



dal 1846

in collaborazione con
UOC Formazione e
Processi della Docenza Integrata



Con il Patrocinio di:



Università
degli Studi
di Ferrara



SIPRiFo



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI DI BARI
ALDO MORO



Società Italiana di Psichiatria Forense



L'autore di reato con disturbi psichici tra intervento giurisdizionale e trattamento

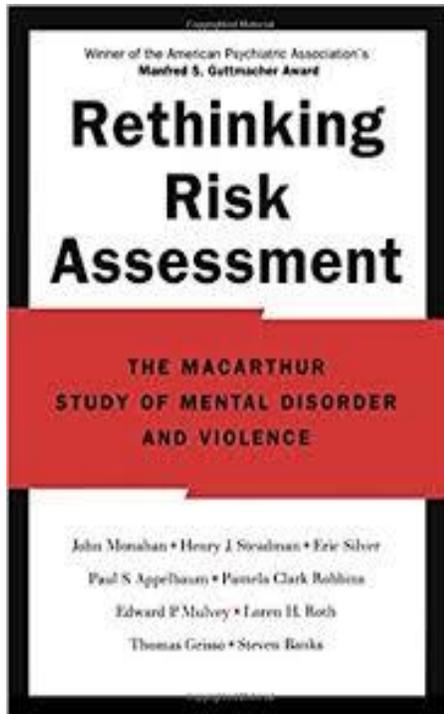
Sabato 13 aprile 2024

Uso di sostanze e autori di reato, implicazioni nel trattamento forense.

Dott.ssa Fontana Annalisa

Dirigente Medico Psichiatra, U.O. SerD, DAISM DP,
AUSL Ferrara

MacArthur Study



- **Genere:** gli uomini sono molto più coinvolti in atti violenti
- **Violenza precedente:** anamnesi positiva per pregressi comportamenti violenti è risultata fortemente connessa alla violenza futura
- **Esperienze infantili:** essere stati vittime di abusi/maltrattamenti da bambini è un fattore predittivo di un successivo comportamento violento
- **Diagnosi:** diagnosi di DMM è associata con un minor rischio di violenza rispetto ai DP e ai DC
- **La presenza di un concomitante disturbo da abuso di sostanze è fortemente predittiva di violenza futura**
- **Deliri e allucinazioni:** in generale non aumentano il rischio di violenza, tranne quando sono specificamente a sfondo violento

Monahan et al., 2001

Psychological Medicine

[cambridge.org/psm](https://www.cambridge.org/psm)

Original Article

*Joint first authors.

†Joint last authors.

Cite this article: de Girolamo G, Iozzino L,

A multinational case–control study comparing forensic and non-forensic patients with schizophrenia spectrum disorders: the EU-VIORMED project

Giovanni de Girolamo¹, Laura Iozzino^{1*}, Clarissa Ferrari²,
Pawel Gosek³, Janusz Heitzman³, Hans Joachim Salize⁴,
Johannes Wancata⁵, Marco Picchioni^{6,7,†} and Ambra Macis^{2,†}

La gravità della psicopatologia molto simile tra casi e controlli (ma questo al non è applicabile al momento del reato). Molti di loro già in contatto precedentemente coi servizi

I casi forensi hanno molto più spesso una comorbidità di disturbi di personalità

L'uso di sostanze «lifetime» è ugualmente frequente nei pazienti forensi e nei controlli

La maggior parte dei pazienti forensi erano in trattamento quando commisero il reato ma erano non-complianti

I familiari sono le vittime più frequenti

I pazienti forensi sono stati esposti a molta violenza nell'infanzia

THE NEW ITALIAN RESIDENTIAL FORENSIC PSYCHIATRIC SYSTEM (REMS).
A ONE-YEAR POPULATION STUDY

INDAGINE SULLE REMS ITALIANE. UN ANNO DI OSSERVAZIONE

Roberto Catanesi • Gabriele Mandarelli • Stefano Ferracuti • Antonia Valerio • Felice Carabellese

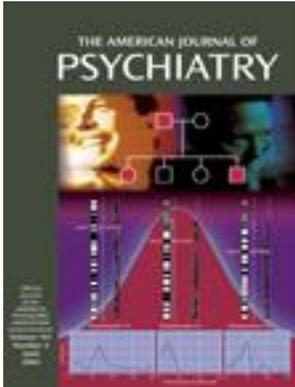
la maggior parte dei pazienti psichiatrici forensi trattati nei REMS erano già da tempo in cura presso servizi psichiatrici pubblici (82,2%) con una storia mediamente lunga di malattia (11,5 anni) e che avevano ricevuto ricoveri in reparti psichiatrici

La metà dei casi aveva già avuto condanne penali, un dato che potrebbe essere interpretato come un fattore di rischio di recidiva penale.

