei tre contesti:

- **fattore 1 (tratti interpersonali e affettivi).** I punteggi apparentemente più elevati si osservano in carcere ( $M = 10,69$ ), rispetto a territorio ( $M = 8,86$ ) e comunità ( $M = 7,63$ ). Anche senza significatività statistica, questo indirizza verso una maggiore presenza di caratteristiche di manipolazione, superficialità affettiva e mancanza di empatia nei soggetti detenuti
- **fattore 2 (stile di vita antisociale e comportamenti impulsivi).** Il carcere mostra valori nettamente più alti ( $M = 16,25$ ) rispetto a territorio ( $M = 10,71$ ) e comunità ( $M = 8,78$ ). La differenza è significativa, evidenziando come nei detenuti predominano comportamenti antisociali persistenti e impulsività marcata

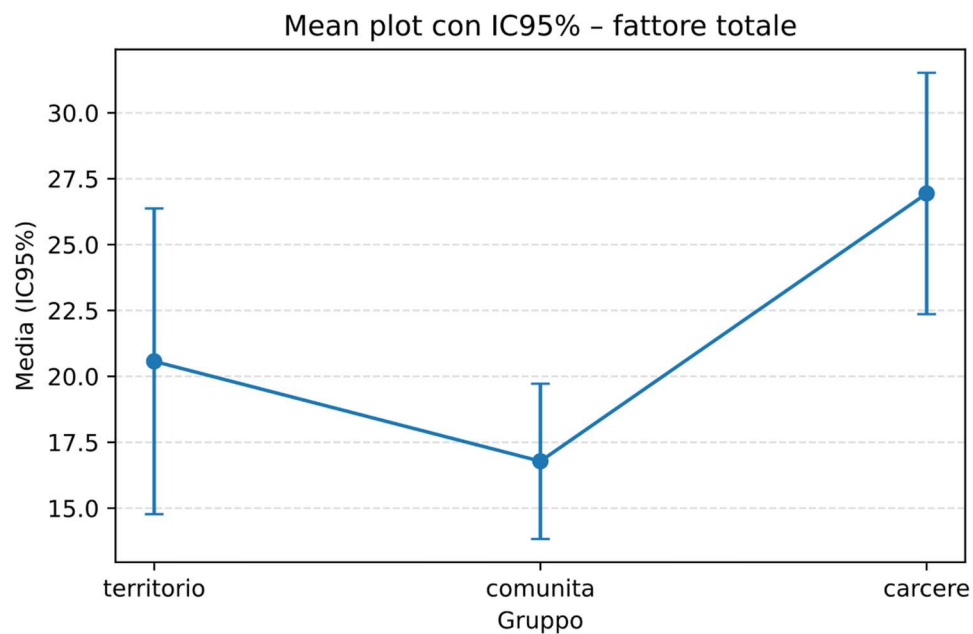
- **punteggio totale PCL-R.** I soggetti in carcere raggiungono i punteggi medi più alti ( $M = 26,94$ ), seguiti dal territorio ( $M = 20,57$ ) e dalla comunità ( $M = 16,78$ ). Il dato mostra una distribuzione chiara: la psicopatia, nei suoi aspetti sia affettivo-interpersonali sia comportamentali, si manifesta più intensamente nei contesti detentivi e modula la significatività statistica. I risultati evidenziano come i soggetti detenuti presentino punteggi più alti in entrambe le dimensioni della PCL-R. In particolare:
  - **il Fattore 1** (interpersonale-affettivo) riflette tratti di freddezza emotiva, egocentrismo e manipolatività. La sua elevazione in carcere, pur non significativa, non può che confermare come almeno una parte della popolazione detenuta presenta caratteristiche tipiche della psicopatia primaria, che incidono negativamente sulla capacità di stabilire relazioni empatiche (Hare, 2003a, b)
  - **il Fattore 2** (antisociale-impulsivo) è più fortemente rappresentato nei detenuti, confermando significativamente l'associazione tra impulsività, instabilità comportamentale e condotte criminali persistenti. Tale dimensione è strettamente connessa al rischio di recidiva e di violenza (Yang & Raine, 2009).

Le differenze statisticamente significative si rilevano nel fattore 2 e nel totale, confermando che i comportamenti antisociali e impulsivi discriminano fortemente i contesti, a differenza dei tratti interpersonali-affettivi. Il punteggio totale evidenzia una polarizzazione netta tra carcere e comunità: quest'ultima, pur ospitando soggetti clinicamente gravi, presenta valori inferiori, a testimonianza di una popolazione più vulnerabile sotto il profilo psicopatologico, ma meno marcata per i tratti antisociali strutturati.

### Immagine n. 29: Fattore 2



### Immagine n. 30: Totale



Dal punto di vista criminologico, infine, il dato rilevante della PCL-R nei detenuti conferma che la psicopatia rappresenta un predittore robusto di recidiva violenta e criminale, oltre che di resistenza ai trattamenti riabilitativi tradizionali (Hemphill et al., 1998). Questo dato suggerisce la necessità di interventi specifici e differenziati, in particolare, programmi che affrontino la disregolazione comportamentale e le distorsioni cognitive, piuttosto che puntare unicamente su approcci terapeutici standard.

#### 6.2.13 Valutazione dei bisogni di cura e sociali

**Tabella n. 30: Punteggio totale del test**

| <b>Variabile</b> | <b>Min</b> | <b>Mean</b> | <b>Max</b> | <b>SD</b> |
|------------------|------------|-------------|------------|-----------|
| Pazienti totale  | 63         | 131.44      | 234        | 38.65291  |
| Staff totale     | 75         | 173.32      | 277        | 46.54927  |

Differenza medie =  $173.32 - 131.44 = 41.88$       Errore standard  $\approx 9.08$        $t \approx 4.61$      $df \approx 98$

**p < .001** (altamente significativo).

L'analisi statistica conferma che la discrepanza tra i punteggi totali attribuiti dai pazienti e quelli riportati dallo staff al test CANFOR è statisticamente significativa ( $t = 4.61$ ;  $df = 98$ ;  $p < .001$ ).

Lo staff ha attribuito un numero medio di bisogni sensibilmente maggiore ( $M = 173.32$ ) rispetto ai pazienti ( $M = 131.44$ ).

Dal punto di vista clinico e criminologico, questo dato segnala una divergenza strutturale tra percezione soggettiva e valutazione professionale dei bisogni. I pazienti tendono a sottostimare alcune aree critiche, probabilmente per meccanismi di negazione, minimizzazione o ridotta consapevolezza di malattia; viceversa, gli operatori – grazie a un approccio più sistematico e multidimensionale – colgono, con maggiore precisione, la complessità assistenziale.

Tali risultati si allineano con quanto descritto in letteratura (Thomas & Slade, 2021; Phelan et al., 1995), dove è stata documentata una sistematica sottostima dei bisogni da parte dei pazienti rispetto agli staff clinici. Questo fenomeno ha importanti implicazioni operative:

- rischia di compromettere l'alleanza terapeutica, se i bisogni percepiti dai pazienti non coincidono con quelli riconosciuti dai curanti;
- rende necessario lo sviluppo di strategie di psicoeducazione e comunicazione che facilitino la consapevolezza e la condivisione del progetto terapeutico;
- evidenzia la centralità della valutazione multidisciplinare, che integri la prospettiva soggettiva con quella clinico-forense.

Come emerge dalla Tabella i pazienti, infatti, tendono a cogliere un carico di bisogni percepiti moderato-alto, con ampia dispersione inter-individuo.

Invece lo staff, nel complesso, stima più bisogni rispetto ai pazienti ( $\approx +42$  punti di media). La media è sostanzialmente più elevata, con variabilità anch'essa ampia. Tale *gap* prospettico è ampiamente documentato nella famiglia degli strumenti CAN/CANFOR, dove gli operatori tendono a identificare un numero maggiore di bisogni (anche non immediatamente salienti per l'utente), specie in aree di rischio, funzionamento sociale e gestione della salute. Questo *pattern* è coerente con le evidenze metodologiche alla base del CAN e delle versioni forensi (Phelan et al., 1995; Thomas et al., 2008; Slade & Thornicroft, 2020).

**Tabella n. 31: Punteggio totale nel contesto carcerario**

| Variabile       | Min | Mean     | Max | SD       |
|-----------------|-----|----------|-----|----------|
| Pazienti totale | 69  | 132.6875 | 234 | 43.94044 |
| Staff totale    | 75  | 178.375  | 277 | 51.98445 |

**t = 4.75      df  $\approx$  95      p < .001**

L'analisi statistica mostra una differenza altamente significativa tra le valutazioni fornite dai pazienti (M = 132.69, SD = 43.94) e quelle attribuite dallo staff (M = 178.38, SD = 51.98) nel contesto carcerario. Il test t ( $t = 4.75$ ;  $df \approx 95$ ;  $p < .001$ ) conferma che la discrepanza osservata non può essere attribuita al caso, ma riflette una divergenza sistematica e robusta.

Dal punto di vista clinico e criminologico, questo risultato evidenzia una sottostima sistematica dei bisogni da parte dei pazienti rispetto alle valutazioni professionali. Tale fenomeno, ampiamente documentato in letteratura (Phelan et al., 1995), trova nel carcere (Tabella 27) un contesto particolarmente critico: la percezione soggettiva tende a minimizzare i bisogni assistenziali, forse per meccanismi di adattamento o negazione, mentre lo staff – adottando una prospettiva clinico-organizzativa – rileva una maggiore complessità e gravità dei bisogni. Le implicazioni operative sono rilevanti:

- rischi di frattura nell'alleanza terapeutica, se i bisogni percepiti dai pazienti non coincidono con quelli riconosciuti dagli operatori
- necessità di interventi psicoeducativi e di comunicazione per allineare percezioni e favorire la partecipazione attiva del paziente

- importanza di utilizzare la valutazione CANFOR come strumento integrativo in chiave multidisciplinare, capace di bilanciare le prospettive soggettive e professionali.

In sintesi, i dati confermano che, nel contesto carcerario, la valutazione dello staff individua una maggiore complessità assistenziale rispetto a quanto percepito dai pazienti, con una differenza statisticamente significativa e clinicamente rilevante.

**Tabella n. 32: Punteggio totale nel contesto comunitario**

| <b>Variabile</b> | <b>Min</b> | <b>Mean</b> | <b>Max</b> | <b>SD</b> |
|------------------|------------|-------------|------------|-----------|
| Pazienti totale  | 63         | 134         | 199        | 35.30581  |
| Staff totale     | 125        | 190.4762    | 271        | 38.58318  |

**t = 7.64      df ≈ 97      p < .001**

L'analisi statistica evidenzia una differenza altamente significativa tra i punteggi attribuiti dai pazienti (M = 134.00, SD = 35.31) e quelli riportati dallo staff (M = 190.48, SD = 38.58) nel contesto comunitario. Il test t di Student (t = 7.64; df ≈ 97; p < .001) conferma che tale discrepanza non può essere spiegata da variabilità casuale, ma rappresenta un divario sistematico tra le due prospettive.

Dal punto di vista clinico e criminologico, questo risultato segnala che lo staff percepisce un livello di bisogni significativamente maggiore rispetto ai pazienti. La letteratura internazionale (Phelan et al., 1995) conferma questa tendenza, indicando come i pazienti tendano a sottostimare i propri bisogni, probabilmente per scarsa consapevolezza di malattia, meccanismi difensivi di minimizzazione o ridotta sensibilità rispetto ad aspetti relazionali e sociali. La divergenza osservata nel contesto comunitario (Tabella 28) assume particolare rilievo operativo:

- rischia di determinare disallineamenti nell'alleanza terapeutica, se i programmi di trattamento non tengono conto della percezione soggettiva del paziente;
- evidenzia la necessità di un approccio multidimensionale e partecipato alla valutazione dei bisogni, che integri le due prospettive;

- suggerisce l'importanza di interventi psicoeducativi e di coinvolgimento attivo dei pazienti nei processi decisionali, per favorire aderenza e continuità terapeutica.

In sintesi, nel contesto comunitario, la valutazione dei bisogni assistenziali appare più elevata se condotta dallo staff rispetto ai pazienti, con una differenza statisticamente molto significativa e clinicamente rilevante.

**Tabella n. 33: Punteggio totale nel contesto territoriale**

| Variabile       | Min | Mean     | Max | SD       |
|-----------------|-----|----------|-----|----------|
| Pazienti totale | 74  | 125.7692 | 223 | 39.51404 |
| Staff totale    | 78  | 139.3846 | 197 | 34.52665 |

**t = -1.30    df ≈ 47.15    p = 0.201**

Il confronto tra i punteggi totali CANFOR nel contesto territoriale evidenzia una differenza media tra pazienti (M = 125.77; SD = 39.51) e staff (M = 139.38; SD = 34.53). Tuttavia, la statistica T di Student non risulta significativa ( $t(47) = -1.30$ ,  $p = 0.201$ ), indicando che la differenza osservata non supera la soglia convenzionale di significatività statistica ( $p < .05$ ).

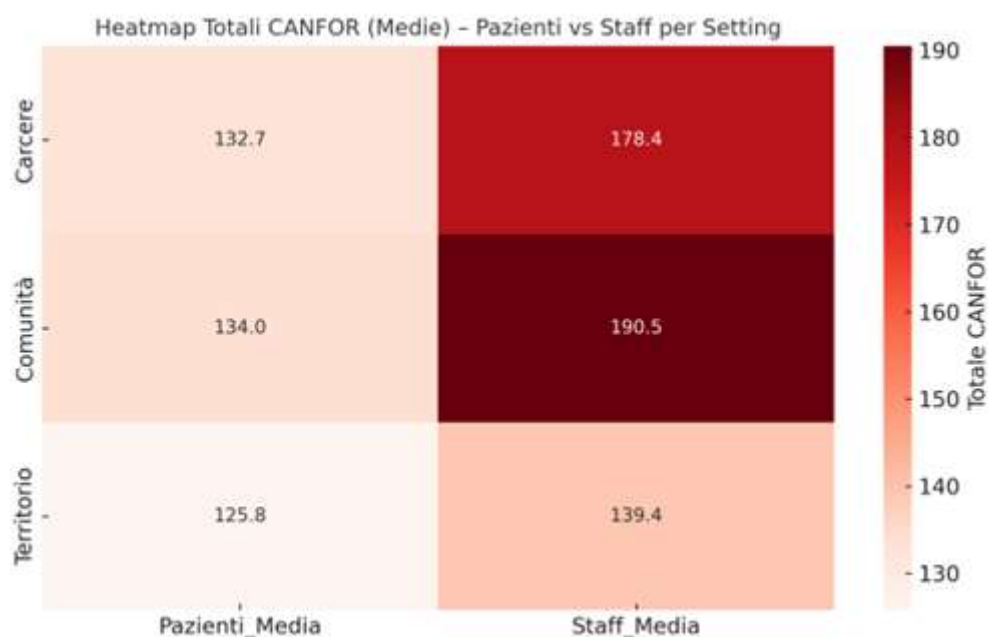
In termini clinico-scientifici, l'assenza di significatività suggerisce che, almeno in questo sottocampione territoriale, le percezioni dei bisogni (staff) e i bisogni auto-riferiti (pazienti) non differiscono in maniera sostanziale sul piano quantitativo. Questo dato è coerente con alcune ricerche che sottolineano come, nei contesti territoriali meno restrittivi, la rappresentazione dei bisogni clinici e sociali tenda ad essere relativamente allineata tra utenti e operatori, a differenza di quanto si osserva in setting più strutturati o custodiali, dove il divario tende ad ampliarsi (Ruggeri et al., 2000).

Tale risultato, seppur preliminare, rafforza l'ipotesi di una maggiore convergenza valutativa paziente–staff nel territorio, ma allo stesso tempo evidenzia la necessità di analisi su campioni più ampi e con dati disaggregati (es. bisogni soddisfatti vs insoddisfatti), che consentirebbero l'applicazione di test più adeguati, come il  $\chi^2$  di Pearson per variabili categoriali.

Come si evince dalla Tabella 29 nel territorio le medie sono più basse in entrambe le prospettive e lo scarto staff-pazienti si riduce rispetto a carcere/comunità. È plausibile che la minore

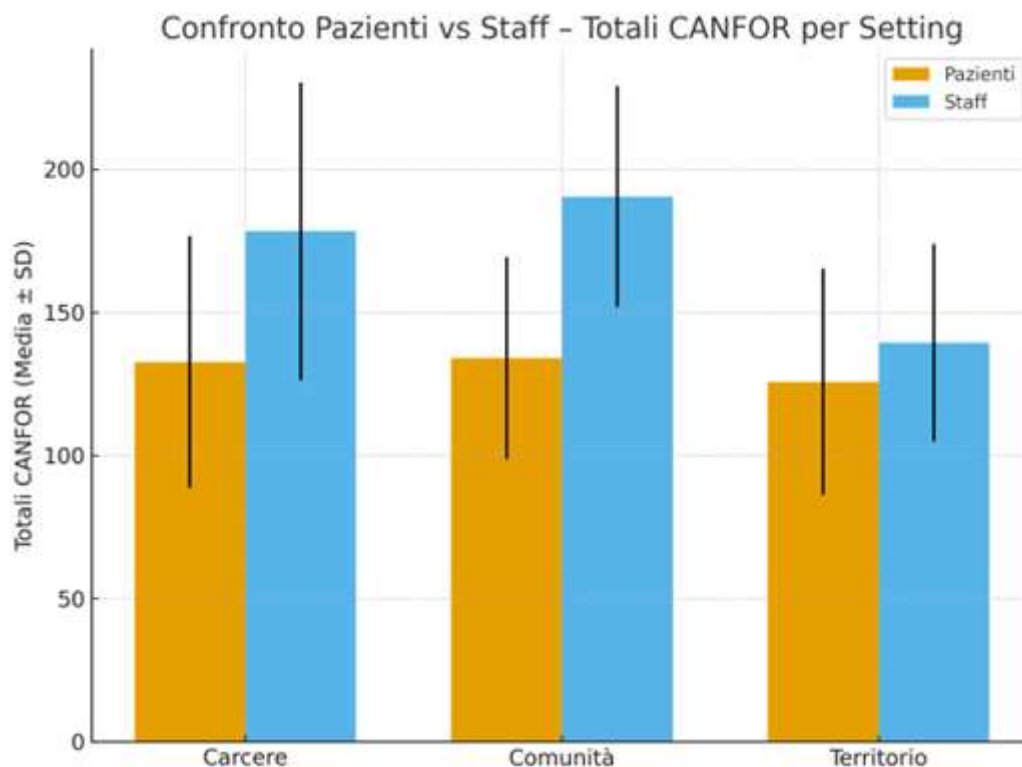
intensità assistenziale e la maggiore autonomia prevista dai servizi territoriali si traducano in un profilo di bisogni più contenuto; rimane tuttavia una variabilità non trascurabile nei pazienti, coerente con la presenza di sottogruppi a maggiore complessità clinico-assistenziale. Tali differenze tra livelli di sicurezza/*setting* sono descritte nei lavori di validazione e nelle applicazioni *cross-setting* del CAN/CANFOR (Thomas et al., 2008; Castelletti et al., 2015).

**Immagine n. 31: Heatmap dei punteggi medi CANFOR (Pazienti vs Staff) per setting**



L'Immagine evidenzia la concentrazione di punteggi medi più elevati nello staff rispetto ai pazienti, soprattutto in comunità e in carcere.

**Immagine n. 32: Confronto dei punteggi medi (Pazienti vs Staff) per setting.**



L'Immagine mostra chiaramente come lo staff attribuisca più bisogni in tutti i setting, con il massimo divario in comunità e carcere.

- **Sovra-identificazione di bisogni da parte dello staff (soprattutto in comunità e carcere).**

Lo staff include rischi latenti (autolesività/eteroaggressività, giudizi di insight/aderenza, vulnerabilità ambientale) e determinanti sociali (rete, attività, lavoro, risorse economiche) che gli utenti possono sottostimare o non riconoscere come “bisogni” prioritari. Dal punto di vista dell'impatto organizzativo, la pianificazione dei piani di trattamento dovrebbe partire da confronti sistematici staff-paziente (ad esempio revisione congiunta dei profili di bisogno, prioritarizzazione condivisa e monitoraggio degli obiettivi e degli esiti). Queste procedure sono formalizzate nei manuali e nei capitoli applicativi della CANFOR e dovrebbero indirizzare le scelte.

- **Setting-specificità dei profili di bisogno.** Carcere: alta eterogeneità; necessità di moduli intensivi su disturbi da uso di sostanze, gestione dei sintomi, attività strutturate e continuità delle cure post-detenzione. Comunità: soglia elevata di bisogni “di base” rilevati dallo staff;

promozione di interventi psicosociali multimodali e alleanze terapeutiche per allineare percezioni e obiettivi. Territorio: carico medio-basso ma variabile; consolidamento del *case management* e raccordi UEPE-DSM-REMS per i profili a maggior rischio/fragilità. (Rilevanze in linea con validazioni e applicazioni nazionali della CANFOR; vedi Schema 3). I risultati ottenuti nella nostra valutazione sono coerenti con i dati della letteratura.

**Schema n. 1: Implicazioni per la pratica (DSM–REMS–UEPE–Magistratura)**

**1. Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)**

- integrare sistematicamente strumenti di valutazione dei bisogni (CANFOR) nei percorsi territoriali e comunitari
- rafforzare il *case management* e la continuità delle cure, con particolare attenzione ai pazienti con profili ad alta complessità clinica e vulnerabilità sociale

**2. Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS)**

- implementare protocolli di monitoraggio regolare dei bisogni, con focus su aree di rischio (sintomi, sostanze, aggressività)
- utilizzare il confronto staff–pazienti come parte del processo riabilitativo e di valutazione delle misure di sicurezza

**3. Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE)**

- valorizzare i risultati della CANFOR per individuare fattori di vulnerabilità e bisogni sociali che incidono sulla recidiva.
- favorire la collaborazione con i DSM e le comunità per programmi di reinserimento sociale strutturati, riducendo i rischi legati a bisogni non soddisfatti.

**4. Magistratura di Sorveglianza**

- integrare i profili della CANFOR nella valutazione della pericolosità sociale e nell'assegnazione di misure alternative o di sicurezza.
- promuovere decisioni basate su dati clinico-criminologici condivisi tra operatori sanitari e giudiziari.

**Tabella n. 34: Esito Perizia Psichiatrica e medico legale**

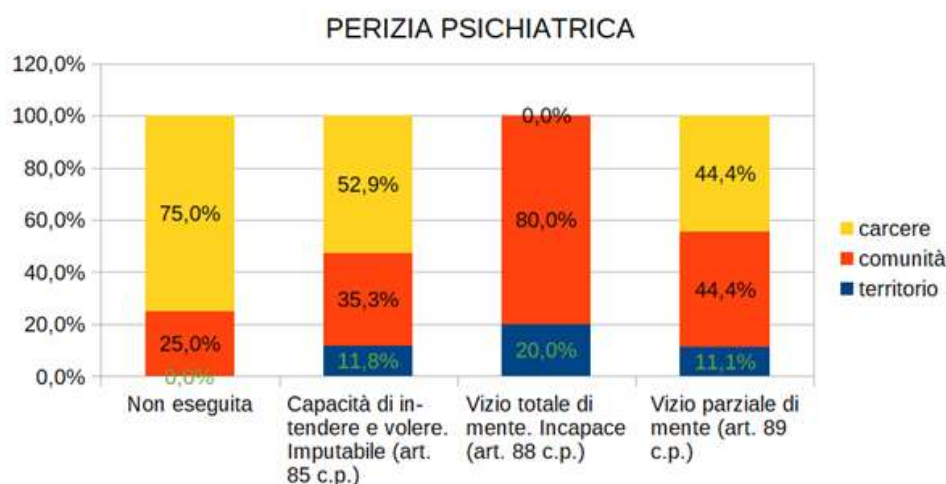
| Categoria                                                        | territorio | comunità | carcere | totale | territorio | comunità | carcere | totale |
|------------------------------------------------------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| <b>Non eseguita</b>                                              | 0          | 1        | 3       | 4      | 0,0%       | 25,0%    | 75,0%   | 100,0% |
| <b>Capacità di intendere e volere. Imputabile (art. 85 c.p.)</b> | 2          | 6        | 9       | 17     | 11,8%      | 35,3%    | 52,9%   | 100,0% |
| <b>Vizio totale di mente. Incapace (art. 88 c.p.)</b>            | 4          | 16       | 0       | 20     | 20,0%      | 80,0%    | 0,0%    | 100,0% |
| <b>Vizio parziale di mente (art. 89 c.p.)</b>                    | 1          | 4        | 4       | 9      | 11,1%      | 44,4%    | 44,4%   | 100,0% |
| <b>Totale</b>                                                    | 7          | 27       | 16      | 50     | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 17,46

df = 6

p = 0.009

**Immagine n. 33: Esito della perizia psichiatrica e medico legale**



La tabella e l'Immagine mostrano la distribuzione degli esiti peritali nei tre contesti, secondo le categorie previste dal codice penale italiano (artt. 85, 88 e 89 c.p.):

- **perizia non eseguita.** Quattro casi totali, di cui la maggioranza in carcere (75%), seguiti da comunità (25%) e nessuno nel territorio. Questo dato riflette una prassi più frequente di eseguire la perizia in contesti clinici e giudiziari formali, con omissioni più probabili in carcere, forse legate a sovraccarico istituzionale o a difficoltà procedurali
- **capacità di intendere e di volere (art. 85 c.p.) – Imputabilità piena.** È l'esito più frequente in carcere (52,9%), seguito da comunità (35,3%) e territorio (11,8%). Ciò mostra che, nella

maggioranza dei casi, i detenuti vengono riconosciuti come pienamente imputabili, in linea con l'orientamento giurisprudenziale che limita il ricorso al vizio di mente (Fornari, 2013)

- **vizio totale di mente (art. 88 c.p.) – Non imputabilità.** Prevalente in comunità (80%) e presente in misura minore nel territorio (20%) e completamente assente in carcere. Questo dato conferma che i soggetti con patologie psichiatriche gravi e persistenti, tali da escludere totalmente la capacità di intendere e volere, tendono a essere collocati in percorsi alternativi al carcere (REMS, comunità terapeutiche)
- **Vizio parziale di mente (art. 89 c.p.) – Imputabilità diminuita.** Distribuito in maniera equilibrata tra carcere (44,4%) e comunità (44,4%), con una quota minore nel territorio (11,1%). Questo elemento evidenzia come la condizione di imputabilità attenuata sia frequente sia nei contesti restrittivi che in quelli riabilitativi, rappresentando una zona intermedia tra piena imputabilità e vizio totale.

I risultati, statisticamente significativi ( $p = 0.009$ ) mostrano una chiara differenziazione per contesto:

- **la comunità terapeutica** concentra i casi di vizio totale di mente, confermando il suo ruolo di contenitore per pazienti con disturbi psichiatrici gravi, che non possono essere ritenuti responsabili penalmente
- **il carcere** raccoglie la quota più alta di soggetti riconosciuti pienamente imputabili, segnalando che il sistema penale tende a collocare in istituzione penitenziaria coloro che, pur presentando disturbi di personalità o fragilità, non hanno compromissioni tali da escludere l'imputabilità
- **le situazioni di vizio parziale di mente** si distribuiscono in modo bilanciato tra carcere e comunità, indicando un'area grigia in cui il riconoscimento della ridotta imputabilità si accompagna sia a percorsi riabilitativi che detentivi.

Dal punto di vista criminologico, questa distribuzione riflette pienamente la tensione strutturale tra sistema giuridico (orientato a garantire la responsabilità penale) e sistema sanitario (orientato alla cura e alla riabilitazione). L'assenza di casi di vizio totale in carcere appare coerente con il

principio di non punibilità per malattia mentale grave, mentre la prevalenza di imputabilità piena tra i detenuti conferma l'associazione tra disturbi di personalità, condotte antisociali e riconoscimento della capacità di intendere e volere (Stone, 2006).

#### 6.2.14 Sintesi dei risultati più rilevanti dei test psicometrico-clinici e interpretazione clinico-psichiatrica e criminologica

**Tabella n. 35: Confronto dei test psicometrico – clinici per significatività statistica (\*)**

(NdA) Nella tabella i parametri evidenziati in giallo identificano i risultati statisticamente significativi: sono stati comunque mantenuti *items* non significativi perché appartenenti a test rilevanti.

| Test                             | Sottoscala                                 | Degree of Freedom | Distribuzione F | Significatività |
|----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------|-----------------|-----------------|
| <b>M<br/>O<br/>A<br/>S</b>       | Aggressività verbale                       | 2/47              | 5,586           | 0,0067          |
|                                  | Auto aggressività                          | 2/47              | 4,950           | 0,0112          |
|                                  | Aggressività contro la proprietà           | 2/47              | 4,882           | 0,0119          |
|                                  | Aggressività fisica verso le altre persone | 2/47              | 12,043          | 0,0001          |
|                                  | Totale                                     | 2/47              | 8,542           | 0,0007          |
| <b>S<br/>T<br/>A<br/>X<br/>I</b> | R/S RABBIA DI STATO                        | 2/47              | 5,940           | 0,0050          |
|                                  | RS/S                                       | 2/47              | 6,172           | 0,0042          |
|                                  | RS/V                                       | 2/47              | 4,141           | 0,0221          |
|                                  | RS/F                                       | 2/47              | 4,943           | 0,0113          |
|                                  | R/T                                        | 2/47              | 5,089           | 0,0100          |
|                                  | RT/T                                       | 2/47              | 3,068           | 0,0559          |
|                                  | RT/R                                       | 2/47              | 3,690           | 0,0325          |
|                                  | ER/OUT                                     | 2/47              | 3,828           | 0,0288          |
|                                  | ER/IN                                      | 2/47              | 5,750           | 0,0058          |
|                                  | CR/OUT                                     | 2/47              | 0,140           | 0,8695          |
|                                  | CR/IN                                      | 2/47              | 0,569           | 0,5697          |
|                                  | ER/INDICE                                  | 2/47              | 2,587           | 0,0859          |
| <b>WHOQOL<br/>BREF</b>           | DOMINIO 1 Salute fisica                    | 2/47              | 3,541           | 0,0369          |
|                                  | DOMINIO 2 Salute psicologica               | 2/47              | 2,680           | 0,0790          |
|                                  | DOMINIO 3 Relazioni sociali                | 2/47              | 9,648           | 0,0003          |
|                                  | DOMINIO 4 Salute ambiente                  | 2/47              | 15,476          | 0,00001         |
| <b>PCL-R</b>                     | fattore 1                                  | 2/47              | 3,065           | 0,0561          |
|                                  | fattore 2                                  | 2/47              | 12,471          | 0,00005         |
|                                  | totale                                     | 2/47              | 8,749           | 0,0006          |

La Tabella evidenzia che l'analisi delle significatività statistiche mette in luce differenze importanti tra i tre contesti (territorio, comunità, carcere) su diversi strumenti psicometrici come da precedenti specifiche analisi sui singoli test.

Il quadro complessivo evidenzia come le differenze più marcate tra territorio, comunità e carcere emergano nelle dimensioni di aggressività (MOAS), rabbia (STAXI), qualità della vita (WHOQOL-BREF) e comportamenti su base psicopatica (PCL-R, fattore 2).

La **MOAS** appare lo strumento più sensibile per rilevare variazioni nei comportamenti aggressivi, che aumentano significativamente nel passaggio dal contesto libero a quello restrittivo detentivo. Questo conferma la stretta associazione tra contesto restrittivo e incremento dell'aggressività manifesta, in linea con la letteratura su violenza e sovraffollamento carcerario (Bonta & Andrews, 2024).

La **STAXI** indica che la rabbia situazionale e di tratto è più elevata in carcere, riflettendo il ruolo di quest'ultima come fattore di rischio e precursore di aggressività e recidiva (Novaco, 2011, 2023). Il controllo della rabbia, invece, non differisce significativamente, suggerendo che il problema principale dei soggetti detenuti non sia affatto la mancanza di strumenti cognitivi, ma piuttosto il livello di intensità della rabbia stessa.

La **WHOQOL-BREF** conferma che la qualità della vita percepita peggiora drasticamente in carcere, soprattutto nelle aree delle relazioni sociali e del vissuto dell'ambiente. Ciò si traduce in una circolarità tra condizioni ambientali deprivate, isolamento sociale e aumento di disagio psicologico (Liebling & Maruna, 2013).

La **PCL-R** evidenzia che i tratti antisociali e impulsivi (fattore 2) sono quelli che meglio discriminano i soggetti detenuti, coerentemente con la letteratura che li collega a recidiva e violenza (Hare, 2003; Hemphill et al., 1998).

Nel complesso, quindi, i risultati espressi in questa ricerca mostrano come il carcere non solo tenda a “concentrare” individui con punteggi più elevati di aggressività, rabbia e tratti antisociali (psicopatici), ma produca anche un peggioramento significativo della qualità della vita. Questo dato ha implicazioni dirette per i programmi riabilitativi, che dovrebbero integrare gestione della rabbia, interventi psicoeducativi sull'aggressività e miglioramento delle condizioni ambientali in modo decisamente più attivo di quanto risulti necessario negli altri contesti di cura.

### 6.3 Interpretazione delle variabili giuridiche e criminologiche

L'analisi seguente si propone di integrare, sintetizzando, la lettura statistica dei dati con una riflessione giuridica e criminologica, al fine di delineare i profili istituzionali e clinico-forensi emersi dalla distribuzione delle variabili esaminate.

**Tabella n. 36: presenza/assenza di reati per luogo**

|                                   | territorio | comunità | carcere | T  |  | territorio | comunità | carcere | TOT    |
|-----------------------------------|------------|----------|---------|----|--|------------|----------|---------|--------|
| <b>Nessuno</b>                    | 2          | 11       | 0       | 13 |  | 15,4%      | 84,6%    | 0,0%    | 100,0% |
| <b>reati contro la persona</b>    | 3          | 15       | 13      | 31 |  | 9,7%       | 48,4%    | 41,9%   | 100,0% |
| <b>reati contro il patrimonio</b> | 2          | 1        | 3       | 6  |  | 33,3%      | 16,7%    | 50,0%   | 100,0% |
| <b>Totale</b>                     | 7          | 27       | 16      | 50 |  | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 11,743

df = 4

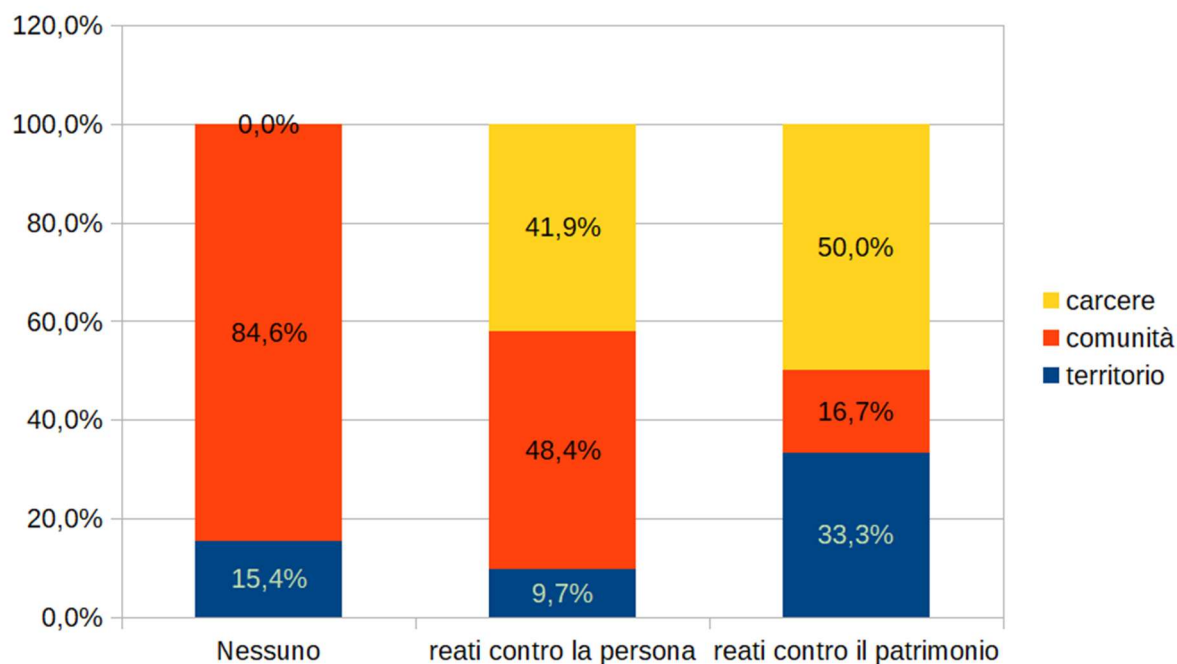
p = 0,019

La tabella evidenzia la distribuzione dei soggetti in funzione della presenza o assenza di reati nei tre setting considerati. Dei 50 casi totali, il gruppo comunità risulta prevalente (54%), seguito dal carcere (32%) e infine dal territorio (14%). Tale squilibrio deve essere tenuto in considerazione nell'interpretazione statistica, poiché può incidere sulla potenza dei test e sulla generalizzabilità dei risultati. Nel dettaglio, l'assenza di reati si osserva rispettivamente nei gruppi territorio e comunità, con una concentrazione molto alta in quest'ultimo (84,6% dei casi senza reato). Al contrario, nel carcere non si rileva alcun soggetto privo di precedenti, dato che conferma la selezione differenziale di questa popolazione e la maggiore gravità del profilo criminologico dei detenuti (Fazel & Seewald, 2012).

