



# RAPPORTI ISTISAN 14|10

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

## **Valutazione diagnostica dei pazienti psichiatrici autori di reato: messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile**

A cura di I. Lega, D. Del Re, A. Picardi, I. Cascavilla, A. Gigantesco,  
A. Di Cesare, G. Ditta e T. Di Fiandra



EPIDEMIOLOGIA  
E SANITÀ PUBBLICA



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**Valutazione diagnostica  
dei pazienti psichiatrici autori di reato:  
messa a punto di una metodologia  
standardizzata e riproducibile**

A cura di  
Ilaria Lega (a), Debora Del Re (a), Angelo Picardi (a),  
Isabella Cascavilla (a), Antonella Gigantesco (a),  
Andrea Di Cesare (b), Guido Ditta (c) e Teresa Di Fiandra (d)

*(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute,  
Istituto Superiore di Sanità, Roma*  
*(b) Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*  
*(c) Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali, Roma*  
*(d) Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

**Rapporti ISTISAN**  
**14/10**

Istituto Superiore di Sanità

**Valutazione diagnostica dei pazienti psichiatrici autori di reato: messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile.**

A cura di Ilaria Lega, Debora Del Re, Angelo Picardi, Isabella Cascavilla, Antonella Gigantesco, Andrea Di Cesare, Guido Ditta e Teresa Di Fiandra

2014, ii, 121 p. Rapporti ISTISAN 14/10

Dal 2012 l'Istituto Superiore di Sanità coordina il progetto "Valutazione dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo", il cui obiettivo principale è la raccolta di informazioni affidabili sulla diagnosi psichiatrica, il funzionamento personale e sociale e i bisogni dei pazienti psichiatrici autori di reato. Tali informazioni, indispensabili per predisporre interventi terapeutico-riabilitativi appropriati e individualizzati, consentiranno di caratterizzare i bisogni di salute di questi pazienti, per i quali la riforma del servizio psichiatrico-forense italiano attualmente in corso prevede una risposta alternativa all'OPG. Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute, è condotto in collaborazione con gli OPG di Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa e Napoli Secondigliano e con il Dipartimento di Salute Mentale di Messina, in contiguità territoriale l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto. Questo lavoro descrive la metodologia e gli strumenti utilizzati nell'ambito del progetto.

*Parole chiave:* Ospedali psichiatrici giudiziari; Pazienti psichiatrici autori di reato; Diagnosi psichiatrica

Istituto Superiore di Sanità

**Diagnostic evaluation of mentally disordered offenders: setting-up a standardized and reliable system.**

Edited by Ilaria Lega, Debora Del Re, Angelo Picardi, Isabella Cascavilla, Antonella Gigantesco, Andrea Di Cesare, Guido Ditta and Teresa Di Fiandra

2014, ii, 121 p. Rapporti ISTISAN 14/10 (in Italian)

Since March 2012 the Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health in Italy) has been coordinating the project "Assessment of Italian Forensic psychiatric Hospitals (IFHs) population aimed at suggesting changes in organizational set-up and procedures". The main objective of the project is to collect reliable data on psychiatric diagnosis, psychosocial functioning and needs of mentally disordered offenders. The collected data, necessary to arrange appropriate and personalized therapeutic and rehabilitative interventions, will allow to characterize health needs of these patients, while the ongoing Italian psychiatric forensic reform call for an alternative solution to IFHs. The project has been funded by the Italian Ministry of Health. IFHs of Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli Secondigliano and the Mental Health Department of Messina, which is located in the same geographical catchment area of the Forensic Hospital of Barcellona Pozzo di Gotto, collaborate to the project. This paper describes methods and instruments used in the project.

*Key words:* Forensic psychiatric hospitals; Psychiatric disordered offenders; Psychiatric diagnosis

Un sincero ringraziamento a Pietro Maiozzi che ha ideato il logo del progetto.

Per informazioni su questo documento scrivere a: [ilaria.lega@iss.it](mailto:ilaria.lega@iss.it)

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it).

Citare questo documento come segue:

Lega I, Del Re D, Picardi A, Cascavilla I, Gigantesco A, Di Cesare A, Ditta G, Di Fiandra T (Ed.). *Valutazione diagnostica dei pazienti psichiatrici autori di reato: messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/10).

Chiuso in redazione il 3 marzo 2014.

---

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Fabrizio Oleari*  
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Redazione: *Paola De Castro e Sandra Salinetti*  
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.



# INDICE

## Introduzione

<i>Ilaria Lega, Debora Del Re</i> .....	1
---	---

## PARTE 1

---

### Verso il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

<b>Evoluzione della presa in carico del paziente psichiatrico autore di reato</b> <i>Guido Ditta</i> .....	5
<b>Breve storia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani</b> <i>Ilaria Lega, Andrea Di Cesare, Debora Del Re</i> .....	9
<b>Processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: norme e attuazioni</b> <i>Teresa Di Fiandra</i> .....	17

## PARTE 2

---

### Dalla valutazione dei servizi di salute mentale a quella del paziente psichiatrico autore di reato: il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità

<b>Servizi di salute mentale in Italia: dalla ricerca nuovi approcci di valutazione</b> <i>Antonella Gigantesco, Angelo Picardi</i> .....	23
<b>Valutazione psichiatrica dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: uno studio <i>ad hoc</i></b> <i>Ilaria Lega e il gruppo di lavoro "Progetto OPG-ISS"</i> Allegato al capitolo. Gruppo di lavoro "Progetto OPG-ISS" .....	32

## PARTE 3

---

### Strumenti di valutazione del paziente psichiatrico autore di reato nell'ambito del progetto OPG-ISS

<b>Scheda per la raccolta dei dati sociodemografici, anamnestici e giudiziari dei pazienti psichiatrici autori di reato</b> <i>Debora Del Re, Valeria Calevro, Antonino Ciruolo, Raffaello Liardo, Michele Pennino, Gianfranco Rivellini, Franco Scarpa, Ilaria Lega</i> .....	55
<b>Diagnosi psichiatrica strutturata: nuovo protocollo per la SCID-I Research version</b> <i>Ilaria Lega, Antonella Gigantesco, Angelo Picardi, Debora Del Re, Emanuele Tarolla, Andrea Di Cesare, Fausto Mazzi, Francesco Cobianchi</i> .....	62

<b>Diagnosi dei disturbi della personalità: versione italiana dell'intervista SIDP-IV</b> <i>Angelo Picardi, Andrea Di Cesare, Ilaria Lega</i> .....	67
---	----

<b>Valutazione dei bisogni di cura nei pazienti psichiatrici autori di reato: ruolo dello strumento CANFOR</b> <i>Luca Castelletti, Antonio Lasalvia</i> .....	71
---	----

## **APPENDICE A**

---

### **Alcuni strumenti di valutazione del progetto OPG-ISS**

A1. Scheda di raccolta dati sul paziente .....	81
A2. Estratto del protocollo di raccolta dati SCID-I RV.....	90
A3. Estratto dell'intervista SIDP-IV .....	107
A4. Estratto della CANFOR-R.....	119

# INTRODUZIONE

Ilaria Lega, Debora Del Re

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Questo rapporto descrive la metodologia e gli strumenti utilizzati per la valutazione diagnostica e dei bisogni socio-sanitari dei circa 1000 pazienti psichiatrici autori di reato ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) italiani nell'ambito di un progetto coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Le informazioni raccolte dal progetto, indispensabili per predisporre interventi terapeutico-riabilitativi appropriati e individualizzati, consentiranno di caratterizzare le condizioni cliniche di questi pazienti, per i quali un ampio processo di riforma attualmente in corso prevede una presa in carico alternativa all'OPG.

Il progetto, avviato nel 2012 e tuttora in corso, è supportato dal Ministero della Salute, ed è condotto in collaborazione con cinque dei sei OPG italiani (Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa e Napoli Secondigliano) e con il Dipartimento di Salute Mentale di Messina, in contiguità territoriale con l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto.

Il rapporto che segue è suddiviso in tre parti e un Appendice:

– *PARTE 1 - Verso il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*

La prima parte descrive la storia degli OPG, strutture nelle quali per decenni la funzione di custodia e sanitaria nei confronti dei pazienti psichiatrici autori di reato hanno convissuto. È inoltre tratteggiato il complesso e delicato percorso che ha portato ad affermare la necessità di mettere in primo piano la presa in carico sanitaria di questi pazienti e la funzione riabilitativa delle strutture che li ospitano.

– *PARTE 2 - Dalla valutazione dei servizi di salute mentale a quella del paziente psichiatrico autore di reato: il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità*

La seconda parte presenta gli obiettivi principali e la metodologia del progetto dell'ISS in tema di OPG (progetto OPG-ISS), che nasce dall'esperienza maturata in Istituto nell'ambito dell'epidemiologia psichiatrica e della valutazione dei servizi di salute mentale.

– *PARTE 3 - Strumenti di valutazione del paziente psichiatrico autore di reato nell'ambito del progetto OPG-ISS*

La terza parte è dedicata alla descrizione di alcuni strumenti di valutazione utilizzati nell'ambito del progetto OPG-ISS.

– *Appendice A - Alcuni strumenti di valutazione del progetto OPG-ISS*

Sono resi disponibili alcuni strumenti, in versione integrale o sotto forma di estratto; nell'ordine: A1) la scheda per la raccolta dei dati sociodemografici, anamnestici, giudiziari dei pazienti psichiatrici autori di reato, strumento originale messo a punto da un gruppo di esperti nazionali; A2) una sezione del protocollo di raccolta dati sviluppato a supporto dell'intervista per la diagnosi psichiatrica di Asse I secondo il manuale diagnostico DSM-IV-TR; A3) un estratto della traduzione italiana dell'intervista dell'*American Psychiatric Association* per la diagnosi dei disturbi di personalità secondo il DSM-IV; 4) un estratto della versione italiana dell'intervista per il soddisfacimento dei bisogni dei pazienti in ambito forense.



**PARTE 1**  
**Verso il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari**



## EVOLUZIONE DELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE PSICHIATRICO AUTORE DI REATO

Guido Ditta

*Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali, Roma*

Come spesso è accaduto nella storia europea degli ordinamenti sui diritti, l'Inghilterra è stato il primo Paese, già alla fine del '700, a riconoscere e mettere in pratica il principio secondo cui le persone che commettevano reati, anche gravi, se ritenute inferme di mente e, quindi, non capaci di intendere, non dovessero andare in carcere, ma collocate in un manicomio civile. Alla pratica, seguì nel 1800 l'emanazione di una norma che sanciva detto principio. Però, il primo *manicomio criminale* vero e proprio, destinato esclusivamente ai malati di mente, autori di reato, è nato nella seconda metà dell'800 a Broadmoor. Un successivo atto normativo stabilì che nel manicomio criminale potevano essere ricoverati non solo i malati mentali, autori di reato, ma anche coloro che si fossero ammalati durante il processo o durante la carcerazione.

Tutti questi principi, a partire dalla fine della seconda metà del secolo XIX, sono entrati progressivamente nei sistemi normativi di molti Paesi europei, tra cui l'Italia. Va però sottolineato che l'affermazione di un principio giuridico di maggiore civiltà ha avuto, all'epoca, ben pochi effetti sul miglioramento delle condizioni cliniche e materiali dei ricoverati, sia per via di una mission prevalentemente "contenitiva" delle strutture manicomiali giudiziarie, del tutto contigua con la funzione punitiva del carcere, ma anche per le riduttive ipotesi organiciste sulle malattie "del cervello", con una conseguente assenza di strumenti terapeutici efficaci.

In Italia, la prima struttura "separata" dal carcere si ebbe con l'apertura di una sezione dedicata nella casa penale di Aversa, nel 1876. Successivamente, sono stati istituiti manicomi giudiziari a Montelupo Fiorentino (1886), a Reggio Emilia (1892), a Napoli (1923), a Barcellona Pozzo di Gotto (1925) e a Castiglione delle Stiviere (1939).

Il dibattito sul ruolo di queste strutture si è sviluppato per lo più su profili di ordine giuridico, inerenti ai problemi della sicurezza e della pericolosità sociale, con scarso interesse per i problemi di salute.

Vanno segnalati alcuni miglioramenti che, sull'onda dell'affermazione dei diritti civili, sono intervenuti con la Legge sulla riforma penitenziaria del 26 luglio 1975, n. 354. Pur riguardando il sistema penitenziario nel suo complesso, questa legge ha introdotto importanti innovazioni sui diritti dei detenuti e nell'applicazione delle attività trattamentali e disciplinari che si sono riflesse anche sugli internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), specie riguardo alle misure alternative e al ruolo del magistrato di sorveglianza.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> È pur vero che la Legge 354 del 1975 non contenga sostanziali modifiche normative dell'istituzione manicomio giudiziale, eccetto quella relativa al cambiamento della denominazione in ospedale psichiatrico giudiziario e quella relativa alla introduzione di limitate prescrizioni nell'applicazione delle attività trattamentali e degli aspetti disciplinari, ma è altrettanto vero che i benefici della riforma del sistema penitenziario si siano comunque riflessi positivamente anche nell'ambito degli OPG, aprendo la strada ai futuri sviluppi innovativi. Intanto viene sottolineato che l'ospedale psichiatrico giudiziario deve essere soprattutto un luogo di trattamento, sulla base del diritto dell'internato ad usufruire di opportunità finalizzate al reinserimento sociale. Una ulteriore innovazione della legge è la disposizione che ogni istituto carcerario debba contare sull'opera di almeno uno specialista in psichiatria; tale previsione ha prodotto sull'OPG l'effetto di una notevole riduzione della popolazione di detenuti inviati in OPG in osservazione psichiatrica.

Tuttavia, il trattamento dell'infermo di mente-reo è risultato essere per molti anni una questione quasi inesplorata.

Negli anni '70 del secolo scorso prende il via nel nostro Paese il movimento mirato alla chiusura dei manicomi civili.

La riforma psichiatrica, attuata con la Legge 13 maggio 1978, n. 180, e ulteriormente definita con la Legge di riforma sanitaria 23 dicembre 1978, n. 833, ha sancito sul piano giuridico i cambiamenti intervenuti nell'approccio alla malattia mentale, a seguito delle acquisizioni scientifiche sia nel campo della comprensione psicodinamica, sia nel campo della psicobiologia con la messa a punto di psicofarmaci ad azione sempre più mirata.

Tali acquisizioni hanno modificato in misura determinante le categorie diagnostiche e l'evoluzione stessa dei vari quadri clinici, con un notevole incremento della recuperabilità sociale, attraverso specifici interventi di riabilitazione.

Si può affermare che la Legge di riforma perseguiva tre obiettivi fondamentali:

1. affidare al sistema sanitario le decisioni sulla cura dei malati mentali, eliminando ogni competenza del Ministero dell'Interno e delle Prefetture; regolamentare il Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), in un quadro di tutela dei diritti del paziente, oltre che della collettività;
2. favorire, con la chiusura degli ospedali psichiatrici, il recupero sociale, disincentivando la cronicizzazione del ricovero manicomiale;
3. adottare un modello assistenziale allargato nel territorio, facilmente accessibile per gli utenti e fondato sull'interazione interdisciplinare di più figure professionali e di interventi integrati.

Le nuove conoscenze scientifiche sui disturbi mentali e i modelli organizzativi dei servizi psichiatrici cominciano, anche se con difficoltà e con differenze tra i vari OPG, a produrre stimoli di cambiamento, con una iniziale creazione di percorsi di cura differenziati.