La maggior parte dei pazienti è affetta da disturbi dello spettro psicotico (60.6%)

Diagnosi più ricorrenti:

- Schizofrenia (33,0%);
- Disturbo di personalità (32,0%);
- **Disturbi correlati a sostanze (21,4%);**



Article

Criminal Offending in Schizophrenia Over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalization and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders

Cameron Wallace, Ph.D.

**Paul E. Mullen, M.B.B.S., D.Sc.,
F.R.A.N.Z.C.P., F.R.C.Psych.**

Philip Burgess, Ph.D.

C'è un'associazione significativa tra la schizofrenia e un tasso più elevato di condanne penali, in particolare per reati violenti.

Lo studio conferma forte relazione tra comorbidità dell'abuso di sostanze e reati nella schizofrenia

Wallace , Am J Psychiatry 161:4, April 2004

The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder

Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

Eric B. Elbogen, PhD; Sally C. Johnson, MD

JAMA[®]

Online article and related content
current as of January 11, 2010.

Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime

Seena Fazel; Niklas Långström; Anders Hjern; et al.

JAMA. 2009;301(19):2016-2023 (doi:10.1001/jama.2009.675)

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/19/2016>

OPEN ACCESS Freely available online

PLOS MEDICINE

Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis

Seena Fazel^{1*}, Gautam Gulati¹, Louise Linsell¹, John R. Geddes¹, Martin Grann²

¹Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford, United Kingdom, ²Centre for Violence Prevention, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden & Prison and Probation Service Head Office, Norrköping, Sweden

Nei pazienti con disturbi mentali gravi l'utilizzo di sostanze:

- ✓ esacerba i sintomi positivi¹
- ✓ facilita la non-compliance al trattamento
- ✓ riduce significativamente il tempo che porta a ricadute e ri-ospedalizzazioni rispetto a chi non fa uso anche dopo aggiustamento rispetto ai tassi generali di non-compliance
- ✓ aumenta aggressività e violenza^{2,3}

1. Margolese et al, 2004; 2. Elbogen et al, 2009; 3. Fazel et al, 2009a; 2009b

Article

**The Population Impact of Severe
Mental Illness on Violent Crime**

**Seena Fazel, M.B.Ch.B.,
M.R.C.Psych., M.D.**

Martin Grann, C.Psych., Ph.D.



Online article and related content
current as of January 11, 2010.

Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime

Seena Fazel; Niklas Långström; Anders Hjern; et al.

JAMA. 2009;301(19):2016-2023 (doi:10.1001/jama.2009.675)

<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/301/19/2016>

La schizofrenia è stata associata ad un aumento del rischio di crimini violenti.

Il rischio era per lo più limitato ai pazienti con comorbidità da abuso di sostanze, determinando un aumento del rischio di crimini violenti tra tali pazienti (di cui il 27,6% aveva commesso un reato)

L'aumento del rischio era basso nei pazienti schizofrenici senza comorbidità da abuso di sostanze



Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics

Hanna Pickard^a and Seena Fazel^b

PUNTI CHIAVE

- Ricerche recenti indicano che l'abuso di sostanze tra i pazienti psichiatrici forensi dovrebbe essere considerato un importante fattore di rischio per la violenza e la recidiva.
- Il trattamento dei disturbi da abuso di sostanze dovrebbe diventare una priorità clinica all'interno della psichiatria forense.
- Se utilizzati in modo etico, il rilevamento della posizione e le cavigliere transdermiche per la misurazione dell'alcol offrono un'opportunità senza precedenti per monitorare l'astensione in tempo reale e, quindi ridurre potenzialmente il rischio, coinvolgendo i pazienti nel dialogo sulla responsabilità e sul benessere.
- Il trattamento per l'abuso di sostanze e l'astensione monitorata possono aiutare gli psichiatri forensi e le loro équipes a trovare un equilibrio tra la cura del paziente e la dimissione sicura.