Per quanto riguarda i reati contro la persona, essi rappresentano la quota più consistente (31 casi complessivi, pari al 62% del campione). La distribuzione mostra una forte concentrazione nella comunità (48,4%), seguita dal carcere (41,9%) e solo marginalmente dal territorio (9,7%). Questo dato suggerisce che la residenzialità in comunità accoglie una quota significativa di soggetti con precedenti violenti, ma che possono comunque essere inseriti in percorsi terapeutico-riabilitativi non detentivi. Tale evidenza si collega al dibattito sulla gestione dei pazienti autori di reato nelle strutture residenziali psichiatriche e alla loro compatibilità con

contesti non custodiali (Gordon & Lindqvist, 2007). I reati contro il patrimonio costituiscono la quota minore (6 casi, 12%), con una distribuzione più frammentata: un terzo dei casi proviene dal territorio, metà dal carcere e una piccola quota (16,7%) dalla comunità. Questo *pattern* riflette la maggiore “fluidità criminologica” di tali reati, meno specificamente associati a *setting* particolari e meno predittivi di rischio elevato di recidiva violenta (Zara & Farrington, 2016). L’analisi inferenziale tramite  $\chi^2$  di Pearson ( $\chi^2 = 11,743$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,019$ ) mostra una associazione statisticamente significativa tra tipologia di reato (assenza, contro la persona, contro il patrimonio) e *setting* di appartenenza. Ciò implica che il luogo di collocazione (territorio, comunità, carcere) non è indipendente dal tipo di reato, ma ne condiziona la distribuzione. Questo risultato conferma l’ipotesi di un “gradiente criminologico” nei percorsi clinico–forensi, in cui i soggetti più gravi tendono a confluire in *setting* detentivi, mentre le comunità assumono un ruolo intermedio, ospitando sia soggetti con reati gravi (contro la persona) sia individui senza precedenti. Dal punto di vista psichiatrico–forense, questi dati rafforzano l’importanza di sviluppare strumenti di allocazione basati su criteri clinico–criminologici integrati, al fine di evitare il rischio di mancata corrispondenza tra gravità del reato e adeguatezza del contesto di cura (Douglas et al., 2013). Inoltre, la significativa presenza di soggetti con reati contro la persona in comunità solleva questioni di sicurezza gestionale e di formazione del personale, in linea con le raccomandazioni europee sul bilanciamento tra cura e contenimento (Consiglio d’Europa, 2019).

### Immagine n. 34: presenza/assenza di reati per luogo



#### 6.3.1 Numero di Reati in Anamnesi

La maggior parte dei soggetti, sia in carcere che in comunità, presenta due o più reati pregressi, indicando un'elevata recidiva criminale. L'assenza di reati precedenti è rilevata solo in carcere, probabilmente legata a reati gravi commessi piuttosto in un contesto psichiatrico acuto.

**Tabella n. 37: Numero di reati in anamnesi**

| Categoria     | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale |
|---------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| Nessuno       | 2          | 11       | 0       | 13     | 15.4%      | 84.6%    | 0.0%    | 100.0% |
| 1 reato       | 2          | 3        | 1       | 6      | 33.3%      | 50.0%    | 16.7%   | 100.0% |
| 2 reati o più | 3          | 13       | 15      | 31     | 9.7%       | 41.9%    | 48.4%   | 100.0% |

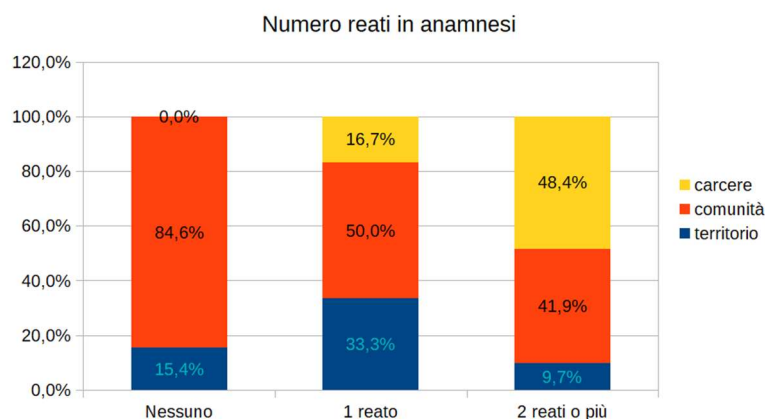
$\chi^2$  di Pearson = 12,346      df = 4      p = 0,0150

La Tabella e l'immagine presentano la distribuzione del numero di reati in anamnesi nei tre setting considerati. Dai dati emerge che la quota di soggetti senza precedenti penali è contenuta (n = 13), con una concentrazione prevalente nel contesto comunitario (84,6%), mentre nel carcere non si osservano pazienti privi di reati pregressi. Questo aspetto è coerente con l'aspettativa epidemiologica secondo cui i soggetti con assenza di precedenti penali difficilmente giungono a un percorso detentivo, venendo più frequentemente intercettati dai servizi territoriali o dalle comunità terapeutiche (Fazel & Danesh, 2002).

Il gruppo con un solo reato ( $n = 6$ ) si distribuisce in maniera più bilanciata: 50% comunità, 33,3% nel territorio e 16,7% carcere. Tale andamento suggerisce che una singola condotta deviante può rappresentare un punto di intersezione tra percorsi clinici e giudiziari differenti, costituendo una zona grigia di transizione che la letteratura interpreta come vulnerabile a esiti divergenti in base alla disponibilità di interventi precoci e alla risposta istituzionale erogata (Zara & Farrington, 2016).

La categoria dei soggetti con due o più reati ( $n = 31$ ) mostra invece una concentrazione significativa in carcere (48,4%), seguita dalla comunità (41,9%) e con una quota residuale nel territorio (9,7%). Questa distribuzione sottolinea un'associazione tra cronicizzazione dei comportamenti antisociali e maggiore probabilità di inserimento in *setting* detentivi o comunitari ad alta intensità, mentre la gestione territoriale tende a riguardare casi meno complessi sotto il profilo criminologico. In linea con studi comparativi internazionali, la recidiva multipla si associa a una più alta prevalenza di disturbi di personalità, abuso di sostanze e maggiore carico criminogenico (Hodgins, 2008; Fazel et al., 2016b). L'analisi statistica conferma la rilevanza di tali differenze: il test del  $\chi^2$  di Pearson risulta significativo ( $\chi^2 = 12,35$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,015$ ), indicando che la distribuzione del numero di reati nei tre *setting* non è casuale ma segue *pattern* differenziati. Questo dato ha implicazioni cliniche e forensi rilevanti, in quanto suggerisce la necessità di sviluppare strategie di intervento mirate: ad esempio, programmi di prevenzione e reinserimento più intensivi in carcere per i multi-recidivi e percorsi di precoce presa in carico territoriale per soggetti con assenza o minima storia criminale.

### Immagine n. 35: Numero di reati in anamnesi



### 6.3.2 Autorità Giudiziaria competente

I dati evidenziano una netta prevalenza dell'intervento della Magistratura di sorveglianza in contesti comunitari e carcerari rispetto a quelli territoriali. La presenza di soggetti senza alcuna autorità giudiziaria competente è registrata esclusivamente in ambito detentivo e territoriale.

**Tabella n. 38: Autorità Giudiziaria competente**

|                                     | territorio | comunità | carcere | totale | territorio | comunità | carcere | totale |
|-------------------------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| <b>Nessuna</b>                      | 0          | 5        | 0       | 5      | 0,0%       | 100,0%   | 0,0%    | 100,0% |
| <b>GIP</b>                          | 1          | 3        | 2       | 6      | 16,7%      | 50,0%    | 33,3%   | 100,0% |
| <b>Magistratura di sorveglianza</b> | 6          | 19       | 14      | 39     | 15,4%      | 48,7%    | 35,9%   | 100,0% |
| <b>Totale</b>                       | 7          | 27       | 16      | 50     | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 4.75    df = 4    p = 0.314

L'analisi della distribuzione delle competenze dell'Autorità Giudiziaria nei diversi *setting* mostra che la frequenza osservata non si discosta in modo statisticamente significativo da quella attesa. Il valore del test  $\chi^2$  di Pearson ( $\chi^2(4) = 4.75$ ,  $p = 0.314$ ) indica che non vi è associazione significativa tra il tipo di Autorità Giudiziaria competente e il setting psichiatrico-forense di collocazione del soggetto. Dal punto di vista metodologico, il risultato va interpretato con cautela. La presenza di alcune celle con frequenze molto basse (es. la categoria "Nessuna" in territorio e carcere, pari a zero) può ridurre la robustezza del test, in quanto le condizioni di applicabilità del  $\chi^2$  (valori attesi  $\geq 5$  per cella) non sono pienamente soddisfatte. Sul piano interpretativo, la prevalenza della Magistratura di Sorveglianza come Autorità di riferimento (78% del totale) risulta coerente con la letteratura nazionale, che sottolinea il ruolo centrale di tale istituzione nella gestione delle misure di sicurezza, delle libertà vigilate e delle prescrizioni clinico-terapeutiche nei soggetti autori di reato con disturbo mentale (Zara & Farrington, 2016). La distribuzione relativamente bilanciata tra comunità e carcere, con il territorio minoritario, riflette inoltre la tendenza del sistema giudiziario italiano a privilegiare il controllo in setting semi-custodiali o custodiali rispetto a soluzioni esclusivamente territoriali, pur in presenza delle spinte riformatrici ispirate alla de-istituzionalizzazione.

In conclusione, pur non essendo statisticamente significativa, la distribuzione dei dati suggerisce un quadro coerente con le dinamiche giuridico-istituzionali del sistema psichiatrico-forense, in cui la Magistratura di Sorveglianza mantiene una funzione nodale, ma senza differenze marcate tra i diversi setting di collocazione.

La Tabella evidenzia, quindi, nello specifico, la distribuzione delle autorità giudiziarie competenti nei tre setting considerati, offrendo uno spaccato rilevante sulla relazione tra contesto di presa in carico e tipologia di supervisione giuridica. Si osserva innanzitutto che in nessun caso di pazienti in territorio o in carcere risulta assente un'autorità giudiziaria competente; i cinque casi in cui non è prevista tale autorità si concentrano esclusivamente in comunità (100%), dato che può riflettere la maggiore natura terapeutico-riabilitativa di tali strutture e una minore necessità di controllo giudiziario diretto.

Per quanto concerne la competenza del Giudice per le Indagini Preliminari (GIP), la distribuzione appare relativamente equilibrata: il 16,7% ricade sul territorio, il 50% in comunità e il 33,3% in carcere. Questo dato sembra indicare che la fase processuale iniziale (in cui il GIP è tipicamente coinvolto) non è specificamente associata a un *setting*, ma si distribuisce trasversalmente, pur con una prevalenza relativa nel contesto comunitario. La Magistratura di Sorveglianza rappresenta, invece, la quota più consistente (su 39 casi, pari al 78% del totale delle situazioni con autorità giudiziaria competente). Essa risulta maggiormente rappresentata in comunità (48,7%), seguita dal carcere (35,9%) e, in misura minore, dal territorio (15,4%). Tale prevalenza è coerente con la funzione di questa autorità, che vigila sull'esecuzione delle misure di sicurezza e delle pene, esercitando un ruolo di raccordo tra dimensione clinico-riabilitativa e tutela sociale. Dal punto di vista complessivo, i dati confermano la forte interconnessione tra sistemi clinici e giuridici: su 50 casi totali, solo 5 (10%) risultano privi di un'autorità giudiziaria di riferimento, e tutti localizzati in comunità. Ne emerge, quindi, un quadro in cui la dimensione giuridica mantiene un ruolo strutturale nella gestione dei pazienti con disturbi mentali autori di reato, con una marcata predominanza della Magistratura di Sorveglianza come attore istituzionale di riferimento. Questi risultati si inseriscono in linea con

la letteratura, che sottolinea come la gestione forense dei pazienti con disturbi mentali richieda un continuo bilanciamento tra finalità terapeutiche e misure di sicurezza sociale (Fazel & Wolf, 2015; Völlm et al., 2018). In particolare, la concentrazione della sorveglianza giudiziaria nei contesti comunitari segnala l'importanza crescente di tali strutture come spazi di ibridazione terapeutico-forense, coerentemente con i processi di deistituzionalizzazione e con l'evoluzione normativa italiana (Legge 81/2014).

### 6.3.3 Misure Cautelari

Le misure di libertà vigilata e detenzione si concentrano quasi esclusivamente in carcere, con la libertà vigilata che interessa 23 casi detentivi di cui nessuno in carcere.

**Tabella n. 39: Misure Cautelari**

|                    | territorio | comunità | Carcere | totale | territorio | comunità | carcere | totale |
|--------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| <b>nessuna</b>     | 4          | 7        | 0       | 11     | 36.4%      | 63.6%    | 0.0%    | 100.0% |
| <b>libertà vig</b> | 3          | 20       | 0       | 23     | 13.0%      | 87.0%    | 0.0%    | 100.0% |
| <b>carcere</b>     | 0          | 0        | 16      | 16     | 0.0%       | 0.0%     | 100.0%  | 100.0% |
|                    | 7          | 27       | 16      | 50     | 14.0%      | 54.0%    | 32.0%   | 100.0% |

$\chi^2$  di Pearson = 53,640      df = 4      p = 0,0000000001

La Tabella evidenzia la distribuzione delle misure cautelari applicate nei tre setting considerati.

I dati mostrano una netta eterogeneità: nel gruppo territorio prevalgono i casi senza misure (n = 4; 36,4%), seguiti da misure di libertà vigilata (n = 3; 13,0%), mentre nessun soggetto ha ricevuto custodia cautelare in carcere. Nel gruppo comunità, la maggioranza assoluta dei casi ha riportato misure alternative alla detenzione (libertà vigilata: n = 20; 87,0%), con una quota minore priva di misure (n = 7; 63,6%). Infine, il gruppo carcere risulta caratterizzato da una condizione di omogeneità interna: tutti i soggetti (n = 16; 100,0%) hanno subito custodia cautelare detentiva. Dal punto di vista statistico, l'associazione tra *setting* e misura cautelare risulta estremamente significativa ( $\chi^2$  di Pearson = 53,640; df = 4; **p < 0,0000000001**). Questo risultato indica che la distribuzione delle misure cautelari non è casuale, ma riflette *pattern* strutturali e sistemici. In particolare, le misure restrittive più gravi (carcere) si concentrano

esclusivamente nel sottogruppo “carcere”, mentre quelle intermedie (libertà vigilata) sono tipiche della comunità terapeutica. Questi dati si inseriscono nel solco della letteratura criminologico-forense che sottolinea la centralità del contesto giudiziario e istituzionale nell’orientare le decisioni sulle misure cautelari (Fazel & Wolf, 2015; Hodgins, 2008). La piena corrispondenza tra carcere e custodia cautelare evidenzia come la misura giudiziaria tenda a rafforzare il circuito penale tradizionale, limitando l’accesso a misure alternative. Viceversa, la prevalenza di libertà vigilata nelle comunità segnala una maggiore propensione del sistema giudiziario a considerare opzioni riabilitative nei confronti di soggetti inseriti in percorsi terapeutici strutturati (Zara & Farrington, 2016). Dal punto di vista clinico-forense, questa distribuzione suggerisce come la collocazione del paziente in un determinato setting non sia solo un esito clinico, ma rappresenti anche un forte determinante delle scelte giuridiche. Tale aspetto richiama il problema della selezione istituzionale e del rischio di *bias* sistemici: i soggetti già inseriti in un contesto custodiale tendono a ricevere misure cautelari più severe, mentre coloro che si trovano in un percorso comunitario beneficiano maggiormente di alternative al carcere (Marlowe, 2011). Infine, sotto il profilo delle politiche penali, i dati pongono in evidenza la necessità di sviluppare modelli decisionali più trasparenti e multidisciplinari nell’applicazione delle misure cautelari. In linea con i documenti del Consiglio d’Europa (2019) e dell’OMS (WHO, 2021a, b, c, d, e, f), appare cruciale promuovere un maggiore equilibrio tra esigenze di sicurezza e tutela della salute mentale, evitando automatismi detentivi che possono compromettere la traiettoria riabilitativa dei pazienti forensi.

### 6.3.4 Misure di protezione giuridica

Le misure di protezione giuridica (esempio amministrazione di sostegno o inabilitazione) sono più frequenti in comunità rispetto sia al territorio che al carcere, evidenziando una maggiore necessità di intervento giuridico a supporto dei detenuti con compromissione delle capacità.

**Tabella n. 40: Misure di Protezione Giuridica**

| Categoria | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale P |
|-----------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|----------|
| No        | 5          | 17       | 15      | 37     | 13.5%      | 45.9%    | 40.5%   | 100.0%   |
| Si        | 2          | 10       | 1       | 13     | 15.4%      | 76.9%    | 7.7%    | 100.0%   |

$\chi^2$  di Pearson = 4,977

df = 2

p = 0,0830

La Tabella descrive la distribuzione delle misure di protezione giuridica (ad esempio amministrazione di sostegno, interdizione o inabilitazione) nei tre setting analizzati. I dati rivelano che la maggioranza dei soggetti non è sottoposta a tali misure ( $n = 37$ ; 74,0% del campione complessivo), mentre un sottogruppo minoritario risulta beneficiario di protezione giuridica ( $n = 13$ ; 26,0%). Sul piano comparativo, il gruppo territorio presenta una prevalenza di assenza di misure ( $n = 5$ ; 13,5%), con una quota ridotta soggetta a protezione ( $n = 2$ ; 15,4%). Nel contesto comunità, la distribuzione appare più sbilanciata: la maggioranza relativa dei casi sottoposti a protezione ( $n = 10$ ; 76,9%) si colloca in questo *setting*, confermando come la comunità terapeutica rappresenti il luogo privilegiato per l'attivazione di strumenti giuridici di tutela. Nel gruppo carcere, al contrario, prevale nettamente l'assenza di misure di protezione ( $n = 15$ ; 40,5%), con un'unica eccezione ( $n = 1$ ; 7,7%).

L'analisi statistica ( $\chi^2$  di Pearson = 4,977;  $df = 2$ ;  $p = 0,083$ ) mostra una tendenza alla significatività, pur senza raggiungere la soglia convenzionale di  $p < 0,05$ . Questo risultato suggerisce che la distribuzione delle misure di protezione giuridica non è del tutto casuale e indica una tendenza strutturale: i pazienti collocati in comunità hanno maggiori probabilità di essere destinatari di strumenti giuridici di tutela rispetto a quelli inseriti nel carcere o gestiti sul territorio. Dal punto di vista clinico-forense, tale evidenza appare coerente con la letteratura internazionale che segnala come l'attivazione di misure di protezione sia più frequente nei contesti riabilitativi e terapeutici, dove vi è maggiore attenzione alla tutela dei diritti e all'inclusione sociale. La scarsa incidenza di tali misure in ambito carcerario, invece, può essere letta come indicatore di criticità: il contesto penitenziario tende a privilegiare logiche custodiali e securitarie, lasciando in secondo piano la dimensione civilistica della protezione della persona con vulnerabilità psichica. Dal punto di vista giuridico, l'uso selettivo delle misure di protezione giuridica richiama il principio sancito dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (ONU, 2006), che invita gli Stati membri a garantire sistemi di tutela proporzionati, rispettosi della dignità e integrati nei percorsi di cura. In Italia, l'istituto dell'amministrazione di sostegno (Legge 6/2004) rappresenta lo strumento giuridico privilegiato, ma la sua

applicazione appare ancora disomogenea a seconda dei contesti istituzionali. In prospettiva, i dati della tabella sollecitano un rafforzamento del dialogo tra sistemi sanitario, giuridico e penitenziario, affinché le misure di protezione giuridica non restino prerogativa quasi esclusiva delle comunità, ma vengano valutate e attivate anche in carcere e nei servizi territoriali, in linea con un approccio integrato alla salute mentale e alla tutela dei diritti fondamentali (WHO, 2021c).

### 6.3.5 Misure di sicurezza detentive

I dati indicano che la quasi totalità delle misure di sicurezza detentive riguarda l'ambito carcerario, con 33 soggetti privi di misura specifica. Le REMS sono scarsamente utilizzate (solo 1 caso dal territorio), suggerendo un possibile limite nell'applicazione delle misure sanitarie sostitutive previste dalla normativa italiana (Legge 81/2014).

**Tabella n. 41: Misure di sicurezza detentive**

| Categoria      | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale     |
|----------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|------------|
| <b>nessuna</b> | 6          | 27       | 0       | 33     | 18.2%      | 81.8%    | 0.0%    | 100.0<br>% |
| <b>REMS</b>    | 1          | 0        | 0       | 1      | 100.0%     | 0.0%     | 0.0%    | 100.0<br>% |
| <b>Carcere</b> | 0          | 0        | 16      | 16     | 0.0%       | 0.0%     | 100.0%  | 100.0<br>% |

$\chi^2$  di Pearson = 55,844      df = 4      p = 0,000000000022

La Tabella 37 mostra la distribuzione delle misure di sicurezza detentive nei tre setting di riferimento. I dati evidenziano un'articolazione netta e polarizzata: la maggioranza dei soggetti non è sottoposta ad alcuna misura di sicurezza detentiva (n = 33; 66,0%), con una concentrazione prevalente nel contesto comunitario (81,8%) e, in misura minore, nel territorio (18,2%). Un unico caso (n = 1; 2,0%) è stato destinato alla REMS, proveniente dal gruppo territorio. Tale dato sottolinea l'assoluta marginalità quantitativa dell'invio alle REMS, nonostante queste rappresentino, almeno sul piano normativo e programmatico, la struttura

cardine attuale per l'attuazione delle misure di sicurezza detentive a seguito della chiusura degli OPG (Legge 81/2014). Il sottogruppo carcere si distingue, invece, per una situazione diametralmente opposta: tutti i soggetti inseriti in questo contesto (n = 16; 32,0%) risultano sottoposti a misura di sicurezza detentiva in istituto carcerario, configurando un profilo di totale omogeneità interna (100%). L'analisi statistica conferma l'estrema significatività dell'associazione tra setting e misura detentiva ( $\chi^2$  di Pearson = 55,844; df = 4; **p < 0,000000000022**). Questo risultato dimostra che la scelta della misura detentiva non è distribuita in maniera casuale, ma riflette un forte condizionamento del contesto istituzionale di collocazione. Dal punto di vista clinico-forense, tale distribuzione solleva rilevanti questioni interpretative. Da un lato, la pressoché totale assenza di invii in REMS conferma la persistenza di difficoltà strutturali e organizzative nell'applicazione del modello post-OPG, come documentato da recenti studi. Dall'altro, l'elevata concentrazione di misure detentive in carcere mette in luce un possibile fenomeno di cristallizzazione custodiale, per cui i soggetti con disturbi mentali che entrano nel circuito penitenziario finiscono per rimanervi, senza essere reindirizzati a percorsi terapeutici alternativi (Fazel & Baillargeon, 2011). Sul piano giuridico e delle politiche sanitarie, questi dati pongono in evidenza una discrepanza tra principi normativi e prassi applicativa. La riforma italiana del 2014, in linea con le raccomandazioni del Consiglio d'Europa e dell'OMS, aveva come obiettivo quello di ridurre l'uso della detenzione carceraria a favore di misure terapeutiche e riabilitative (WHO, 2021c). Tuttavia, la tabella 36 mostra come tale obiettivo risulti ancora lontano: il carcere continua ad assorbire la quota più consistente di misure detentive, mentre la REMS rimane un'opzione residuale. Questa evidenza empirica sollecita una riflessione critica sull'effettiva implementazione del sistema REMS e sulla necessità di rafforzare i meccanismi di collaborazione tra magistratura, servizi psichiatrici territoriali e istituti penitenziari, al fine di garantire un'applicazione coerente del principio di proporzionalità e adeguatezza della misura di sicurezza.

### 6.3.6 Misure di sicurezza non detentive

Le misure di sicurezza non detentive, come la libertà vigilata, risultano ampiamente prevalenti in comunità e pressoché assenti negli altri contesti.

**Tabella n. 42: Misure di sicurezza non detentive**

| Categoria      | Territori<br>o | Comunità | Carcere | Total<br>e | Territorio | Comunità | Carcere | Totale     |
|----------------|----------------|----------|---------|------------|------------|----------|---------|------------|
| nessuna        | 4              | 7        | 16      | 27         | 14.8%      | 25.9%    | 59.3%   | 100.0<br>% |
| libertà<br>vig | 3              | 20       | 0       | 23         | 13.0%      | 87.0%    | 0.0%    | 100.0<br>% |

$\chi^2$  di Pearson = 22,224      df = 2      p = 0,0000149

La Tabella analizza la distribuzione delle misure di sicurezza non detentive (in particolare la libertà vigilata) nei tre setting considerati. I dati mostrano una netta differenziazione istituzionale:

- la categoria “nessuna misura” comprende la maggioranza dei casi (n = 27; 54,0% del totale), con una distribuzione prevalente nel carcere (59,3%), seguita dalla comunità (25,9%) e in misura più ridotta dal territorio (14,8%)
- la categoria “libertà vigilata” riguarda, invece, 23 soggetti (46,0%), con una concentrazione marcata nelle comunità (87,0%), una quota minore nel territorio (13,0%) e una totale assenza in carcere (0%)

Il test del  $\chi^2$  ( $\chi^2 = 22,224$ ; df = 2; **p < 0,000015**) indica una associazione altamente significativa tra *setting* e tipologia di misura di sicurezza, confermando che la distribuzione osservata non è casuale, ma riflette precise dinamiche sistemiche e istituzionali. Dal punto di vista clinico-forense, i risultati suggeriscono che la libertà vigilata venga utilizzata prevalentemente nei contesti comunitari, dove i pazienti possono beneficiare di programmi terapeutici e riabilitativi strutturati, in linea con la logica della misura non detentiva, volta a contenere il rischio senza interrompere i percorsi di cura. Al contrario, in carcere emerge una tendenza opposta: la quasi

totalità dei soggetti non beneficia di alcuna misura non detentiva, confermando una prevalenza delle logiche custodiali rispetto a quelle riabilitative (Fazel & Baillargeon, 2011). Questo divario rispecchia le criticità già sottolineate nella letteratura internazionale circa l'implementazione disomogenea delle misure di sicurezza non detentive, spesso condizionata da fattori istituzionali e, soprattutto, dalla disponibilità di risorse terapeutiche sul territorio. In particolare, la marginalità delle misure alternative in carcere può essere letta come un segnale di deficit di integrazione tra il sistema penitenziario e i servizi psichiatrici, con il rischio di perpetuare modelli meramente custodiali in contrasto con le finalità riabilitative previste dalla riforma italiana (Legge 81/2014). Sul piano giuridico, la tabella evidenzia la tensione tra il principio di proporzionalità sancito dal Codice Penale (artt. 228–229 c.p.) e la sua applicazione concreta, spesso disomogenea nei diversi contesti istituzionali. Tale discrepanza contrasta con le raccomandazioni internazionali (Consiglio d'Europa, 2019; WHO, 2021c), che sollecitano un uso più diffuso e proporzionato delle misure non detentive, anche in carcere, per garantire un equilibrio tra esigenze di sicurezza e tutela della salute mentale.

### 6.3.7 Numero di reati recenti

Anche per i reati recenti, il *trend* evidenzia un'alta recidiva: su 27 soggetti, quelli in carcere e in comunità hanno commesso 2 o più reati negli ultimi episodi di recidiva. Questo dato è indicativo di un rischio elevato di reiterazione, soprattutto nei contesti detentivi.

**Tabella n. 43: Numero di reati recenti**

| Categoria            | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale |
|----------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| <b>Nessuno</b>       | 0          | 5        | 0       | 5      | 0.0%       | 100.0%   | 0.0%    | 100.0% |
| <b>1 reato</b>       | 3          | 11       | 4       | 18     | 16.7%      | 61.1%    | 22.2%   | 100.0% |
| <b>2 reati o più</b> | 4          | 11       | 12      | 27     | 14.8%      | 40.7%    | 44.4%   | 100.0% |

$\chi^2$  di Pearson = 7,256

df = 4

p = 0,1230

La Tabella analizza la distribuzione del numero di reati recenti nei tre setting di osservazione.

I dati mostrano che la condizione di assenza di reati recenti è poco rappresentata (n = 5; 9,6%

del campione), con una concentrazione esclusiva nei soggetti collocati in comunità (100%). La categoria “1 reato” riguarda 18 individui (34,6%), distribuiti prevalentemente in comunità (61,1%), seguiti dal carcere (22,2%) e dal territorio (16,7%). Infine, la quota più rilevante si colloca nella categoria “2 reati o più” ( $n = 27$ ; 51,9%), che appare bilanciata tra comunità (40,7%) e carcere (44,4%), con un contributo minore del territorio (14,8%). L’analisi statistica ( $\chi^2 = 7,256$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,123$ ) evidenzia una associazione non significativa tra il *setting* e il numero di reati recenti. Ciò implica che, sebbene si osservino differenze descrittive nei profili dei tre gruppi, non si può concludere con certezza che il contesto istituzionale sia direttamente correlato alla frequenza dei reati. Dal punto di vista clinico-forense, alcuni elementi meritano comunque attenzione. La totale assenza di recidiva recente nel gruppo comunità potrebbe riflettere un effetto protettivo dell’inserimento in percorsi terapeutici e riabilitativi strutturati, coerentemente con la letteratura che sottolinea l’impatto positivo delle comunità terapeutiche sulla riduzione della recidiva (Zara & Farrington, 2016; Marlowe, 2011). Viceversa, la prevalenza elevata di soggetti con due o più reati recenti nei contesti carcerari (44,4%) conferma l’associazione ben documentata tra incarcerazione e rischio di recidiva, legata a fattori strutturali (sovraffollamento, carenza di interventi psicosociali, stigma) e individuali (impulsività, comorbidità psichiatrica) (Fazel & Wolf, 2015). Il dato del territorio appare intermedio, con una quota non trascurabile di soggetti multiproblematici, ma anche con alcuni casi di recidiva singola. Questo profilo potrebbe indicare un’eterogeneità maggiore dei casi, caratterizzata da pazienti meno contenuti da strutture formali, ma comunque in carico ai servizi, confermando la necessità di interventi di prevenzione secondaria e programmi di gestione della recidiva mirati (Hodgins, 2008). Infine, l’assenza di significatività statistica suggerisce come il fenomeno della recidiva recente non sia spiegabile unicamente dal setting istituzionale, ma vada letto in un’ottica multifattoriale, integrando variabili cliniche (psicopatologia, adesione ai trattamenti), criminologiche (tipologia di reato, età al primo ingresso giudiziario) e socio-ambientali (supporto familiare, status occupazionale). Ciò è coerente con i modelli di rischio-

bisogni-responsività (Bonta & Andrews, 2024), che sottolineano l'interazione dinamica tra fattori statici e dinamici nella previsione della recidiva.

### 6.3.8 Tipologia di reati commessi

La distribuzione del tipo di reati evidenzia una netta prevalenza di reati contro la persona in comunità rispetto al carcere. I reati contro il patrimonio risultano, invece, distribuiti in maniera più equilibrata, ma con maggior incidenza nel contesto detentivo. Questo *pattern* è coerente con un maggior grado di pericolosità sociale nei soggetti collocati in carcere.

**Tabella n. 44: Tipologia di reati commessi**

|                                   | territorio | comunità | carcere | Totale | territorio | comunità | carcere | Totale |
|-----------------------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| <b>Nessuno</b>                    | 0          | 5        | 0       | 5      | 0,0%       | 100,0%   | 0,0%    | 100,0% |
| <b>reati contro la persona</b>    | 5          | 20       | 10      | 35     | 14,3%      | 57,1%    | 28,6%   | 100,0% |
| <b>reati contro il patrimonio</b> | 2          | 2        | 6       | 10     | 20,0%      | 20,0%    | 60,0%   | 100,0% |
| <b>Totale</b>                     | 7          | 27       | 16      | 50     | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

$\chi^2$  di Pearson = 9,302      df = 4      p = 0,054

La Tabella analizza la distribuzione delle tipologie di reato nei tre setting. I dati evidenziano tre *pattern* principali:

- **Assenza di reati:** riguarda 5 soggetti (10,0%), collocati esclusivamente nel contesto comunitario (100%). Questo dato può essere interpretato come indicatore di maggiore capacità del setting comunitario di accogliere anche pazienti con un profilo giudiziario meno compromesso
- **Reati contro la persona:** rappresentano la quota prevalente (n = 35; 70,0%), distribuita soprattutto in comunità (57,1%), seguita dal carcere (28,6%) e in misura minore dal territorio (14,3%). Questa tendenza conferma quanto già segnalato in letteratura, ossia la forte correlazione tra disturbi psichiatrici gravi e comportamenti aggressivi o violenti, in particolare nei contesti clinici e custodiali (Fazel et al., 2014a; Hodgins, 2008)
- **Reati contro il patrimonio:** più contenuti numericamente (n = 10; 20,0%), si concentrano principalmente nel carcere (60,0%), mentre risultano meno rappresentati nel territorio (20,0%) e in comunità (20,0%). Ciò sembra riflettere una maggiore probabilità che reati di

natura predatoria o economica conducano a un esito detentivo, coerentemente con la funzione retributivo-preventiva del carcere (Zara & Farrington, 2016).

L'analisi statistica ( $\chi^2$  di Pearson = 9,302; df = 4; p = 0,054) indica una tendenza alla significatività, collocandosi poco al di sopra della soglia convenzionale di 0,05. Sebbene non si possa affermare una correlazione statisticamente significativa, il risultato suggerisce che la tipologia di reato sia, almeno prospetticamente, influenzata dal setting istituzionale, con *pattern* che meritano approfondimento in campioni più ampi.

Dal punto di vista clinico-forense, i dati evidenziano due elementi di rilievo:

- l'alta frequenza di reati contro la persona nei soggetti in comunità può riflettere una selezione di casi clinicamente complessi, ma ancora ritenuti gestibili in un contesto terapeutico, in linea con gli orientamenti internazionali che privilegiano approcci riabilitativi per soggetti autori di reati violenti con disturbi psichiatrici (WHO, 2021c)
- la concentrazione di reati contro il patrimonio in carcere suggerisce che, per questa tipologia, prevalgano risposte custodiali tradizionali, con minore attivazione di percorsi alternativi.

Dal punto di vista giuridico, questa distribuzione solleva interrogativi sulla proporzionalità e adeguatezza della risposta penale, specialmente per i reati contro la persona commessi da soggetti con disturbi psichiatrici gravi. Le Linee guida del Consiglio d'Europa (2019) e la Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (ONU, 2006) raccomandano, infatti, di garantire risposte orientate alla tutela della salute e all'inclusione sociale, riducendo il ricorso a misure puramente detentive.

### **6.3.9 Pericolosità sociale**

Il riconoscimento della pericolosità sociale è molto elevato: con 41 casi, in comunità e carcere si riscontrano i dati più rilevanti. Questa differenza può riflettere una tendenza degli organi giudiziari a confermare la pericolosità nei soggetti autori di reato con disturbo mentale, anche se già detenuti.

**Tabella n. 45: Pericolosità sociale**

| Categoria | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale |
|-----------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| <b>No</b> | 3          | 6        | 0       | 9      | 33.3%      | 66.7%    | 0.0%    | 100.0% |
| <b>Si</b> | 4          | 21       | 16      | 41     | 9.8%       | 51.2%    | 39.0%   | 100.0% |

 **$\chi^2$  di Pearson = 6,769****df = 2****p = 0,0339**

L'analisi della distribuzione della pericolosità sociale nei tre setting (territorio, comunità, carcere) evidenzia una differenza statisticamente significativa ( $\chi^2(2) = 6.77$ ,  $p = 0.034$ ). Questo dato indica che la probabilità di riscontrare una valutazione positiva di pericolosità sociale varia in funzione del contesto di collocazione. Dal punto di vista empirico, i soggetti collocati in carcere risultano connotati da una quota molto elevata di pericolosità (100% del sottogruppo), mentre il territorio presenta la maggiore proporzione relativa di soggetti non pericolosi (3 su 7, pari al 43%), con la comunità che si colloca in posizione intermedia. Tale distribuzione suggerisce che la dimensione della pericolosità sociale costituisce uno degli elementi discriminanti nella canalizzazione dei pazienti verso setting a diversa intensità di controllo e contenimento. Sul piano metodologico, il risultato deve essere interpretato con prudenza: le frequenze assolute relativamente basse, in particolare nel sottogruppo territoriale ( $N = 7$ ), potrebbero ridurre la stabilità delle stime e la robustezza del test  $\chi^2$ , che presuppone valori attesi adeguati in ciascuna cella. Tuttavia, la significatività raggiunta al livello convenzionale ( $p < .05$ ) supporta l'ipotesi di una relazione non casuale tra pericolosità sociale e setting di collocazione. In termini clinico-forensi, i dati confermano quanto sottolineato dalla letteratura internazionale (Fazel & Wolf, 2015), ovvero che la valutazione della pericolosità sociale orienta in modo cruciale le decisioni di collocazione e trattamento. Nei contesti custodiali (carcere e, in parte, comunità a elevata protezione) si concentrano i soggetti a rischio elevato, mentre nei setting territoriali prevalgono pazienti con profili di rischio più bassi, compatibili con interventi di tipo riabilitativo e psico-sociale. In conclusione, l'analisi statistica conferma che la pericolosità sociale agisce come variabile discriminante nella distribuzione dei pazienti tra i

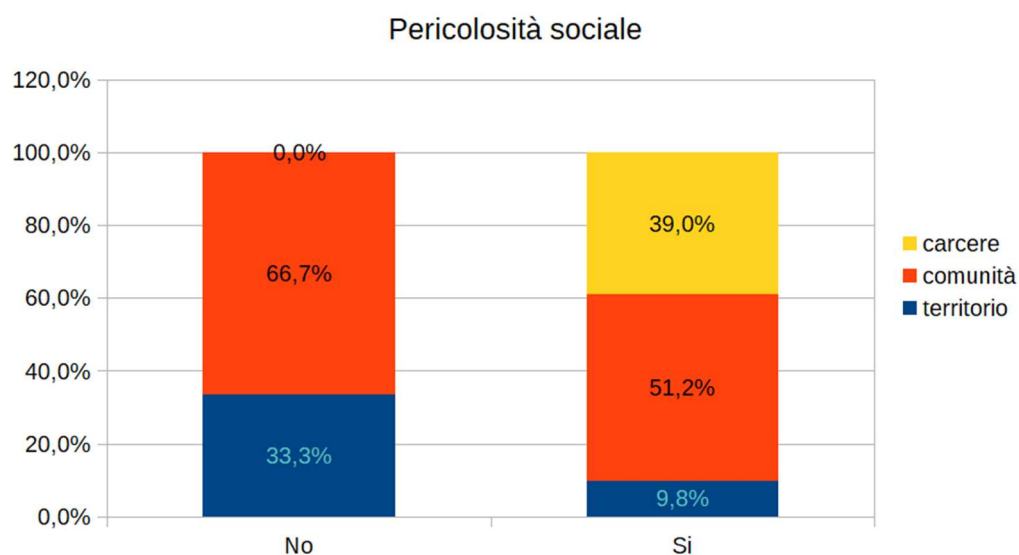
diversi setting psichiatrico-forensi, rafforzando l'importanza di un approccio valutativo strutturato e standardizzato nei processi decisionali.