La quasi totale immobilità legislativa non ha impedito, infatti, che a partire dagli anni '80 si realizzasse una lenta ma costante evoluzione delle strutture e delle attività consentite all'interno degli istituti, con l'obiettivo di consentire il recupero degli internati e il loro reinserimento in società. Si è attuato il cosiddetto processo di "sanitarizzazione", che ha avuto come modello l'OPG di Castiglione delle Stiviere, grazie al fatto che non era gestito dall'Amministrazione Penitenziaria.

Un sostegno al cambiamento delle pratiche istituzionalizzanti è venuto da due sentenze della Corte Costituzionale nel 2003 e nel 2004, attraverso le quali si attribuiva al giudice la possibilità di adottare misure di sicurezza diverse dal ricovero in OPG<sup>2</sup>.

Tuttavia, sul piano normativo, la spinta più decisa al cambiamento e al miglioramento della qualità dell'assistenza ai soggetti ricoverati in OPG è legata al DPCM 1° aprile 2008 che ha sancito il definitivo passaggio di tutte le funzioni sanitarie del sistema penitenziario dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale. Parte integrante del DPCM è l'Allegato C *Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia*. In tale documento e in ulteriori, successivi atti normativi

---

<sup>2</sup> Si tratta delle seguenti sentenze: la n. 253/2003 in cui la Corte dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 del codice penale (*Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario*), nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale; e la n. 367/2004 in cui la Corte dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 206 del codice penale (*Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza*), nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale.

vengono definite le azioni da porre in essere per il superamento degli OPG, con l'assunzione della responsabilità della gestione sanitaria da parte delle Regioni in cui gli stessi hanno sede, fino alla loro completa chiusura, con l'attuazione di programmi terapeutico riabilitativi da svolgere sia in strutture residenziali esclusivamente sanitarie (per l'esecuzione delle misure di sicurezza in stato detentivo), sia nei servizi del territorio, in attuazione di misure alternative alla detenzione, fino alla revoca definitiva della misura di sicurezza.

Si intende, a questo punto, archiviare un passato poco edificante della nostra storia che, ancora nel 2010, veniva stigmatizzato dal Comitato europeo per la Prevenzione della Tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT)<sup>3</sup> e nel 2011 dalla Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. Entrambi questi organismi avevano riscontrato e denunciato gravi carenze strutturali e igienico-sanitarie in tutti gli OPG, ad eccezione di quello di Castiglione delle Stiviere e, in parte, di quello di Napoli, con poche o nulle attività riabilitative.

Pur con le difficoltà connesse ai rapporti istituzionali con la Magistratura e l'Amministrazione penitenziaria, il passaggio di competenze al Servizio Sanitario Nazionale comporta l'adozione dei principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di standard assistenziali elevati.

Si tratta di mettere in primo piano i bisogni di salute e gli interventi di cura più appropriati, attraverso un programma terapeutico riabilitativo personalizzato, basato su valutazioni standardizzate dello stato clinico e del funzionamento personale e sociale.

Ed è in questo contesto che si colloca il progetto dell'Istituto Superiore di Sanità "Valutazione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo".

## Bibliografia di riferimento

Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Roma: Senato della Repubblica; 2011. Disponibile all'indirizzo [http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio\\_sanitario16/Relazione\\_OOPPGG\\_doc\\_XXII-bis\\_4.pdf](http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf); ultima consultazione 10/2/14.

Italia. Corte Costituzionale, sentenza 18 luglio 2003, n. 253.

Italia. Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, n. 144. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008.

Italia. Legge 2 gennaio 1989, n. 7. Ratifica ed esecuzione della convenzione europea per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti. *Gazzetta Ufficiale* n. 12 – *Supplemento Ordinario* n. 2, 16 gennaio 1989.

Italia. Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. *Gazzetta Ufficiale* n. 133, 16 maggio 1978.

<sup>3</sup> Il Comitato europeo per la Prevenzione della Tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti (CPT) è l'organismo operativo del Consiglio d'Europa, per il monitoraggio del rispetto della Convenzione europea per la Prevenzione e della Tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti, ratificata in Italia con Legge n. 7 del 2 gennaio 1989. Il Comitato organizza visite periodiche nei Paesi europei per verificare le condizioni in cui sono trattati i soggetti privati della libertà.

Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 360, 28 dicembre 1978.

Italia. Legge 26 luglio 1975, n. 354. Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 212, 9 agosto 1975.

# BREVE STORIA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI ITALIANI

Ilaria Lega (a), Andrea Di Cesare (b), Debora Del Re (a)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

## Le origini

Il principio di custodire e curare i malati di mente autori di reato in strutture distinte dal carcere e dalle strutture psichiatriche ordinarie nasce in Inghilterra, dove il Parlamento durante il regno di Giorgio III, il 28 luglio 1800, emanò l'*Insane Offender's Act*, l'atto con cui si riconosceva formalmente la "follia delinquente" (Borzacchiello, 2007). Questa legge disponeva che qualunque persona affetta da alienazione mentale responsabile di atti criminali venisse assolta, ma tenuta sotto stretta sorveglianza per una durata di tempo e in un luogo scelto dalla Corte, fino a che il re non revocasse la misura. Furono costruiti manicomi speciali per i "delinquenti folli" a Dundrum in Irlanda (1850), a Perth in Scozia (1858) e a Broadmoor in Inghilterra (1863) (Borzacchiello, 2007).

In Italia nel 1876 fu inaugurata la Sezione per maniaci presso l'antica Casa penale per invalidi di Aversa (CE), primo nucleo di quegli istituti denominati qualche anno dopo manicomi criminali, che accoglieva soprattutto soggetti "impazziti" in carcere. Nel 1886, dal momento che Aversa non era più in grado di soddisfare le esigenze di tutto il Regno d'Italia, venne istituito un secondo manicomio criminale a Montelupo Fiorentino. Denominate dal 1890 manicomi giudiziari, queste prime strutture furono riconosciute non già da una norma di legge ma da un provvedimento amministrativo quale il "Regolamento generale degli stabilimenti carcerari" del 1891, che stabiliva che "ai condannati colpiti da alienazione mentale che devono scontare una pena maggiore di un anno sono destinati speciali stabilimenti, manicomi giudiziari nei quali si provveda ad un tempo alla repressione e alla cura" (Manacorda, 1980; Borzacchiello, 2007).

I manicomi giudiziari sono destinati ad aumentare di numero: nel 1892 sorge il terzo a Reggio Emilia, nel 1923 quello di Napoli S. Efremo, nel 1925 quello di Barcellona Pozzo di Gotto (ME). La gestione dei manicomi giudiziari viene affidata a un direttore amministrativo, mentre i medici chirurgi alienisti, col titolo di direttori sanitari, si occupano dell'aspetto terapeutico (Borzacchiello, 2007). I primi decenni di attività di questi istituti non sono semplici: gli alienisti contestano la posizione subordinata che occupano rispetto al direttore amministrativo ed evidenziano le difficoltà di superare i limiti imposti dal regolamento carcerario che non tiene conto della specificità dei malati. Anche le condizioni igienico-strutturali sono critiche, Cesare Lombroso scrive nel 1903 (a circa trent'anni dall'apertura della Sezione per maniaci): "vi è in Aversa un manicomio criminale che potrebbe chiamarsi un'immensa latrina" (Manacorda, 1980; Borzacchiello, 2007).

Dopo diversi decenni di gestione in assenza di leggi che disciplinano la materia, fu il Codice Rocco del 1930 a introdurre gli istituti giuridici dell'incapacità per vizio di mente, della pericolosità sociale e della misura di sicurezza, tra cui la misura del manicomio giudiziario, così come tuttora in vigore (Fioritti & Melega, 2000).

Con il Codice Rocco si afferma il cosiddetto sistema del "doppio binario", ossia la possibilità di condannare il reo sano o prosciogliere il reo affetto da vizio di mente avviandolo alla libertà –

se non pericoloso socialmente – o alla misura di sicurezza dell'internamento nel manicomio giudiziario qualora giudicato pericoloso socialmente sotto il profilo psichiatrico. Dopo l'approvazione del Codice Rocco la popolazione dei manicomi giudiziari si modifica: il numero dei prosciolti per infermità mentale comincia a superare quello dei detenuti con infermità mentale sopravvenuta durante la detenzione.

Nel 1939 viene stipulata una convenzione che stabilisce la nascita di una sezione giudiziaria all'interno del manicomio civile di Castiglione delle Stiviere (MN), nei pressi di Desenzano del Garda. Castiglione delle Stiviere costituirà anche nei decenni successivi un'eccezione, divenendo l'unico Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) ad essere una struttura sostanzialmente sanitaria senza la presenza costante della polizia penitenziaria, e l'unico ancora oggi provvisto di una sezione femminile.

Mentre a partire dagli anni '60 del secolo scorso il manicomio civile e il carcere in quanto "istituzioni totali"<sup>4</sup> sono al centro di un dibattito e di uno scontro politico e culturale, il manicomio giudiziario resta ai margini della discussione. L'opinione pubblica in quegli anni ignora tali istituzioni, la loro esistenza, la loro dislocazione geografica, il loro funzionamento (Manacorda, 1980):

"A ciò hanno contribuito i pubblici poteri. Quello esecutivo ha sempre mantenuto [...] una robusta cortina di "discrezione" sugli istituti e sul loro funzionamento. Il legislatore non lo ha mai affrontato come problema, se non in modo sporadico, in un'ottica del tutto marginale e accessoria al più generale problema penitenziario. La stampa e gli altri strumenti di informazione [...] si erano limitati a dare su questi temi un'informazione in genere di carattere eccezionale [...], con notevole scarsità di analisi globali e di esame critico. Tra i magistrati, i soli ad occuparsene in modo approfondito erano i pochissimi giudici di sorveglianza cui il problema incombeva anzitutto come dovere d'ufficio".

Solo alcuni fatti di cronaca rompono il silenzio e l'indifferenza che circonda i manicomi giudiziari: celebre il caso di Antonia Bernardini, una donna romana morta nel 1975 in seguito alle ferite riportate nell'incendio del materasso del letto al quale era stata legata per alcuni giorni nel manicomio giudiziario femminile di Pozzuoli, sorto nel 1955, dove era in attesa di processo da oltre un anno. La struttura di Pozzuoli fu chiusa quello stesso anno, e le pazienti trasferite a Castiglione delle Stiviere (Borzachiello, 2007).

## La faticosa ricerca di un'alternativa: 1975-2008

La Legge di riforma dell'assistenza psichiatrica del 1978 nota come "Legge 180", fautrice di una vera e propria rivoluzione culturale e della pratica clinica psichiatrica in Italia, lasciò da parte gli OPG che rimasero sotto la responsabilità del Ministero della Giustizia. Mentre quindi i vecchi ospedali psichiatrici venivano chiusi e con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) nasceva in Italia la psichiatria territoriale, le istituzioni per i pazienti psichiatrici autori di reato rimanevano ancorate alla normativa del 1975, che pur avendo modificato la precedente dicitura di "manicomio giudiziario" in quella di "Ospedale Psichiatrico Giudiziario" (OPG) e introdotto la possibilità per il paziente ivi ricoverato di trascorrere parte del giorno fuori dall'istituto, aveva mantenuto inalterate le principali caratteristiche di quelle strutture.

Si è così compiuta una scissione che è stata definita un paradosso italiano, ossia quello di una nazione in cui sono coesistiti per decenni uno dei sistemi di assistenza psichiatrica territoriale tra

---

<sup>4</sup> Dalla definizione di Erving Goffman in *Asylums, le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, pubblicato in Italia nel 1968 da Einaudi con l'introduzione di Franco e Franca Basaglia.

i più radicali e avanzati del panorama internazionale e un sistema psichiatrico-forense di impianto ottocentesco (Fioritti & Melega, 2000).

È pur vero che, se non direttamente, la “Legge 180” ha avuto un effetto di rinnovamento anche sugli OPG giacché a dirigerli c’erano degli psichiatri, portatori di una cultura in trasformazione al pari di chi lavorava nei neonati servizi psichiatrici territoriali (Andreoli, 2002). Non a caso è proprio dai clinici impegnati quotidianamente all’interno degli OPG che provengono ripetute e a lungo inascoltate segnalazioni sul malfunzionamento delle strutture, la scarsità di personale, la necessità di formazione degli operatori (Scarpa, 1998).

Ignorato dalla psichiatria territoriale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il sistema psichiatrico-forense italiano si è completamente identificato con i sei OPG nazionali, la cui organizzazione, pur differenziata nelle varie realtà sociali e regionali nelle quali tali istituti sono situati, si è confrontata con la comune difficoltà di essere un servizio di effettiva natura e priorità sanitaria in una cornice carceraria (Scarpa, 1998).

Gli anni ’80 e ’90 del secolo scorso hanno visto naufragare alcune proposte di legge che con diverse modalità si proponevano di intervenire sulla condizione dei pazienti con disturbi psichiatrici autori di reato. Fra queste, per citarne solo alcune, il disegno di legge del 1983 detto progetto Vinci Grossi che, con lo scopo di uniformare il più possibile il trattamento del folle-reo e quello del criminale senza vizio di mente, proponeva da un lato la chiusura e lo smantellamento degli OPG, dall’altro l’abolizione del concetto stesso di incapacità di intendere e di volere e di vizio totale di mente; la proposta di legge della Fondazione Michelucci del 1997 su iniziativa delle Regioni Toscana e Emilia Romagna che, mantenendo l’istituto giuridico della non imputabilità e il concetto di pericolosità sociale, affermava la necessità di una regionalizzazione delle strutture destinate alla presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato con il coinvolgimento diretto dell’SSN (Scarpa, 1998).

La sentenza n. 253 del 18 luglio 2003 della Corte Costituzionale ben riassume l’immobilismo legislativo degli anni precedenti:

“mentre solo il legislatore (la cui inerzia in questo campo, caratterizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche, non può omettersi di rilevare ancora una volta) può intraprendere la strada di un ripensamento del sistema delle misure di sicurezza, con particolare riguardo a quelle previste per gli infermi di mente autori di fatti di reato, e ancor più di una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse, questa Corte non può sottrarsi al più limitato compito di eliminare l’accennato automatismo [*nota dei curatori*: del ricovero in OPG] consentendo che, pur nell’ambito dell’attuale sistema, il giudice possa adottare, fra le misure che l’ordinamento prevede, quella che in concreto appaia idonea a soddisfare le esigenze di cura e tutela della persona, da un lato, di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall’altro lato”.

Nel 2004 con Decreto Ministeriale veniva istituito un gruppo tecnico per gli OPG nell’ambito della Commissione interministeriale Giustizia-Salute per lo studio delle problematiche relative al riordino della medicina penitenziaria, composto da esperti dell’SSN e del Dipartimento per l’Amministrazione Penitenziaria (DAP) con il compito di proporre possibili modelli di intervento innovativi per i pazienti psichiatrici autori di reato. Il gruppo di lavoro nel 2006 concludeva che:

“sulla base della documentazione esaminata e delle risultanze delle visite conoscitive effettuate in tutti gli OPG, malgrado gli sforzi che le singole Direzioni hanno realizzato per coniugare positivamente la funzione di custodia con quella di trattamento e cura delle persone ricoverate in OPG, la vetustà delle strutture, tutte – con l’unica eccezione di Castiglione delle Stiviere e Barcellona Pozzo di Gotto - edificate con altre finalità, la

concentrazione degli internati, la commistione più varia di condizioni cliniche e percorsi giuridici, l'inadeguatezza numerica del personale di area sanitaria, l'assenza di formazione specifica in un settore così delicato, rendono tali sforzi il più delle volte vani" (Ditta *et al.*, 2006).