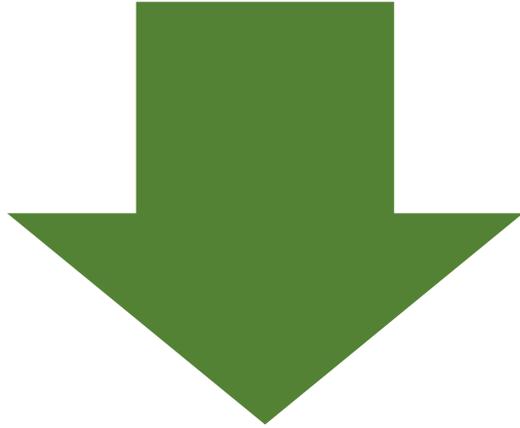
L'abuso di sostanze nei pazienti forensi con disturbi mentali dovrebbe essere considerato **un importante fattore di rischio per la violenza e la recidiva**

Il miglioramento del **trattamento per l'abuso di sostanze** nei pazienti psichiatrici forensi, insieme all'offerta di astensione monitorata, come condizione di permesso o dimissione potrebbe quindi essere utilmente considerato come uno strumento per ridurre e gestire il rischio.

Ciò potrebbe migliorare la cura dei pazienti affrontando i bisogni di salute mentale e aumentando le opportunità e le probabilità di una buona reintegrazione nella società e di migliori prospettive di vita

Riduce il rischio di recidiva e offrendo un monitoraggio in tempo reale e un potenziale intervento quando il rischio aumenta

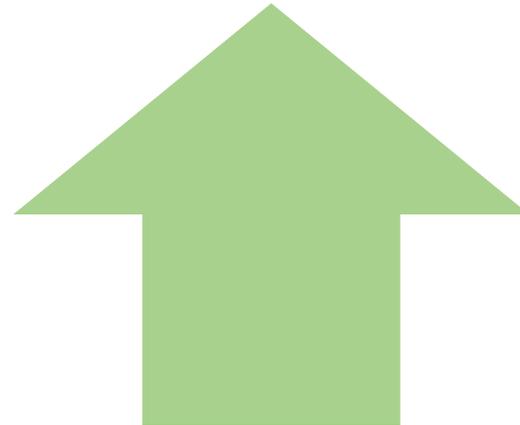
Aiutare gli psichiatri forensi a trovare un equilibrio tra cura del paziente e una dimissione sicura, alleviando potenzialmente alcune delle difficoltà e «dell'ansia» che le decisioni di concedere un permesso o la dimissione possono creare.



**Sicurezza,
Gestione del
rischio**



**Scelta,
empowerment**





Research Article |  **Free to Read**

The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users

Stuart D. M. Thomas , Mike Slade, Paul Mccrone, Mari-Anne Harty, Janet Parrott, Graham Thornicroft, Morven Leese

Epidemiology and Psychiatric Sciences (2015), **24**, 274–281. © Cambridge University Press 2014
doi:10.1017/S2045796014000602

INSTRUMENT

A standardised tool for assessing needs in forensic psychiatric population: clinical validation of the Italian CANFOR, staff version

L. Castelletti^{1*}, A. Lasalvia², E. Molinari¹, S. D. M. Thomas³, E. Straticò¹ and C. Bonetto²

La **Camberwell Assessment of Need - Forensic version (CANFOR)** è uno strumento di valutazione valido, affidabile e standardizzato dei bisogni sanitari e sociali dei pazienti in ambito forense

Thomas et al. 2008

È uno strumento utile per aiutare a identificare percorsi di cura personalizzati nei diversi livelli di sicurezza funzionale e nei diversi contesti, oltre a fornire assistenza con interventi basati su prove di efficacia.

Long et al. 2008; Glorney et al. 2010

Sono presenti **raccomandazioni specifiche** riguardanti la necessità di una maggiore attenzione nei settori dell'**abuso di sostanze**, della violenza, del comportamento e della comorbilità con disturbi di personalità in questa popolazione

Shaw, 2002

Camberwell Assessment of Need Versione Forense Breve (CANFOR – S)¹

Versione italiana a cura di
Luca Castelletti, Antonio Lasalvia

12. Alcool

Il bere alcolici ti causa qualche problema?

13. Sostanze d'abuso

Hai problemi con i farmaci o le sostanze d'abuso?