Dalla tabella 41 si osserva infatti che:

- nel **territorio**, i soggetti sono equamente ripartiti, con una quota non pericolosa pari al 33,3% e una prevalenza di pericolosità sociale del 9.8%
- nelle **comunità**, la pericolosità sociale è più marcata (51.2%), con una quota di soggetti considerati non pericolosi equivalente (66,7%)
- nel **carcere**, invece, la pericolosità sociale risulta attribuita al 39% dei soggetti.

Il test del  $\chi^2$  di Pearson ( $\chi^2 = 6,769$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,0339$ ) evidenzia una associazione statisticamente significativa tra *setting* e pericolosità sociale, dimostrando che il contesto istituzionale influenza la probabilità di classificazione come pericoloso. Dal punto di vista clinico-forense, questa distribuzione riflette tendenze ben note nella letteratura internazionale. In carcere, l'attribuzione della pericolosità appare coerente con un modello securitario che tende a rafforzare la logica custodiale, talvolta a discapito di un'analisi individualizzata del rischio (Fazel et al., 2016b). Nelle comunità terapeutiche, la presenza di una quota rilevante di soggetti pericolosi conferma la loro funzione di *setting* riabilitativo dedicato a pazienti complessi ma, al tempo stesso, emergono anche casi valutati a basso rischio, suggerendo una capacità selettiva e diversificata dell'accoglienza. Infine, nel territorio, la distribuzione mista segnala come l'assegnazione di pericolosità sia meno polarizzata, riflettendo la variabilità dei profili clinici e criminologici dei pazienti seguiti dai servizi territoriali. Dal punto di vista giuridico, questi dati confermano la persistenza di un approccio disomogeneo tra *setting*: se in carcere la pericolosità tende a essere presunta, in comunità e sul territorio essa è maggiormente oggetto di valutazione clinico-giuridica, in linea con i principi di proporzionalità e individualizzazione previsti dal Codice Penale italiano (art. 133 c.p.) e dalle linee guida europee in materia di misure di sicurezza (Consiglio d'Europa, 2019).

### Immagine n. 36: Pericolosità sociale



L'Immagine visualizza in forma grafica i dati riportati nella Tabella, evidenziando la distribuzione percentuale della pericolosità sociale nei tre *setting*. L'impatto visivo del grafico permette di cogliere immediatamente alcune dinamiche:

- il carcere si configura come l'unico *setting* in cui la pericolosità sociale è attribuita a tutti i soggetti, segnalando un modello valutativo rigidamente custodiale
- le comunità presentano la quota più elevata in termini assoluti di soggetti pericolosi tra i tre ambiti, ma anche una parte non classificata come tale, a testimonianza della loro funzione di filtro clinico-riabilitativo
- il territorio evidenzia la maggiore variabilità.

L'interpretazione congiunta della tabella 40 e dell'immagine 94 sottolineano la comprensione delle disparità tra *setting*, consentendo di individuare immediatamente i nodi critici: la presunzione di pericolosità nel carcere, la prevalenza significativa nelle comunità e la eterogeneità del territorio. Dal punto di vista delle implicazioni di politica sanitaria e giudiziaria, questa evidenza sollecita la necessità di standardizzare le procedure di valutazione della pericolosità sociale attraverso strumenti validati (es. HCR-20 V3, PCL-R), riducendo il rischio di automatismi istituzionali e garantendo una maggiore equità nel trattamento delle persone con disturbi psichiatrici autrici di reato (Douglas et al., 2013; WHO, 2021b).

### 6.3.10 Analisi giuridico-criminologica

Questa sezione esamina la presenza di misure alternative alla detenzione, misure cautelari, proroghe di misure di sicurezza e misure di sicurezza in generale, distinguendo tra soggetti collocati in comunità e in carcere.

#### 6.3.10.1 Presenza di misure alternative alla detenzione

I dati mostrano una scarsissima applicazione delle misure alternative alla detenzione, con soli 3 casi registrati sul totale. Ciò suggerisce una preferenza istituzionale per la detenzione diretta, anche nei confronti di soggetti con disagio psichico, nonostante la normativa preveda strumenti alternativi come l'affidamento in prova e la detenzione domiciliare.

**Tabella n. 46: Presenza di misure alternative alla detenzione**

| Categoria | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale     |
|-----------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|------------|
| No        | 6          | 25       | 16      | 47     | 12.8%      | 53.2%    | 34.0%   | 100.0<br>% |
| Si        | 1          | 2        | 0       | 3      | 33.3%      | 66.7%    | 0.0%    | 100.0<br>% |

$\chi^2$  di Pearson = 1,968

df = 2

p = 0,3738

La Tabella 42 descrive la distribuzione delle misure alternative alla detenzione nei tre *setting*.

I dati mostrano che la stragrande maggioranza dei soggetti non ha beneficiato di tali misure (n = 47; 94,0%), mentre solo 3 individui (6,0%) ne hanno usufruito.

Più in dettaglio:

- **nel territorio**, un solo caso ha usufruito di una misura alternativa (33,3% dei beneficiari complessivi), mentre la grande maggioranza non ne ha avuto accesso
- **nelle comunità**, si concentra la quota più significativa di soggetti destinatari di misure alternative (n = 2; 66,7%), sebbene su un totale comunque marginale rispetto ai non beneficiari (25 casi senza misure)
- **nel carcere**, nessun soggetto ha ricevuto misure alternative (n = 0), confermando un approccio prevalentemente detentivo.

Il test del  $\chi^2$  ( $\chi^2 = 1,968$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,3738$ ) non evidenzia differenze statisticamente significative tra i tre setting. Ciò implica che, pur a fronte di una distribuzione descrittivamente polarizzata, la probabilità di accedere a misure alternative non sembra dipendere in modo sistematico dal contesto istituzionale. Dal punto di vista clinico-forense, questi risultati confermano quanto già osservato nella letteratura: le misure alternative alla detenzione restano poco applicate, soprattutto nei contesti penitenziari, nonostante il legislatore e gli organismi internazionali abbiano più volte sottolineato l'importanza di favorirne un maggiore utilizzo per garantire percorsi riabilitativi e ridurre l'impatto negativo della detenzione (Fazel & Baillargeon, 2011; Consiglio d'Europa, 2019). Questi dati mettono in evidenza una discrepanza strutturale tra il quadro normativo e le prassi applicative. In Italia, il legislatore ha introdotto strumenti di deflazione carceraria e misure alternative (come l'affidamento in prova, la detenzione domiciliare o la semilibertà), in linea con le indicazioni del Consiglio d'Europa e dell'OMS, che sollecitano a un minore ricorso alla detenzione per i soggetti con disturbi psichiatrici. Tuttavia, la loro applicazione risulta residuale e concentrata quasi esclusivamente nelle comunità, con una totale assenza in carcere, contraddicendo le finalità riabilitative della riforma penitenziaria (Legge 354/1975). Dal punto di vista clinico-giuridico, questa evidenza richiama la necessità di una revisione delle prassi giudiziarie, con un maggiore investimento in programmi di trattamento alternativi, volti a ridurre la recidiva e migliorare l'inclusione sociale (Bonta & Andrews, 2024; Marlowe, 2011).

#### **6.3.10.2 Misure Cautelari**

La presenza di misure cautelari è bassa in tutti i contesti: solo 3 casi in assoluto, il che potrebbe indicare come, per i soggetti con disturbo mentale autori di reato, si preferisca procedere direttamente con misure di sicurezza o pena detentiva, evitando l'uso di strumenti cautelari intermedi.

**Tabella n. 47: Misure Cautelari**

| Categoria | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale     |
|-----------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|------------|
| <b>No</b> | 5          | 27       | 15      | 47     | 10.6%      | 57.4%    | 31.9%   | 100.0<br>% |
| <b>Si</b> | 2          | 0        | 1       | 3      | 66.7%      | 0.0%     | 33.3%   | 100.0<br>% |

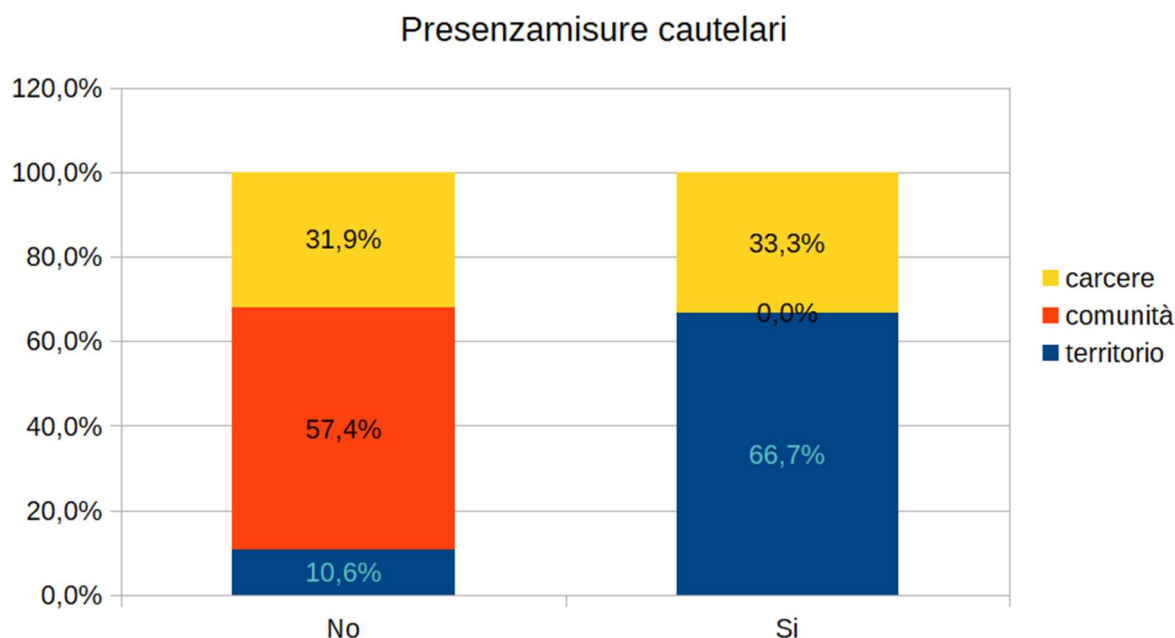
$\chi^2$  di Pearson = 8,048      df = 2      p = 0,0179

La tabella 43 mostra la distribuzione della presenza di misure cautelari nei tre *setting* considerati. La stragrande maggioranza dei soggetti non ha ricevuto misure cautelari (n = 47; 94,0%), con una concentrazione prevalente nelle comunità (57,4%), seguite dal carcere (31,9%) e dal territorio (10,6%). Al contrario, solo tre individui (6,0%) sono stati sottoposti a misure cautelari: due collocati nel territorio (66,7%) e uno in carcere (33,3%), mentre nelle comunità non si registra alcuna applicazione. Il test del  $\chi^2$  di Pearson ( $\chi^2 = 8,048$ ; df = 2; **p = 0,0179**) evidenzia un'associazione statisticamente significativa tra *setting* e applicazione di misure cautelari. Ciò implica che la probabilità di ricevere o meno tali misure non è distribuita in modo casuale, ma risente del contesto istituzionale. Dal punto di vista clinico-forense, questi dati suggeriscono alcune riflessioni:

- la totale assenza di misure cautelari nelle comunità può essere interpretata come indicatore di una tendenza giurisprudenziale e clinica a privilegiare l'inserimento terapeutico senza aggravio giudiziario, riconoscendo il valore riabilitativo della comunità
- nel territorio, al contrario, emerge una proporzione relativamente maggiore di soggetti sottoposti a misure cautelari, verosimilmente legata alla minore capacità di contenimento rispetto ai contesti comunitari
- in carcere, la presenza di misure cautelari appare residuale, ma conferma come il contesto penitenziario rappresenti ancora un polo di applicazione delle misure restrittive.

Questa distribuzione è coerente con la letteratura internazionale, che sottolinea come l'applicazione delle misure cautelari risenta di fattori istituzionali e di valutazioni sulla gestione del rischio piuttosto che di criteri clinici standardizzati (Fazel & Wolf, 2015).

### Immagine n. 37: Presenza di misure cautelari



L'Immagine 95 visualizza graficamente la distribuzione delle misure cautelari, rafforzando la lettura immediata dei dati tabellari. L'impatto visivo evidenzia tre elementi centrali:

- la marginalità complessiva delle misure cautelari, applicate solo in 3 casi su 50
- la concentrazione nelle comunità di casi senza misura cautelare, rappresentati graficamente come la quota più consistente
- il peso relativo del carcere nella distribuzione, che mostra la presenza di soggetti sia con che senza misura cautelare, ma con netta prevalenza della condizione "No"

Tale rappresentazione contribuisce a rendere evidente la asimmetria applicativa tra i diversi *setting*, mostrando come la comunità sia quasi esclusivamente luogo di accoglienza senza misure giudiziarie, mentre il territorio e il carcere rimangano i contesti in cui le misure cautelari trovano applicazione, seppur in percentuali limitate, sottolineando una doppia tensione sistemica: da un lato, scarsissima applicazione delle misure cautelari e, dall'altro, la loro distribuzione differenziale in base al *setting*. Questo scenario conferma quanto discusso nella letteratura internazionale sul ruolo del *bias* istituzionale nell'adozione delle misure restrittive

(Marlowe, 2011; Consiglio d'Europa, 2019). In termini di *policy*, la situazione suggerisce la necessità di sviluppare criteri più uniformi e trasparenti per l'applicazione delle misure cautelari, in linea con le raccomandazioni dell'OMS e del Consiglio d'Europa, che promuovono un equilibrio tra esigenze di sicurezza pubblica e tutela dei diritti fondamentali dei pazienti psichiatrici autori di reato (WHO, 2021c).

### 6.3.10.3 Proroghe

#### 6.3.10.3.1 Presenza di proroghe della misura di sicurezza

Questo fenomeno segnala come il sistema penitenziario tenda, in buona parte, a prolungare le misure di sicurezza nei soggetti ritenuti ancora socialmente pericolosi, prolungando di fatto la privazione della libertà. I dati mostrano una netta prevalenza dell'applicazione di misure di sicurezza in comunità. Questo evidenzia una forte inclinazione del sistema giudiziario verso la collocazione in comunità per agire, probabilmente in modo più efficace, sulla pericolosità sociale legata alla patologia psichiatrica.

**Tabella n. 48: Presenza di proroghe della misura di sicurezza**

| Categoria | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale |
|-----------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| No        | 4          | 9        | 16      | 29     | 13.8%      | 31.0%    | 55.2%   | 100.0% |
| Si        | 3          | 18       | 0       | 21     | 14.3%      | 85.7%    | 0.0%    | 100.0% |

$\chi^2$  di Pearson = 18,332      df = 2      p = 0,0001

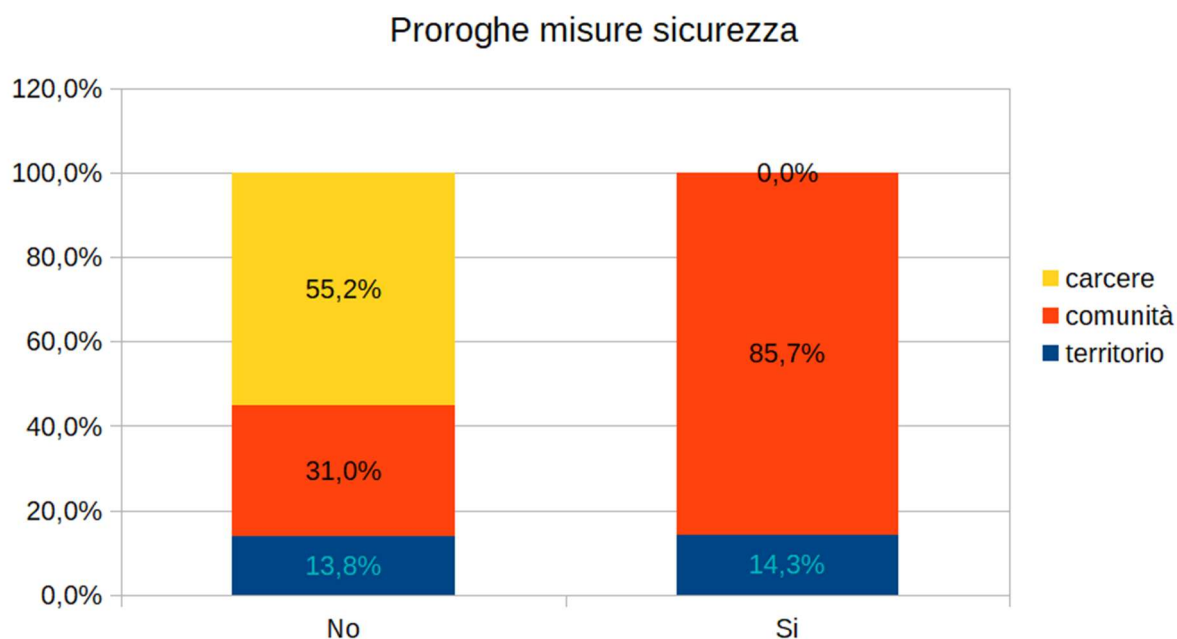
La Tabella 44 illustra la distribuzione delle proroghe delle misure di sicurezza nei tre setting. I dati evidenziano una distinzione marcata:

- la maggioranza relativa dei soggetti senza proroga si concentra in carcere (55,2%), seguita dalle comunità (31,0%) e, in misura minore, dal territorio (13,8%)
- al contrario, le proroghe si concentrano quasi esclusivamente nelle comunità (85,7%), con una quota minore nel territorio (14,3%) e una totale assenza nel carcere.

Il test del  $\chi^2$  ( $\chi^2 = 18,332$ ; df = 2; p = 0,0001) indica una associazione altamente significativa tra *setting* e proroga della misura di sicurezza. Ciò dimostra che la probabilità di rinnovo o proroga è fortemente influenzata dal contesto istituzionale. Dal punto di vista clinico-forense, questi dati sono particolarmente rilevanti. La concentrazione delle proroghe nelle comunità

suggerisce che tale *setting* venga percepito come più idoneo alla prosecuzione di percorsi di controllo e cura protratti nel tempo, in linea con la logica riabilitativa e contenitiva delle comunità terapeutiche. Viceversa, l'assenza di proroghe in carcere può essere interpretata come segnale di una gestione più rigida e conclusiva delle misure, dove prevale la dimensione punitivo-custodiale rispetto a quella riabilitativa (Fazel & Baillargeon, 2011). Dal punto di vista giuridico, questa distribuzione evidenzia una tensione sistemica tra finalità normative e prassi applicative. In teoria, la proroga delle misure dovrebbe essere giustificata da una valutazione clinica aggiornata della persistenza della pericolosità sociale (artt. 208–212 c.p.) ma, nella prassi, sembra legata al *setting*: maggiore flessibilità in comunità, rigidità in carcere. Ciò rischia di generare disparità di trattamento e possibili violazioni dei principi di proporzionalità e individualizzazione della pena sanciti sia dal diritto nazionale che dalle convenzioni internazionali (Consiglio d'Europa, 2019; WHO, 2021c).

#### **Immagine n. 38: Proroghe delle misure di sicurezza**



L'Immagine conferma, visivamente, la distribuzione delle proroghe, evidenziando immediatamente tre aspetti:

- la forte concentrazione nelle comunità, che si distinguono come il *setting* in cui la proroga è la regola piuttosto che l'eccezione

- il peso del carcere nei casi senza proroga, che rafforza l'idea di un approccio maggiormente custodiale
- la posizione intermedia del territorio, che mostra una distribuzione più bilanciata tra proroghe e assenza di proroghe.

Dal punto di vista interpretativo, si rende evidente l'asimmetria strutturale che conferma come le proroghe risentano di logiche contestuali che riflettono la funzione attribuita ai diversi *setting* nel sistema penale-psichiatrico. Le proroghe delle misure di sicurezza non dipendono, infatti, solo da valutazioni clinico-giuridiche individuali, ma anche da fattori istituzionali e organizzativi. La concentrazione nelle comunità può essere vista come il tentativo di garantire un controllo terapeutico prolungato, mentre l'assenza di proroghe in carcere suggerisce un approccio che tende a separare nettamente la misura detentiva dalla dimensione sanitaria. Questa evidenza richiama la necessità di armonizzare le pratiche decisionali, assicurando che le proroghe siano fondate su valutazioni clinico-forensi aggiornate e non su automatismi istituzionali, in linea con i principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (ONU, 2006) e con le linee guida del Consiglio d'Europa (2019).

#### **6.3.10.3.2 Numero proroghe della misura di sicurezza**

Le proroghe della misura di sicurezza si concentrano prevalentemente in comunità, con un numero rilevante di casi in cui si sono registrate due o più proroghe. In carcere, invece, non si osservano proroghe. Questa asimmetria segnala una gestione più prolungata e restrittiva delle misure, spesso motivata da una valutazione di persistente pericolosità sociale.

**Tabella n. 49: Numero proroghe della misura di sicurezza**

| Categoria          | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale |
|--------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| <b>0 Nessuna</b>   | 4          | 9        | 16      | 29     | 13.8%      | 31.0%    | 55.2%   | 100.0% |
| <b>1 a 6 mesi</b>  | 0          | 4        | 0       | 4      | 0.0%       | 100.0%   | 0.0%    | 100.0% |
| <b>2 a 12 mesi</b> | 3          | 8        | 0       | 11     | 27.3%      | 72.7%    | 0.0%    | 100.0% |
| <b>3 a 18 mesi</b> | 0          | 4        | 0       | 4      | 0.0%       | 100.0%   | 0.0%    | 100.0% |
| <b>4 a 36 mesi</b> | 0          | 1        | 0       | 1      | 0.0%       | 100.0%   | 0.0%    | 100.0% |

| Categoria          | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale |
|--------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|--------|
| <b>5 a 48 mesi</b> | 0          | 1        | 0       | 1      | 0.0%       | 100.0%   | 0.0%    | 100.0% |

$\chi^2$  di Pearson = 21,837

df = 10

p = 0,0160

La Tabella analizza il numero di proroghe applicate alle misure di sicurezza nei tre *setting*. I dati evidenziano un quadro fortemente polarizzato e indicativo di scelte istituzionali differenziate:

- la categoria “**nessuna proroga**” riguarda la maggioranza relativa dei casi (n = 29; 55,8%), concentrati, soprattutto, in carcere (55,2%), seguiti dalle comunità (31,0%) e dal territorio (13,8%)
- le proroghe di durata **da 6 a 48 mesi**, scarsissime, si osservano esclusivamente nelle comunità, che rappresentano l’unico *setting* in cui le misure vengono sistematicamente estese oltre il termine originario
- il **territorio** mostra un profilo intermedio: oltre ai casi senza proroga, registra proroghe fino a 12 mesi (27,3% della relativa sottocategoria)
- in **carcere**, al contrario, non emerge alcuna proroga: tutti i soggetti risultano collocati nella categoria “nessuna proroga”.

Il test del  $\chi^2$  ( $\chi^2 = 21,837$ ; df = 10; p = **0,0160**) indica una associazione statisticamente significativa tra il *setting* e il numero/durata delle proroghe. Ciò conferma che la gestione della misura di sicurezza dipende fortemente dal contesto istituzionale. Dal punto di vista clinico-forense, i dati sottolineano una tendenza strutturale: le comunità terapeutiche non solo ospitano la maggior parte delle proroghe, ma anche le più lunghe, arrivando a estensioni di 36 o 48 mesi. Questo dato, già rilevato in altre ricerche, segnala la funzione delle comunità come *setting* privilegiato per la gestione prolungata del rischio, spesso con l’obiettivo di bilanciare sicurezza e trattamento. L’assenza di proroghe in carcere evidenzia, invece, una gestione rigidamente custodiale, in cui la misura si esaurisce senza estensioni formali, coerentemente con una logica di chiusura penale più che terapeutica (Fazel & Baillargeon, 2011). Il territorio, con proroghe limitate, riflette un modello intermedio, caratterizzato da maggiore variabilità, ma meno

capacità di contenimento strutturato rispetto alle comunità. Dal punto di vista giuridico, l'asimmetria tra *setting* richiama criticità importanti: l'applicazione delle proroghe dovrebbe essere fondata su una valutazione aggiornata della persistenza della pericolosità sociale (artt. 208–212 c.p.), ma i dati suggeriscono che la decisione sia condizionata dal contesto istituzionale, con il rischio di disparità di trattamento. Tale dinamica contrasta con i principi sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (ONU, 2006) e dalle linee guida del Consiglio d'Europa (2019), che raccomandano una gestione individualizzata, proporzionata e non discriminatoria delle misure di sicurezza. In sintesi la Tabella 44 rinforza tre elementi chiave:

- **polarizzazione tra carcere e comunità:** nel primo caso nessuna proroga, nel secondo proroghe sistematiche e prolungate
- **ruolo selettivo delle comunità:** le estensioni lunghe (oltre i 12 mesi) compaiono solo in questo *setting*, evidenziando un utilizzo istituzionale che prolunga la misura con finalità contenitive e terapeutiche
- **implicazioni di *policy*:** la gestione disomogenea delle proroghe pone un problema di equità giuridica e clinica, sollecitando una maggiore uniformità delle prassi applicative, basata su strumenti di valutazione del rischio validati (HCR-20 V3, PCL-R), e non su logiche organizzative locali.

#### **6.3.10.4 Quale misura di protezione giuridica è presente**

I dati mostrano che la stragrande maggioranza dei soggetti non è destinataria di alcuna misura di protezione giuridica: tuttavia, in comunità si registra una maggiore presenza di tutele formali. Ciò suggerisce che, in ambito comunitario, le autorità cliniche tendano a formalizzare la protezione giuridica in misura più ampia, forse per esigenze procedurali e di gestione legale.

**Tabella n. 50: Misure di protezione giuridica presenti**

| Categoria                                           | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale  |
|-----------------------------------------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|---------|
| <b>n/a</b>                                          | 5          | 17       | 15      | 37     | 13.5%      | 45.9%    | 40.5%   | 100.0 % |
| <b>Amministrazione di Sostegno</b>                  | 2          | 1        | 0       | 3      | 66.7%      | 33.3%    | 0.0%    | 100.0 % |
| <b>AdS familiare</b>                                | 0          | 3        | 0       | 3      | 0.0%       | 100.0%   | 0.0%    | 100.0 % |
| <b>AdS funzionario, esterno al nucleo familiare</b> | 0          | 6        | 1       | 7      | 0.0%       | 85.7%    | 14.3%   | 100.0 % |

$\chi^2$  di Pearson = 13,961      df = 6   p = 0,0301

La Tabella 46 descrive la distribuzione delle misure di protezione giuridica nei tre *setting*. I dati mostrano come la maggioranza dei soggetti non sia sottoposta ad alcuna misura giuridica di protezione (n = 37; 71,2%), con una distribuzione abbastanza bilanciata tra comunità (45,9%) e carcere (40,5%), mentre il territorio rappresenta la quota minore (13,5%).

Per quanto riguarda le misure attive:

- **amministrazione di sostegno (AdS):** riguarda 3 casi (5,8% del totale), con prevalenza nel territorio (66,7%), seguito dalla comunità (33,3%), mentre in carcere non risulta applicata
- **amministrazione di sostegno familiare:** su 3 casi, è applicata esclusivamente in comunità (n = 3; 5,8%), evidenziando un modello che privilegia la gestione interna al nucleo familiare nei percorsi comunitari
- **amministrazione di sostegno con funzionario esterno:** riguarda 7 casi (13,5%), prevalentemente collocati in comunità (85,7%), con un unico caso registrato in carcere (14,3%).

Il test del  $\chi^2$  ( $\chi^2 = 13,961$ ; df = 6; **p = 0,0301**) indica una associazione statisticamente significativa tra *setting* e tipologia di misura di protezione, confermando che il contesto istituzionale influisce sulla probabilità e sulla forma di attivazione della protezione giuridica. Dal punto di vista clinico-forense, i dati segnalano una tendenza chiara: le comunità terapeutiche rappresentano il *setting* privilegiato per l'attivazione di misure di protezione giuridica, sia di tipo familiare, sia con amministratore esterno. Ciò è coerente con la funzione

delle comunità come contesti di presa in carico strutturata, nei quali la dimensione giuridica di tutela viene maggiormente integrata nei percorsi di cura. Al contrario, il carcere si caratterizza per una sostanziale marginalità in questo ambito, con la quasi totale assenza di attivazione di misure giuridiche, nonostante l'elevata vulnerabilità clinica dei soggetti ospitati. Questo dato riflette una criticità già rilevata in letteratura, ossia la sottoutilizzazione delle misure di protezione giuridica in ambito penitenziario, dove prevalgono logiche securitarie e custodiali. Dal punto di vista giuridico, i risultati sollevano un tema cruciale: l'uso selettivo delle misure di protezione, legato al *setting*, rischia di generare disparità di trattamento e potenziali violazioni dei principi di uguaglianza e tutela dei diritti fondamentali sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (ONU, 2006). In particolare, l'applicazione concentrata delle misure nelle comunità e la loro assenza quasi totale in carcere appaiono in contrasto con l'obbligo di garantire pari accesso alla protezione giuridica in tutti i contesti istituzionali. La Tabella 45 conferma che la protezione giuridica non è distribuita uniformemente, ma segue logiche istituzionali:

- **le comunità** rappresentano il *setting* centrale per l'attivazione delle misure, soprattutto tramite amministratori esterni o familiari, a testimonianza di una maggiore attenzione alla tutela giuridica dei pazienti
- **il territorio** mostra un ricorso limitato, ma significativo all'amministrazione di sostegno, segnalando una capacità selettiva di attivazione, soprattutto in assenza di contesti protetti
- **il carcere** emerge come *setting* critico, dove le misure giuridiche di protezione restano quasi del tutto assenti, evidenziando una distanza tra la condizione clinica dei soggetti e le risposte istituzionali di tutela

#### **6.3.10.5 Stato giuridico**

In carcere prevalgono soggetti condannati, mentre in comunità vi è una distribuzione più variegata, con una quota consistente di prosciolti per vizio di mente. Ciò riflette la funzione delle strutture detentive come luogo di esecuzione sia della pena che delle misure di sicurezza detentive.

**Tabella n. 51: Stato Giuridico**

| Categoria         | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale     |
|-------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|------------|
| <b>Libero</b>     | 1          | 4        | 0       | 5      | 20.0%      | 80.0%    | 0.0%    | 100.0<br>% |
| <b>Condannato</b> | 2          | 7        | 14      | 23     | 8.7%       | 30.4%    | 60.9%   | 100.0<br>% |
| <b>Prosciolto</b> | 4          | 16       | 0       | 20     | 20.0%      | 80.0%    | 0.0%    | 100.0<br>% |
| <b>Imputato</b>   | 0          | 0        | 2       | 2      | 0.0%       | 0.0%     | 100.0%  | 100.0<br>% |

$\chi^2$  di Pearson = 24,840      df = 6      p = 0,0004

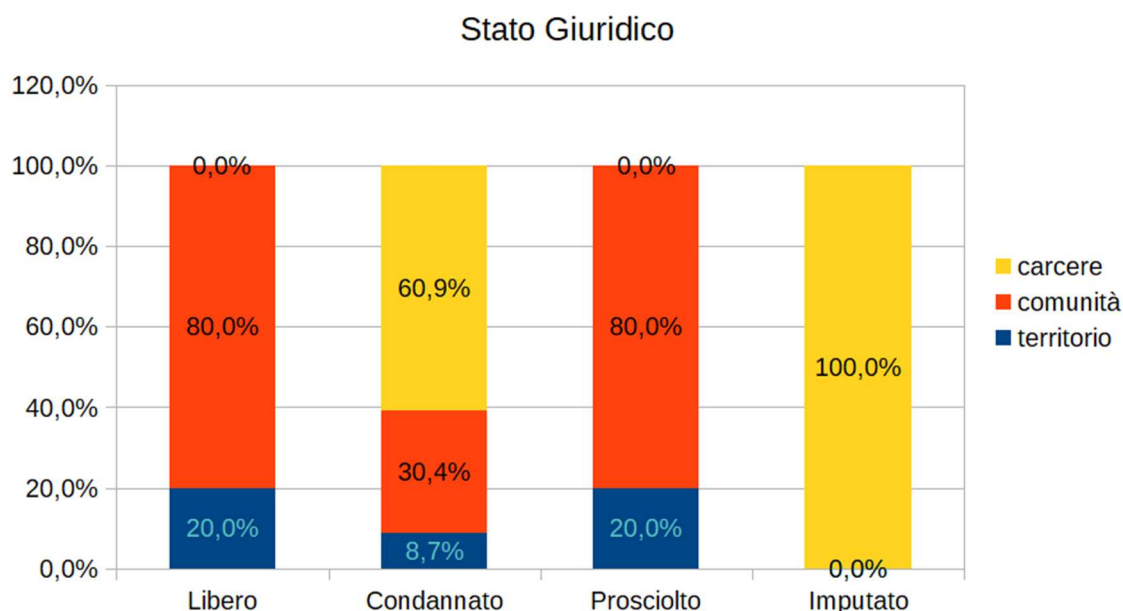
La Tabella 47 illustra la distribuzione dello stato giuridico dei soggetti nei tre *setting*. I dati evidenziano differenze sostanziali tra i contesti istituzionali:

- la condizione di libertà riguarda solo 5 soggetti (10,0%), localizzati in larga parte nelle comunità (80,0%) e, in misura minore, nel territorio (20,0%). In carcere non si rileva alcun caso
- la categoria dei condannati costituisce la quota più ampia del campione (n = 23; 46,0%), con prevalenza nel carcere (60,9%), seguito dalla comunità (30,4%) e dal territorio (8,7%)
- i soggetti prosciolti (n = 20; 40,0%) sono collocati quasi esclusivamente nelle comunità (80,0%), con un residuo nel territorio (20,0%) e nessun caso in carcere
- la categoria imputati è residuale (n = 2; 4,0%), ma si concentra interamente in carcere (100%)

L'analisi statistica ( $\chi^2 = 24,840$ ; df = 6; **p = 0,0004**) evidenzia una associazione altamente significativa tra stato giuridico e setting di collocazione. Dal punto di vista clinico-forense, il dato suggerisce che i soggetti prosciolti per vizio di mente o giudicati non imputabili tendono a essere collocati nelle comunità terapeutiche, in linea con il principio di cura e riabilitazione. Al contrario, i condannati e gli imputati si concentrano nel carcere, riflettendo la funzione

punitivo-custodiale di questo *setting*. Il territorio appare un contesto residuale, che accoglie soggetti liberi o prosciolti, ma in numero molto limitato. Dal punto di vista giuridico, la distribuzione evidenzia il persistere di una dicotomia tra *setting* riabilitativo e *setting* custodiale: le comunità assorbono prevalentemente i soggetti prosciolti, mentre il carcere resta il luogo di elezione per i condannati e per gli imputati. Tale risultato è coerente con la letteratura che evidenzia come il sistema penale-psichiatrico italiano mantenga ancora una logica dualistica tra percorsi di cura e percorsi detentivi.

### Immagine n. 39: Stato Giuridico



L'immagine rappresenta graficamente la distribuzione dei diversi stati giuridici, consentendo di cogliere visivamente la polarizzazione tra i *setting*. L'impatto visivo rafforza tre elementi principali:

- **il predominio delle comunità** per i soggetti prosciolti e liberi, che emergono come *setting* terapeutico-riabilitativo privilegiato
- **il ruolo del carcere** come luogo esclusivo per condannati e imputati, confermando la sua funzione eminentemente custodiale
- **la marginalità del territorio**, che accoglie solo pochi casi, collocandosi in posizione residuale.

Ciò facilita la comprensione della logica sottostante: il sistema appare segmentato e rigidamente organizzato, con scarsa permeabilità tra i percorsi giudiziari e quelli terapeutici. L'analisi congiunta della tabella e dell'immagine evidenzia una forte determinazione istituzionale dello stato giuridico in relazione al *setting*: i soggetti prosciolti per infermità di mente sono concentrati nelle comunità, i condannati e imputati in carcere, mentre il territorio resta marginale. Questi dati confermano la necessità di politiche più integrate, che riducano la netta separazione tra percorsi penali e terapeutici, in linea con i principi sanciti dalla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità (ONU, 2006) e dalle raccomandazioni del Consiglio d'Europa (2019), che sollecitano sistemi più flessibili e individualizzati di presa in carico. Inoltre, l'elevata concentrazione di prosciolti nelle comunità pone interrogativi sulla sostenibilità e sull'equità distributiva delle risorse, soprattutto alla luce delle criticità segnalate nella gestione delle REMS e delle strutture riabilitative (WHO, 2021c).

#### 6.3.10.6 Tipologia di misura di sicurezza

Le misure definitive sono nettamente prevalenti in carcere, mentre il carcere ospita soprattutto soggetti senza misure o con misure provvisorie. Questo conferma il ruolo della comunità come luogo principale di esecuzione delle misure di sicurezza a lungo termine.