Fra le proposte operative elaborate per superare le contraddizioni riscontrate vi erano: nel breve periodo la ridefinizione quali-quantitativa degli organici del personale operante in OPG afferente sia all'amministrazione penitenziaria che ai DSM competenti per territorio; l'avvio di un programma pluriennale di formazione con particolare attenzione al tema della diagnosi, del trattamento e della riabilitazione psichiatrica e psicosociale; la regionalizzazione degli internamenti in OPG. Nel lungo periodo proponevano la messa a punto di un sistema integrato di psichiatria penitenziaria che prevedesse anche la realizzazione di strutture residenziali regionali ad alta intensità terapeutica e media sicurezza da affiancare ad altre con media intensità terapeutica e bassa sicurezza, da attivare nelle ASL (Aziende Sanitarie Locali).

Nel 2008 la questione degli OPG italiani assume rilievo europeo: il Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti visita l'OPG di Aversa. Il rapporto pubblicato dopo la visita evidenziava le scadenti condizioni della struttura, la necessità di migliorare il regime quotidiano di degenza dei pazienti aumentando il numero e la varietà dei trattamenti loro garantiti, e implementando, nonostante la buona qualità delle relazioni fra i pazienti e il personale osservate nel corso della visita, l'insufficiente dotazione di personale sanitario rispetto al numero e alle necessità terapeutiche dei ricoverati (CPT, 2010).

## **Un passo concreto verso il superamento dell'OPG: il DPCM 1° aprile 2008**

Il DPCM (Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri) 1° aprile 2008 sul trasferimento di funzioni, personale, beni, attrezzature e finanziamento della sanità penitenziaria all'SSN, mantenendo invariata la legislazione penale, nell'Allegato C definiva finalmente alcune linee guida operative per il superamento degli OPG.

In base al DPCM 1° aprile 2008 la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG doveva essere assunta dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede e la competenza sull'assistenza psichiatrica trasferita completamente ai DSM nel cui territorio di competenza gli OPG sono situati.

In linea con le riflessioni elaborate negli anni precedenti – e come suggerito anche dalle conclusioni delle ricerche sul campo di Angelo Fioritti e Vittorino Andreoli descritte nel capitolo "Valutazione psichiatrica dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: uno studio *ad hoc*" sul progetto dell'Istituto Superiore di Sanità – l'ambito territoriale è individuato dal DPCM come:

“la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali per il fatto che nel territorio è possibile creare un'efficace sinergia tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone” (DPCM, 2008, Premessa Allegato C).

Per scongiurare il sovraffollamento dell'OPG e giungere ad un più idoneo rapporto tra pazienti e operatori sanitari il DPCM partiva dalle modalità vigenti sull'accesso in OPG del paziente autore di reato, che comprendevano – e comprendono sostanzialmente tuttora – cinque categorie di persone:

- *Categoria 1*  
la persona con un disturbo psichiatrico che ha commesso un reato ed è stata prosciolta perché ritenuta totalmente incapace di intendere e di volere, se giudicata socialmente pericolosa sulla base di una perizia psichiatrica, viene sottoposta alla misura di sicurezza dell'internamento in OPG di durata proporzionale al delitto commesso (2, 5 o 10 anni), prorogabili dal magistrato di sorveglianza in base al giudizio clinico dei sanitari dell'OPG;
- *Categoria 2*  
la persona che ha commesso un reato ed è stata giudicata parzialmente incapace di intendere e di volere e socialmente pericolosa, scontata in carcere una pena diminuita di un terzo, viene trasferita dal carcere all'OPG per scontare la misura di sicurezza, la cui durata è sempre rapportata al tipo di reato commesso;
- *Categoria 3*  
la persona imputata in qualsiasi grado di giudizio viene sottoposta alla misura di sicurezza dell'internamento provvisorio in OPG in attesa del giudizio definitivo se vi è una presunta pericolosità sociale;
- *Categoria 4*  
la persona detenuta già condannata può giungere in OPG dal carcere per un'infermità mentale sopravvenuta durante la detenzione e rimanervi per il periodo stimato necessario alla cura, al termine del quale fa ritorno in carcere;
- *Categoria 5*  
la persona imputata, detenuta in ogni grado di giudizio o già condannata, può essere inviata in OPG dal carcere per essere sottoposta ad osservazione psichiatrica, per un periodo non superiore a 30 giorni.

Tramite l'attivazione all'interno degli istituti di pena di reparti destinati alla cura dei detenuti con disturbi mentali sopravvenuti nel corso della detenzione (Categoria 4 e 5 del suddetto elenco) i detenuti sarebbero stati curati all'interno del carcere e non sarebbero più giunti in OPG con conseguente riduzione del numero dei ricoverati in OPG<sup>5</sup>.

I sei DSM situati nel territorio di competenza degli OPG erano chiamati a provvedere a piani individualizzati di trattamento, in collaborazione con i servizi sanitari della propria azienda sanitaria e con i servizi sociali del territorio, e a esercitare funzioni di raccordo nei confronti delle aziende sanitarie di provenienza dei pazienti ospitati presso gli OPG, in vista del successivo reinserimento dei pazienti nel territorio di residenza. Tali provvedimenti erano il fulcro di un processo volto a promuovere percorsi riabilitativi orientati al reinserimento sociale dei ricoverati, diminuendo in tal modo anche il carico di pazienti degli OPG e favorendo così il raggiungimento di un più idoneo rapporto tra operatori e pazienti ivi alloggiati. Nell'intento del DPCM ogni Regione italiana, nell'ambito dei propri atti di programmazione specifici, avrebbe dovuto affrontare la questione della cura, della riabilitazione e dell'inclusione sociale dei pazienti con disturbo psichiatrico autori di reato, sia stabilendo rapporti di collaborazione e di intesa con le Regioni impegnate nella gestione degli OPG, sia organizzando i servizi e i presidi necessari per dare risposte appropriate a questo tipo di pazienti. Le azioni indicate dovevano pertanto preludere alla restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e all'assunzione della responsabilità per la presa in carico.

Per favorire questo processo anche tramite la contiguità geografica, il DPCM individuava dei bacini di riferimento regionali in modo che ogni OPG divenisse la sede per i ricoveri di pazienti

<sup>5</sup> Nel 2005 i presenti OPG erano complessivamente 1057, i detenuti condannati con sopravvenuta infermità mentale erano l'8,1% dei presenti, i soggetti in osservazione l'1,8% (Ditta, 2011).

delle Regioni limitrofe (all'OPG di Castiglione delle Stiviere dovevano essere assegnati i pazienti provenienti dal Piemonte, dalla Valle d'Aosta, dalla Liguria, oltre naturalmente dalla Lombardia, e le pazienti provenienti da tutte le Regioni considerando che tale struttura è l'unica con una sezione femminile; all'OPG di Reggio Emilia, i pazienti delle Regioni Veneto, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia e Marche, oltre che dall'Emilia Romagna; all'OPG di Montelupo Fiorentino, gli internati della Toscana, dell'Umbria, del Lazio e della Sardegna; all'OPG di Aversa e all'OPG di Napoli, gli internati della Campania, dell'Abruzzo, del Molise, della Basilicata e della Puglia; all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, gli internati della Sicilia e della Calabria).

A tre anni dall'entrata in vigore del decreto il Ministero della Salute faceva il punto sul suo stato di attuazione. La responsabilità della gestione sanitaria degli OPG era stata effettivamente assunta dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede per cinque dei sei OPG nazionali; l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto rimaneva nella situazione antecedente al 2008 giacché la Regione Sicilia non aveva ancora recepito il decreto (Ditta, 2011).

Anche la regionalizzazione dei ricoveri era stata in gran parte attuata: dei 1378 pazienti presenti in OPG al luglio 2011, più dell'85% dei pazienti maschi si trovava collocato nell'OPG di competenza territoriale; non si era invece dato seguito al rientro nelle carceri di provenienza dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena; stentava inoltre ad avviarsi anche la predisposizione di programmi di cura, riabilitazione e recupero sociale condivisa tra Regione titolare della competenza gestionale dell'OPG e le Regioni limitrofe (Ditta, 2011). All'ottobre 2011 solo undici Regioni (incluse 4 delle 5 Regioni sede di OPG) avevano avviato la rivalutazione clinica e giuridica dei propri pazienti, condizione preliminare al rientro nei territori di provenienza (Ditta, 2011).

Diversamente da come si era sperato con l'approvazione del DPCM, bisognava quindi constatare che il processo di superamento procedeva con passo così lento da temere che non si riuscisse infine a realizzarlo.

## **Indagine sugli OPG della Commissione parlamentare e la Legge 9/2012**

Nel periodo compreso tra luglio e dicembre 2010, gli OPG sono oggetto di un'indagine sul campo da parte della "Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale", presieduta dal senatore Ignazio Marino. Al termine dell'indagine, che ha previsto ripetuti sopralluoghi a sorpresa nei sei OPG nazionali, il 20 luglio 2011 la Commissione approva la "Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari", contenente i risultati delle indagini compiute in merito alle condizioni igienico-sanitarie, organizzative e clinico-psichiatriche delle strutture (Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, 2011).

L'assetto strutturale e le condizioni igienico-sanitarie di tutti gli OPG, ad eccezione di quello di Castiglione delle Stiviere e in parte di quello di Napoli, vengono definite "gravi e inaccettabili"; la dotazione di personale deputato all'assistenza socio-sanitaria è considerata carente, in particolare per quanto riguarda l'assistenza medico specialistica e infermieristica. Viene riscontrata inoltre la mancanza di puntuale documentazione relativa alle contenzioni fisiche dei ricoverati.

La relazione individua alcuni interventi da mettere in atto con urgenza per completare l'attuazione del passaggio di competenza all'SSN così come previsto dal DPCM del 2008.

In primo luogo l'adeguamento di locali, attrezzature e arredi agli standard ospedalieri e una nuova articolazione interna delle strutture in piccole "unità contigue" delle degenze, assimilabili a piccoli reparti. Inoltre, "attraverso commissioni specialistiche incaricate dalle ASL competenti è necessario dare avvio, al più presto e attraverso strumenti clinici validati di assessment, alla rivalutazione sanitaria specialistica dei singoli casi, uno ad uno, finalizzata all'elaborazione di un progetto riabilitativo individuale di recupero psicosociale, dettagliato per tempi, luoghi, tipologie di intervento e obiettivi perseguibili e soggetto a verifiche periodiche di attuazione e avanzamento, così da agevolare i DSM di provenienza nell'individuazione delle strutture territoriali idonee al rientro di ciascun paziente".

Parimenti ineludibili vengono giudicati dalla Commissione parlamentare:

- l'effettiva istituzione di reparti psichiatrici negli istituti di pena;
- un più stretto raccordo tra magistratura e servizi psichiatrici territoriali per prevenire il ricovero in OPG;
- l'attuazione della riforma della sanità penitenziaria anche nella Regione siciliana per sanare l'eccezione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, fermo all'ordinamento precedente al 2008;
- la creazione di strutture di ricovero intermedio "che possano rappresentare una valida alternativa alla scelta dilemmatica tra gli estremi dell'internamento in OPG e del ricorso a modalità di libertà vigilata non sufficientemente sicure".

Nella parte conclusiva della relazione sono indicate le linee guida per una riforma legislativa della psichiatria giudiziaria: partendo dall'individuazione di:

"modalità alternative di trattamento che siano in grado di garantire terapia e riabilitazione degli infermi di mente che abbiano commesso reato unitamente all'applicazione di misure di sicurezza adeguate alle condizioni del soggetto [...], è necessario tendere a un ripensamento complessivo dell'istituto della non imputabilità e di tutti i suoi perniciosi corollari".

Fra questi perniciosi corollari ci sono le misure di sicurezza provvisorie di ricovero in OPG che si protraggono per svariati anni e le proroghe sistematiche delle misure di sicurezza dell'internamento in OPG, che rischiano di trasformarsi in "ergastolo bianco", ovvero una permanenza in OPG per tempi lunghi e indefiniti, anche superiori a quelli della pena prevista per il reato commesso.

Dopo le tante proposte legislative naufragate, le tante segnalazioni degli operatori sanitari rimaste inascoltate, le iniziative di denuncia (non ultimo il comitato di associazioni "Stop OPG"), l'operato della Commissione parlamentare ha avuto l'indubbio merito di asserire con forza la necessità di un definitivo e urgente superamento dell'OPG.

L'unanime volontà politica, l'attenzione dei media e l'opinione pubblica hanno concorso a far sì che si arrivasse in tempi rapidi all'approvazione della Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, che ha fissato il termine ultimo per il definitivo superamento degli OPG al 1° febbraio 2013 – prorogato al 31 marzo 2015 – scandendo la tempistica per la definizione dei requisiti delle strutture alternative da realizzarsi su base regionale e stanziando finalmente le risorse necessarie per affrontare gli oneri della realizzazione e riconversione delle strutture, del loro funzionamento e dell'adeguamento del personale.

Gli OPG saranno dunque definitivamente superati. Rimane aperta la sfida della cura e della riabilitazione dei circa 1000 pazienti che attualmente si trovano ricoverati nei 6 OPG nazionali e dei futuri pazienti autori di reato. Le necessità cliniche e gli specifici bisogni di questa popolazione di pazienti sono oggi, forse per la prima volta in Italia, al centro della questione.

## Bibliografia

- Andreoli V. *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*. Roma: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio studi e ricerche legislazioni e rapporti internazionali; 2002. Disponibile all'indirizzo: [www.rassegnapenitenziaria.it](http://www.rassegnapenitenziaria.it); ultima consultazione 07/11/13.
- Borzacchiello A. *I luoghi della follia: l'invenzione del manicomio criminale*; 2007. Disponibile all'indirizzo: [http://www.museocriminologico.it/documenti/carcere/manicomio\\_criminale.pdf](http://www.museocriminologico.it/documenti/carcere/manicomio_criminale.pdf); ultima consultazione 10/02/14.
- Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*. Roma: Senato della Repubblica; 2011. Disponibile all'indirizzo [http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio\\_sanitario16/Relazione\\_OOPPGG\\_doc\\_XXII-bis\\_4.pdf](http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf); ultima consultazione 10/2/14.
- CPT. *Report to the Italian Government on the visit to Italy carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 14 to 26 September 2008*. Strasbourg: European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; 2010.
- Ditta G, Fioritti A, Nuzzolo L, Starace F, Ferraro A, Rosania N, De Feo S, Mancuso A. *Commissione Interministeriale Giustizia-Salute: gruppo di lavoro per i problemi degli Ospedali psichiatrici giudiziari, OPG*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2006.
- Ditta G. *Relazione sui dati forniti da Regioni e Province Autonome, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia in attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata, del 26 novembre 2009, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC)*. Roma: Ministero della Salute; 2011.
- Fioritti A, Melega V. *Psichiatria forense in Italia: una storia ancora da scrivere. Epidemiol Psichiatr Soc* 2000;9(4):219-26.
- Italia. Corte Costituzionale, sentenza 18 luglio 2003, n. 253.
- Italia. Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, n. 144. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008.
- Italia. Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 2012.
- Italia. Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. *Gazzetta Ufficiale* n. 133, 16 maggio 1978.
- Italia. Legge 26 luglio 1975, n. 354. Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà. *Gazzetta Ufficiale – Supplemento Ordinario* n. 212, 9 agosto 1975.
- Lombroso C. *La cattiva organizzazione della polizia e i sistemi carcerari*. Milano: Il momento attuale; 1903.
- Manacorda A. *Il Manicomio giudiziario: alcune note per la comprensione dei problemi attuali*. Bologna: Foro Italiano; 1980.
- Manacorda A. *Il manicomio giudiziario: cultura psichiatrica e giuridica nella storia di un'istituzione totale*. Bari: De Donato; 1982.
- Scarpa F. *Breve storia dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*. Padova: Ristretti; 1998. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ristretti.it/areestudio/salute/mentale/scarpa.htm>; ultima consultazione 28/02/14.