BISOGNI CRIMINOGENECI

Camberwell Assessment of Need – Versione Forense Breve

Nome Paziente _____	0 = nessun problema	1 = bisogno soddisfatto
Data di Valutazione ___/___/___	2 = bisogno insoddisfatto	8 = non applicabile **
Iniziali del valutatore _____	9 = sconosciuto	

Numero valutazione	1	2	3	
Segna chi è intervistato (P = Paziente; S = Staff; F = Familiare)	P	S	F	Indice reato S/NNS
1. Alloggio ** <i>Hai un posto dove vivere quando uscirai dall'ospedale?</i>				
2. Alimentazione <i>Sei in grado di provvedere da solo alla preparazione dei pasti e a fare la spesa?</i>				
3. Cura dello spazio abitativo <i>Sei in grado di prenderti cura della casa o della tua stanza? C'è qualcuno che ti aiuta?</i>				
4. Cura di sé <i>Hai difficoltà a mantenerti pulito e ordinato?</i>				
5. Attività diurne <i>Come passi il tuo tempo? Sei abbastanza impegnato?</i>				
6. Salute fisica <i>Come ti senti dal punto di vista fisico? Lamenti effetti indesiderati al trattamento farmacologico?</i>				
7. Sintomi psicotici <i>Senti mai delle voci oppure hai problemi con i tuoi pensieri?</i>				
8. Informazioni sul disturbo del paziente e sul trattamento <i>Ti sono state fornite informazioni chiare riguardo ai farmaci, ai trattamenti e ai tuoi diritti?</i>				
9. Disagio psicologico <i>Recentemente ti sei sentito molto triste o giù di corda? Ti sei sentito eccessivamente ansioso o spaventato?</i>				
10. Sicurezza personale <i>Hai mai pensato di farti del male? Ti sei messo in pericolo in qualche modo?</i>				
11. Sicurezza per gli altri (escluse violenza sessuale e incendi) <i>Hai minacciato o usato violenza verso gli altri? Ad esempio, hai mai perso l'autocontrollo o colpito qualcuno?</i>				
12. Alcool <i>Il bere alcolici ti causa qualche problema?</i>				
13. Sostanze d'abuso <i>Hai problemi con i farmaci o le sostanze d'abuso?</i>				
14. Vita di relazione <i>Sei soddisfatto della tua vita sociale? Desideri avere più contatti con gli altri?</i>				
15. Vita di coppia <i>Hai un partner? Hai difficoltà nelle relazioni intime, nel matrimonio?</i>				
16. Vita sessuale <i>Lamenti qualche difficoltà in ambito sessuale?</i>				
17. Cura dei figli ** <i>Hai dei figli di età inferiore a 18 anni? Hai qualche difficoltà a prenderti cura di loro? Li puoi incontrare?</i>				
18. Istruzione di base <i>Hai difficoltà a leggere, scrivere o comprendere l'italiano?</i>				
19. Telefono <i>Sai usare il telefono? È facile trovarne uno da usare?</i>				
20. Trasporti ** <i>Come ti trovi ad usare l'autobus, la metropolitana o il treno? Hai un abbonamento gratuito per viaggiare con gli autobus?</i>				
21. Denaro <i>Hai difficoltà a gestire il denaro? Sai far fronte alle tue spese?</i>				
22. Sussidi <i>Sei certo di ricevere tutti i soldi di cui hai diritto?</i>				
23. Trattamento <i>Condividi il trattamento in corso?</i>				
24. Violenze sessuali (da valutare solo se vi è indicazione/storia pregressa) ** <i>Credi di essere a rischio di commettere una violenza sessuale?</i>				
25. Incendio doloso (da valutare solo se vi è indicazione/storia pregressa) ** <i>Credi di essere a rischio di poter appiccare un incendio?</i>				

A - Bisogni soddisfatti (somma i punteggi 1 nella colonna)					Tot. Si —
B - Bisogni insoddisfatti (somma i punteggi 2 nella colonna)					
C - Numero totale dei bisogni (fa la somma di A + B)					

HCR-20^{V3}

Assessing Risk for Violence

Riservato al
professionista
—
modulo di codifica
fotocopiable



Kevin S. Douglas
Stephen D. Hart
Christopher D. Webster
Henrik Belfrage

Checklist per la valutazione del rischio di recidiva
di un crimine violento

Adattamento italiano di
V. Caretti, S. Ciappi, F. Scarpa, L. Castelletti, R. Catanesi,
F. F. Carabellese, S. Ferracuti, F. A. Nava, G. Nicolò, R. Paterniti,
G. Rivellini e A. Schimmenti