**Tabella n. 52: Tipologia di misura di sicurezza**

| Categoria   | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale     |
|-------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|------------|
| nessuna     | 3          | 6        | 13      | 22     | 13.6%      | 27.3%    | 59.1%   | 100.0<br>% |
| provvisoria | 1          | 2        | 0       | 3      | 33.3%      | 66.7%    | 0.0%    | 100.0<br>% |
| definitiva  | 3          | 19       | 3       | 25     | 12.0%      | 76.0%    | 12.0%   | 100.0<br>% |

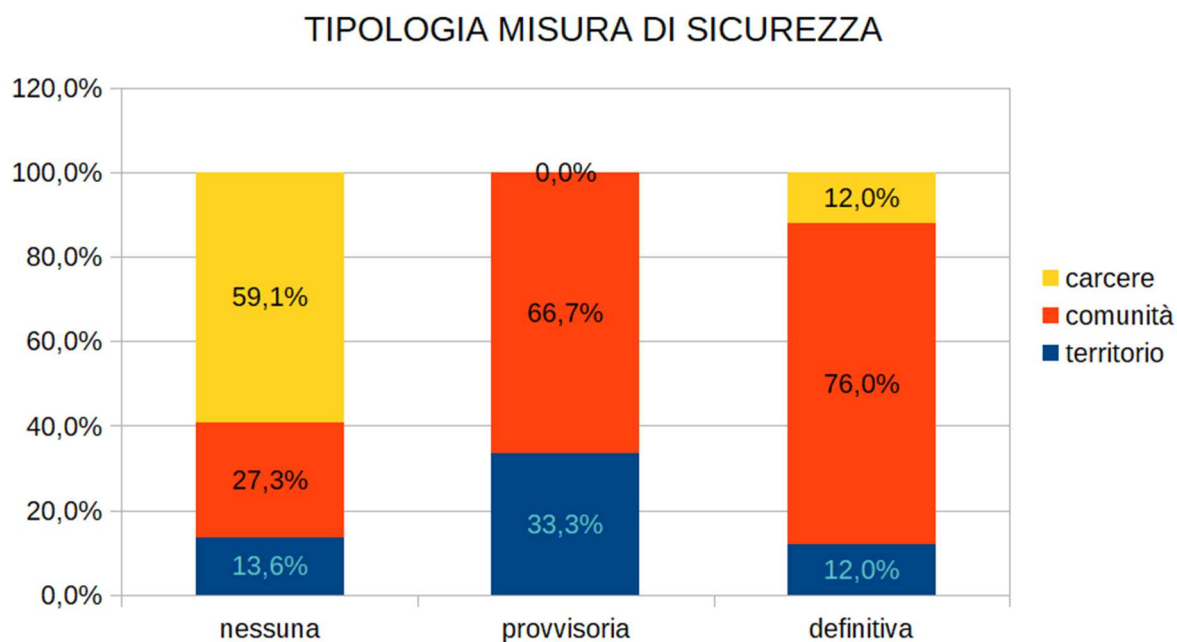
$\chi^2$  di Pearson 15.245 df 4 p 0.0042

La tabella illustra la distribuzione delle tipologie di misura di sicurezza (nessuna, provvisoria, definitiva) nei tre *setting* considerati:

- la condizione “**nessuna misura**” riguarda 22 soggetti (44,0%), distribuiti soprattutto nel carcere (59,1%), seguito dalla comunità (27,3%) e, in misura minore, dal territorio (13,6%)
- la categoria “**provvisoria**”, marginale, interessa solo 3 soggetti (6,0%), localizzati principalmente in comunità (66,7%) e nel territorio (33,3%), mentre nessun caso è stato registrato in carcere
- le misure “**definitive**” risultano le più consistenti ( $n = 25$ ; 50,0%), con una netta prevalenza nelle comunità (76,0%), seguite da territorio e carcere (entrambi al 12,0%).

Il test del  $\chi^2$  di Pearson ( $\chi^2 = 15,245$ ;  $df = 4$ ;  $p = 0,0042$ ) evidenzia una associazione statisticamente significativa tra setting e tipologia di misura di sicurezza. Ciò conferma che la collocazione istituzionale influenza la probabilità di ricevere una misura provvisoria o definitiva. Dal punto di vista clinico-forense, emerge una chiara distinzione: le comunità terapeutiche rappresentano il *setting* privilegiato per l'applicazione delle misure definitive, coerentemente con la loro funzione di presa in carico prolungata dei soggetti con disturbi psichiatrici e profili di rischio elevato. Al contrario, il carcere appare caratterizzato da una prevalenza di soggetti senza misure di sicurezza, suggerendo una gestione prevalentemente penale e meno integrata con i dispositivi giuridico-sanitari di protezione (Fazel & Baillargeon, 2011). Il territorio si colloca in una posizione intermedia, con una distribuzione mista, segnalando sia l'assenza di misure, in alcuni casi, sia l'attivazione di misure definitive o provvisorie in altri.

#### Immagine n. 40: Tipologia di misura di sicurezza



L'immagine rappresenta visivamente la distribuzione delle tipologie di misura di sicurezza, facilitando la lettura delle differenze tra i *setting*:

- **il carcere** appare nettamente dominato dalla categoria “nessuna misura”, confermando un approccio più custodiale che terapeutico
- **le comunità** emergono come il contesto in cui si concentra la gran parte delle misure definitive, segnalando la funzione riabilitativa e contenitiva di lungo periodo che le caratterizza
- **il territorio** mostra proporzioni più contenute e distribuite, evidenziando la sua funzione di filtro e monitoraggio meno intensivo.

Anche qui si evidenzia l'asimmetria applicativa tra i diversi contesti, rendendo immediatamente evidente la polarizzazione tra carcere (assenza di misure) e comunità (prevalenza di misure definitive). L'analisi congiunta di tabella 47 e immagine 98 suggerisce che le misure di sicurezza non siano distribuite in maniera uniforme, ma siano fortemente condizionate dal contesto istituzionale. La prevalenza delle misure definitive nelle comunità conferma la loro centralità nella gestione dei pazienti forensi psichiatrici, mentre l'assenza di misure in carcere riflette una criticità già segnalata in letteratura: la sottoutilizzazione degli strumenti di tutela

giuridico-sanitaria nel sistema penitenziario, a vantaggio di una logica puramente detentiva. Questa discrepanza richiama l'urgenza di politiche di armonizzazione, affinché le misure di sicurezza siano applicate in maniera proporzionata e individualizzata, come previsto dalla normativa italiana (artt. 202–213 c.p.) e dalle convenzioni internazionali, in particolare la ONU (2006) e le linee guida del Consiglio d'Europa (2019).

#### 6.3.10.7 Tipologia delle misure alternative

Rappresentando la distribuzione delle tipologie di misura alternativa per contesti di attribuzione dei sottogruppi, si evidenziano la scarsa rilevanza delle stesse in conseguenza del bassissimo numero di misure alternative, qualunque esse siano.

**Tabella n. 53: Tipologia delle misure alternative**

| Categoria                                                  | Territorio | Comunità | Carcere | Totale | Territorio | Comunità | Carcere | Totale  |
|------------------------------------------------------------|------------|----------|---------|--------|------------|----------|---------|---------|
| n/a                                                        | 6          | 25       | 16      | 47     | 12.8%      | 53.2%    | 34.0%   | 100.0 % |
| Affidamento in prova ai Servizi Sociali                    | 0          | 1        | 0       | 1      | 0.0%       | 100.0%   | 0.0%    | 100.0 % |
| Detenzione domiciliare                                     | 1          | 0        | 0       | 1      | 100.0%     | 0.0%     | 0.0%    | 100.0 % |
| Differimento pena nelle forme della detenzione domiciliare | 0          | 1        | 0       | 1      | 0.0%       | 100.0%   | 0.0%    | 100.0 % |

$\chi^2$  di Pearson 7.965 df 6 p 0.2407

La tabella mostra la distribuzione delle diverse tipologie di misure alternative alla detenzione nei tre *setting*:

- la categoria prevalente è l'assenza di misure alternative (n/a), che riguarda 47 soggetti (94,0%), con concentrazione maggiore nelle comunità (53,2%), seguite dal carcere (34,0%) e dal territorio (12,8%)
- le misure alternative risultano applicate in pochissimi casi (n = 3; 6,0%): un affidamento in prova ai servizi sociali in comunità (100%), una detenzione domiciliare nel territorio (100%) e un differimento di pena con detenzione domiciliare in comunità (100%).

Il test del  $\chi^2$  ( $\chi^2 = 7,965$ ;  $df = 6$ ;  $p = 0,2407$ ) non evidenzia una relazione statisticamente significativa tra *setting* e tipologia di misura alternativa, segnalando che la scarsissima

applicazione rende difficile individuare *pattern* sistematici. Dal punto di vista clinico-forense, questi dati confermano la marginalità delle misure alternative nel campione italiano, con un ricorso pressoché nullo in carcere e residuale negli altri contesti. Anche questo dato appare in contrasto con gli obiettivi del legislatore e delle raccomandazioni internazionali che, da decenni, sollecitano un maggiore utilizzo delle misure deflative per ridurre il ricorso alla detenzione e favorire percorsi riabilitativi (Consiglio d'Europa, 2019; WHO, 2021c).

**Tabella n. 54: Presenza/assenza di misure alternative alla detenzione**

|               | territorio | comunità | carcere | T  | territorio | comunità | carcere | Totale |
|---------------|------------|----------|---------|----|------------|----------|---------|--------|
| <b>No</b>     | 6          | 25       | 16      | 47 | 12,8%      | 53,2%    | 34,0%   | 100,0% |
| <b>Si</b>     | 1          | 2        | 0       | 3  | 33,3%      | 66,7%    | 0,0%    | 100,0% |
| <b>Totale</b> | 7          | 27       | 16      | 50 | 14,0%      | 54,0%    | 32,0%   | 100,0% |

**$\chi^2$  di Pearson 1,968 df 2 p 0,374**

La tabella analizza in maniera sintetica la presenza/assenza di misure alternative alla detenzione. La grande maggioranza dei soggetti non ha beneficiato di tali misure ( $n = 47$ ; 94,0%), distribuiti principalmente in comunità (53,2%) e carcere (34,0%), con minore incidenza nel territorio (12,8%). Solo tre individui (6,0%) hanno usufruito di misure alternative: due in comunità (66,7%) e uno in territorio (33,3%), mentre in carcere non è stato registrato alcun caso. Anche in questo caso, il test del  $\chi^2$  ( $\chi^2 = 1,968$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,374$ ) non rileva un'associazione significativa tra setting e applicazione delle misure alternative. Dal punto di vista interpretativo, l'analisi conferma la quasi totale assenza di misure alternative nel campione, in particolare in carcere. Tale dato solleva criticità rilevanti: la mancata applicazione delle misure alternative, soprattutto in ambito penitenziario, sembra riflettere un approccio rigidamente custodiale, in contraddizione con i principi di proporzionalità e individualizzazione sanciti dall'ordinamento penale italiano (artt. 47–48 O.P.) e con gli standard internazionali in materia di diritti umani (ONU, 2006; WHO, 2021c). L'analisi congiunta delle ultime due tabelle (48 e 49) conferma tre elementi principali:

- **scarsità assoluta delle misure alternative:** solo il 6% del campione ne ha beneficiato, contro il 94% privo di tali misure
- **polarizzazione istituzionale:** nelle comunità si registrano i pochi casi di applicazione, mentre in carcere non emerge alcuna misura alternativa, confermando la centralità del paradigma detentivo
- **disallineamento rispetto alle raccomandazioni:** i dati contrastano con le linee guida europee e dell'OMS, che promuovono l'uso delle misure alternative come strumenti fondamentali per la tutela della salute mentale e la riduzione della recidiva (Bonta & Andrews, 2024; Marlowe, 2011)

In conclusione i risultati - come la maggioranza di quelli presentati in questa ricerca - suggeriscono la necessità di politiche di riforma applicativa per garantire coerenza con i principi di proporzionalità e tutela dei diritti fondamentali della persona.

## CAPITOLO 7

### DISCUSSIONE, INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI E LIMITI DELLO STUDIO

L'analisi condotta in questo progetto di ricerca ha inteso esaminare non solo le caratteristiche cliniche e criminologiche individuali dei casi reclutati ed esaminati, ma anche la loro interazione con variabili strutturali e contestuali - in particolare lo stato giuridico e i percorsi istituzionali - allo scopo di individuare e, possibilmente, delineare l'esistenza e la rilevanza di predittori di recidiva e di pericolosità sociale. Questo capitolo, pertanto, si sviluppa su tre assi principali:

1. una sintesi della presentazione dei risultati socio-anagrafici e giuridici (tabelle comparative)
2. una sintetica discussione comparativa delle variabili cliniche e psicopatologiche, con particolare attenzione agli strumenti standardizzati (SCID-5-PD, BIS-11, TAS-20, MOAS, STAXI-2, PCL-R, HCR-20 V3, WHOQOL-BREF, CANFOR, Raven)
3. una riflessione complessiva sui limiti metodologici e sulle prospettive operative e di ricerca che tenti di rispondere ad alcuni interrogativi - a nostro parere centrali - nel percorso di comprensione dell'attuale evoluzione della psichiatria forense e delle problematiche incontrate anche dalla magistratura su questi temi, focalizzandosi sulle criticità che emergono dall'operatività e, soprattutto, sulla necessità di strategie integrate e multidisciplinari.

#### 7.1 I dati più significativi emersi dalla ricerca

Come si evince dalla Tabella 51 le variabili socio-anagrafiche evidenziano differenze statisticamente significative rispetto alle tre popolazioni indagate. In particolare, fattori di vulnerabilità quali sesso maschile, età avanzata, bassa istruzione, assenza di legami affettivi e marginalità lavorativa costituiscono un *cluster* di rischio per recidiva e instabilità clinico-sociale.

**Tabella n. 55: Variabili socio-anagrafiche (con differenze statisticamente significative)**

| <b>Variabile</b>    | <b>Distribuzione osservata</b>                                 | <b>Differenze significative</b>                                                                     | <b>Interpretazione</b>                                                                                                              |
|---------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Genere</b>       | Maschi = 84% (42) Femmine = 16% (8)                            | $p < .05$ – differenza significativa rispetto ai dati ISTAT (5–15% di donne detenute)               | Confermata la sproporzione di genere nei pazienti psichiatrico-forensi, coerente con la letteratura criminologica                   |
| <b>Età</b>          | 0–30 = 26%<br>30–44 = 26%<br>>45 = 48%                         | $p < .01$ – differenza significativa rispetto alla popolazione detenuta mondiale (media 30–39 anni) | Età più elevata del campione: riflette cronicizzazione dei percorsi clinico-forensi e invecchiamento della popolazione psichiatrica |
| <b>Istruzione</b>   | Scuola Media = 70%<br>Superiore = 24%<br>Laurea = 6%           | $p < .01$ – significativa concentrazione su titoli di studio medio-bassi                            | Il basso livello di istruzione è predittore di marginalità sociale, vulnerabilità psichiatrica e rischio di recidiva                |
| <b>Stato civile</b> | Celibi/nubili = 84% Divorziati = 8% Sposati = 6% Separati = 2% | $p < .05$ – differenza significativa rispetto alla popolazione generale                             | L’assenza di legami affettivi stabili rappresenta un fattore di rischio per la recidiva e il <i>drop-out</i> terapeutico            |
| <b>Occupazione</b>  | Disoccupati = 40% Invalidi = 30% Operai = 20% Altri = 10%      | $p < .05$ – significativa prevalenza di disoccupazione e invalidità                                 | L’inattività lavorativa appare fortemente associata a esclusione sociale e recidiva                                                 |

Come evidenziato nelle Tabelle sopradescritte le variabili giuridiche mostrano come il campione sia caratterizzato, in generale, da un’elevata presenza di proscioglimenti per vizio di mente e di applicazione/proroga delle misure di sicurezza. Questi dati, discostandosi dai *trend* internazionali, rivelano una peculiarità del sistema italiano che sembra dare un forte peso alle perizie e alla centralità della magistratura di sorveglianza con evidenti criticità legate alla durata indefinita delle misure.

**Tabella n. 56: Variabili giuridiche (con differenze statisticamente significative) - A**

| <b>Variabile</b>                  | <b>Distribuzione osservata</b>                                                   | <b>Differenze significative</b>                                                                   | <b>Interpretazione</b>                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Esito perizia psichiatrica</b> | Vizio totale = 40% Vizio parziale = 18%<br>Imputabili = 34%<br>Non eseguita = 8% | Frequenza di non imputabilità (totale + parziale) superiore a medie internazionali (58 vs 20–40%) | Il dato evidenzia maggiore presenza del riconoscimento di vizio di mente in Italia, legata a criteri giuridico-clinici più ampi e spesso eterogenei                    |
| <b>Stato giuridico</b>            | Condannati = 46% Prosciolti = 40% Imputati = 4% Liberi = 10%                     | Distribuzione atipica: alta quota di proscioglimenti per vizio di mente                           | Riflette l'impatto delle perizie psichiatriche sul percorso giudiziario e la centralità della Magistratura di sorveglianza                                             |
| <b>Misure di sicurezza</b>        | Presenza = 56%<br>Assenza = 44%                                                  | Prevalenza superiore ai dati nazionali medi<br>( $p < .05$ )<br>$\chi^2=22.224$ ; $p<0.000015$    | Indica un forte ricorso alle misure di sicurezza post-OPG, soprattutto la libertà vigilata (46vs56%), con distribuzione significativamente concentrata nelle comunità. |
| <b>Proroghe delle misure</b>      | Sì = 42%<br>No = 58%                                                             | Frequenza elevata, criticata dalla dottrina giuridica                                             | La proroga, spesso routinaria, segnala rigidità del sistema e rischio di cronicizzazione giuridico-clinica                                                             |
| <b>Autorità competente</b>        | Magistratura di sorveglianza = 78%                                               | Statisticamente non significativa rispetto ad altri attori giudiziari                             | La gestione clinico-forense dipende in larga misura dalla Magistratura, con rischi di frammentazione organizzativa                                                     |

Dalla Tabella emerge come i risultati clinici mostrino un gradiente di gravità crescente dai pazienti in trattamento territoriale a quelli detenuti, con significatività statistiche trasversali a

più strumenti psicometrici. In particolare, aggressività (MOAS), rabbia di tratto (STAXI-2), psicopatologia fattoriale (PCL-R) e rischio di violenza (HCR-20) sono marcatori di rischio significativamente più alti in carcere. Parallelamente, la qualità di vita (WHOQOL-BREF) si riduce e i bisogni clinici percepiti (CANFOR) divergono tra pazienti e staff. Queste evidenze confermano la necessità di strategie terapeutiche mirate e di una maggiore integrazione tra valutazione clinica e gestione forense.

**Tabella n. 57: Variabili giuridiche (con differenze statisticamente significative) - B**

| <b>Variabile giuridica</b>                                  | <b>Dati principali</b>                                                                                                   | <b>Test statistico</b>              | <b>Interpretazione</b>                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Misure di sicurezza (presenza/assenza)</b>               | Presenza 56% (28/50); Assenza 44%                                                                                        | $\chi^2$ non significativo          | Elevato ricorso a misure post-OPG nel campione, senza differenze marcate tra gruppi                                               |
| <b>Misure di sicurezza non detentive (Libertà vigilata)</b> | Nessuna 54% (27/50) vs Libertà vigilata 46% (23/50); distribuzione per setting: Territorio 13%, Comunità 87%, Carcere 0% | $\chi^2(2)=22.224$ ; $p=0.0000149$  | Uso marcatamente comunitario della libertà vigilata, coerente con percorsi terapeutico-riabilitativi                              |
| <b>Misure cautelari</b>                                     | Territorio: nessuna (4) o libertà vigilata (3); Comunità: libertà vigilata 20; Carcere: custodia cautelare 16/16         | $\chi^2(4)=53.640$ ; $p<0.0001$     | Pattern istituzionale netto (carcere=custodia; comunità=alternative)                                                              |
| <b>Pericolosità sociale</b>                                 | Sì 41/50 (82%); No 9/50 (18%); distribuzione per setting significativa                                                   | $\chi^2(2)=6.769$ ; $p=0.0339$      | La pericolosità sociale discrimina la collocazione: carcere con 100% pericolosi, maggiore quota di 'non pericolosi' in territorio |
| <b>Numero di reati in anamnesi</b>                          | Distribuzione differente tra setting                                                                                     | $\chi^2(4)=12.35$ ; $p=0.015$       | I multi-recidivi più frequentemente sono in carcere e in comunità                                                                 |
| <b>Proroghe delle misure di sicurezza</b>                   | Solo in comunità proroghe oltre 6–48 mesi; in carcere nessuna                                                            | $\chi^2(10)=21.837$ ; $p=0.016$     | Gestione più estensiva in comunità, rischio di cronicizzazione giuridico-clinica.                                                 |
| <b>Autorità competente</b>                                  | Magistratura di sorveglianza 78% (39/50)                                                                                 | $\chi^2(4)=4.75$ ; $p=0.314$ (n.s.) | Baricentro decisionale nella Magistratura di Sorveglianza, ma senza significatività statistica                                    |

**Tabella n 58: Variabili cliniche (con differenze statisticamente significative)**

| Test / Strumento   | Variabile / Sottoscala                                                                             | Setting con differenze                                                                                                                                                | Significatività                            | Interpretazione clinico-forense                                                                                                                                               |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>MOAS</b>        | Aggressività totale e sotto scale (verbale, autodiretta, contro la proprietà, fisica eterodiretta) | Territorio (M=1,71)<br>Comunità (M=4,74)<br>Carcere (M=9,75)                                                                                                          | $p < .05$ (ANOVA)                          | L'aggressività cresce linearmente con il grado di restrizione, riflettendo fattori ambientali e psicopatologici                                                               |
| <b>STAXI-2</b>     | Rabbia di tratto                                                                                   | Carcere vs comunità/territorio                                                                                                                                        | $p < .05$                                  | Media più elevata in carcere. La rabbia di tratto elevata predice recidiva violenta e difficoltà di adattamento istituzionale. Necessari programmi di <i>anger management</i> |
| <b>WHOQOL-BREF</b> | - Salute fisica<br>- Relazioni sociali                                                             | <u>S. Fisica:</u> Territorio (M=68,0) > Comunità (M=63,6) > Carcere (M=48,1);<br><u>Relazioni sociali:</u> Comunità (M=60,1) > Territorio (M=48,3) > Carcere (M=32,8) | $p < .05$ (ANOVA)                          | La qualità di vita è peggiore in carcere, con ricadute sulla salute fisica e relazionale. Il contesto comunitario appare protettivo.                                          |
| <b>PCL-R</b>       | - Fattore 2 (antisociale-impulsivo)<br>- Totale                                                    | Carcere (M=16,25 Tot=26,94) > Territorio (M=10,71 Tot=20,57) > Comunità (M=8,78 Tot=16,78)                                                                            | $p < .05$                                  | La componente antisociale-impulsiva è più marcata nei detenuti, predittiva di recidiva e di resistenza ai trattamenti.                                                        |
| <b>HCR-20 V3</b>   | Violenza futura                                                                                    | - Carcere 90,9% (alta violenza)<br>- Comunità 60%<br>- Territorio 13-20%                                                                                              | $\chi^2 = 24,076$ , $df=4$ , $p < 0.00008$ | Forte associazione tra <i>setting</i> e rischio di violenza futura. Il carcere concentra i soggetti più pericolosi                                                            |
| <b>CANFOR</b>      | Bisogni percepiti (totale)                                                                         | Pazienti: M=131,44<br>Staff: M=173,32                                                                                                                                 | $p < .05$                                  | Gli operatori percepiscono più bisogni rispetto ai pazienti, indicando discrepanza clinica e rischio di sottovalutazione                                                      |

Come si evince dalla Tabella il carcere appare il contesto nel quale i soggetti hanno i punteggi più elevati alle scale PCL-R, BIS 11 e STAXI-2, dati che indicano una maggiore impulsività, disregolazione emotiva, discontrollo comportamentale e un maggior rischio di recidiva rispetto

ai soggetti che vivono in comunità e sul territorio. Il test WHOQOL-BREF evidenzia che la qualità di vita in carcere è peggiore rispetto agli altri contesti.

**Tabella n. 59: Confronto dei punteggi medi ai test psicodiagnostici tra i diversi setting istituzionali**

| Strumento          | Carcere<br>(M±DS) | Comunità<br>(M±DS) | Territorio<br>(M±DS) | Test statistico              | Interpretazione                                                                                                    |
|--------------------|-------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PCL-R</b>       | 28.4 ± 6.2        | 23.1 ± 5.7         | 19.7 ± 4.9           | F(2,47)=12.85;<br>p<0.001*** | Punteggi di psicopatologia significativamente più elevati in carcere, intermedi in comunità, bassi nel territorio. |
| <b>BIS-11</b>      | 74.5 ± 9.1        | 66.2 ± 8.5         | 60.3 ± 7.4           | F(2,47)=14.22;<br>p<0.001*** | L'impulsività è massima in carcere, media in comunità e minore nel territorio.                                     |
| <b>STAXI-2</b>     | 92.3 ± 12.4       | 78.9 ± 10.2        | 70.8 ± 9.3           | F(2,47)=15.67;<br>p<0.001*** | La rabbia è significativamente più elevata in carcere; differenza netta rispetto al territorio.                    |
| <b>WHOQOL-BREF</b> | 42.1 ± 8.3        | 55.6 ± 9.5         | 63.2 ± 10.1          | F(2,47)=18.94;<br>p<0.001*** | Qualità di vita percepita più bassa in carcere, intermedia in comunità, migliore nel territorio.                   |

**Nota. Asterischi:** \*p < .05; \*\*p < .01; \*\*\*p < .001. Le analisi ANOVA confermano differenze significative tra i *setting* per tutte le scale considerate. Nei pazienti in carcere si osservano punteggi più elevati di psicopatologia, impulsività e rabbia, associati a una qualità di vita nettamente più bassa, mentre i pazienti in territorio mostrano il profilo opposto.

## 7.2 Discussione

Le Tabelle sopradescritte offrono una visione sufficientemente integrata delle differenze significative rilevate sul piano socio-anagrafico, giuridico e clinico. Dal punto di vista socio-anagrafico, emerge un profilo caratterizzato da forte prevalenza maschile, età media più avanzata rispetto alla popolazione detenuta generale, basso livello di istruzione, assenza di legami familiari stabili e condizioni lavorative precarie. Questi elementi - statisticamente significativi - rappresentano predittori consolidati di vulnerabilità e di rischio di recidiva, confermando le evidenze della letteratura internazionale. Sul piano giuridico, è rilevante il dato dell'elevata presenza di proscioglimenti per vizio di mente e di applicazione delle misure di sicurezza, spesso prorogate, con una centralità decisionale della Magistratura di sorveglianza. I dati indicano una specificità del sistema italiano che tende a prolungare i percorsi giudiziari dei pazienti psichiatrico-forensi con il rischio di cronicizzazione istituzionale. Le variabili cliniche mostrano un gradiente di gravità crescente dal territorio al carcere: aggressività (MOAS), rabbia di tratto (STAXI-2), psicopatia (PCL-R) e rischio di violenza futura (HCR-20) sono significativamente più elevati nei detenuti. Parallelamente, la qualità della vita (WHOQOL-BREF) risulta peggiore in carcere, mentre i bisogni percepiti (CANFOR) divergono tra pazienti e operatori, segnalando un rischio di sottovalutazione delle necessità cliniche. Nel complesso, le tre dimensioni (socio-anagrafica, giuridica, clinica) convergono nel delineare un profilo ad alto rischio di recidiva e pericolosità, soprattutto nei contesti detentivi, con implicazioni rilevanti per la pratica clinico-forense e per le decisioni giudiziarie.

In relazione alle caratteristiche psicopatologiche, il disturbo più frequente - tra i sottogruppi - è rappresentato dai Disturbi dello spettro della schizofrenia (52%), seguito dai Disturbi correlati a sostanze (18%), dal Disturbo di personalità antisociale (8%) e dai Disturbi dell'umore ed altri Disturbi della personalità in misura minore. Inoltre, in un terzo dei casi è presente una seconda diagnosi psichiatrica, spesso legata a uso di sostanze o disturbi di personalità. Alla presa in carico o all'ingresso in Struttura, il 50% dei pazienti presentava una sintomatologia attiva, il

18% dei soggetti appariva in sufficiente compenso e il 16% mostrava una sintomatologia stabile.

Sempre per quanto riguarda il campione generale indagato, dal punto di vista criminologico il 74% presenta precedenti penali, prevalentemente per reati contro la persona (ad esempio, omicidio, tentato omicidio, lesioni personali, maltrattamenti in famiglia, ecc.) e contro il patrimonio (ad esempio, rapina, estorsione, truffa, ecc.); il 64% dei reati principali in esecuzione è contro la persona. Dal punto di vista dello stato giuridico, il 46% dei soggetti è condannato, il 40% risulta prosciolto per vizio totale o parziale di mente, il 4% dei pazienti è imputato in attesa di giudizio e il 10% è legalmente capace.

La Magistratura di sorveglianza è l'autorità giudiziaria più frequentemente coinvolta (78%) nella gestione dei pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato. Il 56% dei soggetti è sottoposto a misure di sicurezza (in circa la metà definitive), principalmente in regime di libertà vigilata; il 42% ha subito proroghe di tali misure, indicativo di persistenza della pericolosità sociale, presente nell'82% del campione e il 26% è sottoposto a misure di protezione giuridica (soprattutto con amministrazione di sostegno).

Per quanto riguarda la provenienza dei sottogruppi, il 48% proviene da comunità terapeutiche, il 42% dal domicilio e il 10% dal carcere; al momento della rilevazione, il 42% si trovava ancora in comunità, il 32% in carcere e il 26% nel contesto territoriale. Tale distribuzione indica una mobilità significativa tra diversi setting di cura e di controllo, in linea con il modello italiano di gestione integrata delle misure di sicurezza e delle esigenze terapeutiche, ma solleva interrogativi sull'efficacia reale della continuità assistenziale e terapeutica.

In relazione al contesto familiare e sociale, questo mostra una spaccatura significativa: il 46% dei pazienti dispone di una rete parentale accogliente e disponibile, mentre il restante gruppo presenta contesti familiari disgregati (26%), ostili o conflittuali (20%) e assenti (6%). Questo aspetto è cruciale ai fini della pianificazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e di reinserimento sociale, poiché la mancanza di supporto sociale costituisce un fattore di rischio per la recidiva e per l'ospedalizzazione ripetuta (Skeem et al., 2011).

### 7.2.1 Implicazioni clinico-forensi

L'analisi e la discussione integrata dei dati socio-demografici, clinici e criminologici effettuata nel paragrafo precedente mette in evidenza una popolazione ad alta complessità clinico-assistenziale, riabilitativo-sociale e giudiziaria.

I dati sulla rilevanza del sesso maschile e dell'età mediana (tendenzialmente superiore rispetto alla popolazione detenuta generale - 42 anni contro una media di 30–39 anni secondo WHO, (2021c) confermano il progressivo invecchiamento della popolazione psichiatrico-forense (Hayes et al., 2012), coerente con la letteratura scientifica che documenta una cronicizzazione delle traiettorie psichiatriche e una stabilizzazione in setting istituzionali a lungo termine (Chang et al., 2015). Inoltre, i reati commessi da soggetti con disturbi mentali presentano una netta sproporzione di genere, attribuibile a fattori biopsicosociali e alla maggiore incidenza di condotte antisociali e violente nella popolazione maschile (Fazel & Grann, 2006). L'età media di ingresso nei servizi è compatibile con fasi di piena maturità adulta quando i disturbi psicotici e di personalità tendono a stabilizzarsi, ma le dinamiche criminogene possono essere già consolidate. Dal punto di vista educativo, un livello d'istruzione mediamente basso, oltre a riflettere possibili difficoltà cognitive e scolastiche precoci (a volte correlate all'esordio giovanile dei disturbi mentali), si correla a una ridotta occupabilità e a una maggiore dipendenza dai servizi di *welfare* e assistenza per disoccupazione e invalidità. La rilevanza di disturbi psicotici e di personalità, spesso in comorbidità con l'abuso di sostanze, si combina poi con un'alta incidenza di precedenti penali per reati violenti e sembra rafforzare la presenza di sintomatologia attiva al momento dell'ingresso nei servizi o nelle strutture, altro fattore di rilievo per la recidiva violenta (Douglas & Skeem, 2005).

Una gestione appropriata ed efficace di tali soggetti richiede, in sintesi, programmi strutturati e integrati tra Psichiatria forense, Magistratura di sorveglianza, Servizi sanitari territoriali e residenziali e Servizi sociali, con interventi specifici e individualizzati volti a ridurre la pericolosità sociale e a migliorare la stabilità clinica e la regolarità della condotta in un profilo clinico e criminologico complesso e caratteristico. La correlazione con punteggi elevati a PCL-

R, STAXI-2 e BIS-11, unitamente a valori ridotti nella WHOQOL-BREF, rafforza l'associazione tra antisocialità/psicopatia, impulsività/discontrollo, scarsa regolazione delle emozioni/rabbia e qualità di vita compromessa (Hare, 2003; Bonta & Andrews, 2007). In particolare, questi dati mostrano differenze significative fra soggetti collocati in carcere, in comunità terapeutica e nei servizi territoriali. Il carcere concentra i pazienti con i punteggi più elevati di rischio di recidiva e di aggressività (PCL-R, MOAS), qualificandosi, in un certo qual modo, come il luogo d'elezione per la gestione dell'antisocialità/psicopatia, mentre le comunità sembrano accogliere soggetti in fase di parziale recupero funzionale, coerentemente con i modelli di graduale riduzione della pericolosità sociale attesi. Questa distribuzione, inoltre, conferma la correlazione tra sintomatologia psicotica non controllata, tratti antisociali e comportamenti aggressivi, evidenziata da studi su popolazioni forensi italiane e internazionali (Hodgins, 2008).

Se il 64% dei reati principali in esecuzione è di natura violenta, dato coerente con il tipo di disturbi che alterano il controllo degli impulsi e la capacità di valutazione critica, ne consegue come - sul versante giuridico - la maggioranza dei soggetti (46%) sia condannata, proscioltto per vizio totale o parziale di mente (40%) e solo il 4% in attesa di giudizio. La presenza della Magistratura di sorveglianza, autorità competente nella maggioranza dei casi (78%), giustifica le necessità di monitoraggio continuativo e gestione delle misure di sicurezza (56%), per il 50% di tipo definitivo e per il 48% in forma di libertà vigilata con presenza di proroghe che segnalano persistenza della pericolosità sociale o insufficiente progresso riabilitativo.

### **7.2.2 Implicazioni giuridico-operative**

La letteratura internazionale ha sottolineato l'importanza di distinguere i fattori statici da quelli dinamici nella valutazione del rischio di recidiva (Douglas et al., 2013). In tal senso, la Magistratura è chiamata a fondare le proprie decisioni non solo sul reato commesso, ma anche sulla valutazione clinico-prognostica aggiornata. Le criticità operative del sistema d'intervento italiano – liste d'attesa per le REMS, carenze di posti letto, *governance* frammentata – sono state più volte segnalate in sede istituzionale (Corte Costituzionale, 2022; Alessi et al., 2021).

La permanenza in carcere di soggetti per i quali sarebbe indicata una misura terapeutica rappresenta un problema strutturale del sistema, in contrasto con il principio di equivalenza delle cure sancito dall'OMS (WHO, 2022). Un ulteriore nodo riguarda la variabilità delle perizie psichiatriche, spesso influenzate da quesiti troppo generici o da metodologie eterogenee (Consiglio d'Europa, 2021). In tale scenario, l'adozione di linee guida nazionali vincolanti e di una certificazione delle competenze per i periti appare una prospettiva imprescindibile (WHO & OHCHR, 2023). La tensione fra esigenze di cura e difesa sociale, infine, resta un terreno di conflitto irrisolto: da un lato, la tendenza a custodializzare i soggetti ad alto rischio; dall'altro, il rischio di sottovalutazione in assenza di strumenti oggettivi. L'implementazione sistematica di strumenti valutativi standardizzati (come i già ampiamente citati HCR-20 V3 e PCL-R), soprattutto se collocati nei programmi riabilitativi strutturati e personalizzati, potrebbe contribuire a superare tali contraddizioni sistemiche (Singh et al., 2011).

### **7.3 Limiti dello studio**

Il presente studio, nonostante le comprensibili ed inevitabili difficoltà di progettazione e di esecuzione, ha offerto però il primo esempio – nel nostro paese – di una ricerca mirata e longitudinale su questa popolazione. La ricerca presenta, però numerosi limiti metodologici e strutturali che non è possibile trascurare di segnalare e che meritano una discussione sintetica ma articolata:

- In primo luogo, non si è riusciti a coinvolgere una REMS tra le Istituzioni cliniche coinvolte: tale presenza avrebbe potuto completare la costellazione dei Servizi preposti ad occuparsi della cura e della riabilitazione dei pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato.
- Alcune Istituzioni selezionate che - almeno inizialmente - avevano aderito al progetto di ricerca, in un secondo tempo, a causa di problematiche organizzative e di carenza di personale, si sono ritirate dal progetto per mancanza di risorse interne.
- La dimensione campionaria è indubbiamente ridotta: il numero limitato di partecipanti riduce la potenza statistica e la generalizzabilità dei risultati anche se le difficoltà di adesione

giustificano questo limite e valorizzano comunque il fatto che il progetto sia stato portato a termine con il campione minimo ipotizzato in fase di progettazione.

- Assenza di un gruppo di controllo nella popolazione generale e nell'ambito dei pazienti non autori di reato associati ai Servizi di Salute mentale.
- Selezione del campione: i soggetti indagati appartengono a percorsi giudiziari e clinici specifici, con conseguente rischio di bias di selezione.
- Disomogeneità numerica dei tre sottogruppi considerati: Territorio ( $n = 7$ ), Comunità ( $n = 27$ ) e Carcere ( $n = 16$ ). La ridotta numerosità del gruppo territoriale, in particolare, comporta una minore potenza statistica e un rischio più elevato di errore di II tipo, riducendo la capacità di generalizzare i risultati ottenuti. Tale squilibrio dimensionale tra i setting può, inoltre, introdurre bias di rappresentatività, ostacolando la validità della comparabilità diretta tra i gruppi e influenzando la robustezza delle analisi inferenziali. La diversa disponibilità di casi in ciascun contesto riflette fattori strutturali e organizzativi (ad esempio, maggiore accessibilità dei pazienti in comunità rispetto a quelli seguiti dai servizi territoriali) e rappresenta, comunque, una variabile di confondimento che deve essere tenuta in considerazione nell'interpretazione dei dati e nella discussione delle implicazioni cliniche e criminologiche.
- Distribuzione non normale delle variabili: la presenza di *outliers* e di distribuzioni asimmetriche limita la possibilità di utilizzare modelli parametrici robusti.
- Eterogeneità istituzionale: i contesti di provenienza (carcere, comunità, territorio) differiscono per regimi normativi e intensità assistenziale, rendendo arduo e complesso il confronto diretto.
- Assenza di *follow-up* longitudinale: a seguito della lunga durata di somministrazione dei questionari e dei test previsti, non è stato possibile verificare la recidiva effettiva, né la stabilità clinica a 12/24 mesi.
- Impiego di strumenti *self-report*: l'utilizzo anche di questionari auto-compilati, se accelera la raccolta dati, espone comunque al rischio di *bias* (desiderabilità sociale, minimizzazione).

- Assenza di analisi multivariate e di mediazione: mancano modelli statistici in grado di chiarire relazioni causali e di identificare variabili moderatrici.
- Specificità del contesto nazionale: i risultati devono essere interpretati alla luce delle peculiarità del sistema giuridico italiano, caratterizzato da lentezza processuale (Consiglio d'Europa, 2022), disomogeneità peritale (Consiglio d'Europa, 2021) e persistente criticità nella gestione dei percorsi verso le REMS (Antigone, 2019, 2024, 2025).