## **PROCESSO DI SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI: NORME E ATTUAZIONI**

Teresa Di Fiandra

*Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma*

L'innovativo approccio che l'Italia sta portando avanti per affrontare il problema della presa in carico terapeutica e dell'umanizzazione delle cure per pazienti psichiatrici autori di reato, ha le sue basi nel DPCM 1° aprile 2008, che disciplina il trasferimento di tutte le funzioni di sanità penitenziaria dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, e in particolare nell'Allegato C, che si configura come "Linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia" e definisce con precisione le tre fasi del percorso individuato per il raggiungimento dell'obiettivo.

Contestualmente alla prima fase, in cui la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG è assunta interamente dalle Regioni in cui essi hanno sede, è iniziato il complesso lavoro dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) per la formulazione di piani terapeutici individualizzati che consentissero l'immediata dimissione di coloro che avevano concluso la misura di sicurezza.

Nella seconda fase si è proceduto alla distribuzione delle persone internate in modo che in ogni OPG venissero ospitate quelle provenienti dal bacino geografico di pertinenza, costituito dalle Regioni limitrofe a quelle sede di ciascun OPG (sono stati infatti individuati 5 bacini, facenti capo alle Regioni Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia), in modo da stabilire immediatamente rapporti di stretta collaborazione per la presa in carico definitiva, da realizzarsi nella terza fase, con la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori.

Una serie di Accordi siglati negli anni successivi in sede di Conferenza Unificata tra lo Stato, le Regioni e le Autonomie locali ha delineato la cornice normativa e operativa a supporto della realizzazione del percorso previsto, con il diretto coinvolgimento dei due gruppi nazionali di coordinamento delle iniziative nel settore (Tavolo interistituzionale e Comitato paritetico) che operano presso la Conferenza Unificata.

Una svolta, soprattutto nel senso dell'accelerazione temporale, si è verificata con l'emanazione della Legge 17 febbraio 2012 n. 9 che, completata nelle sue articolazioni dalle successive modificazioni (ultima delle quali è la Legge 23 maggio 2013, n. 57), ha sancito l'unidirezionalità del processo avviato, che si chiuderà con la definitiva scomparsa dell'OPG così come configuratosi fino ad oggi.

Qualora, in alternativa ad ogni altro intervento da condursi in ambito territoriale fuori dalle strutture carcerarie, il Magistrato stabilisca l'applicazione della misura di sicurezza detentiva, questa sarà eseguita in una struttura a carattere sanitario, definita convenzionalmente REMS (Residenza per l'Esecuzione della Misura di Sicurezza), di piccole dimensioni (non più di 20 posti letto, sia pure con la possibilità di organizzare e gestire moduli vicini), con requisiti prescrittivi per quanto riguarda le dotazioni strutturali e di organico, e con la previsione di sole forme di vigilanza perimetrale.

La responsabilità di gestione è dunque interamente in capo alle Amministrazioni regionali, che la esercitano attraverso le proprie Aziende sanitarie locali, e più specificamente attraverso i DSM, dal momento che l'obiettivo finale dell'intero percorso è la presa in carico terapeutica e il reinserimento sociale dei soggetti interessati.

Le prescrizioni di legge hanno affidato al Ministero della Salute un ruolo centrale di programmazione e di monitoraggio, in raccordo con il Dicastero della Giustizia e a supporto delle attività delle Regioni.

L'assegnazione dei fondi stanziati per la parte strutturale (€ 173.807.991,00) è subordinata all'approvazione, da parte del Ministero della Salute, di uno specifico programma di utilizzo proposto da ogni singola Regione. All'erogazione delle risorse provvede poi il Ministero dell'Economia e delle Finanze, per stati di avanzamento dei lavori di costruzione e/o adeguamento delle REMS. Parte di questo finanziamento può anche essere destinato al potenziamento/miglioramento strutturale dei servizi del DSM, dal momento che esso rappresenta il fulcro che governa operativamente l'intero processo di gestione del superamento degli OPG.

Tutte le Regioni, ad eccezione del Veneto per cui è stata avviata la procedura di commissariamento, hanno presentato i programmi di utilizzo dei fondi nei tempi previsti dalla legge; tutti i programmi sono stati approvati dopo l'inserimento di integrazioni o modifiche e l'effettiva erogazione dei finanziamenti avviene non appena il relativo decreto del Ministero della Salute viene pubblicato in *Gazzetta Ufficiale*.

Per garantire il funzionamento delle nuove strutture, il legislatore ha anche previsto lo stanziamento di fondi per la parte di spesa corrente (38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013), la cui erogazione è ugualmente subordinata alla presentazione di specifici programmi regionali, che stanno arrivando al Ministero per essere sottoposti a valutazione per l'approvazione. Da notare, infine, che è esplicitata la possibilità di assumere personale in deroga anche per quelle Regioni che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari.

A completamento della descrizione degli iter normativi, vale forse la pena di sottolineare che quanto disposto dalla legge indica chiaramente che l'obiettivo finale è quello di attribuire alle aziende sanitarie il compito di predisporre programmi terapeutico riabilitativi con la presa in carico sanitaria continuativa e coordinata di ogni singolo soggetto destinatario di una misura di sicurezza, sia essa detentiva o alternativa. Per le persone destinatarie di misura di sicurezza detentiva, il mandato per gli operatori è quello di attivare ogni iniziativa finalizzata alla loro dimissione, attualmente dall'OPG ma in futuro anche dalle REMS, inserendole in percorsi inclusi in ambito territoriale.

Il criterio ispiratore è il concetto che questi pazienti sono, da un punto di vista sanitario, persone che devono essere curate e riabilite come ogni altro paziente del dipartimento di salute mentale, pur restando in piedi ogni forma di collaborazione con l'Amministrazione della Giustizia, laddove competente.

Questa pur sintetica rappresentazione della complessità e delicatezza dell'intero processo, mette inevitabilmente in luce la necessità di attivare ogni iniziativa che consenta di portare a maturazione una cultura diversa, capace di contrastare atteggiamenti di stigma e di pregiudizio nei confronti dei soggetti affetti da malattia mentale e autori di reato, nel rispetto della loro dignità umana e della loro salute.

La relazione alle Commissioni parlamentari, prevista dalla Legge 57/2013 e consegnata dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia nei tempi indicati, sentiti anche gli assessori regionali alla sanità, fa proprio questo paradigma e si chiude con la previsione di un impegno a promuovere il coinvolgimento dei cittadini e delle diverse istituzioni, con incontri, aggiornamenti per i mezzi di comunicazione, convegni scientifici e messaggi istituzionali, fermi restando i profili di sicurezza che, se non garantiti, talvolta ingenerano preoccupazione nell'opinione pubblica.

In tale scenario generale si inserisce il progetto, finanziato dal Ministero della Salute e presentato in questa pubblicazione, che affonda le radici nella consapevolezza che un supporto

non secondario alla piena realizzazione degli obiettivi del programma può essere offerto dalla promozione di alti livelli di qualità degli approcci e delle prestazioni sanitarie integrate.

La complessa pianificazione degli interventi per i pazienti ancora ricoverati in OPG, ma domani anche per tutti coloro che verranno ospitati nelle REMS, non può che giovare dall'acquisizione di informazioni affidabili sulle loro caratteristiche cliniche e psicosociali e sui loro bisogni, informazioni basate sull'utilizzo, da parte degli operatori sanitari appositamente formati, di strumenti standardizzati per la diagnosi e la valutazione periodica della natura e gravità dei disturbi mentali in atto e del loro decorso.

### **Normativa di riferimento**

Italia. Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, n. 144. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008.

Italia. Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 2012.

Italia. Legge 23 maggio 2013, n. 57. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria. *Gazzetta Ufficiale* n.121, 25 maggio 2013.



**PARTE 2**  
**Dalla valutazione dei servizi di salute mentale**  
**a quella del paziente psichiatrico autore di reato:**  
**il contributo dell'Istituto Superiore di Sanità**



# SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA: DALLA RICERCA NUOVI APPROCCI DI VALUTAZIONE

Antonella Gigantesco, Angelo Picardi  
*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità,  
Roma*

## Introduzione

Nel 1978 l'approvazione della Legge 180 ha prodotto una riforma radicale dell'assistenza psichiatrica in Italia, che ha avuto ampia risonanza anche all'estero. Gli ospedali psichiatrici sono stati gradualmente chiusi, ed è stata creata una rete di servizi assistenziali di tipo comunitario, che fanno capo ai Dipartimenti di Salute Mentale (DSM). In particolare, uno dei cambiamenti più rilevanti prodottosi in Italia ha riguardato l'apertura di numerose strutture residenziali non ospedaliere su tutto il territorio nazionale.

Successivamente all'approvazione della Legge, per molti anni, si è lamentata la scarsità se non addirittura l'assenza di informazioni dettagliate sui nuovi servizi istituiti a seguito dell'applicazione della stessa, in particolare per quanto riguardava le caratteristiche delle strutture residenziali e di ricovero acuto e le caratteristiche dei pazienti ivi assistiti nonché i tipi e le modalità di trattamento loro erogati. La scarsità di informazioni sulle strutture residenziali e di ricovero acuto appariva particolarmente problematica se si considerava che esse accoglievano, e tuttora accolgono, una popolazione clinica caratterizzata da elevati livelli di gravità, che richiede quindi un notevole impegno assistenziale.

In questo contesto, alla fine degli anni '90 del secolo scorso, nell'ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale, l'Istituto Superiore di Sanità ha avviato due progetti nazionali di ricerca con l'obiettivo di valutare, con metodologie standardizzate, le strutture residenziali (studio PROGRES, PROGETTO RESidenze) e i reparti di ricovero, pubblici e privati, per pazienti acuti (studio PROGRES-Acuti). Sulla scorta degli importanti risultati ottenuti attraverso i progetti PROGRES, altre iniziative riguardanti la ricerca sui servizi di salute mentale sono state in seguito messe in campo dal Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il presente contributo intende fornire una panoramica dei principali progetti e programmi di ricerca condotti dal 2000 ad oggi sui servizi, partendo proprio dagli studi PROGRES PROGRES-Acuti e proseguendo con il progetto SEME (Sorveglianza Epidemiologica integrata in salute MEntale) e i programmi SiVeAS (Sistema nazionale di Verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria) fino ad arrivare al più recente progetto "Valutazione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo", descritto in modo articolato nei capitoli che seguono.

## Studio PROGRES

Nello studio PROGRES, in una prima fase, sono state censite tutte le Strutture Residenziali (SR) con almeno 4 posti letto presenti sul territorio nazionale (de Girolamo *et al.*, 2002); successivamente, nella seconda fase, è stata condotta una valutazione approfondita per il 20%

circa di esse, delineando nel contempo le caratteristiche sociodemografiche, cliniche e assistenziali dei pazienti ospiti. Complessivamente, nella seconda fase sono state coinvolte 265 SR, con 2.962 residenti, di età media relativamente elevata: 48,6 anni per i maschi, 50,9 per le femmine (de Girolamo *et al.*, 2005).

Lo studio PROGRES ha consentito di ottenere un gran numero di informazioni sulle caratteristiche dell'ambiente fisico delle SR, sui pazienti ivi ospitati, sul personale operante, sui trattamenti farmacologici erogati, gli interventi psicosociali e riabilitativi forniti e i principali esiti della permanenza in tali strutture sia in termini di funzionamento personale e sociale sia, in generale, di qualità di vita. Per una conoscenza approfondita dei risultati di questo studio rimandiamo alla produzione scientifica pertinente. Qui si vogliono sottolineare solo alcuni punti in una chiave di lettura volta a evidenziare i punti di forza e le criticità di queste strutture.

Un primo punto, messo in luce dalla fase 1 di censimento delle SR condotta nel 2000, riguarda la notevole variabilità interregionale nella dotazione di posti-letto residenziali (in media 2,9 per 10.000 abitanti; range: 1,5-6,9 per 10.000 abitanti), che è risultata essere direttamente proporzionale al numero di posti letto in strutture di ricovero per acuti (sia pubbliche che private), e inversamente proporzionale alla dotazione di centri di salute mentale e centri diurni. Se da un lato ciò può indicare la capacità delle strutture di rispondere a specifiche esigenze locali, allo stesso tempo si traduce in un ostacolo alla individuazione di standard adeguati all'assistenza di una popolazione particolare come quella degli ospiti delle SR.

Un secondo punto riguarda la caratterizzazione dei pazienti ospiti delle SR, valutati nella fase 2. Questi presentavano notevoli gravità psicopatologica e compromissione psicosociale e funzionale, oltre che una significativa carenza nella rete di supporto esterno alla struttura. La metà di essi risultavano aver trascorso più di 5 anni in una SR. Relativamente al processo di cura e riabilitazione, gli interventi genericamente «risocializzanti», le attività espressivo-motorie e le attività manuali erano quelle maggiormente praticate, mentre i programmi strutturati volti al recupero delle abilità della vita quotidiana e delle abilità relazionali e sociali erano molto meno diffusi (ad es., social skills training, addestramento lavorativo, e riabilitazione fisica) (Santone *et al.*, 2005). Circa 1/3 delle SR valutate nella fase 2 non aveva dimesso alcun paziente nell'anno precedente la rilevazione (Santone *et al.*, 2005).

Sicuramente la presenza di un grave disturbo mentale penalizza la possibilità di dimissione, con il rischio che la mission di struttura intermedia delle SR venga annullata, e la struttura si trasformi in una residenza a tempo indefinito, non assolvendo un compito riabilitativo, preparatorio a una vita più indipendente, ma offrendo sostegno e protezione a soggetti che verosimilmente non riusciranno a raggiungere maggiori livelli di autonomia. Probabilmente, quindi, il punto di maggior criticità va individuato nell'antinomia fra due possibili ruoli delle SR. Il primo di questi individua nelle SR delle strutture per promuovere una sempre maggiore autonomia dei pazienti, così da potere permetterne un reinserimento sociale, attraverso il recupero di abilità di base e di reintegrazione. Il secondo ruolo, che dovrebbe riguardare perlopiù pazienti di età avanzata (50-55 anni), va individuato nella capacità di garantire una qualità di vita soddisfacente, con i più ampi spazi di autonomia possibili, ma accettando la possibilità di una permanenza indefinita.

Un ultimo punto riguarda l'elevato livello di protezione interno alle strutture, con 3/4 circa delle stesse con una copertura sulle 24 ore. Sarebbe importante verificare il ruolo svolto dal personale, in quanto si è segnalato che una elevata presenza di figure di assistenza favorisce gli scambi sociali dei pazienti, ma anche che una minore assistenza può spingere i pazienti a cercare all'esterno un'adeguata rete di supporto, favorendo la ricerca di contatti sociali extra-struttura.