Prefazione di Ugo Fornari

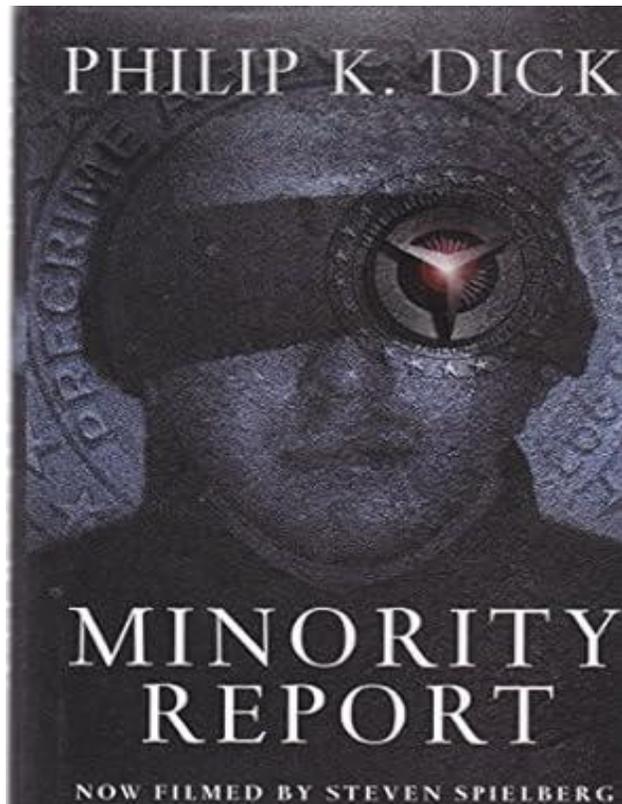
Strumenti in psicologia giuridica e psichiatria forense

 hogrefe

Il *Violence Risk Assessment-2.0* o *HCR-20* (Webster et al., 1997), è lo strumento di valutazione del rischio di violenza più utilizzato al mondo, è diventato lo standard di riferimento onnipresente per la **valutazione predittiva e preventiva** del rischio di recidiva violenta di pazienti con disagio mentale già autori di reato

.HCR 20 V3

- La scala è composta da venti *items* di HCR-20^{V3}, suddivisi in 10 storici (H), 5 clinici (C) e 5 di gestione del rischio futuro (R) e vengono arricchiti rispetto alla versione precedente dalla possibilità di individuare con maggiori dettagli le singole aree di indagine.
- I dieci item 10 storici (H) indagano la presenza di **fattori di rischio** e di fattori protettivi. Tra i primi annoveriamo la presenza di una storia di comportamenti violenti, di altri comportamenti antisociali, dell'**uso di sostanze**, di un disturbo mentale maggiore, di un disturbo di personalità, di esperienze traumatiche, di atteggiamenti violenti