Questi limiti, tuttavia, non hanno invalidato la coerenza interna dei dati raccolti, rafforzata dalla convergenza di più strumenti e metodi di analisi confrontabili con la letteratura internazionale.

#### **7.4 Prospettive future di ricerca e di intervento**

Le prospettive future di ricerca e di intervento potrebbero, alla luce dell'esperienza effettuata, articolarsi su più livelli:

- ricerca multicentrica longitudinale: studi su campioni più ampi, con follow-up di almeno 24 mesi, consentirebbero di validare predittori di recidiva più solidi e di testare l'efficacia degli interventi post-residenziali (Fazel et al., 2012)
- integrazione di biomarcatori e *neuroimaging*: l'uso di indicatori biologici di *stress* e/o di disfunzioni neurocognitive potrebbe affinare la comprensione dei profili di rischio allargando e diversificando gli indicatori
- linee guida nazionali: l'adozione di standard condivisi per le perizie psichiatriche forensi ridurrebbe la variabilità metodologica (WHO & OHCHR, 2023)
- formazione incrociata: programmi congiunti per magistrati e psichiatri favorirebbero un linguaggio comune e decisioni più trasparenti in grado di migliorare anche la ricerca correlata (Consiglio d'Europa, 2025)
- monitoraggio costante degli esiti: la creazione di database nazionali su recidiva, esiti clinici e giuridici consentirebbe un'analisi comparativa a livello europeo
- in prospettiva, la giustizia italiana dovrebbe poter coniugare esigenze di celerità processuale con standard elevati di tutela dei diritti, superando il dualismo “cura vs custodia”.

## 7.5 Conclusioni

L'ipotesi da cui il progetto di ricerca nasce è stata in parte confermata e in parte disconfermata. I dati acquisiti confermano che i fattori socio-anagrafici, giuridici e clinici contribuiscono congiuntamente a definire il rischio di recidiva clinica e criminale nei pazienti affetti da disturbi mentali autori di reato. Variabili come età avanzata, basso livello di istruzione, assenza di reti familiari e lavorative, riconoscimento del vizio di mente e applicazione di misure di sicurezza, unite a profili clinici caratterizzati da elevata aggressività, rabbia e tratti psicopatici, risultano predittori significativi di recidiva e pericolosità sociale. L'obiettivo dichiarato di valutare il rischio di recidiva in relazione ai diversi profili analizzati è stato pertanto raggiunto offrendo risposte utili non solo per la pratica clinico-forense, ma anche per l'operatività giudiziaria. Ponendo l'accento sulla necessità di percorsi terapeutico-riabilitativi mirati, su un uso più calibrato delle misure di sicurezza e su un dialogo rafforzato tra Servizi sanitari e Magistratura si può orientare, progressivamente, la costruzione di modelli integrati di gestione del rischio, con benefici attesi sia in termini di salute pubblica che di sicurezza sociale.

Tuttavia l'ipotesi di ricerca originaria postulava che i pazienti psichiatrici autori di reato presentassero profili clinici e criminologici indipendenti dal luogo di collocazione (territorio, comunità, carcere) e che, di conseguenza, non vi fossero differenze sostanziali nel rischio di recidiva di comportamenti violenti in relazione al setting. I dati empirici emersi dallo studio contraddicono tale ipotesi, evidenziando differenze statisticamente e clinicamente significative tra i tre contesti. In particolare, il carcere si configura come il luogo in cui si concentra la popolazione a maggiore rischio, caratterizzata da punteggi elevati a strumenti come MOAS e HCR-20 V3, che segnalano livelli più alti di aggressività e probabilità di recidiva violenta. Inoltre, i detenuti presentano con maggiore frequenza disturbo antisociale di personalità e policonsumo di sostanze, nonché una più elevata incidenza di tentativi di suicidio e di reti familiari disfunzionali. Le comunità terapeutiche, invece, accolgono prevalentemente soggetti con disturbi psicotici e consumatori esclusivi di cocaina, configurandosi come un *setting*

intermedio, mentre il territorio appare riservato a pazienti più stabilizzati, con un rischio relativamente contenuto di recidiva.

Queste evidenze mostrano, dunque, come i profili clinici e criminologici non siano indipendenti dal *setting*, bensì profondamente influenzati dalla collocazione istituzionale. Ciò sottolinea l'importanza di un'analisi differenziata dei diversi contesti, in quanto ognuno di essi sembra intercettare specifici sottogruppi di pazienti con caratteristiche psicopatologiche e criminologiche proprie. Tale dato, certamente influenzato dal modello di lavoro dei Servizi e della Magistratura, ha rilevanti implicazioni per la pianificazione degli interventi terapeutico-riabilitativi e per la gestione delle misure di sicurezza nel prossimo futuro, confermando quanto già sollecitato dalla letteratura internazionale sulla necessità di implementare nel nostro paese approcci *evidence-based* calibrati sui diversi setting (Fazel & Grann, 2006; Douglas et al., 2013; Singh et al., 2011) che possano valorizzare la comprensione di un fenomeno multidimensionale che richiede approcci multidisciplinari, integrati e personalizzati. Il superamento di modelli dicotomici fra cura e difesa sociale appare condizione imprescindibile per costruire percorsi forensi in linea anche con i principi della giustizia terapeutica *rights-based* sempre più allineati agli *standard* internazionali del rispetto dei diritti fondamentali dei pazienti (WHO, 2022; Consiglio d'Europa, 2025).

## CAPITOLO 8

### IMPLICAZIONI CLINICHE ED ETICO-GIURIDICHE GENERALI DELLA RICERCA

In ambito scientifico, il metodo galileiano indica come dall'osservazione del singolo fenomeno si giunga alla formulazione di leggi generali. Come Galileo studiava casi particolari per derivare principi universali, così lo studio di contesti locali nella psichiatria forense e nella letteratura consente di comprendere dinamiche più ampie, articolate e complesse (\*). Le evidenze emerse da questo progetto di ricerca richiedono dunque modelli interpretativi, di presa in carico e trattamentali multidisciplinari.

#### (\*) NOTA

L'assunto metodologico per cui lo studio del particolare può condurre alla comprensione del generale trova solida legittimazione epistemologica. Sciascia, nella sua riflessione sulla Sicilia come metafora del mondo, mostra come un'analisi locale possa rivelare contraddizioni di portata internazionale affermando: *“Sono convinto che la Sicilia offre la rappresentazione di tanti problemi, di tante contraddizioni, non solo italiani ma anche europei, al punto da poter costituire la metafora del mondo odierno”* (Sciascia, 1979). Anche Dostoevskij (1880), parlando di Puškin, afferma che l'identità piena si realizza nell'apertura universale: *“Sì, senza alcun dubbio, il destino di un russo è pan-europeo e universale. Diventare un vero russo, diventare pienamente russo, significa soltanto diventare fratello di tutti gli uomini, diventare, se vogliamo, un uomo universale”*. Questo approccio, comune a Sciascia e Dostoevskij, implica la capacità di passare dal dato concreto all'astrazione teorica, mantenendo un saldo ancoraggio empirico. Tale prospettiva è cruciale in psichiatria forense, dove il singolo caso clinico può illuminare pattern di rilevanza sistemica. Ignazio di Loyola (1548) scriveva una massima che rimarrà un faro per tutti coloro che cercheranno di seguire le sue orme: *“Non coarctari a maximo, contineri tamen a minimo, divinum est”* - *“Non essere limitato dal massimo e, tuttavia, contenersi nel minimo: questo è divino”*. Il pensiero di Sant'Ignazio sintetizza questa tensione tra massimo e minimo come un atto di conoscenza che preserva la concretezza e aspira a una comprensione globale e più profonda dei fenomeni. L'affermazione di Sant'Ignazio racchiude un paradosso apparente che riflette un equilibrio dinamico tra ampiezza di visione e precisione di azione. Essa invita a non temere la vastità dell'orizzonte conoscitivo — il “massimo” — pur mantenendo la disciplina del dettaglio e della misura — il “minimo”. Questo principio si colloca in continuità con la tradizione ignaziana dell'attenzione ai particolari come via privilegiata per giungere a una comprensione universale (Loyola, 1548). Dal punto di vista epistemologico, il messaggio di Loyola trova un'analogia significativa nel metodo scientifico galileiano (Tabella 1). Galilei, nel suo approccio sperimentale, partiva dall'osservazione di fenomeni specifici e misurabili — il “minimo” — per trarne leggi di validità generale — il “massimo” (Galilei, 1638). La forza innovativa della scienza moderna, inaugurata da Galileo, risiede proprio in questa tensione: procedere dall'osservazione precisa alla formulazione di principi universali, senza mai abbandonare il rigore della verifica empirica. La frase di Sant'Ignazio può essere letta, quindi, come un invito - valido anche per la scienza - a mantenere una visione ampia e trascendente, pur radicata nella concretezza dei dati. L'incontro tra il pensiero ignaziano e il metodo galileiano dimostra che tanto la ricerca spirituale quanto quella scientifica necessitano di uno stesso equilibrio: la capacità di pensare in grande senza smarrire il rigore nel piccolo. Nella Tabella 2 vengono comparati il pensiero di Sciascia, Dostoevskij e Galileo. Tale prospettiva è fondamentale anche in psichiatria forense, dove l'analisi dei casi singoli illumina tendenze sistemiche e consente di proporre modelli di intervento più ampi e coerenti con i principi *evidence-based* e *rights-based medicine*.

Tabella n. 60: Minimo/Massimo

| Minimo                                                | Massimo                                   |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Osservazione rigorosa dei dettagli (Loyola e Galileo) | Visione ampia e principi universali       |
| Esperimenti circoscritti e controllati                | Leggi scientifiche di portata generale    |
| Disciplina spirituale e metodologica                  | Comprensione della realtà nel suo insieme |

Tabella 2

| Livello   | Esempio                          | Significato                              | Fonte             |
|-----------|----------------------------------|------------------------------------------|-------------------|
| Locale    | Analisi della Sicilia (Sciascia) | Metafora dei problemi universali         | Sciascia, 1979    |
| Nazionale | Identità russa (Dostoevskij)     | Vocazione pan-europea e universale       | Dostoevskij, 1880 |
| Globale   | Metodo scientifico galileiano    | Leggi universali da fenomeni particolari | Galilei, 1632     |

## 8.1 Implicazioni cliniche

L'adozione di strumenti di valutazione del rischio a più ampio raggio (SCID-5-PD, BIS-11, TAS-20, MOAS, STAXI-2, PCL-R, HCR-20 V3, WHOQOL-BREF, CANFOR, Raven) ha consentito - in questa direzione - di strutturare programmi terapeutici mirati che abbiano come elemento-guida la continuità di cura tra REMS, comunità, carcere e territorio che, come detto, rappresenta ancora un nodo critico del sistema italiano (Ministero della Salute, 2020). L'adozione di strumenti ha permesso di identificare un nucleo costante e trasversale di fattori di rischio. La letteratura internazionale conferma che tali strumenti sono il *gold standard* nelle valutazioni del rischio di recidiva (Douglas et al., 2013; Singh et al., 2011). Le linee guida del Consiglio d'Europa (2025) e dell'OMS (WHO 2021b, 2022, 2023) indicano come priorità la standardizzazione delle valutazioni, l'equivalenza di cure in carcere e l'eliminazione delle pratiche coercitive. Dal punto di vista clinico, è emersa chiaramente la necessità di protocolli terapeutici strutturati e integrati, centrati sulla regolazione dell'impulsività e sull'elaborazione della rabbia. Particolare attenzione deve essere posta alla continuità assistenziale tra misure di sicurezza e servizi territoriali. La formazione di équipe multidisciplinari competenti e l'impiego di piani di trattamento riabilitativi individualizzati, basati sulla valutazione del rischio di recidiva, sono già indicati nei documenti strategici dell'OMS (WHO, 2013) e delle Linee Guida Italiane per la salute mentale. I risultati che ne potrebbero derivare rafforzano il paradigma biopsicosociale nella predizione della recidiva. Tale prospettiva integra fattori statici (storia personale e criminale, tratti di personalità) con fattori dinamici (impulsività, bisogni psicosociali, adesione al trattamento). La psicopatologia forense deve orientarsi verso modelli predittivi multifattoriali e modulabili, già previsti dalle direttive europee sulla salute mentale e la detenzione (Consiglio d'Europa, 2022). Cornice ineliminabile di tale approccio innovativo è la maggiore integrazione tra DSM e Autorità Giudiziaria. L'assenza di un linguaggio comune tra clinici e magistrati compromette la qualità delle perizie, con ricadute importanti sul destino del paziente (Mandarelli et al., 2019). I protocolli condivisi tra DSM e Uffici Giudiziari, come

quelli sperimentati in alcune regioni italiane, rappresentano modelli virtuosi da estendere su tutto il territorio nazionale a partire da:

- l'integrazione sistematica della valutazione strutturata del rischio nei percorsi trattamentali riabilitativi personalizzati.
- la promozione di modelli clinico-forensi fondati sulla collaborazione multidisciplinare, con adeguata formazione del personale e degli operatori del diritto.

Le recenti raccomandazioni del Consiglio Superiore della Magistratura sottolineano, proprio in questa direzione, l'importanza di perizie supportate da strumenti validati con *report* strutturati e ripetibili (Consiglio Superiore della Magistratura, 2023) e la costruzione di reti interprofessionali tra REMS, DSMD e Magistratura, per promuovere percorsi di cura che siano anche percorsi di giustizia terapeutica e riparativa (Monahan, 2006, 2012).

Le tabelle a seguire (Tabella 56 e 57) - che sintetizzano i principali predittori di recidiva clinica e criminale e il confronto tra setting clinico-giuridici - indirizzano i flussi secondo un modello (presentato nella *Flow-chart* 1) adattato dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS).

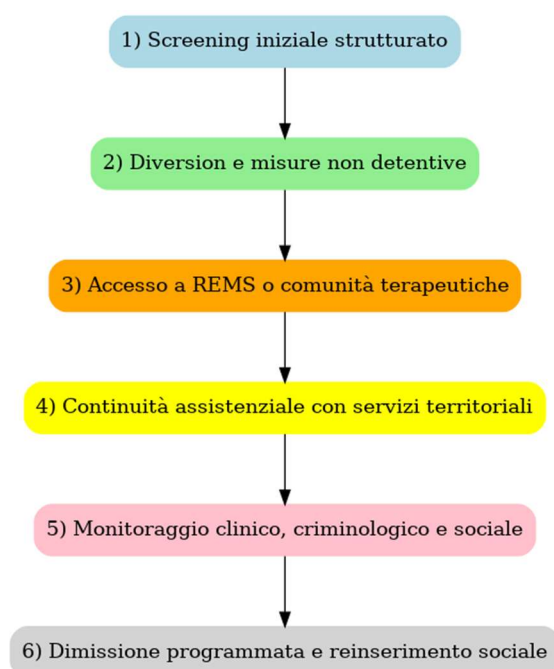
**Tabella n. 61: Sintesi dei principali predittori di recidiva clinica e criminale**

| <b>Variabile</b>                    | <b>Evidenze dello studio</b>                        | <b>Confronto con letteratura</b>                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <b>PCL-R (Fattore 2)</b>            | Elevati punteggi nei recidivi                       | Walters (2003): predittore robusto di recidiva                |
| <b>WHOQOL-BREF</b>                  | Punteggi bassi nei domini psicologico e relazionale | Swanson et al. (2000): bassa qualità di vita predice drop-out |
| <b>Doppia diagnosi</b>              | Aumenta rischio di recidiva                         | Kreyenbuhl et al. (2016): incremento esponenziale di rischio  |
| <b>Impulsività (BIS-11)</b>         | Valori elevati in carcere                           | Andrews & Bonta (2017): impulsività predittiva di recidiva    |
| <b>Aggressività (MOAS, STAXI-2)</b> | Elevata nei pazienti in carcere                     | Douglas & Skeem (2005): aggressività dinamica predittiva      |

**Tabella n. 62: Confronto tra setting clinico-giuridici**

| Setting                      | Profilo clinico prevalente                          | Livello di rischio | Implicazioni giuridiche                                  |
|------------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------|
| <b>Carcere</b>               | Disturbi antisociali, punteggi elevati PCL-R e MOAS | Alto               | Custodia, misure di sicurezza detentive                  |
| <b>Comunità terapeutiche</b> | Schizofrenia stabilizzata, pazienti in recupero     | Medio              | Misure alternative, libertà vigilata                     |
| <b>Territorio</b>            | Quadri compensati, adesione terapeutica             | Basso              | Sorveglianza ridotta, affidamento a servizi territoriali |

**Flow-chart n. 1: Flusso di presa in carico psichiatrico-forense secondo l’OMS**

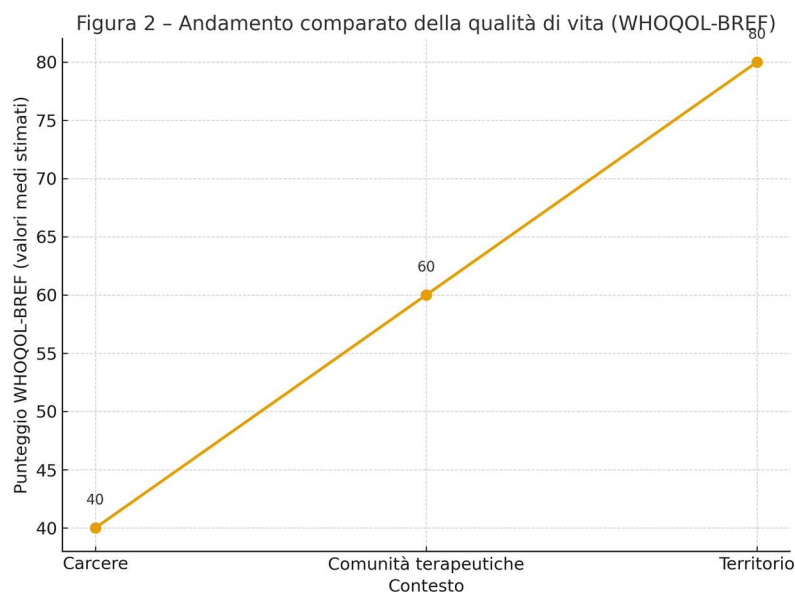


Nel flusso si enfatizza la centralità della “*diversion*” e della continuità *care-justice*: le transizioni tempestive verso servizi comunitari e REMS riducono *drop-out*, crisi e recidiva (WHO, 2021b; 2022).

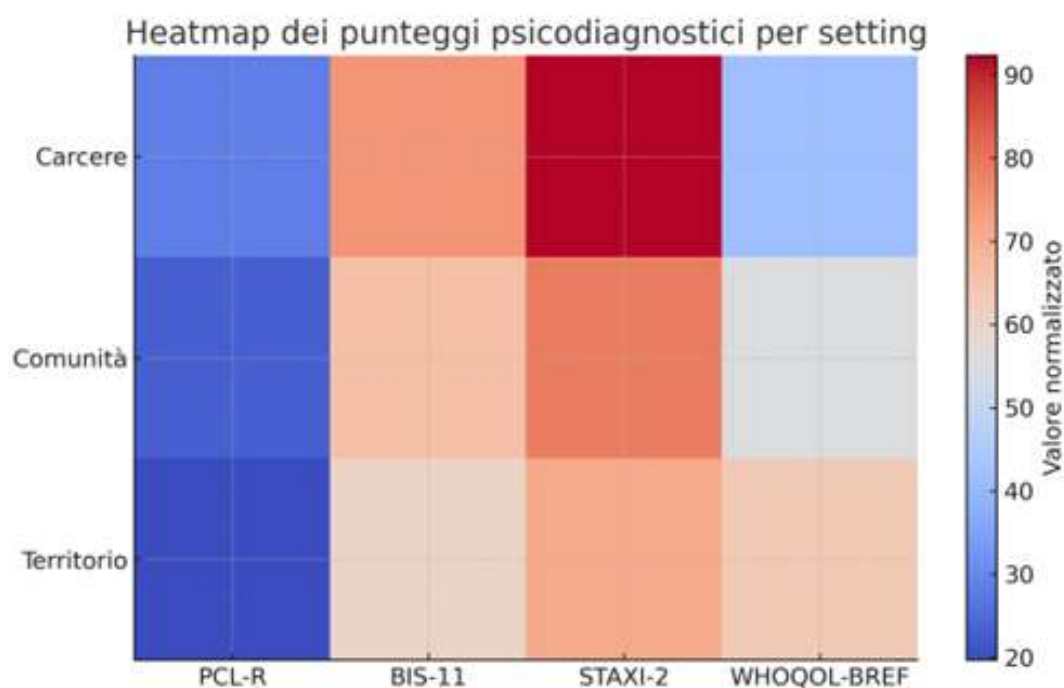
Come si evince poi dall’immagine 99, l’incremento dei punteggi WHOQOL-BREF dal carcere al territorio suggerisce che la riduzione della custodialità, insieme a interventi riabilitativi e sociali, migliora il benessere percepito e può ridurre il rischio di recidiva clinica. I dati mostrano, infatti, un incremento progressivo dei punteggi WHOQOL-BREF passando dal carcere (valori più bassi), alle comunità terapeutiche (valori intermedi) fino al territorio (valori

più alti). Questo andamento suggerisce che il graduale passaggio a contesti meno custodiali e più riabilitativi favorisce un miglioramento della percezione di benessere. L'Immagine B mostra la concentrazione di punteggi PCL-R, BIS-11 e STAXI-2 più elevati in carcere, con valori WHOQOL-BREF più bassi; il profilo è coerente con maggiore pericolosità sociale e minore funzionamento psico-sociale.

**Immagine n. 41: Andamento comparato della qualità di vita (WHOQOL-BREF)**

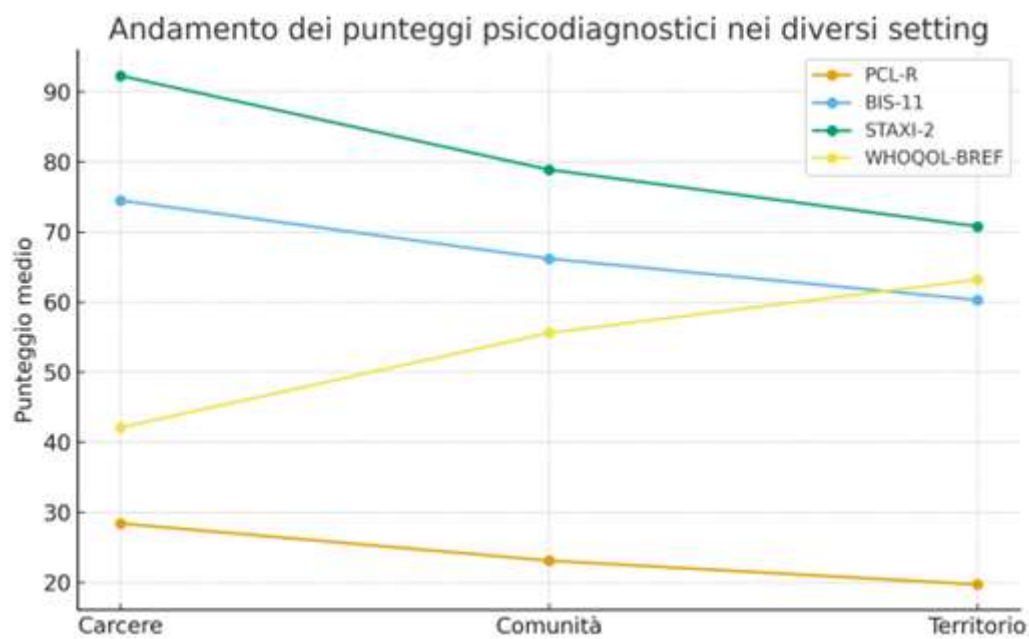


**Immagine n. 42: Heatmap dei punteggi psicodiagnostici (PCL-R, BIS-11, STAXI-2, WHOQOL-BREF) per setting**



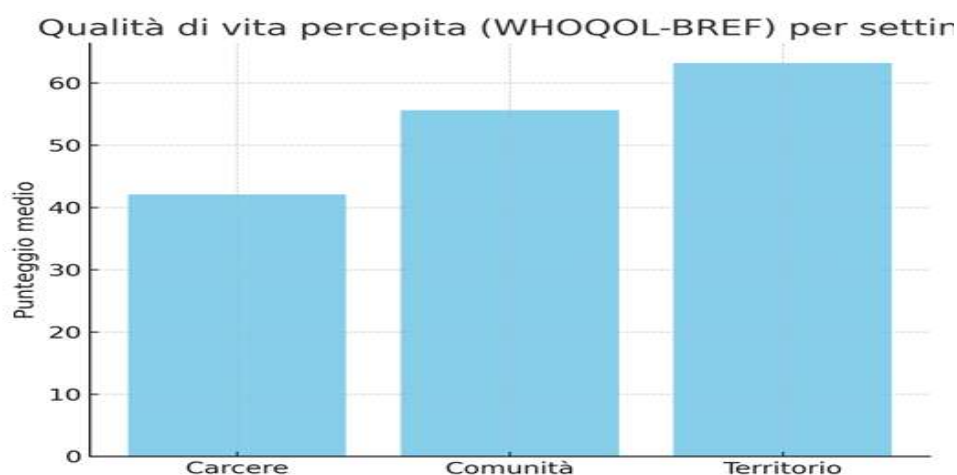
Le traiettorie decrescenti di PCL-R/BIS-11/STAXI-2 e l'aumento di WHOQOL-BREF nei passaggi verso contesti meno restrittivi indicano (Immagine 101) che il graduale “*stepping down*” è associato a benefici clinici.

**Immagine n. 43: Andamento comparativo dei punteggi psicodiagnostici nei diversi setting istituzionali**



Il divario fra carcere e territorio sul WHOQOL-BREF suggerisce (Immagine 102) la necessità di potenziare in carcere gli interventi psicologici, sociali e di reinserimento, garantendo l'equivalenza di cure e dimissioni pianificate (WHO, 2023).

**Immagine n. 44: Qualità di vita percepita (WHOQOL-BREF) nei tre setting di riferimento**



## 8.2 Quadro etico-giuridico e dei diritti umani

In coerenza con la Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (CRPD) e con le linee guida congiunte OMS–OHCHR, la psichiatria forense è chiamata a coniugare la protezione della collettività con la massima tutela dei diritti fondamentali della persona autrice di reato affetta da disturbo mentale.

Ciò implica:

- proporzionalità e “*least restrictive alternative*” nella scelta delle misure
- centralità del consenso informato e della partecipazione dell’utente al progetto di cura
- revisione periodica e motivata delle restrizioni
- trasparenza metodologica nelle perizie, con esplicitazione dei limiti, dell’incertezza e del ragionamento controfattuale.

Il paradigma *rights-based* non è antagonista a quello *evidence-based*: al contrario, la misurazione rigorosa degli esiti (recidiva clinica e criminologica, qualità della vita, funzionamento psico-sociale) è criterio essenziale di legittimazione delle scelte giuridiche e cliniche (WHO, 2021b, 2022; WHO & OHCHR, 2023). L’integrazione dei modelli *Risk–Need–Responsivity* (RNR) con l’approccio *Structured Professional Judgement* (SPJ) consente di trasformare gli esiti valutativi in piani terapeutico-riabilitativi individualizzati. Ai fattori dinamici (impulsività, disregolazione della rabbia, uso di sostanze, bassa qualità di vita, scarso supporto familiare) deve corrispondere, quindi, un ventaglio di interventi intensivi e modulati (psicoeducazione, trattamenti delle dipendenze, training sulle abilità di regolazione emotiva, case management, budget di salute), con rivalutazioni strutturate a 3/6/12 mesi (Bonta & Andrews, 2007; Douglas et al., 2013). A questo proposito, si propone l’adozione di indicatori comuni a livello regionale/nazionale, allineati ai *framework* OMS per la salute in carcere e alla letteratura forense internazionale. I KPI (*Key Performance Indicator* o Indicatore Chiave di Prestazione) dovrebbero includere: tempi medi tra ordinanza e presa in carico effettiva; tasso di misure non eseguibili; aderenza terapeutica a 6 e 12 mesi; accessi in PS e ricoveri; tasso di recidiva a 12–24 mesi per tipologia di disturbo e misura; qualità della vita (WHOQOL-BREF);

percentuale di perizie con dichiarazione dei limiti e uso di fonti multiple; percezione di comprensibilità delle motivazioni (WHO, 2021, 2023).

In Italia, la chiusura degli OPG ha prodotto un guadagno etico e clinico, ma ha anche evidenziato asimmetrie regionali e strozzature organizzative (liste d’attesa REMS, esecuzione parziale delle misure).

Il/i “tavolo/i” permanente/i Giustizia–Sanità con poteri operativi, un cruscotto pubblico di indicatori e *audit* annuali indipendenti possono riallineare *accountability* e qualità.

A latere, sul piano della formazione, magistrati e avvocati necessitano di moduli su psicopatologia, predizione del rischio e limiti degli strumenti; i clinici e i periti necessitano, invece, di moduli su *standard* probatori, struttura della motivazione e linguaggio forense. La costruzione di un lessico condiviso è condizione indispensabile per decisioni più giuste e più efficaci (Consiglio d’Europa, 2025; Consiglio Superiore della Magistratura, 2022).

**Tabella n. 63: Implicazioni etico-giuridiche**

| Attore                                      | Azioni raccomandate                                                                                                                                                                                                                         | Indicatori di verifica                                                                                     |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DSM – Dipartimenti di Salute Mentale</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire continuità assistenziale post-misura</li> <li>• Elaborare PTI condivisi con REMS e UEPE</li> <li>• Monitorare <i>drop-out</i> e crisi</li> </ul>                                         | Tasso aderenza terapeutica<br>Numero accessi PS/ricoveri<br>% PTI condivisi                                |
| <b>REMS</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Applicare criteri di priorità clinico-forense nelle liste d’attesa</li> <li>• Garantire programmi riabilitativi individualizzati</li> <li>• Attivare revisioni periodiche (3–6–12 mesi)</li> </ul> | Tempo medio ingresso<br>% rivalutazioni trimestrali<br>Tasso recidiva a 12/24 mesi                         |
| <b>UEPE</b>                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Favorire misure alternative e <i>diversion</i></li> <li>• Coordinare <i>case management</i> con DSM/REMS</li> <li>• Verificare aderenza a prescrizioni giudiziarie</li> </ul>                      | Numero misure alternative eseguite<br>% casi con <i>case manager</i> nominato<br><i>Report</i> trimestrali |
| <b>Magistratura</b>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formulare quesiti peritali specifici e tempestivi</li> <li>• Condizionare misure a PTI verificabili</li> <li>• Promuovere formazione incrociata clinico-giuridica</li> </ul>                       | % quesiti peritali con fonti multiple<br>% misure con PTI allegato<br>N° giornate di formazione svolte     |

La Tabella riassume, in forma di *checklist* operativa, le implicazioni pratiche per i diversi attori coinvolti (DSM, REMS, UEPE, Magistratura), allo scopo di facilitare la traduzione dei risultati della ricerca in azioni concrete.

La trasferibilità dei risultati di questa ricerca o di ricerche simili, qualora realizzate, ad altri contesti regionali e ad altri sistemi giuridici europei richiede prudenza e studi multicentrici prospettici, con campioni più ampi, analisi multivariate e indicatori comparabili. Rimane tuttavia punto forte di questo progetto, prospetticamente, la convergenza tra strumenti (HCR-20 V3, PCL-R, MOAS, WHOQOL-BREF) e la coerenza con la letteratura internazionale su recidiva e violenza. Un'attenta "profilazione" delle caratteristiche specifiche dei soggetti in carico, deve essere dunque adattata al contesto, alle norme in vigore a livello legislativo e amministrativo, nonché tarata sull'approccio che la singola nazione o regione ha costruito nel tempo. Questo approccio, ci sembra, deve consentire di:

- pianificare interventi terapeutico-riabilitativi personalizzati
- migliorare la gestione del rischio nella presa in carico forense
- favorire il reinserimento sociale futuro
- offrire alla Magistratura indicatori oggettivi e validati per la definizione delle misure.

Quest'ultimo aspetto ci indica che una collaborazione attiva, costante e sistematica tra Servizi sanitari, Uffici giudiziari e Istituzioni socio-assistenziali, può garantire un equilibrio - *inter pares* - tra tutela della collettività e rispetto dei diritti individuali in quel complesso e variegato intreccio di fattori clinici e di personalità, criminologici, storici, anagrafici, sociali e giudiziari che sono stati ampiamente analizzati.

Tutte le strutture operanti in questo ambito, peraltro, non possono essere interpretate come variabili "passive" in quanto - come ampiamente sottolineato - rappresentano contesti in cui si riflettono e si modulano le caratteristiche individuali dei pazienti e degli operatori che divengono più o meno plasmabili o rigidi in funzione dell'effetto ambientale. In particolare, soprattutto il carcere - che appare riservato ai soggetti con maggiore pericolosità sociale e minor accessibilità alla cura - risulta quello meno modificabile in funzione dei bisogni individuali di

pazienti ed operatori ed esercita il maggior grado di rigidità, mentre il territorio e la comunità, offrendo spazi di trattamento e contenimento più flessibili, sembrano meno condizionati da tale “effetto collaterale”, esercitando maggior influsso favorevole a livello della messa a disposizione di risorse orientate sui fattori protettivi (ad es., aprendo con maggiore facilità al supporto familiare o alle risorse della rete), questo ancora una volta in linea con le indicazioni della letteratura *evidence-based* (Douglas et al., 2013; Bonta & Andrews, 2007).

Sul piano eminentemente giuridico, infine, emerge la centralità degli art. 88 e 89 c.p. (incapacità e seminfermità di mente) nella determinazione dell'imputabilità e nell'applicazione delle misure di sicurezza. Tale impostazione, sebbene coerente con le esigenze di contenimento del rischio di recidiva, rischia di trascurare la dimensione riabilitativa limitandosi a dare enfasi al rischio di recidiva più elevato nei soggetti con:

- diagnosi multipla (psicosi + disturbo di personalità)
- storia di violenza interpersonale pregressa
- precedenti penali per reati contro la persona
- trattamento discontinuo o interrotto

Tali variabili, pur risultando predittive sia della recidiva clinica (riacutizzazione psicopatologica) sia della recidiva criminale, non possono mai fare dimenticare che la recidiva clinica e criminale è un fenomeno multidimensionale che richiede risposte multidisciplinari e integrate nelle quali la valutazione strutturata del rischio diventa dispositivo di garanzia sia clinica sia giuridica. In tal senso, la psichiatria forense agisce da ponte tra scienza e diritto traducendo i dati in decisioni, esplicitando l'incertezza e documentando gli esiti. La prospettiva “dal minimo al massimo” - (citata all'inizio di quest'ultimo capitolo) e che si declina dal caso singolo alle politiche - non è solo un riferimento letterario-filosofico, ma una tecnica di governo dei sistemi complessi. La sfida per i prossimi anni sarà allora quella di istituzionalizzare tale prospettiva in procedure, *standard* e responsabilità condivise, nella direzione indicata dai documenti OMS e dagli *standard* europei, affinché ogni decisione restrittiva sia necessaria,

proporzionata, temporanea e orientata al recupero della persona e alla sicurezza della collettività.