## Studio PROGRES-Acuti

Anche a questo studio, realizzato come il precedente con un disegno a due fasi, hanno aderito tutte le Regioni italiane, in questo caso con l'eccezione della Sicilia. Il PROGRES-Acuti nella sua prima fase ha censito 308 strutture pubbliche con un totale di 3.984 posti letto: 262 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC; 3.431 letti), 23 Cliniche Psichiatriche Universitarie (CPU; 399 letti), 16 Centri di Salute Mentale aperti sulle 24 ore (CSM-24h; 98 letti) e 8 reparti di medicina con posti letto psichiatrici (20 letti). Erano inoltre presenti 54 Case di Cura Private, con un totale di 4.862 letti. Da questi risultati è emerso subito con chiarezza il peso significativo dei posti letto privati nell'ambito della dotazione complessiva per pazienti acuti: i posti letto nelle strutture pubbliche, nel 2001, rappresentavano infatti solo il 45,8% del totale di posti letto per pazienti psichiatrici acuti. Tra la Regione con la maggiore dotazione di posti letto complessivi, pubblici e privati (Calabria) e la Regione con la minore dotazione (Umbria), vi era un rapporto di oltre 8:1.

Come per lo studio PROGRES, il PROGRES-Acuti ha permesso di raccogliere un gran numero di informazioni sulle caratteristiche dei pazienti assistiti in regime di ricovero, sui criteri di ammissione al ricovero, sulla durata e gli esiti del ricovero, sul personale operante in questi servizi e sul processo di cura. Anche in questo caso per una conoscenza più approfondita dei risultati di questo studio rimandiamo alla produzione scientifica pertinente. Qui, tra i risultati, ne evidenziamo solo alcuni. Come per le SR, i dati relativi alle strutture di ricovero per pazienti psichiatrici acuti hanno messo in luce una disomogeneità fra le varie aree, e macro-aree, del paese non solo nella disponibilità di posti letto, ma anche nella dotazione di personale, in molti indicatori strutturali e organizzativi, e infine anche nella durata media della degenza che andava, nel periodo di rilevazione, da 12,5 giorni nelle Regioni centrali e meridionali a 25 giorni nelle Regioni del Nord-Est (de Girolamo & Tansella, 2006).

Relativamente al processo di cura interno alle strutture, come prevedibile la psicofarmacoterapia rappresentava il trattamento di elezione, mentre emergeva la necessità di potenziare l'intervento psicoterapico. Infatti, se si escludeva l'intervento di sostegno, il più delle volte aspecifico e senza risultati duraturi, psicoterapie strutturate erano presenti in una minoranza delle strutture (non si dispone peraltro di dati in grado di verificare la qualità degli interventi). Confortante il dato relativo alla proporzione, ridotta, di ricoveri obbligatori, indice indiretto della efficienza dell'assistenza al di fuori delle strutture ospedaliere. Infatti la percentuale dei ricoveri obbligatori è risultata essere sensibilmente inferiore di quelle di altri paesi europei, dove rappresentano sino al 30% del totale dei ricoveri. Il rilievo di un'elevata percentuale di soggetti "revolving-door" in contatto con i servizi psichiatrici territoriali ha messo in luce come la prevenzione del ricovero dipenda non tanto dalla dotazione di servizi territoriali, quanto dall'efficacia della loro azione, in particolare per quanto riguarda la loro integrazione con le strutture di ricovero (Morlino *et al.*, 2006). La percentuale di pazienti ricoverati a seguito di un tentativo di suicidio è apparsa elevata (il 15% circa) e le analisi dei dati hanno evidenziato la necessità di porre in atto adeguate strategie di prevenzione anche al di fuori del circuito psichiatrico, in considerazione del rischio maggiore presentato da soggetti non in trattamento. Relativamente alle condotte aggressive è apparsa interessante la possibilità di individuare quei pazienti che avevano condotte aggressive ripetute, e l'identificazione dei determinanti ambientali delle condotte stesse.

## Progetto SEME

I due progetti di ricerca nazionali PROGRES e PROGRES-Acuti non solo hanno consentito di raccogliere molte informazioni, in precedenza non disponibili, sulle strutture residenziali e di ricovero per acuti ma hanno anche mostrato che era possibile creare una rete di collaborazione costruttiva ed efficiente tra un ente centrale come l'ISS, le istituzioni regionali, e i DSM.

Nel 2007, il Reparto Salute Mentale, forte della esperienza accumulata coi PROGRES e dei molti risultati ottenuti nei campi dell'epidemiologia psichiatrica e della valutazione psichiatrica e psicologica standardizzata, ha deciso di proporre un programma nazionale di sorveglianza per valutare gli andamenti nel tempo di specifici disturbi mentali gravi. La proposta nasceva dalla constatazione che in Italia, sebbene vi fossero dati nazionali sulla prevalenza dei disturbi mentali più comuni (de Girolamo *et al.*, 2005), non si disponeva di dati sulla frequenza dei nuovi casi dei disturbi mentali gravi, diagnosticati con metodologia standardizzata, osservati nei servizi specialistici ambulatoriali del Servizio Sanitario Nazionale, ossia i CSM.

Con il progetto SEME, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del bando del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) a partire dalla fine del 2007 fino al 2010, si è inteso sperimentare un sistema di sorveglianza volto a rilevare con elevato grado di accuratezza e riproducibilità diagnostica i nuovi casi di specifici disturbi mentali gravi, di particolare rilevanza in termini di salute pubblica, che giungevano per la prima volta all'osservazione di un gruppo di CSM sentinella sul territorio nazionale.

Gli obiettivi specifici del progetto sono stati: 1) costituire una rete di CSM sentinella sul territorio nazionale e formare il personale ivi operante all'attività di segnalazione dei nuovi pazienti affetti da schizofrenia, disturbo schizofreniforme, disturbo schizoaffettivo, disturbo delirante, disturbo bipolare I, disturbo depressivo maggiore grave e anoressia nervosa; 2) misurare la frequenza delle nuove diagnosi e descriverne gli andamenti nel tempo; 3) descrivere le caratteristiche del percorso assistenziale del paziente, la gestione da parte dei servizi e gli esiti di salute.

Il progetto ha previsto diverse fasi inclusa una preparatoria molto articolata. Sono stati individuati 22 CSM con standard operativi e di struttura giudicati in grado di garantire la partecipazione al sistema di sorveglianza (numero di psichiatri rispetto al bacino di utenza uguale o superiore alla media nazionale, collegamento a internet, ecc.). È stato realizzato un sistema di segnalazione via web, atto a consentire la trasmissione dei dati in tempo reale dai CSM sentinella al centro di coordinamento dell'ISS. Due psichiatri referenti per ciascun centro clinico hanno partecipato presso l'ISS a un corso di formazione specifico sulle attività di diagnosi, raccolta dati e segnalazione richieste dalla sorveglianza. Ciascun CSM è stato dotato di un PC dedicato all'attività di sorveglianza. Gli psichiatri referenti hanno ricevuto un account e una password personale per accedere al sistema di segnalazione via web.

Infine la sorveglianza è stata avviata il 22 marzo 2009. Per una conoscenza approfondita dei risultati dell'attività di sorveglianza effettuata si rimanda a uno specifico lavoro (Gigantesco *et al.*, 2012). Tra i risultati dell'attività di sorveglianza, quello più importante da un punto di vista di salute pubblica è il riscontro di una latenza molto lunga, di alcuni anni, tra la comparsa dei primi sintomi del disturbo e il momento in cui i pazienti si rivolgono ai servizi di salute mentale territoriali. La mediana della durata di malattia precedente al primo contatto con il CSM è risultata infatti pari a 4 anni. La crescente disponibilità di trattamenti efficaci e la migliore prognosi associata a interventi terapeutici attuati all'esordio anche nei disturbi mentali più gravi spingono alla ricerca di strategie capaci di fare in modo che i pazienti ricorrano ai servizi e al trattamento in una fase più precoce.

Dal punto di vista della fattibilità, si può dire che la rete di 22 CSM ha dimostrato di essere in grado di segnalare, con soddisfacente affidabilità, tempestività e completezza, i dati relativi ai

nuovi casi di disturbi mentali gravi giunti all'osservazione. L'utilizzo, per l'individuazione dei casi, dell'intervista diagnostica SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders - Axis I*) (First *et al.*, 2002) che costituisce lo standard di riferimento per la diagnosi dei disturbi mentali in base ai criteri diagnostici internazionali (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4<sup>th</sup> edition, DSM-IV*) (APA, 1994) è un importante punto di forza del sistema, giacché le diagnosi psichiatriche formulate nella pratica clinica presentano limitate accuratezza e riproducibilità. Diversi studi hanno, infatti, messo in evidenza che le diagnosi formulate nei registri psichiatrici oltre ad avere tipicamente limitata riproducibilità, sono anche frequentemente meno accurate rispetto a quelle derivanti da interviste psichiatriche strutturate (Ramirez Basco *et al.*, 2000).

## Programmi SiVeAS

### Progetto PRISM

Il progetto, le cui attività si sono articolate a partire dalla fine del 2008 fino ai primi mesi del 2012, ha avuto come obiettivo lo sviluppo di un sistema di indicatori per valutare e monitorare la qualità dell'assistenza fornita dalle strutture psichiatriche residenziali e di ricovero presenti in Italia. Allo sviluppo del sistema di indicatori e alla realizzazione della rilevazione pilota dello studio hanno contribuito anche la Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, le Università "Sapienza" di Roma e Politecnica delle Marche, e l'IRCCS Centro S. Giovanni di Dio Fatebenefratelli di Brescia.

Il progetto, sostenuto dal Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute, è partito dalla base di conoscenza acquisita con gli studi PROGRES e PROGRES-Acuti sulle caratteristiche strutturali e di funzionamento delle strutture psichiatriche residenziali e di ricovero, e si è posto l'obiettivo di realizzare un sistema di indicatori di processo e di processo/esito utili per valutare e monitorare nel tempo la qualità dell'assistenza fornita da tali strutture.

Una prima fase del progetto è stata dedicata alla selezione, attraverso una valutazione standardizzata da parte di un gruppo di lavoro di esperti, di un sistema di indicatori ritenuti di particolare interesse in termini di significatività (importanza dell'indicatore dal punto di vista del valutatore; percezione, nell'area oggetto di valutazione dell'indicatore, di un divario tra pratica clinica attuale e ideale; probabile associazione tra un miglioramento del punteggio dell'indicatore e migliori esiti in termini di salute mentale) e fattibilità (chiarezza nella sua descrizione, modesto carico derivato dal rilevamento dei dati ad esso associato, ridotta necessità di modifiche per il confronto tra contesti clinici differenti) a partire da un insieme di 251 indicatori sviluppati da organismi ed enti italiani e internazionali di particolare qualificazione e rilevanza. Tra questi, figurano gli indicatori sviluppati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'*Australian Council on Healthcare Standards*, il *Canadian Institute for Health Information*, il *Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health* e la *Joint Commission*, nonché gli indicatori sviluppati nel progetto SIEP DIRECT'S per la valutazione delle discrepanze tra pratiche di routine ed evidenze nell'assistenza fornita nei Dipartimenti di Salute Mentale ai pazienti affetti da schizofrenia, e alcuni indicatori derivati dalle raccomandazioni presenti nel Manuale di accreditamento professionale per il Dipartimento di Salute Mentale dell'Associazione Italiana Qualità e Accreditamento in Salute Mentale.

Il sistema di indicatori così definito, e denominato PRISM (*PRocess Indicator System for Mental health*), comprendeva nella versione utilizzata nella rilevazione pilota 31 indicatori, riguardanti diverse caratteristiche relative alle strutture di ricovero e residenziali, quali la

presenza e l'utilizzo di procedure per la collaborazione con la direzione sanitaria, il pronto soccorso, i servizi di neuropsichiatria infantile e per anziani e i SerT (Servizi per le Tossicodipendenze), le procedure per la gestione della contenzione fisica, la disponibilità di spazio per gli oggetti personali dei pazienti e di stanze per colloqui clinici, l'utilizzo di strumenti per la valutazione standardizzata degli interventi riabilitativi, l'organizzazione dei trattamenti psicosociali, la formazione degli operatori, e la presenza di elementi strutturali che favoriscano la sicurezza di pazienti e operatori. Altri indicatori valutano l'occorrenza di eventi sentinella (suicidio o tentato suicidio durante la permanenza nella struttura, lesioni fisiche a carico di pazienti e operatori), e processi assistenziali come la formulazione del progetto terapeutico e la dimissione.

La rilevazione pilota del sistema di indicatori PRISM, effettuata per validare il sistema degli indicatori, ha coinvolto 13 SR e 17 strutture di ricovero situate in Lombardia, Emilia-Romagna, Umbria, Abruzzo, Marche e Lazio. L'analisi dei dati, oltre a riguardare il calcolo degli indicatori, ha inteso valutare la qualità di questi ultimi in riferimento ai singoli item presenti nella scheda struttura e nella scheda pazienti. Per ciascun indicatore sono stati valutati il livello di completezza delle informazioni rilevate e la variabilità nei punteggi tra strutture. Sono stati esaminati anche i commenti formulati dai rilevatori circa alcune ambiguità nelle domande presenti nei questionari o nelle istruzioni della guida alla rilevazione.

I dati raccolti hanno evidenziato la corretta comprensione e compilazione di gran parte degli indicatori, con un complessivo apprezzamento da parte di operatori e responsabili. I carichi di lavoro aggiuntivi sono risultati modesti, tranne che per le strutture con elevato ricambio di pazienti. Nel corso di una riunione conclusiva del gruppo di esperti, finalizzata alla revisione degli indicatori sulla base dei risultati della rilevazione pilota e dei riscontri ottenuti dai rilevatori, sono stati passati in rassegna gli indicatori al fine di raggiungere un consenso sulle eventuali modifiche da effettuare al sistema. Al termine della riunione si è deciso di estendere tutti gli indicatori del sistema a entrambe le tipologie di struttura, di eliminare dal sistema tre indicatori il cui calcolo ha presentato le maggiori difficoltà a fronte di una limitata quantità di informazione apportata, e di operare alcune modifiche a singoli indicatori al fine di aumentare l'accuratezza e la riproducibilità della misurazione e per diminuire il carico connesso alla rilevazione. Il sistema di indicatori PRISM, nella sua forma definitiva, consiste dunque di 28 indicatori.

In conclusione, la procedura seguita per lo sviluppo del sistema di indicatori è stata riproducibile e innovativa. Per la prima volta in Italia, si è infatti messa in opera una valutazione standardizzata che, partendo da un vasto insieme di indicatori identificati in campo internazionale, ha permesso la messa a punto di un sistema costituito dagli indicatori ritenuti particolarmente significativi e fattibili da parte di un gruppo di esperti, composto da professionisti di comprovata esperienza negli ambiti della clinica, dell'organizzazione dei servizi, dell'epidemiologia psichiatrica e del miglioramento continuo di qualità.

Questa metodologia ha permesso di selezionare gli indicatori del sistema il più possibile sulla base di elementi condivisi e oggettivi, piuttosto che di opinioni, pur se influenti. La rilevazione pilota del sistema di indicatori ha poi permesso di valutare la qualità del sistema e di rifinirlo ulteriormente.

## **Progetto EUSAM**

Tra gli esiti valutabili di un servizio sanitario rivestono oggi un ruolo centrale la soddisfazione degli utenti e quella dei familiari (la cosiddetta qualità percepita). La misura di questi esiti è fondamentale per l'effettuazione di studi di miglioramento continuo di qualità delle prestazioni sanitarie, studi che sono raccomandati dai Piani Sanitari Nazionali e obbligatori in

tutti i programmi di accreditamento. Valutare la soddisfazione degli utenti dei servizi è importante sia perché rappresenta un esito intermedio fondamentale dell'assistenza, sia perché è dimostrato che una scarsa soddisfazione è associata a una scarsa adesione al trattamento che verosimilmente impedisce il raggiungimento di esiti positivi di salute.