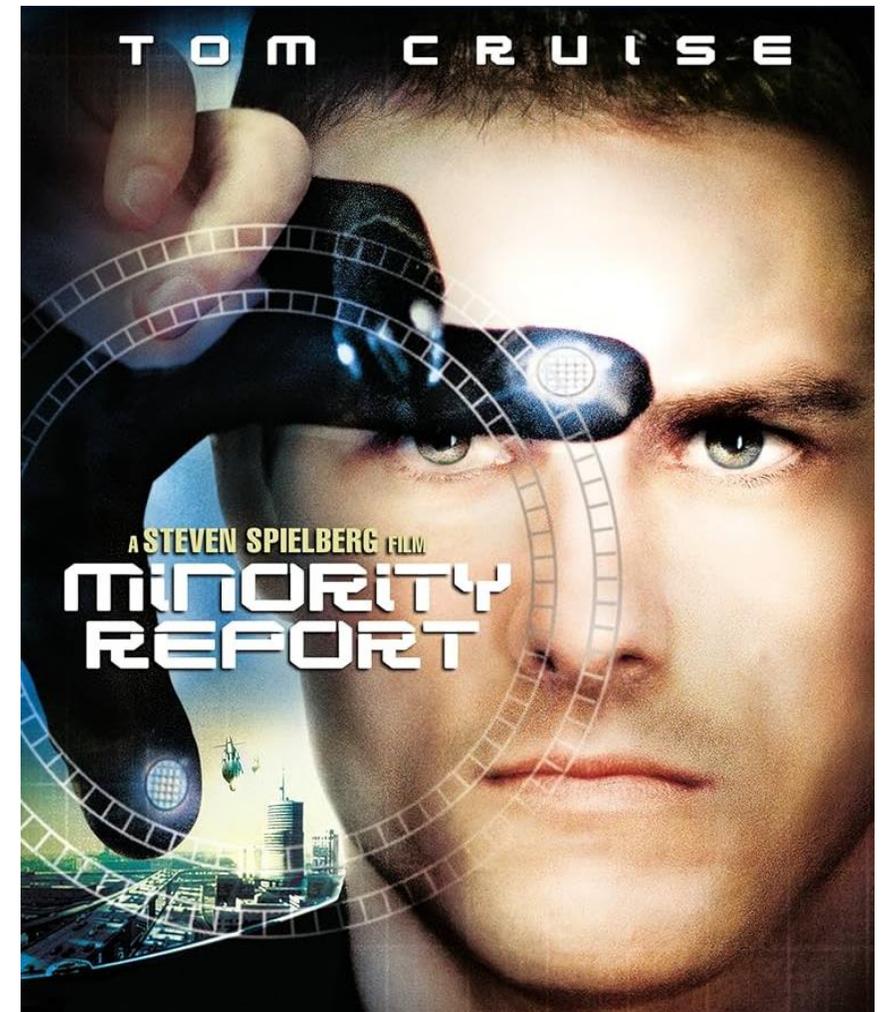


PREVENZIONE

CONTROLLO SOCIALE?

LIBERO ARBITRIO?

**RESPONSABILIZZAZIONE AL
TRATTAMENTO'?**





Tossicodipendenza: normalità o coercizione alla cura?

Possibilità e limiti di un approccio ad una “doppia diagnosi” che cambia sempre più velocemente

Massimo Clerici

L'utilizzo di sostanze ha subito negli ultimi anni un incremento straordinario, **l'età dei consumatori** sia notevolmente abbassata andando ad interessare una fascia d'età, **la preadolescenza**, soggetti esposti inequivocabilmente a danni fisici psicologici e sociali che possono minare inevitabilmente è per sempre il loro sviluppo psichico

rapporti tra neuropsichiatria infantile dell'adolescenza e psichiatria adulti

cambiamento radicale nella tipologia del prodotto e negli stili della modalità di assunzione delle sostanze nuove sostanze psicoattive **poliuso** generalizzato, spostamento del mercato dalle condotte devianti al **bene di consumo**, **normalizzazione** dell'uso di sostanze, condivisione ludica che non rompa la realtà e non condizioni la performance narcisistica, dimensione antidepressiva dell'esistenza

Quali le implicazioni psicopatologiche dell'uso di sostanze ?

- stretta correlazione che queste hanno con il **discontrollo degli impulsi**
- sulla l'importanza e sulla diffusione del **rapporto violenza e impiego di droghe** nella società attuale
- studi neurobiologici e clinici che hanno identificato in corso d'uso importanti **modificazioni a livello della psicopatologia** e **l'incremento dell'aggressività**
- comparsa di una **sottopopolazione comorbile** che presenta **caratteristiche peculiari** in grado di differenziarsi dalla popolazione psichiatrica tradizionale
- **esordi** psicopatologici correlati all'uso
- ritardo del riconoscimento e della diagnosi

doppia diagnosi ?

«terza malattia»?

Hanno ancora senso di esistere **servizi psichiatrici, neuropsichiatria infantile dell'adolescenza e SerD** come area della clinica costruita separatamente?

- ✓ la necessità di diffusione e rimodulazione dei servizi psichiatrici prescindendo dalle barriere culturali ed organizzative
- ✓ la creazione di programmi alternativi per trasformare i dipartimenti e rispondere ai nuovi bisogni ed all'incremento di sottopopolazioni diagnostiche per troppo tempo trascurate
- ✓ innovazione nella formazione degli operatori a tutti i livelli dei percorsi didattici e delle figure professionali
- ✓ implementazione dell'impiego di strumenti diagnostici e terapeutico-riabilitativi in grado di fornire al raggiungimento di questi nuovi obiettivi



GRAZIE PER L'ATTENZIONE