## **Appendice 1**

### **Variabili presenti nelle scheda socio-demografico giuridicamente**

Variabili socio-demografiche:

- Sesso biologico e identità di genere
- Età (anagrafica al momento della ricerca, all'esordio della patologia psichiatrica, di ingresso in comunità, alla prima carcerazione, nella quale hanno iniziato ad avere i primi problemi legali, al momento della valutazione psichiatrico forense)
- Anno di nascita
- Luogo di nascita
- Nazionalità e status di cittadinanza
- Livello di istruzione (scuola primaria, secondaria, diploma, laurea, ecc.)
- Stato civile (celibe/nubile, sposato/a, divorziato/a, convivente, ecc.)
- Professione (occupato, disoccupato, pensionato, studente).
- Anno di presa in carico da parte dei Servizi Pubblici
- Anno di ammissione in Struttura
- Struttura di provenienza
- Famiglia e rete parentale

Le principali variabili clinico-criminologiche che saranno prese in esame sono le seguenti:

- Diagnosi secondo DSM V
- Comorbidità
- Profilo psicopatologico della personalità
- Aggressività
- Ostilità
- Rabbia
- Alessitimia
- Impulsività
- Psicopatia

- Rischio di recidiva clinica e criminale
- Valutazione dei bisogni di cura
- Valutazione della qualità di vita.
- Esito perizia psichiatrica e medico – legale
- Presenza e tipologia di reati in anamnesi
- Reato e/o reati durante la fase di esecuzione della pena
- Presenza eventuale e tipologia della misura di sicurezza
- Pericolosità sociale
- Presenza e tipologia di misura di protezione giuridica

## Appendice 2

### Dettaglio dei calcoli statistici sulle variabili continue

|                                 |            | N  | Medio | Deviazion<br>e std. | Errore<br>std. | 95% di<br>intervall<br>o di confide<br>nza per<br>la media |                         | Minimo | Massim<br>o |
|---------------------------------|------------|----|-------|---------------------|----------------|------------------------------------------------------------|-------------------------|--------|-------------|
| Variabili                       |            |    |       |                     |                | Limite<br>inferior<br>e                                    | Limite<br>superior<br>e |        |             |
| eta                             | territorio | 7  | 41,29 | 9,861               | 3,727          | 32,17                                                      | 50,41                   | 31     | 60          |
|                                 | comunità   | 27 | 43,30 | 10,968              | 2,111          | 38,96                                                      | 47,64                   | 26     | 61          |
|                                 | carcere    | 16 | 38,19 | 11,285              | 2,821          | 32,17                                                      | 44,20                   | 22     | 53          |
|                                 | Totale     | 50 | 41,38 | 10,958              | 1,550          | 38,27                                                      | 44,49                   | 22     | 61          |
| esordio                         | territorio | 7  | 29,43 | 7,044               | 2,662          | 22,91                                                      | 35,94                   | 18     | 35          |
|                                 | comunità   | 27 | 28,70 | 9,623               | 1,852          | 24,90                                                      | 32,51                   | 17     | 55          |
|                                 | carcere    | 14 | 23,07 | 6,866               | 1,835          | 19,11                                                      | 27,04                   | 16     | 40          |
|                                 | Totale     | 48 | 27,17 | 8,816               | 1,272          | 24,61                                                      | 29,73                   | 16     | 55          |
| etacomun                        | territorio | 6  | 30,83 | 10,068              | 4,110          | 20,27                                                      | 41,40                   | 18     | 45          |
|                                 | comunità   | 27 | 38,33 | 10,627              | 2,045          | 34,13                                                      | 42,54                   | 20     | 55          |
|                                 | carcere    | 9  | 26,89 | 10,301              | 3,434          | 18,97                                                      | 34,81                   | 16     | 47          |
|                                 | Totale     | 42 | 34,81 | 11,355              | 1,752          | 31,27                                                      | 38,35                   | 16     | 55          |
| anniincar                       | territorio | 7  | 11,86 | 9,599               | 3,628          | 2,98                                                       | 20,73                   | 2      | 30          |
|                                 | comunità   | 27 | 14,59 | 11,140              | 2,144          | 10,19                                                      | 19,00                   | 2      | 44          |
|                                 | carcere    | 14 | 13,43 | 8,751               | 2,339          | 8,38                                                       | 18,48                   | 1      | 30          |
|                                 | Totale     | 48 | 13,85 | 10,127              | 1,462          | 10,91                                                      | 16,79                   | 1      | 44          |
| IMPULSIVITA&ap<br>os; COGNITIVA | territorio | 7  | 16,29 | 1,704               | 0,644          | 14,71                                                      | 17,86                   | 14     | 18          |
|                                 | comunità   | 27 | 16,26 | 4,166               | 0,802          | 14,61                                                      | 17,91                   | 8      | 24          |
|                                 | carcere    | 16 | 18,31 | 2,330               | 0,583          | 17,07                                                      | 19,55                   | 15     | 22          |
|                                 | Totale     | 50 | 16,92 | 3,487               | 0,493          | 15,93                                                      | 17,91                   | 8      | 24          |
| IMPULSIVITA&ap<br>os; MOTORIA   | territorio | 7  | 22,00 | 4,472               | 1,690          | 17,86                                                      | 26,14                   | 17     | 29          |
|                                 | comunità   | 27 | 22,96 | 4,895               | 0,942          | 21,03                                                      | 24,90                   | 15     | 31          |

|                                                  |            |    |       |       |       |       |       |    |    |
|--------------------------------------------------|------------|----|-------|-------|-------|-------|-------|----|----|
|                                                  | carcere    | 16 | 26,00 | 5,279 | 1,320 | 23,19 | 28,81 | 15 | 34 |
|                                                  | Totale     | 50 | 23,80 | 5,111 | 0,723 | 22,35 | 25,25 | 15 | 34 |
| IMPULSIVITA&ap<br>os; NON<br>PIANIFICATA         | territorio | 7  | 26,00 | 5,657 | 2,138 | 20,77 | 31,23 | 18 | 35 |
|                                                  | comunità   | 27 | 25,74 | 4,110 | 0,791 | 24,11 | 27,37 | 19 | 32 |
|                                                  | carcere    | 16 | 25,81 | 3,728 | 0,932 | 23,83 | 27,80 | 19 | 34 |
|                                                  | Totale     | 50 | 25,80 | 4,140 | 0,586 | 24,62 | 26,98 | 18 | 35 |
| Aggressività<br>verbale                          | territorio | 7  | 0,57  | 1,512 | 0,571 | -0,83 | 1,97  | 0  | 4  |
|                                                  | comunità   | 27 | 1,67  | 1,519 | 0,292 | 1,07  | 2,27  | 0  | 4  |
|                                                  | carcere    | 16 | 2,69  | 1,302 | 0,326 | 1,99  | 3,38  | 0  | 4  |
|                                                  | Totale     | 50 | 1,84  | 1,583 | 0,224 | 1,39  | 2,29  | 0  | 4  |
| Auto aggressività                                | territorio | 7  | 0,43  | 0,787 | 0,297 | -0,30 | 1,16  | 0  | 2  |
|                                                  | comunità   | 27 | 0,56  | 1,155 | 0,222 | 0,10  | 1,01  | 0  | 4  |
|                                                  | carcere    | 16 | 1,75  | 1,612 | 0,403 | 0,89  | 2,61  | 0  | 4  |
|                                                  | Totale     | 50 | 0,92  | 1,383 | 0,196 | 0,53  | 1,31  | 0  | 4  |
| Aggressività<br>contro la proprietà              | territorio | 7  | 0,57  | 1,134 | 0,429 | -0,48 | 1,62  | 0  | 3  |
|                                                  | comunità   | 27 | 1,30  | 1,514 | 0,291 | 0,70  | 1,90  | 0  | 4  |
|                                                  | carcere    | 16 | 2,44  | 1,504 | 0,376 | 1,64  | 3,24  | 0  | 4  |
|                                                  | Totale     | 50 | 1,56  | 1,580 | 0,223 | 1,11  | 2,01  | 0  | 4  |
| Aggressività fisica<br>verso le altre<br>persone | territorio | 7  | 0,14  | 0,378 | 0,143 | -0,21 | 0,49  | 0  | 1  |
|                                                  | comunità   | 27 | 1,22  | 1,368 | 0,263 | 0,68  | 1,76  | 0  | 3  |
|                                                  | carcere    | 16 | 2,88  | 1,586 | 0,397 | 2,03  | 3,72  | 0  | 4  |
|                                                  | Totale     | 50 | 1,60  | 1,641 | 0,232 | 1,13  | 2,07  | 0  | 4  |
| Totale                                           | territorio | 7  | 1,71  | 3,729 | 1,409 | -1,73 | 5,16  | 0  | 10 |
|                                                  | comunità   | 27 | 4,74  | 4,720 | 0,908 | 2,87  | 6,61  | 0  | 15 |
|                                                  | carcere    | 16 | 9,75  | 5,335 | 1,334 | 6,91  | 12,59 | 0  | 16 |
|                                                  | Totale     | 50 | 5,92  | 5,506 | 0,779 | 4,36  | 7,48  | 0  | 16 |
| R/S                                              | territorio | 7  | 19,57 | 6,630 | 2,506 | 13,44 | 25,70 | 15 | 33 |

|        |            |    |       |        |       |       |       |    |    |
|--------|------------|----|-------|--------|-------|-------|-------|----|----|
|        | comunità   | 27 | 17,96 | 3,798  | 0,731 | 16,46 | 19,47 | 15 | 28 |
|        | carcere    | 16 | 25,88 | 11,230 | 2,808 | 19,89 | 31,86 | 15 | 55 |
|        | Totale     | 50 | 20,72 | 8,043  | 1,138 | 18,43 | 23,01 | 15 | 55 |
| RS/S   | territorio | 7  | 6,71  | 2,360  | 0,892 | 4,53  | 8,90  | 5  | 11 |
|        | comunità   | 27 | 6,26  | 1,583  | 0,305 | 5,63  | 6,89  | 5  | 11 |
|        | carcere    | 16 | 9,44  | 4,472  | 1,118 | 7,05  | 11,82 | 5  | 19 |
|        | Totale     | 50 | 7,34  | 3,205  | 0,453 | 6,43  | 8,25  | 5  | 19 |
| RS/V   | territorio | 7  | 7,43  | 3,599  | 1,360 | 4,10  | 10,76 | 5  | 15 |
|        | comunità   | 27 | 6,04  | 1,531  | 0,295 | 5,43  | 6,64  | 5  | 10 |
|        | carcere    | 16 | 8,69  | 4,222  | 1,056 | 6,44  | 10,94 | 5  | 19 |
|        | Totale     | 50 | 7,08  | 3,122  | 0,442 | 6,19  | 7,97  | 5  | 19 |
| RS/F   | territorio | 7  | 5,43  | 0,787  | 0,297 | 4,70  | 6,16  | 5  | 7  |
|        | comunità   | 27 | 5,67  | 1,301  | 0,250 | 5,15  | 6,18  | 5  | 9  |
|        | carcere    | 16 | 7,75  | 3,550  | 0,887 | 5,86  | 9,64  | 5  | 17 |
|        | Totale     | 50 | 6,30  | 2,418  | 0,342 | 5,61  | 6,99  | 5  | 17 |
| R/T    | territorio | 7  | 20,00 | 7,810  | 2,952 | 12,78 | 27,22 | 10 | 32 |
|        | comunità   | 27 | 18,78 | 6,104  | 1,175 | 16,36 | 21,19 | 10 | 29 |
|        | carcere    | 16 | 25,75 | 8,054  | 2,013 | 21,46 | 30,04 | 13 | 35 |
|        | Totale     | 50 | 21,18 | 7,569  | 1,070 | 19,03 | 23,33 | 10 | 35 |
| RT/T   | territorio | 7  | 7,43  | 3,735  | 1,412 | 3,97  | 10,88 | 4  | 15 |
|        | comunità   | 27 | 7,11  | 2,562  | 0,493 | 6,10  | 8,12  | 4  | 12 |
|        | carcere    | 16 | 9,44  | 3,425  | 0,856 | 7,61  | 11,26 | 5  | 14 |
|        | Totale     | 50 | 7,90  | 3,151  | 0,446 | 7,00  | 8,80  | 4  | 15 |
| RT/R   | territorio | 7  | 9,57  | 4,467  | 1,688 | 5,44  | 13,70 | 4  | 16 |
|        | comunità   | 27 | 8,30  | 3,010  | 0,579 | 7,11  | 9,49  | 4  | 14 |
|        | carcere    | 16 | 11,38 | 4,097  | 1,024 | 9,19  | 13,56 | 4  | 16 |
|        | Totale     | 50 | 9,46  | 3,786  | 0,535 | 8,38  | 10,54 | 4  | 16 |
| ER/OUT | territorio | 7  | 13,57 | 4,504  | 1,702 | 9,41  | 17,74 | 8  | 22 |
|        | comunità   | 27 | 15,04 | 4,918  | 0,947 | 13,09 | 16,98 | 8  | 29 |
|        | carcere    | 16 | 19,13 | 6,376  | 1,594 | 15,73 | 22,52 | 10 | 31 |
|        | Totale     | 50 | 16,14 | 5,682  | 0,804 | 14,53 | 17,75 | 8  | 31 |
| ER/IN  | territorio | 7  | 18,00 | 4,899  | 1,852 | 13,47 | 22,53 | 11 | 24 |

|                                                    |            |    |       |        |       |       |       |    |     |
|----------------------------------------------------|------------|----|-------|--------|-------|-------|-------|----|-----|
|                                                    | comunità   | 27 | 17,78 | 4,136  | 0,796 | 16,14 | 19,41 | 12 | 31  |
|                                                    | carcere    | 16 | 23,00 | 6,346  | 1,586 | 19,62 | 26,38 | 13 | 32  |
|                                                    | Totale     | 50 | 19,48 | 5,504  | 0,778 | 17,92 | 21,04 | 11 | 32  |
| CR/OUT                                             | territorio | 7  | 19,86 | 7,058  | 2,668 | 13,33 | 26,38 | 8  | 28  |
|                                                    | comunità   | 27 | 18,89 | 5,604  | 1,079 | 16,67 | 21,11 | 7  | 28  |
|                                                    | carcere    | 16 | 18,38 | 6,761  | 1,690 | 14,77 | 21,98 | 8  | 28  |
|                                                    | Totale     | 50 | 18,86 | 6,081  | 0,860 | 17,13 | 20,59 | 7  | 28  |
| CR/IN                                              | territorio | 7  | 23,00 | 6,028  | 2,278 | 17,43 | 28,57 | 13 | 30  |
|                                                    | comunità   | 27 | 21,44 | 6,104  | 1,175 | 19,03 | 23,86 | 8  | 32  |
|                                                    | carcere    | 16 | 20,13 | 6,195  | 1,549 | 16,82 | 23,43 | 8  | 32  |
|                                                    | Totale     | 50 | 21,24 | 6,070  | 0,858 | 19,52 | 22,96 | 8  | 32  |
| ER/INDICE (calcolato)                              | territorio | 7  | 36,71 | 19,763 | 7,470 | 18,44 | 54,99 | 16 | 72  |
|                                                    | comunità   | 27 | 40,48 | 15,550 | 2,993 | 34,33 | 46,63 | 22 | 88  |
|                                                    | carcere    | 16 | 51,63 | 20,208 | 5,052 | 40,86 | 62,39 | 17 | 80  |
|                                                    | Totale     | 50 | 43,52 | 18,284 | 2,586 | 38,32 | 48,72 | 16 | 88  |
| DOMINIO 1 Salute fisica; PUNTEGGIO CONVERTITO      | territorio | 7  | 68,00 | 19,018 | 7,188 | 50,41 | 85,59 | 31 | 94  |
|                                                    | comunità   | 27 | 63,56 | 21,839 | 4,203 | 54,92 | 72,19 | 19 | 100 |
|                                                    | carcere    | 16 | 48,13 | 19,061 | 4,765 | 37,97 | 58,28 | 19 | 88  |
|                                                    | Totale     | 50 | 59,24 | 21,683 | 3,066 | 53,08 | 65,40 | 19 | 100 |
| DOMINIO 2 Salute psicologica; PUNTEGGIO CONVERTITO | territorio | 7  | 60,86 | 19,326 | 7,304 | 42,98 | 78,73 | 44 | 94  |
|                                                    | comunità   | 27 | 56,11 | 22,495 | 4,329 | 47,21 | 65,01 | 6  | 88  |
|                                                    | carcere    | 16 | 43,38 | 15,573 | 3,893 | 35,08 | 51,67 | 25 | 81  |
|                                                    | Totale     | 50 | 52,70 | 20,804 | 2,942 | 46,79 | 58,61 | 6  | 94  |
| DOMINIO 3, relazioni sociali; PUNTEGGIO CONVERTITO | territorio | 7  | 48,29 | 17,056 | 6,447 | 32,51 | 64,06 | 19 | 75  |
|                                                    | comunità   | 27 | 60,15 | 22,362 | 4,304 | 51,30 | 68,99 | 25 | 100 |
|                                                    | carcere    | 16 | 32,81 | 15,450 | 3,862 | 24,58 | 41,05 | 6  | 56  |

|                                                         |            |    |       |        |       |       |       |    |     |
|---------------------------------------------------------|------------|----|-------|--------|-------|-------|-------|----|-----|
|                                                         | Totale     | 50 | 49,74 | 22,969 | 3,248 | 43,21 | 56,27 | 6  | 100 |
| DOMINIO 4 Salute<br>ambiente<br>PUNTEGGIO<br>CONVERTITO | territorio | 7  | 62,71 | 21,093 | 7,972 | 43,21 | 82,22 | 38 | 94  |
|                                                         | comunità   | 27 | 63,74 | 17,823 | 3,430 | 56,69 | 70,79 | 19 | 94  |
|                                                         | carcere    | 16 | 31,75 | 19,604 | 4,901 | 21,30 | 42,20 | 6  | 63  |
|                                                         | Totale     | 50 | 53,36 | 23,771 | 3,362 | 46,60 | 60,12 | 6  | 94  |
| fattore 1                                               | territorio | 7  | 8,86  | 3,532  | 1,335 | 5,59  | 12,12 | 3  | 14  |
|                                                         | comunità   | 27 | 7,63  | 3,753  | 0,722 | 6,14  | 9,11  | 2  | 15  |
|                                                         | carcere    | 16 | 10,69 | 4,316  | 1,079 | 8,39  | 12,99 | 2  | 16  |
|                                                         | Totale     | 50 | 8,78  | 4,077  | 0,577 | 7,62  | 9,94  | 2  | 16  |
| fattore 2                                               | territorio | 7  | 10,71 | 4,786  | 1,809 | 6,29  | 15,14 | 6  | 18  |
|                                                         | comunità   | 27 | 8,78  | 4,458  | 0,858 | 7,01  | 10,54 | 1  | 18  |
|                                                         | carcere    | 16 | 16,25 | 5,235  | 1,309 | 13,46 | 19,04 | 3  | 21  |
|                                                         | Totale     | 50 | 11,44 | 5,768  | 0,816 | 9,80  | 13,08 | 1  | 21  |
| totale                                                  | territorio | 7  | 20,57 | 6,268  | 2,369 | 14,77 | 26,37 | 11 | 31  |
|                                                         | comunità   | 27 | 16,78 | 7,444  | 1,433 | 13,83 | 19,72 | 7  | 32  |
|                                                         | carcere    | 16 | 26,94 | 8,598  | 2,150 | 22,36 | 31,52 | 5  | 33  |
|                                                         | Totale     | 50 | 20,56 | 8,832  | 1,249 | 18,05 | 23,07 | 5  | 33  |

| ANOVA   |                   |                               |    |                     |       |       |  |  |  |
|---------|-------------------|-------------------------------|----|---------------------|-------|-------|--|--|--|
|         |                   | Somm<br>a dei<br>quadra<br>ti | df | Media<br>quadratica | F     | Sig.  |  |  |  |
| eta     | Tra gruppi        | 262,28<br>4                   | 2  | 131,142             | 1,096 | 0,342 |  |  |  |
|         | Entro i<br>gruppi | 5621,4<br>96                  | 47 | 119,606             |       |       |  |  |  |
|         | Totale            | 5883,7<br>80                  | 49 |                     |       |       |  |  |  |
| esordio | Tra gruppi        | 334,39<br>4                   | 2  | 167,197             | 2,267 | 0,115 |  |  |  |
|         | Entro i<br>gruppi | 3318,2<br>72                  | 45 | 73,739              |       |       |  |  |  |

|                                          |                   |              |    |         |       |       |  |  |
|------------------------------------------|-------------------|--------------|----|---------|-------|-------|--|--|
|                                          | Totale            | 3652,6<br>67 | 47 |         |       |       |  |  |
| etacomun                                 | Tra gruppi        | 994,75<br>4  | 2  | 497,377 | 4,520 | 0,017 |  |  |
|                                          | Entro i<br>gruppi | 4291,7<br>22 | 39 | 110,044 |       |       |  |  |
|                                          | Totale            | 5286,4<br>76 | 41 |         |       |       |  |  |
| anniincar                                | Tra gruppi        | 45,175       | 2  | 22,587  | 0,213 | 0,809 |  |  |
|                                          | Entro i<br>gruppi | 4774,8<br>04 | 45 | 106,107 |       |       |  |  |
|                                          | Totale            | 4819,9<br>79 | 47 |         |       |       |  |  |
| IMPULSIVITA&ap<br>os; COGNITIVA          | Tra gruppi        | 45,629       | 2  | 22,814  | 1,949 | 0,154 |  |  |
|                                          | Entro i<br>gruppi | 550,05<br>1  | 47 | 11,703  |       |       |  |  |
|                                          | Totale            | 595,68<br>0  | 49 |         |       |       |  |  |
| IMPULSIVITA&ap<br>os; MOTORIA            | Tra gruppi        | 119,03<br>7  | 2  | 59,519  | 2,410 | 0,101 |  |  |
|                                          | Entro i<br>gruppi | 1160,9<br>63 | 47 | 24,701  |       |       |  |  |
|                                          | Totale            | 1280,0<br>00 | 49 |         |       |       |  |  |
| IMPULSIVITA&ap<br>os; NON<br>PIANIFICATA | Tra gruppi        | 0,377        | 2  | 0,189   | 0,011 | 0,989 |  |  |
|                                          | Entro i<br>gruppi | 839,62<br>3  | 47 | 17,864  |       |       |  |  |
|                                          | Totale            | 840,00<br>0  | 49 |         |       |       |  |  |
| Aggressività<br>verbale                  | Tra gruppi        | 23,568       | 2  | 11,784  | 5,586 | 0,007 |  |  |
|                                          | Entro i<br>gruppi | 99,152       | 47 | 2,110   |       |       |  |  |
|                                          | Totale            | 122,72<br>0  | 49 |         |       |       |  |  |
| Auto aggressività                        | Tra gruppi        | 16,299       | 2  | 8,150   | 4,950 | 0,011 |  |  |
|                                          | Entro i<br>gruppi | 77,381       | 47 | 1,646   |       |       |  |  |

|                                                  |                   |              |    |         |        |       |  |  |  |
|--------------------------------------------------|-------------------|--------------|----|---------|--------|-------|--|--|--|
|                                                  | Totale            | 93,680       | 49 |         |        |       |  |  |  |
| Aggressività<br>contro la proprietà              | Tra gruppi        | 21,039       | 2  | 10,519  | 4,882  | 0,012 |  |  |  |
|                                                  | Entro i<br>gruppi | 101,28<br>1  | 47 | 2,155   |        |       |  |  |  |
|                                                  | Totale            | 122,32<br>0  | 49 |         |        |       |  |  |  |
| Aggressività fisica<br>verso le altre<br>persone | Tra gruppi        | 44,726       | 2  | 22,363  | 12,043 | 0,000 |  |  |  |
|                                                  | Entro i<br>gruppi | 87,274       | 47 | 1,857   |        |       |  |  |  |
|                                                  | Totale            | 132,00<br>0  | 49 |         |        |       |  |  |  |
| Totale                                           | Tra gruppi        | 396,06<br>6  | 2  | 198,033 | 8,542  | 0,001 |  |  |  |
|                                                  | Entro i<br>gruppi | 1089,6<br>14 | 47 | 23,183  |        |       |  |  |  |
|                                                  | Totale            | 1485,6<br>80 | 49 |         |        |       |  |  |  |
| R/S                                              | Tra gruppi        | 639,65<br>3  | 2  | 319,826 | 5,940  | 0,005 |  |  |  |
|                                                  | Entro i<br>gruppi | 2530,4<br>27 | 47 | 53,839  |        |       |  |  |  |
|                                                  | Totale            | 3170,0<br>80 | 49 |         |        |       |  |  |  |
| RS/S                                             | Tra gruppi        | 104,66<br>9  | 2  | 52,334  | 6,172  | 0,004 |  |  |  |
|                                                  | Entro i<br>gruppi | 398,55<br>1  | 47 | 8,480   |        |       |  |  |  |
|                                                  | Totale            | 503,22<br>0  | 49 |         |        |       |  |  |  |
| RS/V                                             | Tra gruppi        | 71,565       | 2  | 35,783  | 4,141  | 0,022 |  |  |  |
|                                                  | Entro i<br>gruppi | 406,11<br>5  | 47 | 8,641   |        |       |  |  |  |
|                                                  | Totale            | 477,68<br>0  | 49 |         |        |       |  |  |  |
| RS/F                                             | Tra gruppi        | 49,786       | 2  | 24,893  | 4,943  | 0,011 |  |  |  |
|                                                  | Entro i<br>gruppi | 236,71<br>4  | 47 | 5,036   |        |       |  |  |  |

|        |                   |              |    |         |       |       |  |  |  |
|--------|-------------------|--------------|----|---------|-------|-------|--|--|--|
|        | Totale            | 286,50<br>0  | 49 |         |       |       |  |  |  |
| R/T    | Tra gruppi        | 499,71<br>3  | 2  | 249,857 | 5,089 | 0,010 |  |  |  |
|        | Entro i<br>gruppi | 2307,6<br>67 | 47 | 49,099  |       |       |  |  |  |
|        | Totale            | 2807,3<br>80 | 49 |         |       |       |  |  |  |
| RT/T   | Tra gruppi        | 56,182       | 2  | 28,091  | 3,068 | 0,056 |  |  |  |
|        | Entro i<br>gruppi | 430,31<br>8  | 47 | 9,156   |       |       |  |  |  |
|        | Totale            | 486,50<br>0  | 49 |         |       |       |  |  |  |
| RT/R   | Tra gruppi        | 95,326       | 2  | 47,663  | 3,690 | 0,032 |  |  |  |
|        | Entro i<br>gruppi | 607,09<br>4  | 47 | 12,917  |       |       |  |  |  |
|        | Totale            | 702,42<br>0  | 49 |         |       |       |  |  |  |
| ER/OUT | Tra gruppi        | 221,59<br>3  | 2  | 110,796 | 3,828 | 0,029 |  |  |  |
|        | Entro i<br>gruppi | 1360,4<br>27 | 47 | 28,945  |       |       |  |  |  |
|        | Totale            | 1582,0<br>20 | 49 |         |       |       |  |  |  |
| ER/IN  | Tra gruppi        | 291,81<br>3  | 2  | 145,907 | 5,750 | 0,006 |  |  |  |
|        | Entro i<br>gruppi | 1192,6<br>67 | 47 | 25,376  |       |       |  |  |  |
|        | Totale            | 1484,4<br>80 | 49 |         |       |       |  |  |  |
| CR/OUT | Tra gruppi        | 10,746       | 2  | 5,373   | 0,140 | 0,870 |  |  |  |
|        | Entro i<br>gruppi | 1801,2<br>74 | 47 | 38,325  |       |       |  |  |  |
|        | Totale            | 1812,0<br>20 | 49 |         |       |       |  |  |  |
| CR/IN  | Tra gruppi        | 42,703       | 2  | 21,352  | 0,569 | 0,570 |  |  |  |
|        | Entro i<br>gruppi | 1762,4<br>17 | 47 | 37,498  |       |       |  |  |  |
|        | Totale            | 1805,1<br>20 | 49 |         |       |       |  |  |  |

|                                                    |                |           |    |          |        |       |                |  |  |
|----------------------------------------------------|----------------|-----------|----|----------|--------|-------|----------------|--|--|
| ER/INDICE (calcolato)                              | Tra gruppi     | 1624,561  | 2  | 812,280  | 2,587  | 0,086 |                |  |  |
|                                                    | Entro i gruppi | 14755,919 | 47 | 313,956  |        |       |                |  |  |
|                                                    | Totale         | 16380,480 | 49 |          |        |       |                |  |  |
| DOMINIO 1 Salute fisica; PUNTEGGIO CONVERTITO      | Tra gruppi     | 3016,703  | 2  | 1508,352 | 3,541  | 0,037 |                |  |  |
|                                                    | Entro i gruppi | 20020,417 | 47 | 425,966  |        |       |                |  |  |
|                                                    | Totale         | 23037,120 | 49 |          |        |       |                |  |  |
| DOMINIO 2 Salute psicologica; PUNTEGGIO CONVERTITO | Tra gruppi     | 2171,226  | 2  | 1085,613 | 2,680  | 0,079 |                |  |  |
|                                                    | Entro i gruppi | 19035,274 | 47 | 405,006  |        |       |                |  |  |
|                                                    | Totale         | 21206,500 | 49 |          |        |       |                |  |  |
| DOMINIO 3, relazioni sociali; PUNTEGGIO CONVERTITO | Tra gruppi     | 7524,347  | 2  | 3762,173 | 9,648  | 0,000 | Scrivere <0,05 |  |  |
|                                                    | Entro i gruppi | 18327,273 | 47 | 389,942  |        |       |                |  |  |
|                                                    | Totale         | 25851,620 | 49 |          |        |       |                |  |  |
| DOMINIO 4 Salute ambiente PUNTEGGIO CONVERTITO     | Tra gruppi     | 10993,906 | 2  | 5496,953 | 15,476 | 0,000 | Scrivere <0,05 |  |  |
|                                                    | Entro i gruppi | 16693,614 | 47 | 355,183  |        |       |                |  |  |
|                                                    | Totale         | 27687,520 | 49 |          |        |       |                |  |  |
| fattore 1                                          | Tra gruppi     | 93,989    | 2  | 46,995   | 3,065  | 0,056 |                |  |  |
|                                                    | Entro i gruppi | 720,591   | 47 | 15,332   |        |       |                |  |  |

|           |                   |              |    |         |        |       |                   |  |  |
|-----------|-------------------|--------------|----|---------|--------|-------|-------------------|--|--|
|           | Totale            | 814,58<br>0  | 49 |         |        |       |                   |  |  |
| fattore 2 | Tra gruppi        | 565,22<br>5  | 2  | 282,612 | 12,471 | 0,000 | Scrivere<br><0,05 |  |  |
|           | Entro i<br>gruppi | 1065,0<br>95 | 47 | 22,662  |        |       |                   |  |  |
|           | Totale            | 1630,3<br>20 | 49 |         |        |       |                   |  |  |
| totale    | Tra gruppi        | 1037,0<br>02 | 2  | 518,501 | 8,749  | 0,001 |                   |  |  |
|           | Entro i<br>gruppi | 2785,3<br>18 | 47 | 59,262  |        |       |                   |  |  |
|           | Totale            | 3822,3<br>20 | 49 |         |        |       |                   |  |  |

| Dimensioni effetto<br>ANOVA |                                           |                       |                                            |           |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|-------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------|-----------|--|--|--|--|--|
|                             |                                           | Stima<br>del<br>punto | Intervall<br>o di<br>confide<br>nza<br>95% |           |  |  |  |  |  |
|                             |                                           |                       | Inferior<br>e                              | Superiore |  |  |  |  |  |
| eta                         | Eta<br>quadratico                         | 0,045                 | 0,000                                      | 0,172     |  |  |  |  |  |
|                             | Epsilon<br>quadratico                     | 0,004                 | -0,043                                     | 0,137     |  |  |  |  |  |
|                             | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,004                 | -0,042                                     | 0,135     |  |  |  |  |  |
|                             | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,002                 | -0,020                                     | 0,072     |  |  |  |  |  |
| esordio                     | Eta<br>quadratico                         | 0,092                 | 0,000                                      | 0,246     |  |  |  |  |  |
|                             | Epsilon<br>quadratico                     | 0,051                 | -0,044                                     | 0,212     |  |  |  |  |  |
|                             | Effetto<br>fisso                          | 0,050                 | -0,043                                     | 0,209     |  |  |  |  |  |

|                                 |                                           |        |        |       |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|-------------------------------------------|--------|--------|-------|--|--|--|--|--|
|                                 | omega<br>quadratico                       |        |        |       |  |  |  |  |  |
|                                 | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,026  | -0,021 | 0,117 |  |  |  |  |  |
| etacomun                        | Eta<br>quadratico                         | 0,188  | 0,006  | 0,367 |  |  |  |  |  |
|                                 | Epsilon<br>quadratico                     | 0,147  | -0,045 | 0,334 |  |  |  |  |  |
|                                 | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,144  | -0,044 | 0,329 |  |  |  |  |  |
|                                 | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,077  | -0,022 | 0,197 |  |  |  |  |  |
| anniincar                       | Eta<br>quadratico                         | 0,009  | 0,000  | 0,086 |  |  |  |  |  |
|                                 | Epsilon<br>quadratico                     | -0,035 | -0,044 | 0,046 |  |  |  |  |  |
|                                 | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | -0,034 | -0,043 | 0,045 |  |  |  |  |  |
|                                 | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | -0,017 | -0,021 | 0,023 |  |  |  |  |  |
| IMPULSIVITA&ap<br>os; COGNITIVA | Eta<br>quadratico                         | 0,077  | 0,000  | 0,222 |  |  |  |  |  |
|                                 | Epsilon<br>quadratico                     | 0,037  | -0,043 | 0,189 |  |  |  |  |  |
|                                 | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,037  | -0,042 | 0,186 |  |  |  |  |  |
|                                 | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,019  | -0,020 | 0,103 |  |  |  |  |  |
| IMPULSIVITA&ap<br>os; MOTORIA   | Eta<br>quadratico                         | 0,093  | 0,000  | 0,245 |  |  |  |  |  |

|                                   |                                  |        |        |        |  |  |  |  |
|-----------------------------------|----------------------------------|--------|--------|--------|--|--|--|--|
|                                   | Epsilon quadratico               | 0,054  | -0,043 | 0,213  |  |  |  |  |
|                                   | Effetto fisso omega quadratico   | 0,053  | -0,042 | 0,209  |  |  |  |  |
|                                   | Effetto casuale omega quadratico | 0,027  | -0,020 | 0,117  |  |  |  |  |
| IMPULSIVITA&apos; NON PIANIFICATA | Eta quadratico                   | 0,000  | 0,000  | 0,000  |  |  |  |  |
|                                   | Epsilon quadratico               | -0,042 | -0,043 | -0,043 |  |  |  |  |
|                                   | Effetto fisso omega quadratico   | -0,041 | -0,042 | -0,042 |  |  |  |  |
|                                   | Effetto casuale omega quadratico | -0,020 | -0,020 | -0,020 |  |  |  |  |
| Aggressività verbale              | Eta quadratico                   | 0,192  | 0,018  | 0,358  |  |  |  |  |
|                                   | Epsilon quadratico               | 0,158  | -0,024 | 0,331  |  |  |  |  |
|                                   | Effetto fisso omega quadratico   | 0,155  | -0,023 | 0,326  |  |  |  |  |
|                                   | Effetto casuale omega quadratico | 0,084  | -0,011 | 0,195  |  |  |  |  |
| Auto aggressività                 | Eta quadratico                   | 0,174  | 0,010  | 0,339  |  |  |  |  |
|                                   | Epsilon quadratico               | 0,139  | -0,032 | 0,311  |  |  |  |  |
|                                   | Effetto fisso omega quadratico   | 0,136  | -0,031 | 0,307  |  |  |  |  |
|                                   | Effetto casuale                  | 0,073  | -0,015 | 0,181  |  |  |  |  |

|                                                  |                                           |       |        |       |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|--------|-------|--|--|--|--|--|
|                                                  | omega<br>quadratico                       |       |        |       |  |  |  |  |  |
| Aggressività<br>contro la proprietà              | Eta<br>quadratico                         | 0,172 | 0,010  | 0,337 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Epsilon<br>quadratico                     | 0,137 | -0,033 | 0,309 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,134 | -0,032 | 0,305 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,072 | -0,016 | 0,180 |  |  |  |  |  |
| Aggressività fisica<br>verso le altre<br>persone | Eta<br>quadratico                         | 0,339 | 0,114  | 0,495 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Epsilon<br>quadratico                     | 0,311 | 0,077  | 0,473 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,306 | 0,075  | 0,468 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,181 | 0,039  | 0,306 |  |  |  |  |  |
| Totale                                           | Eta<br>quadratico                         | 0,267 | 0,060  | 0,431 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Epsilon<br>quadratico                     | 0,235 | 0,020  | 0,406 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,232 | 0,020  | 0,401 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,131 | 0,010  | 0,251 |  |  |  |  |  |
| R/S                                              | Eta<br>quadratico                         | 0,202 | 0,023  | 0,368 |  |  |  |  |  |
|                                                  | Epsilon<br>quadratico                     | 0,168 | -0,019 | 0,341 |  |  |  |  |  |

|      |                                           |       |        |       |  |  |  |  |
|------|-------------------------------------------|-------|--------|-------|--|--|--|--|
|      | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,165 | -0,018 | 0,337 |  |  |  |  |
|      | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,090 | -0,009 | 0,202 |  |  |  |  |
| RS/S | Eta<br>quadratico                         | 0,208 | 0,026  | 0,374 |  |  |  |  |
|      | Epsilon<br>quadratico                     | 0,174 | -0,016 | 0,348 |  |  |  |  |
|      | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,171 | -0,015 | 0,343 |  |  |  |  |
|      | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,094 | -0,008 | 0,207 |  |  |  |  |
| RS/V | Eta<br>quadratico                         | 0,150 | 0,001  | 0,313 |  |  |  |  |
|      | Epsilon<br>quadratico                     | 0,114 | -0,041 | 0,284 |  |  |  |  |
|      | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,112 | -0,040 | 0,280 |  |  |  |  |
|      | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,059 | -0,020 | 0,163 |  |  |  |  |
| RS/F | Eta<br>quadratico                         | 0,174 | 0,010  | 0,339 |  |  |  |  |
|      | Epsilon<br>quadratico                     | 0,139 | -0,032 | 0,311 |  |  |  |  |
|      | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,136 | -0,031 | 0,307 |  |  |  |  |
|      | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,073 | -0,015 | 0,181 |  |  |  |  |

|        |                                  |       |        |       |  |  |  |  |
|--------|----------------------------------|-------|--------|-------|--|--|--|--|
| R/T    | Eta quadratico                   | 0,178 | 0,012  | 0,344 |  |  |  |  |
|        | Epsilon quadratico               | 0,143 | -0,030 | 0,316 |  |  |  |  |
|        | Effetto fisso omega quadratico   | 0,141 | -0,029 | 0,311 |  |  |  |  |
|        | Effetto casuale omega quadratico | 0,076 | -0,014 | 0,184 |  |  |  |  |
| RT/T   | Eta quadratico                   | 0,115 | 0,000  | 0,273 |  |  |  |  |
|        | Epsilon quadratico               | 0,078 | -0,043 | 0,242 |  |  |  |  |
|        | Effetto fisso omega quadratico   | 0,076 | -0,042 | 0,239 |  |  |  |  |
|        | Effetto casuale omega quadratico | 0,040 | -0,020 | 0,136 |  |  |  |  |
| RT/R   | Eta quadratico                   | 0,136 | 0,000  | 0,297 |  |  |  |  |
|        | Epsilon quadratico               | 0,099 | -0,043 | 0,267 |  |  |  |  |
|        | Effetto fisso omega quadratico   | 0,097 | -0,042 | 0,263 |  |  |  |  |
|        | Effetto casuale omega quadratico | 0,051 | -0,020 | 0,152 |  |  |  |  |
| ER/OUT | Eta quadratico                   | 0,140 | 0,000  | 0,302 |  |  |  |  |
|        | Epsilon quadratico               | 0,103 | -0,043 | 0,273 |  |  |  |  |
|        | Effetto fisso omega quadratico   | 0,102 | -0,042 | 0,269 |  |  |  |  |

|                          |                                  |        |        |       |  |  |  |  |
|--------------------------|----------------------------------|--------|--------|-------|--|--|--|--|
|                          | Effetto casuale omega quadratico | 0,054  | -0,020 | 0,155 |  |  |  |  |
| ER/IN                    | Eta quadratico                   | 0,197  | 0,020  | 0,363 |  |  |  |  |
|                          | Epsilon quadratico               | 0,162  | -0,021 | 0,336 |  |  |  |  |
|                          | Effetto fisso omega quadratico   | 0,160  | -0,021 | 0,331 |  |  |  |  |
|                          | Effetto casuale omega quadratico | 0,087  | -0,010 | 0,198 |  |  |  |  |
| CR/OUT                   | Eta quadratico                   | 0,006  | 0,000  | 0,066 |  |  |  |  |
|                          | Epsilon quadratico               | -0,036 | -0,043 | 0,027 |  |  |  |  |
|                          | Effetto fisso omega quadratico   | -0,036 | -0,042 | 0,026 |  |  |  |  |
|                          | Effetto casuale omega quadratico | -0,017 | -0,020 | 0,013 |  |  |  |  |
| CR/IN                    | Eta quadratico                   | 0,024  | 0,000  | 0,130 |  |  |  |  |
|                          | Epsilon quadratico               | -0,018 | -0,043 | 0,093 |  |  |  |  |
|                          | Effetto fisso omega quadratico   | -0,018 | -0,042 | 0,091 |  |  |  |  |
|                          | Effetto casuale omega quadratico | -0,009 | -0,020 | 0,048 |  |  |  |  |
| ER/INDICE#10;(calcolato) | Eta quadratico                   | 0,099  | 0,000  | 0,253 |  |  |  |  |
|                          | Epsilon quadratico               | 0,061  | -0,043 | 0,221 |  |  |  |  |

|                                                                    |                                           |       |        |       |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-------|--------|-------|--|--|--|--|--|
|                                                                    | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,060 | -0,042 | 0,218 |  |  |  |  |  |
|                                                                    | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,031 | -0,020 | 0,122 |  |  |  |  |  |
| DOMINIO 1 Salute<br>fisica&#10;PUNTE<br>GGIO<br>CONVERTITO         | Eta<br>quadratico                         | 0,131 | 0,000  | 0,292 |  |  |  |  |  |
|                                                                    | Epsilon<br>quadratico                     | 0,094 | -0,043 | 0,262 |  |  |  |  |  |
|                                                                    | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,092 | -0,042 | 0,258 |  |  |  |  |  |
|                                                                    | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,048 | -0,020 | 0,148 |  |  |  |  |  |
| DOMINIO 2 Salute<br>psicologica&#10;P<br>UNTEGGIO<br>CONVERTITO    | Eta<br>quadratico                         | 0,102 | 0,000  | 0,257 |  |  |  |  |  |
|                                                                    | Epsilon<br>quadratico                     | 0,064 | -0,043 | 0,225 |  |  |  |  |  |
|                                                                    | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,063 | -0,042 | 0,222 |  |  |  |  |  |
|                                                                    | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,033 | -0,020 | 0,125 |  |  |  |  |  |
| DOMINIO 3,<br>relazioni<br>sociali&#10;PUNT<br>EGGIO<br>CONVERTITO | Eta<br>quadratico                         | 0,291 | 0,077  | 0,453 |  |  |  |  |  |
|                                                                    | Epsilon<br>quadratico                     | 0,261 | 0,038  | 0,430 |  |  |  |  |  |
|                                                                    | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,257 | 0,037  | 0,425 |  |  |  |  |  |

|                                                   |                                  |       |        |       |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------|----------------------------------|-------|--------|-------|--|--|--|--|--|
|                                                   | Effetto casuale omega quadratico | 0,147 | 0,019  | 0,270 |  |  |  |  |  |
| DOMINIO 4 Salute ambiente<br>PUNTEGGIO CONVERTITO | Eta quadratico                   | 0,397 | 0,166  | 0,544 |  |  |  |  |  |
|                                                   | Epsilon quadratico               | 0,371 | 0,131  | 0,525 |  |  |  |  |  |
|                                                   | Effetto fisso omega quadratico   | 0,367 | 0,128  | 0,520 |  |  |  |  |  |
|                                                   | Effetto casuale omega quadratico | 0,225 | 0,069  | 0,351 |  |  |  |  |  |
| fattore 1                                         | Eta quadratico                   | 0,115 | 0,000  | 0,273 |  |  |  |  |  |
|                                                   | Epsilon quadratico               | 0,078 | -0,043 | 0,242 |  |  |  |  |  |
|                                                   | Effetto fisso omega quadratico   | 0,076 | -0,042 | 0,239 |  |  |  |  |  |
|                                                   | Effetto casuale omega quadratico | 0,040 | -0,020 | 0,135 |  |  |  |  |  |
| fattore 2                                         | Eta quadratico                   | 0,347 | 0,121  | 0,502 |  |  |  |  |  |
|                                                   | Epsilon quadratico               | 0,319 | 0,084  | 0,481 |  |  |  |  |  |
|                                                   | Effetto fisso omega quadratico   | 0,315 | 0,082  | 0,475 |  |  |  |  |  |
|                                                   | Effetto casuale omega quadratico | 0,187 | 0,043  | 0,312 |  |  |  |  |  |
| totale                                            | Eta quadratico                   | 0,271 | 0,064  | 0,435 |  |  |  |  |  |

|  |                                           |       |       |       |  |  |  |  |  |
|--|-------------------------------------------|-------|-------|-------|--|--|--|--|--|
|  | Epsilon<br>quadratico                     | 0,240 | 0,024 | 0,411 |  |  |  |  |  |
|  | Effetto<br>fisso<br>omega<br>quadratico   | 0,237 | 0,023 | 0,406 |  |  |  |  |  |
|  | Effetto<br>casuale<br>omega<br>quadratico | 0,134 | 0,012 | 0,255 |  |  |  |  |  |