Negli ultimi anni, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto di valutare, per quanto riguarda gli aspetti di qualità percepita, la capacità dei servizi sanitari di rispondere ai bisogni personali degli utenti (*responsiveness*) attraverso le specifiche esperienze degli utenti nella consapevolezza che i giudizi di soddisfazione nei confronti delle prestazioni ricevute possano facilmente essere influenzate dalle attese e non siano quindi confrontabili, almeno tra classi sociali diverse.

Gli studi sulla soddisfazione dei pazienti e dei familiari sulla qualità dell'assistenza ricevuta nei servizi di salute mentale hanno mostrato una disomogeneità nella definizione del concetto di soddisfazione, e in relazione a ciò sono stati proposti diversi strumenti di valutazione, di cui, attualmente, non si ritiene ve ne sia uno migliore degli altri. Questo ha contribuito a che la valutazione della qualità percepita nella routine dei servizi fosse, e sia ancora, assai eterogenea, anche per la tendenza da parte dei servizi a costruirsi ciascuno il proprio strumento di rilevazione, le cui caratteristiche di accuratezza e riproducibilità sono perlopiù non valutate.

Sulla base di tali considerazioni, il progetto EUSAM (Esperienze degli Utenti in SALute Mentale), sostenuto anch'esso dal 2008 al 2012 dal Dipartimento della Qualità, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, ha avuto come obiettivo la definizione e diffusione nei servizi di un programma metodologico omogeneo per la valutazione della qualità percepita mediante l'uso di tecniche e strumenti standardizzati e riproducibili, sviluppati a partire da quelli già disponibili anche in campo internazionale, e il più possibile basati sulle più recenti acquisizioni nel campo. Al fine di perseguire tale obiettivo, nel corso del programma sono stati sviluppati strumenti e tecniche riproducibili per:

- definire il concetto di soddisfazione e rendere possibile la valutazione della stessa nei confronti delle prestazioni ricevute alla luce delle più recenti acquisizioni in campo internazionale e di quanto sperimentato nello svolgimento di studi già condotti nei DSM italiani;
- definire e misurare le componenti della dimensione "soddisfazione degli utenti";
- promuovere il confronto degli esiti di soddisfazione tra strutture, ASL e/o aree territoriali;
- favorire l'individuazione di possibili problemi su cui avviare iniziative di miglioramento continuo di qualità dell'assistenza;
- monitorare l'andamento degli esiti di soddisfazione nel tempo.

Al termine del programma sono stati resi disponibili i seguenti prodotti:

- definizione di un programma di elevato standard metodologico per la valutazione della qualità percepita;
- schede tecniche su procedure raccomandate per il coinvolgimento degli utenti, la conduzione della valutazione, la diffusione dei risultati, la progettazione del piano d'azione, il monitoraggio dei risultati;
- risultati di applicazioni pilota del programma in alcuni DSM a diversi destinatari istituzionali e di popolazione. I punteggi migliori (percentuali di risposte positive maggiori del 70%, punteggio medio maggiore di 70) sono stati rilevati nelle aree dell'assistenza che riguardano gli aspetti connessi con il rapporto con i professionisti (cortesia, capacità di ascolto di psichiatri, infermieri, psicologi). Le aree in cui sono emersi i maggiori problemi sono state il comfort ambientale, il coinvolgimento nelle terapie, e in generale, la possibilità di ottenere informazioni circa la terapia e i suoi effetti collaterali, la gestione di eventuali crisi e i motivi dei ricoveri ospedalieri o di eventuali trattamenti sanitari obbligatori.

## Conclusioni

Gli studi PROGRES hanno avuto una particolare rilevanza in termini di sanità pubblica rappresentando la più ampia esperienza di valutazione a livello nazionale di strutture assistenziali nate dopo l'approvazione della riforma psichiatrica. In questo contributo si è cercato di fornire un quadro complessivo della ricerca relativa alle SR e alle strutture per pazienti psichiatrici acuti, facendo riferimento a questi studi. Non è possibile delineare per queste strutture un modello universalmente valido di assistenza psichiatrica; sono infatti presenti differenti articolazioni del processo assistenziale anche tra aree appartenenti a una stessa Regione italiana (Munizza *et al.*, 2000). Va detto che i modelli assistenziali sono influenzati non solo dalla disponibilità di strutture, ma anche da altri fattori, come le preferenze degli operatori sanitari, le risorse alternative disponibili (es. il supporto da parte della famiglia), e il contesto socio-economico (Kovess *et al.*, 2005; Salvador-Carulla *et al.*, 2005).

Il progetto SEME ha consentito per la prima volta che le informazioni relative ai nuovi pazienti affetti dai disturbi mentali più gravi fossero raccolte con una procedura diagnostica standardizzata da una rete di servizi. La rete di CSM del sistema SEME rappresenta una risorsa disponibile non solo per la prosecuzione dell'attività di sorveglianza ma anche per l'attivazione di nuove iniziative e per la promozione del confronto fra centri clinici. L'esperienza e i risultati del progetto possono rappresentare il punto di partenza per un confronto più ampio con esperti di sistemi informativi per la salute mentale, operatori dei servizi e rappresentanti del Ministero della Salute e delle Regioni, volto a esplorare le possibili ricadute operative della sorveglianza della salute e dei disturbi mentali, anche alla luce della recente istituzione presso il Ministero della Salute del Sistema Informativo Salute Mentale.

Considerando la buona accettabilità e facilità di impiego del sistema di indicatori PRISM, tale sistema può essere utile sia per programmi di valutazione periodica della qualità professionale, sia a fini di ricerca sui servizi sanitari. Il suo uso può consentire di affiancare alle informazioni più routinarie, disponibili con i sistemi informativi, alcune informazioni più sofisticate sui processi assistenziali. Il sistema completo di indicatori PRISM, costituito dalle schede dettagliate di ciascun indicatore, dalle schede di rilevazione e dal manuale per la rilevazione, è a disposizione dei soggetti istituzionali interessati.

Gli strumenti e le metodologie sviluppati e applicati nel corso del programma SiVeAS sulla qualità percepita, e i dati rilevati nel corso dell'applicazione pilota e relativi alla soddisfazione di oltre 2.700 utenti, forniscono una preziosa fonte di informazioni su elementi determinanti e criticità connesse con la soddisfazione degli utenti dei servizi ambulatoriali e di ricovero in salute mentale. I riscontri ottenuti nel corso del programma, anche in riferimento ai punti critici emersi dall'applicazione delle metodologie, hanno permesso di mettere a punto schede e manuali che sono fra i prodotti del progetto a disposizione di operatori e servizi interessati ad avviare iniziative analoghe, anche allo scopo di promuovere e rendere possibile la valutazione e il miglioramento interno ed esterno in un'ottica di benchmarking e di accountability.

Dal febbraio 2011 il Reparto Salute Mentale è impegnato nel coordinamento del progetto di ricerca sui pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, oggetto del presente volume.

Il progetto ha inteso far luce sul cono d'ombra lasciato irrisolto dalla "Legge 180", dell'ambito di cura e tutela del paziente psichiatrico autore di reato. Successivamente, la Legge n. 9 del 17 febbraio 2012 ha stabilito la necessità del definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le strutture fino ad oggi deputate alla presa in carico di questa popolazione di pazienti.

Mentre la complessa trasformazione dell'assistenza psichiatrico-forense italiana è in fase di realizzazione, l'auspicio è che le competenze sviluppate e i risultati di questa specifica attività di

ricerca possano contribuire al miglioramento della salute mentale di questi pazienti, così a lungo dimenticati.

## Bibliografia

- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon IRH, Fioritti A, Morosini P for the PROGRES Group. Residential care in Italy: a national survey of non-hospital facilities. *Br J Psychiatry* 2002;181:220-5.
- de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R; PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med* 2005;35(3):421-31.
- de Girolamo G, Tansella M. Psychiatric units in general hospitals. Problems and perspectives in Europe. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006;15:85-90.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)* New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Gigantesco A, Lega I, Picardi A; SEME Collaborative Group. The Italian SEME surveillance system of severe mental disorders presenting to community mental health services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012;8:7-11.
- Italia. Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 2012.
- Italia. Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. *Gazzetta Ufficiale* n. 133, 16 maggio 1978.
- Kovess V, Caldas de Almeida JM, Carta M, Dubuis J, Lacalmontie E, Pellet J, Roelandt JL, Moreno Kustner B, Walsh D, Wiersma D. Professional team's choices of interventions towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *Eur Psychiatry* 2005;20:521-8.
- Morlino M, Avvisati A, Schiavone V. I percorsi assistenziali dei pazienti ricoverati nei 5 Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura di Napoli e provincia. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2006;15:77-83.
- Munizza C, Tibaldi G, Cesano S, Dazzi R, Fantini G, Palazzi C, Scala E, Zuccolin M. Mental health care in Piedmont: a description of its structure and components using a new technology for service assessment. *Acta Psychiatr Scand* 2000;405:47-58.
- Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D, Rush AJ, Witte B, Hendrickse W, Barnett V. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157(10):1599-605.
- Salvador-Carulla L, Ribaldi G, Johnson S, Scala E, Romero C, Munizza C for the CSRP/RIRAG groups. Patterns of mental health service utilisation in Italy and Spain. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:149-59.
- Santone G, de Girolamo G, Falloon I, Fioritti A, Micciolo R, Picardi A, Zanalda E; PROGRES Group. The process of care in residential facilities. A national survey in Italy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40(7):540-50.

## VALUTAZIONE PSICHIATRICA DEI PAZIENTI RICOVERATI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI: UNO STUDIO AD HOC

Ilaria Lega (a) e il gruppo di lavoro “Progetto OPG-ISS” (b)

(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) vedi allegato al capitolo

### Epidemiologia

La letteratura scientifica italiana sui pazienti psichiatrici autori di reato è limitata a un esiguo numero di articoli. Le principali indagini realizzate nel contesto degli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) sono lo studio sul Monitoraggio delle Dimissioni dall’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (MoDiOPG) (Fioritti *et al.*, 2001), avviato nel 1997 nell’ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale (Morosini *et al.*, 2001), che ha valutato le caratteristiche di un campione rappresentativo di pazienti trattati in tre OPG italiani rispetto a un gruppo di controllo costituito da pazienti psichiatrici dei servizi territoriali con un follow-up a tre anni, e il censimento della popolazione ricoverata negli OPG nel 2001 realizzato a cura del Prof. Vittorino Andreoli per conto del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia (Andreoli, 2002).

Il campione dei 118 ricoverati dello studio di Fioritti e collaboratori mostrava caratteristiche piuttosto omogenee sia da un punto di vista psicopatologico che criminologico: il 70,1% dei pazienti in OPG aveva una diagnosi di schizofrenia o di disturbo delirante, il 42,4% era in OPG per omicidio e il 32,2% per altri gravi reati contro la persona. Nel 46% del campione vi era un’anamnesi positiva per abuso di sostanze. Si trattava quindi nella maggior parte dei casi di pazienti con disturbi psichiatrici gravi, che avevano commesso reati gravi. Relativamente al percorso di cura: il 69% del campione aveva avuto uno o più ricoveri obbligatori e il 61% era in trattamento presso un servizio psichiatrico pubblico al momento della commissione del reato. I servizi psichiatrici pubblici nella maggior parte dei casi conoscevano quindi i pazienti entrati in OPG, avendo avuto per molti anni contatti problematici con questi utenti, mentre il caso di una persona arrivata per la prima volta all’attenzione dei servizi con un atto criminale era piuttosto infrequente.

Alla valutazione di follow-up a trentasei mesi il 35,6% della popolazione iniziale era ancora in OPG, il 55,1% era stata dimessa, il 5,1% era deceduta e il 4,2% era in carcere. Tra i dimessi il 58,5% era presso una comunità terapeutica e il 41,5% era seguito dalle strutture territoriali di riferimento. La dimissione al domicilio del paziente con presa in carico da parte del servizio di salute mentale competente era quindi poco frequente (Fioritti *et al.*, 2006).

Al confronto con il gruppo di controllo costituito da pazienti in cura presso i servizi territoriali di Bologna, la popolazione degli OPG presentava più elevate percentuali di abuso di sostanze e ricoveri involontari, punteggi più elevati negli item sospettosità-ostilità e punteggi più bassi negli item inerenti ai sintomi negativi alla *Brief Psychiatric Rating Scale*, con ridotta disabilità fisica, psicosociale e lavorativa (Fioritti *et al.*, 2006). Da analisi di sopravvivenza condotte sui singoli fattori emergevano come predittori della durata di internamento: il reato commesso, la durata preventivata della misura di sicurezza, la diagnosi di schizofrenia, i disturbi del pensiero e l’OPG di internamento (Fioritti *et al.*, 2001).

Il rapporto “Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari” del 2002 a cura di Vittorino Andreoli è l’unico lavoro ad aver fornito una fotografia dell’intera popolazione presente negli OPG italiani. Esso è stato il frutto di un censimento dei pazienti presenti in OPG al 12 marzo 2001 prevalentemente incentrato su due parametri: la motivazione giuridica e la motivazione psichiatrica del ricovero in OPG. Al momento dell’indagine i pazienti ricoverati in OPG erano 1282, con un aumento di circa 100 unità rispetto all’anno precedente<sup>6</sup>.

La Tabella 1 presenta la distribuzione dei 1282 pazienti censiti dall’indagine nei sei diversi OPG nazionali (Andreoli, 2002).

**Tabella 1. Pazienti presenti negli OPG al 12 marzo 2001**

<b>OPG</b>	<b>N. pazienti</b>
Castiglione delle Stiviere	209
Montelupo Fiorentino	243
Reggio Emilia	232
Aversa	188
Napoli	187
Barcellona Pozzo di Gotto	213
<b>Totale</b>	<b>1282</b>

A Castiglione delle Stiviere, come già detto l’unico OPG ad essere dotato di una sezione femminile, dei 209 pazienti presenti, 87 erano donne. Le donne rappresentano quindi il 6,8% della popolazione delle persone ricoverate in OPG<sup>7</sup>.

La Tabella 2 riassume le principali caratteristiche sociodemografiche della popolazione oggetto dell’indagine, che sono quelle di una popolazione svantaggiata: grado di istruzione basso, elevata percentuale di disoccupazione (Andreoli, 2002).

Relativamente ai reati, l’indagine ha mostrato che, nella gradazione di gravità valutata come durata media della pena prevista dal codice penale per il reato specifico, l’80% dei reati commessi dai pazienti presenti in OPG sono reati gravi (Tabella 3) (Andreoli, 2002). La durata media della permanenza negli OPG era di 36,33 mesi.

Per le numerose cartelle cliniche che non contenevano diagnosi psichiatriche formalizzate la diagnosi è stata stabilita da uno psichiatra esterno all’OPG sulla base della descrizione fornita dal sanitario referente. In questa scelta dettata dalla necessità dell’indagine risiede il principale limite metodologico del censimento, che rende le diagnosi così formulate poco accurate e riproducibili. Tenendo conto di ciò, le categorie diagnostiche più rappresentate tra i ricoverati in OPG erano i disturbi psicotici con il 61,2% (n. 785), e tra questi la schizofrenia con il 33,7% (n. 432), i disturbi di personalità con il 14,8% (n. 190), il ritardo mentale con l’8,3% (n. 107). In linea con lo studio MoDiOPG che aveva riguardato un campione di 118 pazienti, anche l’indagine del 2001 svolta su tutta la popolazione ricoverata ha confermato che i pazienti dell’OPG sono affetti da disturbi psichiatrici molto gravi.

<sup>6</sup> Dal 1990 al 2000 in numero dei pazienti in OPG non ha subito grandi variazioni, rimanendo compreso fra i 1090 pazienti del 1990 e i 924 pazienti del 1998 (Andreoli, 2002).

<sup>7</sup> La predominanza del sesso maschile fra i pazienti psichiatrici autori di reato non deve sorprendere. Le differenze di genere sia rispetto al comportamento violento in generale, che rispetto al comportamento violento in presenza di disturbi mentali sono un dato consolidato a livello internazionale. Le donne in cura presso i servizi psichiatrico-forensi sono il 5,1% nei Paesi Bassi, il 5,6 in Germania, il 9,9% in Gran Bretagna, per citare solo alcuni dei dati disponibili a livello europeo (Salize & Dressing, 2005).

**Tabella 2. Caratteristiche sociodemografiche dei ricoverati in OPG**

Caratteristica	Valore
	<b>media <math>\pm</math> DS</b>
<b>Età</b>	40,5 $\pm$ 11,4
	<b>n. (%)</b>
<b>Stato civile</b>	
<i>Celibe o nubile</i>	945 (73,8)
<i>Coniugato</i>	148 (11,5)
<i>Altro (vedovo, divorziato, ecc.)</i>	189 (14,7)
<b>Titolo di studio*</b>	
<i>Nessuno</i>	87 (6,8)
<i>Licenza elementare</i>	371 (28,9)
<i>Licenza media inferiore</i>	546 (42,6)
<i>Licenza media superiore o più</i>	142 (11,1)
<b>Condizione lavorativa prima del ricovero**</b>	
<i>Nessuna occupazione</i>	451 (35,2)
<i>Pensionato</i>	118 (9,2)
<i>Occupato</i>	345 (26,9)
<i>Altro (casalinga, studente, ecc.)</i>	54 (4,2)

\* dato mancante per 136 pazienti pari al 10,6% del campione

\*\* dato mancante per 314 pazienti pari al 24,5% del campione

**Tabella 3. Reati commessi dalla popolazione ricoverata in OPG**

Reati*	n. (%)
Omicidio	586 (45,7)
Altri reati contro la persona	375 (29,3)
Rapina	100 (7,8)
Altri reati	210 (16,4)

\* dato mancante per 11 pazienti pari al 0,8% del campione

Vi è nel rapporto un'interessante riflessione su come il concetto di malato psichiatrico in ambito giuridico abbia influenzato la pratica clinica degli OPG. Il codice penale valuta la "capacità di intendere e di volere" del soggetto "al momento del fatto", quindi riferita al comportamento individuato come reato punibile. L'incapacità di intendere e di volere deve essere alterata da un'infermità, che può comprendere disturbi persistenti, transitori, o addirittura concentrati in un frangente. Non si parla di specifiche malattie psichiatriche, pertanto:

"il magistrato non è affatto interessato alla diagnosi, e quindi alla forma di malattia, ma solo a qualunque essa sia purché incida sulla capacità di intendere e di volere" (Andreoli, 2002).

Ciò probabilmente ha contribuito a far sì che la diagnosi psichiatrica sia stata trascurata anche all'interno dell'OPG, giacché questo elemento ha sempre avuto un'influenza molto scarsa sulle decisioni giudiziarie e quindi in ultima analisi sul destino dei pazienti. Tuttavia, le strutture rivolte ai pazienti psichiatrici autori di reato devono necessariamente avere diagnosi psichiatrica e trattamento come punto di partenza:

“poiché deve dominare il dogma che la pericolosità si risolve solo curando il disturbo psichiatrico di base che la determina e la include come sintomo. Non sono luoghi della pericolosità, ma di una psichiatria di forme che hanno la pericolosità come parte strutturale” (Andreoli, 2002).

Le conclusioni dello studio di Fioritti e del censimento di Andreoli concordano nel segnalare la necessità del rafforzamento della componente sanitaria e psichiatrica all'interno degli OPG auspicando la regionalizzazione della presa in carico tramite la creazione di strutture più piccole e un più stretto collegamento con i servizi territoriali, come oggi sta di fatto avvenendo.

Il confronto fra Paesi dell'Unione Europea relativamente all'estensione e alle modalità di utilizzo delle strutture psichiatrico-forensi è reso difficoltoso dalla diversità di normative giuridiche, istituzioni e procedure specifiche che riguardano i pazienti psichiatrici autori di reato (Salize *et al.*, 2005). Volendo trovare un minimo comune denominatore, possiamo dire che tutti i Paesi europei condividono l'obiettivo di distinguere la collocazione degli autori di reato con disturbi mentali da quella degli autori di reato tout court e la collocazione delle persone con disturbi psichiatrici che commettono reato, da quella dei pazienti psichiatrici che non ne commettono, sulla base della necessità individuale di trattamento e/o del grado di minaccia che ciascuno rappresenta per la pubblica sicurezza (Salize *et al.*, 2005). Questo presupposto si è però tradotto in una diversa articolazione dei servizi forensi: in Germania, per esempio, c'è stato lo sviluppo di un sistema psichiatrico-forense separato e parallelo rispetto a quello della psichiatria generale, mentre altri Paesi, come per esempio la Gran Bretagna o la Francia, hanno sviluppato servizi maggiormente integrati con quelli generali di salute mentale (Salize *et al.*, 2005). Ancora, in alcuni Stati Membri la responsabilità delle cure psichiatrico-forensi è del Ministero della Giustizia con un legame più stretto con il sistema carcerario; in altri con una connotazione più marcatamente sanitaria, la responsabilità principale è del Ministero della Salute.

Non c'è un accordo a livello europeo sulla definizione di “letto psichiatrico-forense” la cui quantificazione è complessa soprattutto in quei Paesi nei quali, in aggiunta ai posti letto nelle strutture specialistiche, vi è una disponibilità di posti letto per pazienti psichiatrici autori di reato nella psichiatria generale o in carcere. Tuttavia, tenendo conto di queste limitazioni metodologiche, il lavoro di Salize e Dressing (Salize & Dressing, 2005) ha avuto il merito di fornire almeno la stima dei posti letto disponibili per questi pazienti nelle strutture specialistiche psichiatrico-forensi, basandosi su dati già raccolti nei 15 Paesi Membri partecipanti al progetto (Tabella 4).

**Tabella 4. Dotazione di posti letto psichiatrico-forensi nei Paesi Membri nel 2005**

<b>Paesi Membri</b>	<b>Posti letto psichiatrico-forensi (per 100.000 abitanti)</b>
Austria	4,7
Belgio	10,3
Danimarca	6,6
Inghilterra e Galles	6,1
Finlandia	6,9
Francia	0,8
Germania	13,1
Grecia	3,1
Irlanda	2,2
Italia	2,2
Olanda	9,8
Portogallo	1,8
Spagna	1,4
Svezia	8,0

Complessivamente si può osservare una divisione Nord-Sud nell'ambito dell'Unione Europea, con Spagna, Portogallo e Italia dotate di una disponibilità di posti letto molto più bassa rispetto a tutti i Paesi del Nord Europa.

Nonostante la diagnosi sia il criterio principale per decidere il trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato, solo pochi Paesi dispongono di procedure formalizzate per la diagnosi di questi pazienti nella pratica clinica quotidiana (Salize *et al.*, 2005). I dati disponibili, che presentano quindi validità limitata, evidenziano ampie variazioni della prevalenza dei diversi disturbi mentali di questa popolazione in Europa, soprattutto per quanto riguarda i disturbi di personalità. In Danimarca la prevalenza di schizofrenia fra i pazienti psichiatrico-forensi supera l'80%, mentre nei Paesi Bassi la diagnosi più rappresentata sono i disturbi di personalità (Salize & Dressing, 2005).

Vogliamo chiudere questa sezione con due importanti riflessioni che vengono dalla ricerca internazionale che hanno ispirato la messa a punto del progetto sviluppato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) su questo tema.

La prima è una considerazione di Seena Fazel, uno dei maggiori epidemiologi psichiatrico-forensi europei, secondo cui l'epidemiologia può avere due importanti funzioni in ambito psichiatrico-forense. In primo luogo, rendendo disponibili informazioni sulla prevalenza di disturbi mentali fra gli autori di reato, l'epidemiologia può contribuire a evidenziare se le risorse per i pazienti psichiatrici autori di reato sono adeguate. In secondo luogo può fornire informazioni sugli esiti e in particolare sui fattori di rischio per esiti avversi, identificazione assai utile per la prevenzione (Fazel *et al.*, 2009). Queste considerazioni sono uno stimolo a condurre studi ben disegnati e metodologicamente rigorosi, i cui risultati possano essere pubblicati su riviste scientifiche contribuendo ad accrescere le conoscenze psichiatrico-forensi. Molte indagini in questo campo, commissionate da enti governativi o giudiziari – come abbiamo visto anche nell'esperienza italiana con il rapporto di Andreoli – trovano spazio solo nella letteratura grigia.

Una seconda riflessione condivisa a livello internazionale è che la letteratura scientifica sull'argomento si sia prevalentemente focalizzata sui trattamenti efficaci e sui fattori di rischio per il comportamento criminale, occupandosi solo marginalmente dei bisogni di salute di questi pazienti. Nonostante in anni recenti sia stato riconosciuto che entrambi questi aspetti possano avere un impatto significativo per la riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato, gli interventi *evidence-based* per questa popolazione sono ancora scarsi e spesso i servizi psichiatrico-forensi non dispongono di strumenti di valutazione e di interventi sui quali basare il trattamento e i programmi riabilitativi (Abou-Sinna & Luebbers, 2012).

## Il progetto OPG-ISS

Per la diagnosi e la valutazione dei bisogni di salute dei pazienti psichiatrici autori di reato è stato messo a punto dall'ISS uno studio dal titolo "Valutazione dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo", finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del bando del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del 2011. Denominato più in breve progetto OPG-ISS, lo studio è tuttora in corso e si concluderà nel febbraio 2015 dopo tre anni di attività.

Il progetto OPG-ISS è coordinato dal Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS, ed è condotto in collaborazione con diverse strutture ospedaliere che hanno composto le Unità Operative del progetto:

- OPG di Castiglione delle Stiviere (MN) (referente scientifico: dott. Gianfranco Rivellini);
- OPG di Reggio Emilia (referente scientifico: dott.ssa Valeria Calevro);
- OPG di Montelupo Fiorentino (FI) (referente scientifico: dott. Franco Scarpa);
- OPG di Aversa (CE) (referente scientifico: dott. Raffaello Liardo);
- OPG di Napoli Secondigliano (referente scientifico: dott. Michele Pennino)
- Dipartimento di Salute Mentale (DSM) di Messina – in contiguità territoriale con l’OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (ME) (referente scientifico: dott. Antonino Cirao).

L’obiettivo principale del progetto OPG-ISS è la raccolta di informazioni affidabili e complete su tipologia, gravità e decorso dei disturbi mentali, sul funzionamento personale e sociale, e sui bisogni dei pazienti ricoverati negli OPG italiani. Tali informazioni, raccolte tramite strumenti di valutazione standardizzati che rappresentano il *gold standard* internazionale ciascuno per il proprio specifico, sono necessarie per l’elaborazione di progetti terapeutico riabilitativi appropriati alle condizioni cliniche e alle risorse del singolo paziente e per il monitoraggio e la valutazione degli interventi attuati.

Gli OPG e i pazienti psichiatrici che vi sono ricoverati sono stati a lungo dimenticati dal mondo della psichiatria clinica esterna a tali strutture e dalla ricerca psichiatrica italiana. Il progetto dell’ISS è nato come un’iniziativa volta a colmare questa lacuna, mettendo in primo piano la diagnosi psichiatrica e i bisogni di salute dei pazienti con disturbi mentali autori di reato.

La prima ipotesi di messa a punto di un progetto di ricerca ancorato alla realtà clinica e al contesto specifico degli OPG da parte dell’ISS risale al maggio 2011, quando il dott. Guido Ditta, già direttore dell’Ufficio VII della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e membro del Gruppo di lavoro interministeriale per i problemi degli OPG, si fece promotore di un incontro volto a favorire la collaborazione tra il Reparto Salute Mentale del CNESPS e gli operatori sanitari dei sei OPG italiani.

Come descritto in dettaglio nel capitolo precedente, il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 1° aprile 2008 aveva chiamato in primo luogo le Regioni sede di OPG ad assumersi la responsabilità della gestione sanitaria di queste strutture. Nel nuovo contesto delineato dal decreto, i sei DSM con competenza territoriale sugli OPG erano tenuti a rendere disponibili piani individualizzati di trattamento per il reinserimento dei pazienti nel territorio e a esercitare funzioni di raccordo nei confronti della Aziende Sanitarie di appartenenza dei pazienti. Nel maggio 2011 gli operatori sanitari degli OPG intervenuti alla riunione, pur con ampie differenze regionali, erano impegnati già da alcuni mesi nell’attuazione del decreto sotto la guida del Ministero della Salute e delle Regioni. La mancanza di strumenti diagnostici e di valutazione degli esiti condivisi dagli operatori sanitari impegnati all’interno e all’esterno dell’OPG era fra le criticità che ostacolavano le funzioni di raccordo e pianificazione terapeutica.

Presso il Reparto Salute Mentale dell’ISS si era appena conclusa positivamente la sperimentazione di un sistema di sorveglianza sentinella di specifici disturbi mentali diagnosticati e valutati con strumenti standardizzati, basato su una rete di 22 Centri di Salute Mentale (CSM) dislocati in 15 Regioni italiane (Gigantesco *et al.*, 2012). La costituzione di una rete nazionale di 22 CSM aveva richiesto articolate attività formative all’uso di strumenti di valutazione standardizzati per la diagnosi psichiatrica, la realizzazione della connessione in rete dei centri e del sistema informativo per la trasmissione dei dati dai centri sentinella al database centrale dell’ISS.

Alla luce delle necessità emergenti tra gli operatori sanitari degli OPG e delle competenze maturate presso il Reparto Salute Mentale, da quell’incontro scaturì un’ipotesi di lavoro comune, volta ad affrontare due principali aspetti problematici: 1) la carenza di dati epidemiologici sulla popolazione ricoverata nei sei OPG italiani; 2) la mancanza di un

approccio standardizzato per la valutazione psichiatrica e degli esiti condiviso tra gli OPG nazionali e tra questi e i servizi psichiatrici territoriali.

L'utilità di una sistematica raccolta di informazioni relative alla diagnosi e al tipo di interventi terapeutico-riabilitativi, erogati in una determinata popolazione al fine di promuovere la qualità dell'assistenza in ambito psichiatrico e un approccio orientato alla valutazione degli esiti degli interventi attuati, è ampiamente documentata a livello internazionale (Perera *et al.*, 2009).

È noto che le diagnosi psichiatriche formulate nella abituale pratica clinica, senza l'ausilio di strumenti standardizzati, presentano limitata accuratezza e riproducibilità che aumentano con l'utilizzo di interviste diagnostiche strutturate o semi strutturate (Miller *et al.*, 2001).

Per quanto riguarda i pazienti ricoverati negli OPG italiani, non sono attualmente disponibili dati affidabili e riproducibili sulla diagnosi psichiatrica e sulla gravità dei disturbi dai quali questi pazienti sono affetti e sui loro bisogni, e mancano modalità condivise di valutazione del decorso clinico e degli esiti dei trattamenti.