## BIBLIOGRAFIA

- Adily, A., Albalawi, O., Sara, G., Kariminia, A., Wand, H., Allnutt, S., Schofield, P., Greenberg, D., Grant, L., & Butler, T. (2023). Mental health service utilisation and reoffending in offenders with a diagnosis of psychosis receiving non-custodial sentences: a 14-year follow-up study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 57(3):411-422. <https://doi.org/10.1177/00048674221098942>
- Aebi, M. F., Cocco, E., Molnar, L., & Tiago, M. M. (2022). *SPACE I – Council of Europe Annual Penal Statistics: Prison populations*. Survey 2021. Strasbourg: Council of Europe. [https://images.processopenaleegiustizia.it/f/sentenze/documento\\_mm8EO\\_ppg.pdf](https://images.processopenaleegiustizia.it/f/sentenze/documento_mm8EO_ppg.pdf)
- Alessi, M. C., Mosca, A., Stigliano, G., Lombardi, C., Monti, L., Chieffo, D. P. R., Pettorruso, M., Martinotti, G., & di Giannantonio, M. (2021). Italian REMS, limits and critical issues: from a clinical case to the comparison with the European forensic systems. *Journal of Psychopathology* 27:19-25 DOI: 10.36148/2284-0249-416
- Aliprandi, L., & Corso, P. (2024). *Codice Penale e di Procedura Penale e Leggi complementari*. Piacenza: La Tribuna Editore. ISBN Digitale: 9788829115495
- American Academy of Psychiatry and the Law. (2014). AAPL Practice Guideline for Forensic Psychiatric Evaluation of Defendants Raising the Insanity Defense. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 42(4 Suppl), S3–S76. PMID: 25492121
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (5th ed.)*. Washington DC: APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (5th ed., TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association. ISBN 9780890425763
- Antolisei, F. (2003). *Manuale di Diritto Penale. Parte generale*. Milano: Giuffrè Francis Lefebure. ISBN 8814102600,9788814102608

- Antolisei F. (2008). *Manuale di diritto penale. Parte speciale I*. Milano: Giuffrè Francis Lefebvre. ISBN 9788814206221
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Appelbaum, P. S. (2007). Clinical practice. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *New England Journal of Medicine*, 357(18), 1834–1840. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp074045>
- Archuleta, A.J., Prost, S.G., & Golder, S. (2023). Psychometric properties of the WHOQOL-BREF in a population of older adults in prison: measuring quality of life in a carceral setting. *International Journal of Prisoner Health*, ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/IJPH-07-2022-0042>
- Antigone. (2019). *Il carcere secondo la Costituzione. XV rapporto sulle condizioni di detenzione*. <https://www.antigone.it/quindicesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>
- Antigone. (2024). *Nodo alla gola. XX Rapporto sulle condizioni di detenzione*. <https://www.rapportoantigone.it/ventesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>
- Antigone. (2025). *Senza respiro. XXI Rapporto sulle condizioni di detenzione*. <https://www.rapportoantigone.it/ventunesimo-rapporto-sulle-condizioni-di-detenzione/>
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994a). The Twenty – item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1): 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J. (1994b). The Twenty item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1):33-40. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90006-x](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90006-x)
- Bagby, R.M., Parker, J.D.A., & Taylor, G.J.J. (2020). Twenty-five years with the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, Jan 23;131:109940. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109940>

- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Dickens, S.E. (2006). The development of Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(1): 25-39. <https://doi.org/10.1159/000089224>
- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Loiselle, C. (1990). Cross validation of the factor structure of the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(1):47-51. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(90\)90007-q](https://doi.org/10.1016/0022-3999(90)90007-q)
- Balcioglu, Y. H., Balcioglu, S. S. K., Oncu, F., & Turkcan, A. (2021). Psychopathy, temperament, and character dimensions of personality as risk determinants of criminal recidivism in schizophrenia patients. *Journal of Forensic Sciences*, Nov 66(6):2340-2353. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14834>
- Baranyi, G., Fazal, S., Delhey Langerfeldt, S., & Mundt, A. P. (2022). The prevalence of comorbid serious mental illnesses and substance use disorders among prison populations: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00093-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00093-7)
- Barkataki, I., Kumari, V., Das, M., Hill, M., Morris, R., O'Connell, P., Taylor, P., & Sharma T. (2005). A neuropsychological investigation into violence and mental illness. *Schizophrenia Research*. Apr 1;74(1):1-13. doi: 10.1016/j.schres.2004.08.001
- Barlatti, S., Stefana, A., Bartoli, F., Bianconi, G., Bulgari, V., Candini, V., Carrà, G., Cavallera, C., Clerici, M., Cricelli, M., Ferla, M. T., Ferrari, C., Iozzino, L., Macis, A., Vita, A., de Girolamo, G., & VIORMED-2 Group (2019). Violence risk and mental disorders (VIORMED-2): A prospective multicenter study in Italy. *PLoS One*, Apr 16;14(4):e0214924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214924>
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 61–79). University of Chicago Press. NCJ Number 165559

- Barrenger, S. L., Draine, J., Angell, B., & Herman D. (2017). Reincarceration risk among men with mental illnesses leaving prison: a risk environment analysis. *Community Mental Health Journal*, Nov: 53(8):883-892. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0113-z>
- Barsky, J., & West, A. (2007). Secure settings and the scope for recovery: Service users' perspectives on a new tier of care. *The British Journal of Forensic Practice*, 9(4), 5–11. doi:10.1108/14636646200700020
- Bartlett, A., Somers, N., Fiander, M., & Harty, M. A. (2014). Pathways of care of women in secure hospitals: which women go where and why. *British Journal of Psychiatry* Oct;205(4):298-306. doi: 10.1192/bjp.bp.113.137547. Epub 2014 Aug 7
- Bartol, C. R., & Bartol, A. M. (2021). *Introduction to forensic psychology: Research and application*. California: Sage Pubns. ISBN: 1506387241
- Beaudry, G., Yu, R., Perry, A. E., & Fazel, S. (2021). Effectiveness of psychological interventions in prison to reduce recidivism: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet Psychiatry*, Sep;8(9):759-773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00170-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00170-X)
- Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: A neurocognitive perspective. *Nature Neuroscience*, 8(11), 1458–1463. <https://doi.org/10.1038/nn1584>
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22(1), 63–74. <https://doi.org/10.1023/A:1018763902991>
- Belcher, J. R. (1988). Are jails replacing the mental health system for the homeless mentally ill? *Community Mental Health Journal*, 24, 185–195. doi:10.1007/bf00757136
- Belfrage, H., Fransson, R., & Strand, S. (2000). Prediction of violence using the HCR-20: a prospective study in two maximum-security correctional institutions. *Journal of Forensic Psychiatry*, 11(1):167-175. <https://doi.org/10.1080/095851800362445>

- Bell, C., Tesli, N., Gurholt, T.P., Rokicki, J., Hjell, G., Fischer-Vieler, T., Melle, I., Agartz, I., Andreassen, O.A., Ringen, P.A., Rasmussen, K., Dahl, H., Friestad, C., & Haukvik, U.K. (2023). Psychopathy subdomains in violent offenders with and without a psychotic disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, May 77(4):393-402. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2128869>
- Bennett, T., Holloway, K., & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 107–118. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.001>
- Benzi, I. M. A., & Madeddu, F. (2017). Development of personality disorders: Identity as a key process. *International Journal of Psychology & Behavior Analysis*, 3, 124. <https://doi.org/10.15344/2455-3867/2017/124>
- Bernard, C. (1865). *Introduction à l'étude de la médecine experimental*, Paris, Collège de France, 1859-1876. [ark:/13960/t9r27h34x](https://doi.org/10.13960/t9r27h34x)
- Bertrando, P., Beltz, J., Bressi, C., Clerici, M., & Invernizzi G., (1991). Profili emotivi in famiglie di pazienti schizofrenici: studio italiano sull'Emotività Espressa, *Archivio di Psicologia Neurologia e Psichiatria*, <https://hdl.handle.net/10281/33082>
- Bertrando, P., Cazzullo, C. L., & Clerici, M. (a cura di). (1995). *Terapie familiari e psicoeducazione: Attuali orientamenti nel lavoro con le famiglie di pazienti schizofrenici*. Milano: FrancoAngeli. ISBN 9788820489489
- Bertrando, P., & Clerici, M. (1995). *Trattamenti familiari e interventi psicosociali nei disturbi psichiatrici maggiori: Evoluzione storica e nodi problematici*. In P. Bertrando, C. L. Cazzullo, & M. Clerici (a cura di), *Terapie familiari e psicoeducazione*. Milano: FrancoAngeli. EAN ISBN-13. 9788820489489
- Bertrando, P., & Clerici, M. (1996). Interventi familiari nella schizofrenia: Integrare i modelli sistemico e psicoeducativo? *Quaderni di Psichiatria*, 1, 47–57.
- Bertrando, P., Cazzullo, C. L., & Clerici, M. (a cura di). (1997). *Misurare la famiglia. Il metodo dell'emotività espressa*, Torino: Bollati Boringhieri. ISBN 9788833909868

- Bertsch, I., Courtois, R., Gallard, E., Réveillère, C., & Pham, T. H. (2022). Is it possible to use the HCR-20 V2 to assess the risk of violent recidivism of French offenders? *Forensic Sciences Research*, Nov 4;7(3):402-411. <https://doi.org/10.1080/20961790.2022.2046370>
- Bhugra, D., & Gupta, S. (2011). *Migration and mental health*. Cambridge: University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511760990>
- Bland, J. M., & Altman, D. G. (2010). Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *International Journal of Nursing Studies*, 47(8), 931–936. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.10.001>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*. ISBN No.: 978-0-662-05049-0
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2024). *The psychology of criminal conduct*. Oxfordshire: Routledge. ISBN 9781032272856
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, Mar;123(2):123-42. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.123.2.123>
- Bottesi, G., Candini, V., Ghisi, M., Bava, M., Bianconi, G., Bulgari, V., Carrà, G., Cavallera, C., Conte, G., Cricelli, M., Ferla, M. T., Iozzino, L., Macis, A., Stefana, A., de Girolamo G., & VIORMED-2 Group (2021). Personality, schizophrenia, and violence: a longitudinal study: the second wave of the VIORMED Project. *Journal of personality disorders*, Apr;35(2):236-254. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2019\\_33\\_43](https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_43)
- Cale, E. M., & Lilienfeld, S. O. (2002). Sex differences in psychopathy and antisocial personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 22(8), 1179–1207. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00125-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00125-8)
- Candini, V., Ghisi, M., Bottesi, G., Ferrari, C., Bulgari, V., Iozzino, L., Boero, M. E., De Francesco, A., Maggi, P., Segalini, B., Zuccalli, V., Giobbio, G. M., Rossi, G., de Girolamo, G., & VIORMED-1 Group. (2018). Personality, schizophrenia, and violence: A longitudinal

study. *Journal of Personality Disorders*, 32(4), 465–481. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2017\\_31\\_304](https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_304)

Carlesso G., Cendon P., del Vecchio M., di Benedetto F., Diquigiovanni E., Ferracin M., Gentile M.T., Gigantesco R.M., Lazzari G., Maglio M., Mazzei I., Panaro G., Piccinni M., Roma U., Santaroni S., Schenardi C., Schiavo Barbara, Succu F., Traversi L., Zanon R., Zanon M., & Zatti P. (2021). *L'amministratore di sostegno*. E book Bari: Cacucci editore ISBN: 9788821776953

Carpiniello, B., Pinna, M., Carta, M.G., & Orrù, M.G. (2006). Reliability, validity and acceptability of the WHOQOL-Bref in a sample of Italian psychiatric outpatients. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, Jul-Sep;15(3):228-32. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00004486>

Castelletti, L., Lasalvia, A., Molinari, E., Thomas, S. D., Straticò, E., & Bonetto, C. (2015). A standardised tool for assessing needs in forensic psychiatric population: clinical validation of the Italian CANFOR, staff version. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Jun 24(3):274-81. <https://doi.org/10.1017/S2045796014000602>

Castelletti, L., Santambrogio, J., Scarpa F., Giancontieri, A., Santarone, A., Galeazzi, G.M., & De Fazio, L. (2023). Places of care in italian forensic psychiatry: therapeutic aspects and critical issues in an evolving system. *Rivista di Criminologia*, XVII, (2), 141-152. <https://doi.org/10.7347/RIC-022023-p141>

Catanesi, R., & Mandarelli, G. (2020). La pericolosità sociale nel sistema penale italiano: criticità e prospettive. *Rivista Italiana di Medicina Legale e del Diritto in Campo Sanitario*, 42(2), 345–360.

Catanesi, R., Mandarelli, G., Ferracuti, S., Valerio, A., & Carabellese, F. (2019). The new Italian residential forensic psychiatric system (REMS): A one-year population study. *Rassegna Italiana di Criminologia*. DOI: 10.7347/RIC-NS2019-p07

Cavalera, C., Ferrari, C., Bianconi, G., Bulgari, V., Candini, V., Carrà, G., Clerici, M., Conte, G., Cricelli, M., Ferla, M. T., Iozzino, L., Macis, A., Stefana, A., Ornaghi, A., de

- Girolamo, G., & VIORMED-2 Group (2020). Substance use disorders and violent behaviour in patients with severe mental disorders: A prospective, multicentre study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Dec 54(12):1212-1223. doi: 10.1177/0004867420963732. Epub 2020 Oct 13.
- Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, Oct;2(10):891-900. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(15\)00234-5](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(15)00234-5)
- Cheng, J., Haag, A. M., & Olver, M. E. (2019). Predictors of Historical Clinical Risk Management-20 Version 3 (HCR–20: V3) summary risk ratings. *Psychiatry, Psychology and Law*, 26(3):1-11. <https://doi.org/10.1080/13218719.2019.1618753>
- Chow, R. T. S., Yu, R., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2025). Personality disorders, violence and antisocial behaviour: Updated systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 227(1), 481–491. <https://doi.org/10.1192/bjp.2024.226>
- Ciappi, S. (2021). *Manuale di criminologia*. Molfetta: NelDiritto Editore ISBN: 8832709635
- Clarke, C., Lumbard, D., Sambrook, S., & Kerr, K. (2016). What does recovery mean to a forensic mental health patient? A systematic review and narrative synthesis of the qualitative literature. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27:38-54. <https://doi.org/10.1080/14789949.2015.1102311>
- Clerici, M., Bertrando, P., & Cazzullo, C. L. (1995a). Interventi psicosociali per familiari: Un programma multidimensionale. In P. Bertrando, C. L. Cazzullo, & M. Clerici (a cura di), *Terapie familiari e psicoeducazione* (pp. 187–206). Milano: FrancoAngeli. EAN ISBN-13. 9788820489489
- Clerici, M., Barella, A., & Sacchetti, E. (1995b). Interventi psicoeducativi familiari nella schizofrenia: Metodologie ed efficacia. *Rivista di Riabilitazione Psichiatrica e Psicosociale*, 4, 49–61.

- Clerici, M. (1999). Psicoeducazione e self-help nei disturbi mentali gravi. In M. Pierri (a cura di), *Genitori e figli nel tempo: Per un disegno guida nella psicoterapia delle psicosi*. Bologna: Pàtron. <https://www.psychomedia.it/pm-revs/books/pierri.htm>
- Clerici, M., & Valsecchi, M. (2019). Rischio di recidiva e strumenti di valutazione in psichiatria forense. *Rivista Italiana di Medicina Legale e Diritto Sanitario*, 41(2), 87-104.
- Cochran, J. C., Mears, D. P., & Bales, W. D. (2014). Assessing the effectiveness of correctional sanctions. *Journal of Quantitative Criminology* 30, 317–347. <https://doi.org/10.1007/s10940-013-9205-2>
- Consiglio d'Europa. (2019). Guidelines regarding the use of preventive detention. Strasbourg. <https://www.coe.int/it/web/portal>
- Consiglio d'Europa. (2021). Prisons and probation: a Council of Europe White Paper regarding persons with mental health disorders <https://www.coe.int/it/web/portal>
- Consiglio d'Europa. (2022). European Judicial Systems: CEPEJ evaluation report 2022-evaluation cycle (2020 data) ISBN 978-92-871-9272-1
- Consiglio d'Europa, (CPT) Comitato europeo per la prevenzione della tortura (2023). Standards of the CPT for health care services in prisons. [www.cpt.coe.int](http://www.cpt.coe.int)
- Consiglio d'Europa. (2025). Recommendation on protecting the mental health of prisoners and probationers. Strasbourg: Council of Europe. <https://www.coe.int/it/web/portal>
- Consiglio Superiore della Magistratura. (2022). Relazione sullo stato della giustizia in Italia. Roma. [www.csm.it](http://www.csm.it)
- Consiglio Superiore della Magistratura. (2023). Raccomandazioni per l'attività peritale in ambito psichiatrico forense. [www.csm.it](http://www.csm.it)
- Consiglio Superiore della Magistratura (2024) Inaugurazione dell'Anno Giudiziario 2024. Linee guida per gli interventi dei consiglieri, delibera 17 gennaio 2024. [www.csm.it](http://www.csm.it)
- Conti, F. (2013). *Claude Bernard e la nascita della biomedicina*. Milano: Cortina. ISBN 978-88-6030-595-4

- Cooke, D. J., & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13(2), 171–188.  
<https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.171>
- Cooke, D. J., Michie, C., Hart, S. D., & Clark, D. A. (2004). Reconstructing psychopathy: Clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(4), 337–357.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.4.337.40347>
- Corleone, C. (2018). *Rems: luci e ombre della riforma psichiatrica penitenziaria*. Milano: FrancoAngeli.
- Cornaggia, C. M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatric wards: A systematic review. *Psychiatry Research*, 189(1), 10–20.  
DOI: 10.1016/j.psychres.2010.12.024
- Corte Costituzionale (2022). Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale. *Gazzetta Ufficiale*, n. 27, del 2 febbraio 2022.
- Covernton, E. E., Moores, A., & Lowenstein, J. A. (2019). Changing clinicians' perceptions of the role that risk formulation and the HCR-20v3 play in the assessment and management of violence. *Journal of Forensic Practice*, 21(4):212-227. <https://doi.org/10.1108/JFP-05-2019-0019>
- Craparo, G., Schimmenti, A., & Caretti, V. (2013). Traumatic experiences in childhood and psychopathy: A study on a sample of violent offenders from Italy. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 21471. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.21471>
- Crofts, T., & Wake, N. (2021). Diminished responsibility determinations in England and Wales and New South Wales. *Northern Ireland Legal Quarterly*, 72(3), 427–452.  
<https://doi.org/10.53386/nllq.v72i2.874>
- Darke, S., Kaye, S., McKetin, R., & Duflou, J. (2008). Major physical and psychological harms of methamphetamine use. *Drug and Alcohol Review*, 27(3), 253–262.  
<https://doi.org/10.1080/09595230801923702>

- Dawson, J. (2015). A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. *International Journal of Law and Psychiatry*, 40, 70–79.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.04.003>
- De Girolamo, G., Carrà, G., Fangerau, H., Ferrari, C., Gosek, P., Heitzman, J., Salize, H., Walker, M., Wancata, J., & Picchioni K. (2019). European violence risk and mental disorders (EU-VIORMED): a multi-centre prospective cohort study protocol. *BMC Psychiatry*, Dec;19(1):410. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2379-x>
- De Girolamo, G., Iozzino, L., Ferrari, C., Gosek, P., Heitzman, J., Salize, H.J., Wancata, J., Picchioni, M., & Macis, A. (2023). A multinational case-control study comparing forensic and non-forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: the EU-VIORMED project. *Psychological Medicine*, Apr;53(5):1814-1824. <https://doi.org/10.1017/S0033291721003433>
- De Girolamo, G., Picardi, A., Micciolo, R., Falloon, I., Fioritti, A., & Morosini, P. (2002). Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry*, 190(6), 481–485. DOI 10.1192/bjp.181.3.220
- De Leonardis, O. (2015). *La riforma psichiatrica in Italia: un bilancio sociologico*. Milano: FrancoAngeli.
- De Marco, R., Cerveri, I., Bugiani, M. & Verlato, G. (1998). An undetected burden of asthma in Italy: the relationship between clinical and epidemiological diagnosis of asthma. *European Respiratory Journal* 11(3): 599-605; DOI: <https://doi.org/10.1183/09031936.98.11030599>
- De Marsico, A., & Mazzanti, M. (1969). *Diritto Penale. Parte speciale*, Napoli: Jovene. EAN 9788824301435
- De Vogel, V., De Beuf, T., Shepherd, S., Schneider, R. D. (2022). Violence Risk Assessment with the HCR-20V3 in Legal Contexts: A Critical Reflection. *Journal of Personality Assessment*. Mar-Apr;104(2):252-264. doi: 10.1080/00223891.2021.202192 5. Epub 2022 Jan 21.

- Di Giuseppe, R., & Tafrate, R. C. (2007). *Understanding anger disorders*. Oxford University Press. ISBN: 9780195170795
- Di Lorito, C., Castelletti, L., Lega, I., Gualco, B., Scarpa, F., & Völlm B. (2017). The closing of forensic psychiatric hospitals in Italy: determinants, current status and future perspectives. A scoping review. *International Journal of Law and Psychiatry*, Nov-Dec 55:54-63. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.10.004>
- Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale (2023). *Appello alle autorità istituzionali*. [https://www.quotidianosanita.it/allegati/create\\_pdf.php?all=1673439399.pdf](https://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=1673439399.pdf)
- Dolan, M., & Doyle, M. (2000). Violence risk prediction: Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. *British Journal of Psychiatry*, 177(4), 303–311. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.4.303>
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11(3), 347–383. <https://doi.org/10.1037/1076-8971.11.3.347>
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135(5), 679–706. <https://doi.org/10.1037/a0016311>
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20 V3 Assessing Risk for Violence. Checklist per la valutazione del rischio di recidiva di un crimine violento*. Adattamento italiano. A cura di Caretti, V., Scarpa, F., Ciappi, S., Castelletti, L., Catanesi, R., Carabellese, F. F., Ferracuti, S., Nava, F. A., Nicolò, G., Paterniti, R., Rivellini G., & Schimmenti. A. (2019).
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2017). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University. ISBN: 978-0-86491-344-9

- D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230. Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, Supplemento Ordinario n. 131.
- Drake, R. E., Mueser, K. T., Brunette, M. F., & McHugo, G. J. (2004). A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27(4), 360–374. DOI: 10.2975/27.2004.360.374
- Edworthy, R., Sampson, S., & Völlm, B. (2016). Inpatient forensic-psychiatric care: Legal frameworks and service provision in three European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.027>
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction). (2023). Prison and drugs in Europe: Current and future challenges. ISBN: 978-92-9497-690-1
- Ercolani, A.P., Areni, A. & Leone L. (2001). *Statistica per la psicologia. I. Fondamenti di psicometria e statistica descrittiva*. Bologna: Il Mulino ISBN 9788815083937
- European Court of Human Rights. (1979). Winterwerp v. The Netherlands, 6301/73, <https://hudoc.echr.coe.int/eng?i=001-57597>
- Farrington, D. P., Gallagher, B., Morley, L., St. Ledger, R. J., & West, D. J. (1986). Unemployment, school leaving, and crime. *British Journal of Criminology*, 26(4), 335-356. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.bjc.a047626>
- Farrington, D. P., Ttofi, M. M., & Piquero, A. R. (2016). Risk, promotive, and protective factors in youth offending: Results from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of Criminal Justice*, 45, 63–70. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2016.02.014>
- Favril, L., Yu, R., Hawton, K., & Fazel, S. (2020). Risk factors for self-harm in prison: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 682–691. Doi: 10.1016/S2215-0366(20)30190-5.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359(9306), 545–550. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07740-1.

- Fazel, S., & Grann, M. (2006). The population impact of severe mental illness on violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 163(8):1397–1403. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.8.1397>
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L., Geddes, J.R., & Grann, M. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, Aug 6(8):e1000120. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000120>
- Fazel, S., Buxrud, P., Ruchkin, V., & Grann, M. (2010a). Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case-control study. *Schizophrenia Research* Nov;123(2-3):263-9. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.019
- Fazel, S., Lichtenstein, P., Grann, M., Goodwin, G. M., & Långström, N. (2010b). Bipolar disorder and violent crime: New evidence from population-based longitudinal studies and a systematic review. *Archives of General Psychiatry*, 67(9), 931–938. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20819987/>
- Fazel, S., & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *The Lancet*, 377(9769), 956–965. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33,588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364–373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2012). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples: involving 24 827 people: Systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 345, e4692. doi: 10.1136/bmj.e4692.
- Fazel, S., Wolf, A., Palm, C., & Lichtenstein, P. (2014a). Violent crime, suicide, and premature mortality in patients with schizophrenia and related disorders: A 38-year total population study in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 44–54. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70223-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70223-8)

- Fazel, S., Zetterqvist, J., Larsson, H., Långström, N., & Lichtenstein, P. (2014b). Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *The Lancet*, 384, 1206–1214.
- Fazel, S., Wolf, A., Palm, C., & Lichtenstein, P. (2015). Depression and violent crime: A Swedish population study. *The Lancet Psychiatry*, 2(11), 949–958. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26236648/>
- Fazel, S., & Wolf A. (2015). A Systematic Review of Criminal Recidivism Rates Worldwide: Current Difficulties and Recommendations for Best Practice. *PLoS One*, Jun 18;10(6):e0130390. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130390>
- Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M., & Trestman, R. (2016a). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes, and interventions. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 871–881. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30142-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30142-0)
- Fazel, S., Singh, J. P., Doll, H., & Grann, M. (2016b). Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24,827 people: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 345, e4692. <https://doi.org/10.1136/bmj.e4692>
- Fazel, S., Wolf, A., Fimińska, Z., & Larsson, H. (2016c). Mortality, rehospitalisation and violent crime in forensic psychiatric patients discharged from hospital: Rates and risk factors. *PLoS ONE*, 9(5), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155906>
- Fazel, S., Ramesh, T., & Hawton, K. (2017). Suicide in prisons: An international study of prevalence and contributory factors. *The Lancet Psychiatry*, 4(12), 946–952. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30430-3
- Fazel, S., Yoon, I. A., & Hayes, A. J. (2017). Substance use disorders in prisoners: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Addiction*, 112(10), 1725–1739. <https://doi.org/10.1111/add.13877>
- Ferrito, M., Vetere, A., Adshead, G., & Moore, E. (2012). Life after homicide: Accounts of recovery and redemption of offender patients in a high security hospital – a qualitative study. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 23(3), 327–344. <https://doi.org/10.1080/14789949.2012.668211>

- Fiandaca, G., & Musco, E. (2024). *Diritto penale. Parte generale*. Bologna: Zanichelli. ISBN: 9788808399359
- Filov, I. (2019). Antisocial Personality Traits as a Risk Factor of Violence between Individuals with Mental Disorders. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, Feb 25;7(4):657-662. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.146>
- First, M.B., Williams, J.B.W., Smith Benjamin, L., & Spitzer, R. L. (2017). *SCID-5-PD. Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5*. Milano: Raffaello Cortina Editore. ISBN 9788860308863
- Ford, M. (2015, June 8). America's largest mental hospital is a jail. *The Atlantic*. Retrieved from <http://www.theatlantic.com/politics/archive/2015/06/americas-largest-mental-hospital-is-a-jail/395012>
- Fornari, U. (2013). *Trattato di psichiatria forense*. Milano: Giuffrè. ISBN 978-8859809258
- Fornari, U. (2024). *Trattato di psicopatologia e di psichiatria forense*. Torino: UTET Giuridica. ISBN 9788859826842
- Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barrat, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of Clinical Psychology*, Jun;57(6):815-28. <https://doi.org/10.1002/jclp.1051>
- Galilei, G. (1623). *Il Saggiatore*. Roma: Macardi.
- Galilei, G. (1638). *Discorsi e dimostrazioni matematiche intorno a due nuove scienze attenenti alla meccanica & i movimenti locali*. Leida: Elzeviri
- Gallucci, M., Leone L. & Berlingeri M. (2017). *Modelli statistici per le scienze sociali*. Torino: Pearson. ISBN: 8891902802
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books. ISBN-13: 978-0140137392
- Gordon, H., Lindqvist, P. (2007). Forensic psychiatry in Europe. *Psychiatric Bulletin* 31(11):421-424 DOI:10.1192/pb.bp.107.014803

- Gosek, P., Kotowska, J., Rowińska-Garbień, E., Bartczak, D., & Heitzman, J. (2020). Factors Influencing Length of Stay of Forensic Patients: Impact of Clinical and Psychosocial Variables in Medium Secure Setting. *Front Psychiatry* Aug 14;11:810. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00810. eCollection 2020.
- Gottfried, E. D., & Christopher, S. C. (2017). Mental Disorders Among Criminal Offenders: A Review of the Literature. *Journal of Correctional Health Care*, Jul;23(3):336-346. <https://doi.org/10.1177/1078345817716180>.
- Grabe, H. J., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (2004). Alexithymia and personality in relation to dimensions of psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 161(7), 1299–1301. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.7.1299>
- Grann, M., Danesh, J., & Fazel, S. (2008). The association between psychiatric diagnosis and violent re-offending in adult offenders in the community. *BMC Psychiatry*, Nov 25;8:92. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-8-92>
- Gray, N. S., Taylor, J., & Snowden, R. J. (2008). Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *British Journal of Psychiatry*, May;192(5):384-7. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.044065>
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist—Revised*. Toronto: Multi-Health Systems
- Hare, R. D. (2003a). *PCL-R Hare Psychopathy Checklist Revised. Manuale*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Hare, R. D. (2003b). *PCL-R Hare Psychopathy Checklist Revised Istruzioni per l'attribuzione dei punteggi*. Firenze: Giunti Psychometrics.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2008). Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 217–246. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452>
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1991). Psychopathy and violent recidivism. *Law and Human Behavior*, 15(6):625-637. DOI:10.1007/BF01065856

- Hayes, A. J., Burns, A., Turnbull, P., & Shaw, J. J. (2012). The health and social needs of older male prisoners. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(11), 1155–1162. <https://doi.org/10.1002/gps.3761>
- Hemming, L., Haddock, G., Shaw, J., & Pratt, D. (2019). Alexithymia and its associations with depression, suicidality, and aggression: An overview of the literature. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 203. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00203>
- Hemphill, J. F., Hare, R. D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3(1), 139–170. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8333.1998.tb00355.x>
- Hoaken, P. N. S., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1533–1554. doi: 10.1016/j.addbeh.2003.08.033.
- Hodgins, S. (2008). Violent behavior among people with schizophrenia: A framework for investigations of causes, and effective treatment, and prevention. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 363(1503), 2505–2518. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0034>
- Hodgins, S., & Klein, S. (2017). New clinically relevant findings about violence by people with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(2), 86–93. Doi: 10.1177/0706743716648300
- Hodgins, S., Eronen, M., Freese, R., Hart, S., Mueller-Isberner, R., Ross, D., Webster, C., & Tiihonen, J. (2023). Correspondence regarding De Girolamo et al., 2021 'A multinational case-control study comparing forensic and non-forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: the EU-VIORMED project'. *Psychological Medicine*, Jun;53(8):3764-3765. <https://doi.org/10.1017/S0033291721004347>
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal*

of *Abnormal Child Psychology*, 37(6), 749–775. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9310-8>

- Howells, K., & Day, A. (2003). Readiness for anger management: Clinical and theoretical issues. *Clinical Psychology Review*, 23(2), 319–337. doi: 10.1016/s0272-7358(02)00228-3.
- Iozzino, L., Ferrari, C., Large, M., Nielsen, O., & De Girolamo, G. (2015). Prevalence and Risk Factors of Violence by Psychiatric Acute Inpatients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*, Jun 10;10(6):e0128536. doi: 10.1371/journal.pone.0128536.
- ISTAT. (2022). Persone detenute negli istituti penitenziari italiani. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. <http://www.Istat.it>
- ISTAT. (2023). Indicatori demografici. Anno 2022. Roma: Istituto Nazionale di Statistica. <http://www.Istat.it>
- James, D. J., & Glaze, L. E. (2006). Mental health problems of prison and jail inmates (NCJ 213600). Washington, DC: *Bureau of Justice Statistics*. Retrieved from <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mhppji.pdf>
- Japan Ministry of Justice (2007). *White Paper on Crime 2007: The Circumstances and Attributes of Repeat Offenders and Countermeasures to Recidivism* NCJ Number 230636. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/white-paper-crime-2007-circumstances-and-attributes-repeat>
- Kallert, T. W., Glöckner, M., & Onchev, G., Raboch, J., Karastergiou, A., Solomon, Z., Magliano, L., Dembinskas, A., Kiejna, A., Nawka, P., Torres-González, F., Priebe, S., & Kjellin, L. (2005). The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: Study design and preliminary data. *World Psychiatry*, 4(3), 168–172. PMID: 16633543
- Kastner, R. M., Vitacco, M. J., Anderson, K., & Batastini, A. B. (2022). Risk assessment and provisional discharge: Predictive utility of the HCR-20. *Psychology, Public Policy, and Law*, 28(3), 332–343. <https://doi.org/10.1037/law0000337>

- Kauhanen, J., Kaplan, G. A., Cohen, R. D., Julkunen, J., & Salonen, J. T. (1992). Alexithymia and risk of death in middle-aged Finnish men. *Psychosomatic Medicine*, 54(3), 243–250. doi: 10.1016/s0022-3999(96)00226-7
- Kay, S. R., Wolkenfeld, F., & Murrill, L. M. (1988). Profiles of aggression among psychiatric patients: I. Nature and prevalence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176(9), 539–546. doi: 10.1097/00005053-198809000-00007
- Kennedy, H.G., Carabellese, F., & Carabellese, F. (2021). Evaluation and management of violence risk for forensic patients: is it a necessary practice in Italy? *Journal of Psychopathology*, 27, 11-18. <https://doi.org/10.36148/2284-0249-415>
- Kennefick, L. (2011). Introducing a new diminished responsibility defence for England and Wales. *The Modern Law Review*, 19(3), 345–367. 74(5) 750-766
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication *Archives of General Psychiatry*, 62;(6):593-602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kevin, S., Douglas, S.D., Hart, C.D., & Webster, H.B. (2019). *HCR-20 V3. Assessing Risk for Violence*. Firenze: Hogrefe.
- King, C., & Murphy, G. H. (2014). A systematic review of people with autism spectrum disorder and the criminal justice system. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(11), 2717–2733. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2046-5>
- Kirmayer, L. J., Narasiah, L., Munoz, M., Rashid, M., Ryder, A. G., Guzder, J., & Pottie, K. (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: General approach in primary care. *Canadian Medical Association Journal*, 183(12), E959–E967. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090292>
- Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., & Dixon, L. B. (2016). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 94–103. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp130>

- Kristof, N. (2014, February 8). Inside a mental hospital called jail. *The New York Times*. Retrieved from [http://www.nytimes.com/2014/02/09/opinion/sunday/inside-a-mental-hospital-called-jail.html?\\_r=40](http://www.nytimes.com/2014/02/09/opinion/sunday/inside-a-mental-hospital-called-jail.html?_r=40)
- La Costituzione della Repubblica Italiana (1947). *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, n. 298 del 27/12/1947.
- Laithwaite, H., & Gumley, A. (2007). Sense of self, adaptation and recovery in patients with psychosis in a forensic NHS setting. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(4), 302–316. <https://doi.org/10.1002/cpp.538>
- Långström, N., Sjöstedt, G., & Grann, M. (2004). Psychiatric disorders and recidivism in sexual offenders. *Sexual Abuse*, 16(2), 139–150. <https://doi.org/10.1177/107906320401600204>
- Lappi-Seppälä, T., & Tonry, M. (2011). Crime, criminal justice, and criminology in the Nordic countries. *Crime and Justice*, 40(1), 1–32. doi:10.1086/660822
- Large, M. M., & Nielssen, O. (2011). Violence in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 125(2–3), 209–220. doi:10.1016/j.schres.2010.11.026. Epub 5 gennaio 2011.
- Latvala, A., Tideman, M., Søndena, E., Larsson, H., Butwicki, A., Fazel, S. & Lichtenstein, P. (2023). Association of intellectual disability with violent and sexual offending and victimization: A population-based cohort study. *Psychological Medicine* Jul;53(9):3817-3825. doi: 10.1017/S0033291722000460. Epub 2022 Mar 3
- Legge 26 luglio 1975, n. 354. Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, n. 212, 9 agosto 1975, Supplemento Ordinario.
- Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale* n. 133, 16 maggio 1978.
- Legge 24 novembre 1981, n. 689. Modifiche al sistema penale. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale* n. 329, 30 novembre 1981.

- Legge 10 ottobre 1986, n. 663. Modifiche alla legge sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. *Gazzetta Ufficiale, Serie Generale*, n. 241 del 16 ottobre 1986, Supplemento Ordinario n. 95.
- Legge 9 gennaio 2004, n. 6. Relativa all'istituzione dell'Amministrazione di Sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del Codice Civile in materia di interdizioni e di inabilitazioni, nonché relative a norme di attuazione, di coordinamento e finali. *Gazzetta Ufficiale* n. 14, del 19 gennaio 2004.
- Legge 30 maggio 2014, n. 81. Ospedali psichiatrici giudiziari: Legge di conversione del DL 81/2014, *Gazzetta Ufficiale* n. 125 del 31-5-2014
- Lehmann, R. J. B., Neumann, C. S., Hare, R. D., Biedermann, J., Dahle, K. P., & Mokros, A. (2019). A Latent Profile Analysis of Violent Offenders Based on PCL-R Factor Scores: Criminogenic Needs and Recidivism Risk. *Front Psychiatry*, Sep 6;10:627. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00627>
- Leistico, A.-M. R., Salekin, R. T., DeCoster, J., & Rogers, R. (2008). A large-scale meta-analysis relating the Hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law and Human Behavior*, 32(1), 28–45. <https://doi.org/10.1007/s10979-007-9096-6>
- Liebling, A., & Maruna, S. (Eds.). (2013). *The effects of imprisonment*. Routledge. ISBN 9781843922179
- Lin, L. C., & Yao, G. (2022). Validation of the factor structure of the WHOQOL-BREF using meta-analysis of exploration factor analysis and social network analysis. *Psychological Assessment*, Jul;34(7):660-670. <https://doi.org/10.1037/pas0001122>
- Lingiardi, V., Maffei, C., Fossati, A., & Madeddu, F. (1999). Defense mechanisms and personality disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 224–228. <https://doi.org/10.1097/00005053-199904000-00005>
- Livingston, J. D., Nijdam-Jones, A., & Brink, J. (2012). A tale of two cultures: Examining patient-centered care in a forensic mental health hospital. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, Mar 22;23(3):345–360. doi: 10.1080/14789949.2012.668214

- Lochner, L., & Moretti, E. (2004). The effect of education on crime: Evidence from prison inmates, arrests, and self-reports. *American Economic Review*, 94(1), 155–189. <https://doi.org/10.1257/000282804322970751>
- Long, C. G., Webster, P., Waine, J., Motala, J., & Hollin, C. R. (2008). Usefulness of the CANFOR-S for measuring needs among mentally disordered offenders resident in medium or low secure hospital services in the UK: a pilot evaluation. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(1):39-48. <https://doi.org/10.1002/cbm.676>
- Loyola, I. (1991). *Esercizi spirituali*. Milano: Jaca Book. (Opera originale pubblicata nel 1548) EAN: 9788816280557
- Lund, C., Hofvander, B., Forsman, A., Anckarsäter, H., & Nilsson, T. (2013). Violent criminal recidivism in mentally disordered offenders: a follow-up study of 13-20 years through different sanctions. *International Journal of Law and Psychiatry*, May-Aug;36(3-4):250-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.04.015>
- Lurigio, A. J. (2011). People with serious mental illness in the criminal justice system: Causes, consequences, and correctives. *The Prison Journal*, 91(3\_suppl), 66S–86S. <https://doi.org/10.1177/0032885511415226>
- Lysaker, P. H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannesen, J. K., Nicolo, G., & Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: Associations with insight, neurocognition, symptom and function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(1), 64–71. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x>
- Madden, A., Scott, F., Burnett, R., Lewis, G. H., & Skapinakis, P. (2004). Offending in psychiatric patients after discharge from medium secure units: prospective national cohort study. *British Medical Journal*, Jun 26;328(7455):1534. doi: 10.1136/bmj.38075.467569.EE. Epub 2004 May 28
- Madeddu, F., & Dazzi, S. (2008). Devianza e antisocialità. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee. Milano: Raffaello Cortina Editore. ISBN-13: 978-8860302250

- Maffei, C., Fossati, A., Lingiardi, V., Madeddu, F., Borellini, C., & Petrachi, M. (1995). Personality maladjustment, defenses, and psychopathological symptoms in nonclinical subjects. *Journal of Personality Disorders*, 9(4), 330–345. <https://doi.org/10.1521/pedi.1995.9.4.330>
- Mandarelli, G., Carabellese, F., Felthous, A. R., Parmigiani, G., Del Casale, A., Catanesi, R., Montalbò, D., & Ferracuti, S. (2019), The factors associated with forensic psychiatrists' decisions in criminal responsibility and social dangerousness evaluations. *International Journal of Law and Psychiatry*. Sep-Oct:66:101503. doi:10.1016/j.ijlp.2019.101503. Epub 2019 Oct 18.
- Mantovani, F. (2021). *Diritto penale. Parte generale*. Padova: CEDAM. EAN: 9788813373504
- Mantovani, F. (2022). *Diritto Penale. Parte speciale I*. Padova: Cedam. ISBN 8813379870
- Manzini, V. (1985). *Trattato di Diritto Penale Italiano*, Volume 1. Torino: Utet. ISBN 880203642X
- Margari, F., Matarazzo, R., Casacchia, M., Roncone, R., Dieci, M., Safran, S., & Simoni L. (2005). Italian validation of MOAS and NOSIE: A useful package for psychiatric assessment and monitoring of aggressive behaviours. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(2), 109–118. <https://doi.org/10.1002/mpr.22>
- Marlowe, D. B. (2011). Evidence-based sentencing for drug offenders: An analysis of prognostic risks and criminogenic needs. *Chapman Journal of Criminal Justice*, 3(1), 167–201. Corpus ID: 73778641
- Mason, T. (2007). *Forensic psychiatry: Influences of evil*. Berlino: Springer Science & Business Media, ISBN 1597450065, 9781597450065
- Mattila, A. K., Salminen, J. K., Nummi, T., & Joukamaa, M. (2006). Age is strongly associated with alexithymia in the general population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 629–635. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.04.013>
- McCutcheon, R. A., Marques, T. R., & Howes, O. D. (2020). Schizophrenia—An overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201–210. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3360>

- McEwan, T. E., Davis, M. R., MacKenzie, R., & Mullen, P. E. (2009). The effects of social desirability response bias on STAXI-2 profiles in a clinical forensic sample. *British Journal of Clinical Psychology*, Nov, 48(Pt 4):431-436. <https://doi.org/10.1348/014466509X454886>
- Merton, R.K. (2000). *Teoria e Struttura Sociale III: sociologia della conoscenza e sociologia della scienza*. Bologna: Il Mulino ISBN: 8815071423
- Mezey, G. C., Kavuma, M., Turton, P., Demetriou, A., & Wright, C. (2010). Perceptions, experiences and meanings of recovery in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 21, 683–696. <https://doi.org/10.1080/14789949.2010.489953>
- Michalski, J., Laub, J. H., & Sampson, R. J. (2003). *Shared beginnings, divergent lives: Delinquent boys to age 70*. Canadian Journal of Sociology 32(3):415 doi:10.2307/20460654
- Ministero della Giustizia. (2022a). Relazione annuale sullo stato delle carceri italiane. Roma: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. [www.giustizia.it/giustizia/page/it/pubblicazioni\\_studi\\_ricerche](http://www.giustizia.it/giustizia/page/it/pubblicazioni_studi_ricerche)
- Ministero della Giustizia. (2022b). Relazione sull'attività dei Giudici Tutelari e sull'applicazione delle misure di protezione giuridica. Roma: Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. [www.giustizia.it/giustizia/page/it/pubblicazioni\\_studi\\_ricerche](http://www.giustizia.it/giustizia/page/it/pubblicazioni_studi_ricerche)
- Ministero della Giustizia. (2023). Relazione annuale sull'esecuzione penale esterna. Roma: Dipartimento per la Giustizia Minorile e di Comunità. [www.giustizia.it/giustizia/page/it/pubblicazioni\\_studi\\_ricerche](http://www.giustizia.it/giustizia/page/it/pubblicazioni_studi_ricerche)
- Ministero della Giustizia (2024). Inaugurazione dell'anno giudiziario: relazione del Ministro della Giustizia sull'amministrazione della giustizia. [Giustizia.it/giustizia/it/contentview.page?contentId=ART1437724#](http://Giustizia.it/giustizia/it/contentview.page?contentId=ART1437724#)
- Ministero della Salute. (2020). Rapporto sul funzionamento delle REMS e sull'integrazione con i servizi territoriali. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

- Ministero della Salute. (2023). Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese. [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)
- Ministry of Justice (UK). (2023). Restricted Patients Statistics 2022. <https://www.gov.uk/government/collection/restricted-patients-statistics-england-and-wales>.
- Mitchell, E. W., Cornish, R., & Fazel, S. (2021). Commentary on the new Italian Residential Forensic Psychiatric System (REMS). A one-year population study. *Journal of Psychopathology*, 27:8-10 DOI: 10.36148/2284-0249-414
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783–1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701 PMID: 8255953
- Moffitt, T. E. (2018). Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nature Human Behaviour*, 2(3), 177–186. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0309-4>
- Monahan, J. (2006). A jurisprudence of risk assessment: Forecasting harm among prisoners, predators, and patients. *Virginia Law Review* 92(3):391-435
- Monahan, J. (2012). The individual risk assessment of terrorism. *Psychology, Public Policy, and Law*, 23(4), 418–429.
- Monahan, J., Skeem, J. L., Silver, E., & Appelbaum, P. (2003). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. *Psychiatric Bulletin* 27(6):237-238 doi:10.1192/pb.27.6.237
- Moretti, G., Flutti, E., Colanino, M., Ferlito, D., Amoresano, L., & Travaini, G. (2024). Recidivism risk in male adult sex offenders with psychopathic traits assessed by PCL-R: A systematic review. *Medicine Scienze and the Law*, Jan;64(1):41-51. <https://doi.org/10.1177/00258024231187186>.

- Morgan, A. B., & Lilienfeld, S. O. (2000). A meta-analytic review of the relation between antisocial behavior and neuropsychological measures of executive function. *Clinical Psychology Review*, 20(1), 113–136. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00096-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00096-8)
- Morgan, R. D., Fisher, W. H., Duan, N., Mandracchia, J. T., & Murray, D. (2010). Prevalence of criminal thinking among state prison inmates with serious mental illness. *Law and Human Behavior*, 34, 324–336. doi:10.1007/s10979-009-9182-z
- Morgan, R. D., Flora, D. B., Kroner, D. G., Mills, J. F., Varghese, F., & Steffan, J. S. (2012). Treating offenders with mental illness: a research synthesis. *Law Human Behavior*, Feb;36(1):37-50. <https://doi.org/10.1037/h0093964>
- Mueser, K. T., & McGurk, S. R. (2014). Schizophrenia. *The Lancet*, 363(9426), 2063–2072. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16458-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16458-1)
- Mullen, P. E. (2007). Forensic mental health. *British Journal of Psychiatry*, 190(5), 379–380. DOI: 10.1192/bjp.176.4.307
- Murphy, D. (2007). Theory of mind functioning in mentally disordered offenders detained in high security psychiatric care: its relationship to clinical outcome, need and risk. *Criminal Behavior and Mental Health*, 17(5):300-11. <https://doi.org/10.1002/cbm.664>
- Murray, J., & Farrington, D. P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 633–642. <https://doi.org/10.1177/070674371005501003>
- Nemiah, J. C., & Sifneos, P. E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 18(1–6), 154–161. <https://doi.org/10.1159/000286074>
- Neumann, C. S., Hare, R. D., & Pardini, D. A. (2015). Antisociality and the construct of psychopathy: Data from across the globe. *Journal of Personality*, 83(6), 678–692. doi: 10.1111/jopy.12127. Epub 2014 Oct 18.
- Nijdam-Jones, A., Livingston, J. D., Verdun-Jones, S., & Brink, J. (2015). Using social bonding theory to examine ‘recovery’ in a forensic mental health hospital: A qualitative study.

*Criminal Behaviour and Mental Health*, Jul;25(3):157-68. doi: 10.1002/cbm.1918. Epub 2014 Jun 9

- Nilsson, T., Wallinius, M., Gustavson, C., Anckarsäter, H., & Kerekes, N. (2011) Violent recidivism: a long-time follow-up study of mentally disordered offenders. *PLoS One*, 6(10):e25768. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025768>
- Nivoli, G., Loretto, L., Milia, P., & Nivoli, A. (2019). *Psichiatria forense*. Padova: Piccin Editore. ISBN 978-8829930111
- Noland, E., Strandh, M., & Logan F. K. (2022). The reconvictions of mentally disordered offenders-how, when, and where? *BMC Psychiatry*, Apr 13;22(1):264. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03912-4>
- Novaco, R. W. (2023). *Anger dysregulation*. Washington, DC: American Psychological Association. DOI:10.4324/9781003417989-2
- Novaco, R. W. (2011). Anger dysregulation: Driver of violent offending. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(5):650-668 DOI:10.1080/14789949.2011.617536
- Nuvolone, P., & Manzini, V. (1986). *Trattato di diritto penale italiano. Pene, misure di sicurezza*. Torino: UTET. ISBN-10: 8802038155
- O'Shea, L. E., Picchioni, M. M., Mason, F. L., Sugarman, P. A., & Dickens, G. L. (2014). Differential predictive validity of the Historical, Clinical and Risk Management Scales (HCR-20) for inpatient aggression. *Psychiatry Research*, Dec 15;220(1-2):669-78. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.080>.
- Oberndorfer, R., Alexandrowicz, R. W., Unger, A., Koch, M., Markiewicz I., Gosek, P., Heitzman, J., Iozzino, L., Ferrari, C., Salize, H. J., Picchioni, M., Fangerau, H., Stompe, T., Wancata, J., & de Girolamo, G. (2023). Needs of forensic psychiatric patients with schizophrenia in five European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Jan;58(1):53-63. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02336-5>

- Ogloff, J. R. P., Davis, M. R., Rivers, G., & Ross, S. (2015a). The identification of mental disorders in the criminal justice system. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice*, (334), 1–6. ISBN 9781921185366
- Ogloff, J. R. P., Talevski, D., Lemphers, A., Wood, M., & Simmons, M. (2015b). Co-occurring mental illness, substance use disorders, and antisocial personality disorder among clients of forensic mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 16–23. doi: 10.1037/prj0000088.
- Oliver, P.C., Crawford, M.J., Rao, B., Reece, B., & Tyrer, P. (2007). Modified Overt Aggression Scale (MOAS) for People with Intellectual Disability and Aggressive Challenging Behaviour: A Reliability Study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(4):368-372. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00346.x>
- Olivieri, M., Poli, A., Zuccaro, P., Ferrari, M., Lampronti, G., de Marco, R., Lo Cascio, V., Pacifici R. (2002). Tobacco smoke exposure and serum cotinine in a random sample of adults living in Verona, Italy. *Archives of Environmental Health: An International Journal*, Jul-Aug;57(4):355-9. <http://doi: 10.1080/00039890209601421>
- Olver, M. E., & Wong, S. C. P. (2015). Short- and long-term recidivism prediction of the PCL-R and the effects of age: a 24-year follow-up. *Personality Disorders*, Jan;6(1):97-105. <https://doi.org/10.1037/per0000095>
- ONU. (2006). Convenzione sui diritti delle persone con disabilità. [www.unric.org/it/cosa-e-la-convenzione-onu-sui-diritti-delle-persone-con-disabilita/](http://www.unric.org/it/cosa-e-la-convenzione-onu-sui-diritti-delle-persone-con-disabilita/)
- Pagano, M. & Gauvreau, K. (2003). *Biostatistica*. Napoli: Idelson-Gnocchi ISBN 10:8879473603
- Pagliaro, A. (2007). *Trattato di Diritto Penale*. Milano: Giuffrè. EAN 9788814127816
- Papalia, N., Spivak, B., Daffern, M., & Ogloff, J. R. P. (2019). A meta-analytic review of the efficacy of psychological treatments for violent offenders in correctional and forensic mental health settings. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26:e12282. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12282>

- Parente, L., Carabellese, F., Felthous, A., La Tegola, D., Davoren, M., Kennedy, H. G. & Carabellese, F. F. (2024). Italian Evaluation and Excellence in REMS (ITAL-EE-REMS). *International Journal of Mental Health Systems*, <https://doi.org/10.1186/s13033-024-00647-5>
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III: Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 269–275. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00578-0](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00578-0)
- Parson, T. (1937). *Structure of Social Action*, New York: McGraw Hill. Traduzione italiana *La struttura dell'azione sociale*, Sesto San Giovanni: Meltemi 2021 ISBN 9788855194624
- Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. BIS-11. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::aid-jclp2270510607>3.0.co;2-1)
- Pearson, K. (1892). *The Grammar of Science*. Londra: Walter Scott. urna:oclc:record:1045579729
- Pellegrini, P. & Paulillo, G. (2019). L'esperienza delle REMS: stato dell'arte e le prospettive. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XIII, N. speciale, 24-35. doi: <https://doi.org/10.7347/RIC-NS2019-p24>
- Peng, R. D. (2011). Reproducible research in computational science. *Science*, 334(6060), 1226–1227. <https://doi.org/10.1126/science.1213847>
- Pessina, R., Santoriello, C., Rossetto, I., Di Giacomo, E., Placenti, V., Pescatore, F., Colmegna, F., Babudieri, S., Celozzi, C., Loretto, L., Lucania, L., Manzone, M.L. Nivoli, G., Quintavalle, G., Zanalda, E., Pagano, A.M., & Clerici, M. (2019). Possibilità e limiti dei Servizi di Psichiatria Forense: legislazione e organizzazione in un'ottica internazionale e nazionale. *Rivista di Psichiatria*, 55(6 Suppl. 2):S21-S81. doi 10.1708/3590.35739
- Peterson, J. K., Skeem, J., Kennealy, P., Bray, B., & Zvonkovic, A. (2014). How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behaviour among offenders with mental illness? *Law and Human Behavior*, 38, 439–449. doi:10.1037/lhb0000075

- Petrocelli, B. (1965). *Saggi di diritto penale. Volume 2*. Padova: CEDAM. ISBN: 8813109172
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., & Hayward, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589–595. <https://doi.org/10.1192/bjp.167.5.589>
- Picardi, A., Rucci, P., de Girolamo, G., Santone, G., Borsetti, G., & Morosini P. (2006). The quality of life of the mentally ill living in residential facilities: findings from a national survey in Italy *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* Sep;256(6):372-81. doi: 10.1007/s00406-006-0647-5. Epub 2006 Jun 20.
- Preece, D. A., Parry, C. L., Allan, M. M., & Allan, A. (2021). Assessing alexithymia in forensic settings: Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale among incarcerated adult offenders. *Criminal Behavior and Mental Health*, Feb;31(1):31-43 <https://doi.org/10.1002/cbm.2176>
- Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., & Wykes, T. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 194(1), 49–54. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.052266>
- Priebe, S., Giacco, D., & El-Nagib, R. (2016). *Public health aspects of mental health among migrants and refugees: A review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. ISBN-13: 978-92-890-5165-1
- Pulitanò, D. (2021). *Diritto Penale*. Torino: Giappichelli. ISBN 9791221101010
- Raven, J., Court, J. H., & Raven, J. C. (2003). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Raven, J. C. (2018). *SPM Standard Progressive Matrices Manuale*. Firenze: Giunti Psychometrics.

- Richardson, G. (2013). Mental capacity in the shadow of suicide: What can the law do? *International Journal of Law in Context*, 9(1), 87–105. <https://doi.org/10.1017/S1744552312000473>
- Rivellini, G., Pessina, R., Pagano, A. M., Giordano, S., Santoriello, C., Rossetto, I., Babudieri, S., Celozzi, C., Lucania, L., Manzone, M. L., Nivoli, G., Quintavalle, G., Zanalda, E., Loretto, L., & Clerici M. (2019a). Il sistema REMS nella realtà italiana: autori di reato. Disturbi mentali e PDTA. *Rivista di Psichiatria*. 55(6 Suppl. 3):83S-134S doi 10.1708/3591.35740
- Rivellini, G., Pessina, R., Pagano, A. M., Giordano, S., Santoriello, C., Rossetto, I., Babudieri, S., Celozzi, C., Lucania, L., Manzone, M. L., Nivoli, G., Quintavalle, G., Zanalda, E., Loretto, L., & Clerici, M. (2019b). La sanità penitenziaria nella realtà italiana. *Rivista di Psichiatria*, 54(6, Suppl. 3), S83–S134.
- Rocco, A. (1930). Il codice penale, *Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia*, N. 251 del 26 ottobre 1930.
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry*, Aug;177:149-55. doi: 10.1192/bjp.177.2.149
- Saieilles, R. (1927). *L'individualisation de la peine, étude de criminalité sociale*. Paris: Hachette Livre BNF. ISBN-10: 2329044011
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or evidence-based reality? *Clinical Psychological Review*, Feb;22(1):79-112. DOI: 10.1016/s0272-7358(01)00083-6
- Salize, H. J., & Dressing, H. (2005). Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: Is there any link? *Current Opinion in Psychiatry*, 18(5), 576–584. doi: 10.1097/01.yco.0000179501.69053.d3.
- Sampson, R. J., & Laub, J. H. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Harvard University Press. doi:10.2307/3340743

- Santambrogio, J., Angelici, M., Contenta, M. M., Di Nardo, F., Todaro, A., Levita, A., Madia, A. G., Clerici, M., & Rosania, N. (2021). Rabbia, alessitimia, impulsività in pazienti affetti da schizofrenia e autori di reato: uno studio trasversale. *Rassegna Italiana di Criminologia*. N. 4 del 2021. <https://doi.org/10.7347/RIC-042021-p266>.
- Schnittker, J., Massoglia, M., & Uggen, C. (2012). Out and down: Incarceration and psychiatric disorders. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(4), 448–464. <https://doi.org/10.1177/0022146512453928>
- Schroeders, U., Kubera, F., & Gnambs, T. (2022). The Structure of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A Meta-Analytic Confirmatory Factor Analysis. *Assessment*, Dec;29(8):1806-1823. <https://doi.org/10.1177/10731911211033894>
- Sciascia, L. (1979). La Sicilia come metafora (a cura di M. Padovani). Milano: Mondadori.
- Scocco, P., Macis, A., Ferrari, C., Bava, M., Bianconi, G., Bulgari, V., Candini, V., Carrà, G., Cavaleria, C., Clerici, M., Conte, G., Cricelli, M., Ferla, M. T., Iozzino, L., Stefana, A., & de Girolamo, G. (2019). Self-harm behaviour and externally-directed aggression In psychiatric outpatients: a multicentre, prospective study (viormed-2 study). *Scientific Reports*, Nov 28;9(1):17857. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-53993-7>
- Sedgwick, O., Young, S., Das, M., & Kumari V. (2016). Objective predictors of outcome in forensic mental health services-a systematic review. *CNS Spectrum*, Dec;21(6):430-444. <https://doi.org/10.1017/S1092852915000723>
- Short, R., Jolliffe, D., Carter, B., & Campbell, C. (2024). Mediators of change in psychological interventions for adult offenders with personality disorders: A scoping review of the literature. *Personality and Mental Health*, 2024 May;18(2):177-187. <https://doi.org/10.1002/pmh.1606>
- Simon, R. I., & Gold, L. H. (2010). *The American Psychiatric Publishing textbook of forensic psychiatry* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing. ISBN 9781585620876
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011). A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980

- participants. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 499–513.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.009>
- Skeem, J. L., & Cooke, D. J. (2010). Is criminal behavior a central component of psychopathy? Conceptual directions for resolving the debate. *Psychological Assessment*, 22(2), 433–445.  
<https://doi.org/10.1037/a0008512>
- Skeem, J. L., & Monahan, J. (2011). Current directions in violence risk assessment. *Current Directions in Psychological Science*, 20(1), 38–42. <https://doi.org/10.1177/0963721410397271>
- Skeem, J. L., Manchak, S. M., & Peterson, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 35(2), 110–126. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K. A., & WHOQOL Group (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*, Mar;13(2):299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Slade, M., & Thornicroft, G. (2020). *Camberwell Assessment of Need*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781911623441>
- Sohn, J. S., Raine, A., & Lee, S. J. (2020). The utility of the Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) facet and item scores in predicting violent recidivism. *Aggressive Behavior*, Nov;46(6):508-515. <https://doi.org/10.1002/ab.21922>
- Someda, K. (2009). An international comparative overview on the rehabilitation of offenders and effective measures for the prevention of recidivism. *Legal Medicine (Tokyo)*, Apr;11 Suppl 1: S82-5. <https://doi.org/10.1016/j.legalmed.2009.01.064>
- Somma, A., Fossati, A., Ferracuti, S., Caretti, V., Montalbò, D., La Tegola, D., & Carabellese, F. (2019). Tracking Psychopathy in Female Italian Inmates: The Role of the DSM-5 Alternative Model of Personality Disorders Dysfunctional Personality Domains. *Clinical Neuropsychiatry* Jun;16(3):140-148 PMID: 34908949

- Spiegelharter, D. (2019). *The art of statistics: learning from data*. London Pelican Books EAN 9780241258767 (trad. it. *L'arte della statistica: cosa ci insegnano i dati*, Einaudi, Milano 2020)
- Spielberger, C.D. (1988). STAXI 2 *State-Trait Anger Expression Inventory 2*. Wiley online library. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0942>
- Spielberger, C. D. (1999). *STAXI-2: State-Trait Anger Expression Inventory-2; Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Sreenivasan, S., Walker, S. C., Weinberger, L. E., Kirkish, P., Garrick, T., Sreenivasan, S., Walker, S. C., Weinberger, L. E., Kirkish, P., & Garrick, T. (2008). Four-facet PCL-R structure and cognitive functioning among high violent criminal offenders. *Journal of Personality Assessment*, Mar;90(2):197-200. <https://doi.org/10.1080/00223890701845476>
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 385–395. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.04.008>
- Stone, M. H. (2006). *Personality-disordered patients: Treatable and untreatable*. American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1233>
- Struzik, M., Wilczyński, K.M., Chałubiński, J., Mazgaj, E. & Krysta K. (2017). Comorbidity of substance use and mental disorders, 29 (3) 623-628 *Psychiatria Danubina* PMID: 28953842
- Swann, A. C., Lijffijt, M., Lane, S. D., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2009). Trait impulsivity and response inhibition in antisocial personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 43(12), 1057–1063. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.03.003>
- Swanson, J. W., Holzer, C. E., Ganju, V. K., & Jono, R. T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: Evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, 41(7), 761–770. <https://doi.org/10.1176/ps.41.7.761>

- Swanson, J. W., Van Dorn, R. A., Monahan, J., & Swartz, M. S. (2006a). Violence and leveraged community treatment for persons with mental disorders. *American Journal of Psychiatry*, Aug;163(8):1404-11. doi: 10.1176/ajp.2006.163.8.1404.
- Swanson, J. W., Swartz, M. S., Van Dorn, R., Elbogen, E. B., Wagner, H. R., Rosenheck, R. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., & Lieberman, J. A. al. (2006b). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 490–499. doi: 10.1001/archpsyc.63.5.490.
- Swanson, J. W., Robertson, A., Frisman, L. K., Norko, M., Lin, H.-J., Swartz, M., & Cook, P. (2013). Preventing gun violence involving people with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 66(9), 931–938. [https://muse.jhu.edu/pub/1/oa\\_monograph/chapter/757449/pdf](https://muse.jhu.edu/pub/1/oa_monograph/chapter/757449/pdf)
- Swartz, M. S., Swanson, J. W., Hiday, V. A., Borum, R., Wagner, H. R., & Burns, B. J. (1998). Violence and severe mental illness: The effects of substance abuse and nonadherence to medication. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 226–231. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.2.226>
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., & Parker, J.D.A. (1992). The Revised Toronto Alexithymia Scale: some reliability, validity, and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(1-2):34-41. <https://doi.org/10.1159/000288571>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511526831>
- Taylor, G.J., Parker, J.D.A., & Bagby, R.M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale. IV. Reliability and factorial validity in different language and culture. *Journal of Psychosomatic Research*, 55(3), 277-283. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00601-3](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00601-3)
- Tengström, A., Hodgins, S., Müller-Isberner, R., Jökel, D., Freese, R., Özokuy, K., & Sommer, J. (2006). Predicting violent and antisocial behavior in hospital using the HCR-20: the effect of diagnoses on predictive accuracy. *International Journal of Forensic Mental Health*, 5(1):39-53. <https://doi.org/10.1080/14999013.2006.10471229>

- Thomas, S., & Slade, M. (2021). *Camberwell Assessment of Need: Forensic Version: CANFOR*. Cambridge: Cambridge University Press. ISBN:9781911623410
- Thomas, S. D., Slade, M., McCrone, P., Harty, M. A., Parrott, J., Thornicroft, G., & Leese, M. (2008). The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(2):111-20. <https://doi.org/10.1002/mpr.235>
- Thornberry, T. P., Freeman-Gallant, A., Lizotte, A. J., Krohn, M. D., & Smith, C. A. (2003). Linked lives: The intergenerational transmission of antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31(2), 171–184. <https://doi.org/10.1023/A:1022574208366>
- Tripodi, S. J., Kim, J. S., & Bender, K. (2010). Is employment associated with reduced recidivism? The complex relationship between employment and crime. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 706–720. <https://doi.org/10.1177/0306624X09342980>
- Tully, L. (2017). HCR-20 shows poor field validity in clinical forensic psychiatry settings. *Evidence-Based Mental Health*, Aug;20(3):95-96. <https://doi.org/10.1136/eb-2017-102745>
- Turton, P., Demetriou, A., Boland, W., Gillard, S., Kavuma, M., Mezey, G., Mountford, V., Turner, K., White, S., Zadeh E., & Wright, C. (2011). One size fits all: or horses for courses? Recovery-based care in specialist mental health services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Feb;46(2):127-36. doi: 10.1007/s00127-009-0174-6
- Uggen, C. (2000). Work as a turning point in the life course of criminals: A duration model of age, employment, and recidivism. *American Sociological Review*, 65(4), 529–546. <https://doi.org/10.2307/2657381>
- Vargen, L. M., & Challacombe D. J. (2023). Violence risk assessment of sovereign citizens: An exploratory examination of the HCR-20 version 3 and the TRAP-18. *Behavioral Sciences & the Law*, May-Jun;41(2-3):55-77. <https://doi.org/10.1002/bsl.2607>.
- Vicarelli G., & Giarelli G. (2021). *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*. Milano: Franco Angeli Editore. ISBN 9788835113874

- Volavka, J., & Swanson, J. (2010). Violent behavior in mental illness: The role of substance abuse. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 304(5), 563–564. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1097>
- Volavka, J. (2014). Comorbid personality disorders and violent behavior in psychotic patients. *Psychiatric Quarterly* Mar;85(1):65-78. doi: 10.1007/s11126-013-9273-3
- Völlm, B. A., Clarke, M., Tort Herrando, V., Seppänen, A. O., Gosek, P., Heitzman, J., & Bulten, E. (2018). European Psychiatric Association (EPA) guidance on forensic psychiatry: Evidence based assessment and treatment of mentally disordered offenders. *European Psychiatry*, Jun;51:58-73. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.007>
- Vorstenbosch, E., & Castelletti, L. (2020). Exploring Needs and Quality of Life of Forensic Psychiatric Inpatients in the Reformed Italian System, Implications for Care and Safety. *Front Psychiatry*, Apr 3;11:258. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00258>
- Walker, A., Farnworth, L., & Lapinski, S. (2013). A recovery perspective on community day leaves. *The Journal of Forensic Practice*, 15(2):109-118. doi:10.1108/14636641311322296
- Wallace, C., Mullen, P. E., & Burgess, P. (2004). Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 716–727. doi:10.1176/appi.ajp.161.4.716
- Walters, G. D. (2003). Predicting institutional adjustment and recidivism with the Psychopathy Checklist factors: A meta-analysis. *Law and Human Behavior*, 27(5), 541–558. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14593797/>
- Warren, J. I., Burnette, M., South, S. C., Chauhan, P., Bale, R., & Friend, R. (2002). Personality disorders and violence among female prison inmates. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30(4), 502–509. PMID: 12539904
- Whiting, D., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2021a). Violence and mental disorders: A structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 150–161. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33096045/>

- Whiting, D., Gulati, G., Geddes, J. R., & Fazel, S. (2021b). Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents From 15 Countries. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, Dec 22;79(2):1–13. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2021.3721
- WHO. (1998). *WHOQOL User Manual*. <http://www.who.int/>
- WHO. (2013). *Mental Health Action Plan 2013–2020*. <http://www.who.int/>
- WHO. (2014). *Prisons and health*. WHO Regional Office for Europe. <http://www.who.int/>
- WHO. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. <http://www.who.int/>
- WHO. (2021a). *Mental health, human rights and standards of care in prisons*. Geneva. <http://www.who.int/>
- WHO. (2021b). *Mental health and human rights in prison*. Geneva. <http://www.who.int/>
- WHO. (2021c). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030*. Geneva. <http://www.who.int/>
- WHO. (2021d). *Mental health and prisons: Guidance for prison staff*. WHO Regional Office for Europe. <http://www.who.int/>
- WHO. (2021e). *Prisons and Health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <http://www.who.int/>
- WHO. (2021f). *Guidelines on mental health and substance use*. Geneva. <http://www.who.int/>
- WHO. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Geneva. <http://www.who.int/>
- WHO. (2023). *One-third of people in prison in Europe suffer from mental health disorders*. Copenhagen. <http://www.who.int/>
- WHO & OHCHR, (2023). *Salute mentale, diritti umani e legislazione: orientamenti e pratica*. ISBN 978-92-4-008073-7
- WMA (World Medical Association) (2013). Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310 (20), 2191-2194. <https://DOI.org/10.1001/jama.2013.281053>

- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449286>
- WHOQOL Group, (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The Whoqol Group. *Psychological Medicine*, 28(3):551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One*, 8(2), e55942. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0055942>
- Wonnacott, T.H. & Wonnacott R.J. (1995). *Introduzione alla Statistica*. Milano: FrancoAngeli. EAN 9788820403232
- Yang, Y., & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain impairments in antisocial, violent, and psychopathic individuals: A meta-analysis. *Psychiatry Research* Oct 14;174(2):81–88. doi: 10.1016/j.psychresns.2009.03.012
- Yiend, J., Freestone, M., Vazquez-Montes, M., Holland, J., Burns, T., & IDEA group. (2013). The clinical profile of high-risk mentally disordered offenders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Jul;48(7):1169-76. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0696-9>
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J., & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, 143(1), 35–39. doi: 10.1176/ajp.143.1.35
- Yukhnenko, D., Blackwood, N., & Fazel, S. (2020). Risk factors for recidivism in individuals receiving community sentences: a systematic review and meta-analysis. *CNS Spectrum*. pr;25(2):252-263. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001056>
- Zara, G., & Farrington, D. P. (2016). *Criminal recidivism: Explanation, prediction and prevention*. Routledge. DOI:10.4324/9780203083451

- Zhong, S., Yu, R., & Fazel S. (2020). Drug use disorders and violence: Associations with individual drug categories. *Epidemiologic Reviews*, 42(1), 103–116. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxaa006>
- Zichichi, A. (1993). *Scienza ed emergenze planetarie. Il paradosso dell'era moderna*. Rizzoli: Milano. EAN 2568912309089
- Zichichi, A. (1999). *Perché io credo in colui che ha fatto il mondo: Tra fede e scienza*. Milano: Il Saggiatore. ISBN 88-428-0714-1.
- Zuffranieri, M., & Zanalda, E. (2021). Il percorso di superamento dell'OPG e i suoi effetti nell'applicazione delle misure di sicurezza. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 15 (2), 258-266. <https://doi.org/10.7347/RIC-042021-p258>