Nella fase di modifica degli assetti organizzativi del contesto psichiatrico-forense in corso in Italia, avviata dal DPCM del 2008 e consolidatasi con la Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, la caratterizzazione di questi pazienti potrà auspicabilmente contribuire a predisporre percorsi di cura e interventi in grado di rispondere alle specifiche necessità cliniche di questa popolazione di pazienti.

## Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. rendere disponibili informazioni affidabili sulle caratteristiche cliniche e psicosociali e sui bisogni della popolazione ricoverata negli OPG mediante l'impiego di strumenti standardizzati, che rappresentano il gold standard internazionale;
2. promuovere l'attuazione di interventi terapeutico riabilitativi basati su una valutazione affidabile e riproducibile delle condizioni cliniche, delle risorse e dei bisogni del singolo paziente;
3. fornire informazioni utili al monitoraggio e alla valutazione di interventi e programmi rivolti a questa popolazione di pazienti a livello regionale e interregionale;
4. rendere disponibili informazioni necessarie alla pianificazione della futura presa in carico di questa popolazione di pazienti.

## Metodologia

La metodologia è stata messa a punto coinvolgendo alcuni esperti nazionali di valutazione di servizi, epidemiologia psichiatrica, politica sanitaria, psichiatria penitenziaria e riabilitazione psichiatrica, riuniti nel Comitato scientifico del progetto con funzione di supporto all'Unità di coordinamento dell'ISS.

Anche i referenti scientifici e alcuni psichiatri delle UO hanno contribuito in maniera significativa a definire la valutazione, orientandola alle necessità della pratica clinica con i loro pazienti.

Per facilitare la costruzione di un percorso comune con le istituzioni direttamente chiamate a prendersi cura dei pazienti una volta chiusi gli OPG e mantenere il progetto ancorato alla realtà clinica dei pazienti psichiatrici autori di reato, sono stati raccolti i suggerimenti dei referenti regionali in tema di OPG di tutte le Regioni italiane nell'ambito di un incontro tecnico nazionale dedicato, tenutosi presso l'ISS il 6 luglio 2012.

Lo studio proposto è uno studio osservazionale con componente prospettica e si svolge nei sei OPG italiani, collocati in cinque diverse Regioni.

La popolazione oggetto di studio è rappresentata dai 988 pazienti ricoverati in OPG alla data di avvio delle valutazioni (1° giugno 2013) e dai pazienti consecutivamente afferenti a tali strutture per un periodo di 12 mesi.

I criteri di inclusione sono lo status di paziente ricoverato in OPG e il consenso informato alla partecipazione allo studio.

Per ciascun paziente partecipante, gli operatori sanitari dell'OPG raccolgono dati sociodemografici, dati relativi alla storia clinica, alla rete sociale, al trattamento psichiatrico riabilitativo attuale e pregresso e informazioni giuridiche di rilievo sanitario tramite una scheda di raccolta dati elaborata *ad hoc*, descritta in dettaglio nel capitolo successivo.

Tramite interviste semi-strutturate standardizzate e scale di valutazione specifiche di validità e riproducibilità ampiamente documentate, la maggior parte delle quali costituiscono il *gold standard* per la valutazione di questi specifici costrutti a livello internazionale, vengono valutate per ciascun partecipante:

- *diagnosi psichiatrica di Asse I*  
tramite l'intervista SCID-I RV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders - Axis I Research Version*) (First *et al.*, 2002);
- *profilo cognitivo*  
con MMSE (*Mini Mental State Examination*) (Folstein *et al.*, 1975) e Matrici progressive di Raven (Raven *et al.*, 2008);
- *disabilità fisica*  
tramite PHI (*Physical Health Index*);
- *disturbi di personalità*  
con l'intervista semistrutturata SIDP-IV (*Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders*) (Pfohl *et al.*, 1997);
- *gravità psicopatologica*  
con BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) a 24 item (Roncone *et al.*, 1999);
- *funzionamento personale e sociale*  
tramite la scala GAF (*Global Assessment of Functioning*, nota in italiano come scala VGF, Valutazione Globale del Funzionamento) (Jones *et al.*, 1995);
- *soddisfacimento dei bisogni*  
con l'intervista CANFOR (*Camberwell Assessment of Need - Forensic Version*) (Thomas *et al.*, 2003).

La valutazione completa di ciascun caso richiede in media sei ore, circa quattro delle quali trascorse a colloquio con il paziente; è pertanto opportuno suddividere la somministrazione degli strumenti nell'arco di tre o quattro diverse giornate.

L'impegno della valutazione può essere suddiviso fra diverse tipologie di operatori sanitari purché a ciò espressamente formati: infermiere professionale per la compilazione delle scheda raccolta dati, psichiatra o psicologo per la somministrazione di PHI, MMSE, SCID-I RV, VGF, BPRS, Matrici progressive di Raven e SIDP-IV, terapeuta della riabilitazione o infermiere professionale o educatore o assistente sociale per la somministrazione della CANFOR.

In alcune condizioni la valutazione è necessariamente più breve: se vi è una diagnosi di schizofrenia alla SCID-I RV, la valutazione della personalità con la SIDP-IV non viene effettuata in linea con le indicazioni fornite dagli autori dell'intervista; se vi è evidenza di un decadimento intellettivo grave (punteggio MMSE < a 17) o di un deficit intellettivo confermato

dai risultati delle Matrici di Raven, non viene effettuata né valutazione della personalità né quella dei bisogni; per pazienti di altre nazionalità la possibilità di somministrare l'intera gamma delle interviste dipende dalla comprensione della lingua italiana.

I dati raccolti presso le UO vengono trasmessi all'Unità di Coordinamento dell'ISS tramite un archivio interattivo di raccolta dati *web-based* realizzato *ad hoc*, provvisto di accesso tramite *user-id* e *password* individuale e dotato di opportuni sistemi di crittografia dei dati con connessione protetta e certificato digitale, che ne consente la visualizzazione in forma protetta e anonima in tempo reale per il controllo di qualità.

A distanza di sei mesi dalla prima valutazione i pazienti sono avviati alla valutazione di follow-up che prevede la raccolta di dati relativi a tipologia e intensità dei trattamenti terapeutico-riabilitativi ricevuti e risorse disponibili (sezioni della scheda di raccolta dati relative ai trattamenti specialistici, riabilitazione, rete familiare e sociale) e la rivalutazione di:

- gravità sintomatologica (BPRS);
- funzionamento personale e sociale (VGF);
- soddisfacimento dei bisogni (CANFOR).

I pazienti che non fossero più ricoverati saranno ricontattati dal personale sanitario dell'OPG e se disponibili, rivalutati dallo stesso personale sanitario dell'OPG in tempi e sedi da definire caso per caso.

Sui dati raccolti alla valutazione iniziale (caratteristiche sociodemografiche, percorsi di cura pregressi, diagnosi psichiatrica, gravità psicopatologica, funzionamento personale e sociale), saranno condotte analisi descrittive.

La disponibilità delle valutazioni di follow-up consentirà di applicare modelli di analisi della varianza per valutare la presenza di cambiamenti rispetto alle condizioni iniziali e modelli di regressione multipla per individuare eventuali fattori predittivi degli esiti di salute.

### **Formazione degli operatori sanitari coinvolti**

La formazione degli operatori sanitari coinvolti nella valutazione dei pazienti è un elemento fondamentale per rendere disponibili informazioni accurate e riproducibili. Per garantire la corretta somministrazione degli strumenti, l'omogeneità e confrontabilità dei dati raccolti, con particolare riferimento alle interviste semi strutturate che richiedono un training specifico, sono stati effettuati corsi di formazione rivolti agli operatori sanitari degli OPG sugli strumenti utilizzati, nel rispetto delle competenze necessarie alla somministrazione.

Un corso principale di due giorni, al quale hanno partecipato almeno due operatori per ciascuna UO, si è tenuto a Roma il 17 e 18 settembre 2012, successivamente sono stati organizzati altri quattro corsi di formazione presso le UO per diffondere le competenze fra tutti gli operatori sanitari interessati<sup>8</sup>. Complessivamente oltre 90 operatori sanitari sono stati destinatari di formazione specifica relativa a uno o più strumenti. Sono stati inoltre resi disponibili ai ricercatori sul campo i manuali di somministrazione degli strumenti laddove disponibili e un manuale sulle procedure delle valutazioni.

### **Etica e privacy**

Lo studio ha ottenuto l'approvazione dal Comitato Etico dell'ISS il 18 aprile 2013. Tutte le informazioni raccolte nello studio sono trattate nel rispetto della normativa italiana sulla tutela dei dati personali (DL.vo 196/2003). I dati personali sono trattati elettronicamente con i criteri che realizzano la massima riservatezza e utilizzati unicamente a fini dello studio. I dati socio-

---

<sup>8</sup> Si ringraziano il Prof. Antonio Lasalvia e il Dott. Luca Castelletti per la formazione all'utilizzo dell'intervista CANFOR; la Prof.ssa Rita Roncone per la formazione sulla BPRS.

sanitari raccolti sono anonimizzati nel trattamento elettronico e conservati separatamente da quelli anagrafici. Solo i responsabili, i ricercatori e medici coinvolti nello studio presso le UO sono in grado di ricollegarli. Una volta codificati, i dati sono trasferiti all'ISS per l'elaborazione unicamente per finalità di ricerca scientifica in ambito epidemiologico e saranno diffusi solo per finalità di ricerca scientifica in forma aggregata.

I pazienti ricoverati in OPG sono portatori di una doppia vulnerabilità in quanto persone affette da disturbi mentali sottoposte a una restrizione della libertà personale.

Come previsto dalle *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* del *Council for International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS, 2002) per progetti di ricerca che coinvolgano persone vulnerabili, lo studio si propone di ottenere conoscenze rilevanti per i particolari bisogni di salute di queste persone e di offrire agli stessi pazienti benefici legati alla partecipazione. La partecipazione allo studio non comporta rischi in eccesso rispetto alla pratica clinica abituale.

L'operatore sanitario di riferimento propone la partecipazione allo studio al paziente ricoverato, spiegandone nel dettaglio le caratteristiche (finalità, procedure, diritti dei soggetti e obblighi dei ricercatori relativamente a volontarietà della partecipazione e tutela dei dati personali); consegna al paziente una nota informativa sullo studio perché egli possa prenderne visione e raccoglie il consenso informato alla partecipazione e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali in forma scritta.

Una parte dei pazienti ricoverati in OPG, con percentuali variabili nelle diverse strutture ma mediamente inferiore al 10%, non è competente legalmente perché in stato di interdizione. Per questo sottogruppo di pazienti viene raccolto il consenso informato dei tutori legali, ma ai fini del coinvolgimento nello studio è comunque necessario che il paziente espliciti la propria volontà di partecipare.

## **Strutture sanitarie coinvolte**

### **OPG di Castiglione delle Stiviere (MN)**

A distanza di oltre 10 anni dal DL.vo 230/1999 (Riforma Sanità Penitenziaria), che aveva solo lambito la questione degli OPG, la tutela della salute mentale in questi istituti vive una nuova stagione di cambiamenti sotto il profilo della cornice generale delle norme di riferimento, profondamente mutate. In primo luogo la modifica del Titolo V della Costituzione nel 2001; poi la Legge Finanziaria 2008, n. 244 del 24/12/2007; il DPCM 1° aprile 2008, che ha consegnato definitivamente alle Regioni la partita della tutela della salute mentale; la Legge 17 febbraio 2012 n. 9, come modificata dalla Legge 57/2013. Tali ultimi atti parlamentari, debitamente finanziati, hanno sancito il definitivo superamento degli OPG, mediante: da un lato la realizzazione di apposite strutture in ciascuna Regione, provviste di n. 20 posti; dall'altro la messa a regime di percorsi territoriali gestiti dai competenti DSM, per evitare il ricovero in OPG anche durante il regime transitorio necessario alla loro definitiva chiusura entro il 31 marzo 2015.

La ricerca condotta dall'ISS finalizzata alla valutazione dei pazienti ricoverati negli OPG è stata prorogata al marzo 2015, con l'evidente scopo di accompagnare il processo di riforma. Tra i sei istituti coinvolti merita particolare attenzione quello gestito all'interno del competente DSM da parte dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova, la cui storia è stata per certi versi singolare rispetto agli altri "manicomi giudiziari", alla luce del fatto che i soggetti "folli rei" sono stati da sempre "curati e custoditi" in via esclusiva da personale sanitario, senza l'intervento e la diretta gestione dell'amministrazione penitenziaria. Infatti, l'istituto di Castiglione delle Stiviere ebbe origine nel 1939, quale sezione dell'ospedale psichiatrico civile.

Anche ad Imola e Volterra vennero inaugurate sezioni giudiziarie, collegate al manicomio civile. Nel 1955 venne aperto il manicomio giudiziario – sezione femminile – di Pozzuoli, che si aggiunse al reparto femminile di Castiglione delle Stiviere, dove solo dal 1950 ebbero inizio i ricoveri di donne, anche in seguito alla chiusura della sezione femminile di Aversa. Nel 1953 esistevano in Italia nove istituti, tra manicomi giudiziari e sezioni giudiziarie collegate agli ospedali psichiatrici civili.

Dal 1975 l'istituto di Castiglione delle Stiviere è rimasto il solo, in Italia, dedicato all'esecuzione delle misure di sicurezza detentive di soggetti di sesso femminile.

Attualmente sono ancora operativi sei OPG, di cui cinque operanti in immobili del Ministero della Giustizia, caratterizzati da organizzazione fortemente improntata alla sicurezza e uno, Castiglione delle Stiviere, articolato in presidio sanitario di proprietà dell'Azienda ospedaliera, con caratteristiche logistiche di tipo basilare, antecedente alla Legge 180, situato in una vasta superficie collinare, organizzato per padiglioni e servizi diurni dedicati alla riabilitazione. Dal 1939 fino al 1978 è stato finanziato sulla base di rapporto in convenzione con rinnovi triennali tra il Ministero della Giustizia e gli Enti sanitari dedicati all'assistenza; successivamente al 1978 e fino al 2009, con atti rinnovati annualmente, dove la natura giuridica del soggetto erogatore dell'assistenza ha seguito lo sviluppo legislativo nazionale e regionale. Il DPCM 1° aprile 2008 ha sancito una discontinuità della natura del finanziamento, sgravando integralmente l'amministrazione della giustizia di ogni onere, che ricade sul bilancio sanitario della Regione Lombardia, senza forma alcuna di perequazione interregionale, a dispetto del fatto che Castiglione gestisce l'intera popolazione femminile nazionale, oltre che, per gli uomini, anche i soggetti residenti in Piemonte e Valle d'Aosta. Dopo il 2009 il nosocomio mantovano è andato incontro a un rapido e incompressibile sovrappollamento, nonostante abbia rispettato le previsioni contenute negli accordi della Conferenza Unificata, siglati a partire dal 2009. Organizzato e funzionante per molti anni su di una presenza media di 200 pazienti, gestisce da oltre 4 anni non meno di 280-300 pazienti. Il numero di dimissioni annue è pari a 160-180 persone, mentre i nuovi ingressi eccedono di almeno 10-20 unità, nello stesso periodo di tempo, il numero dei dimessi. Nell'OPG di Castiglione delle Stiviere un paziente su due trova un percorso di inserimento sul territorio entro 6-8 mesi dall'applicazione della misura di sicurezza provvisoria, in regime di libertà vigilata, quando ancora è in corso il processo (effetti della Sentenza della Corte Costituzionale 367/2004). Il dato del sovrappollamento era stato ampiamente previsto dallo scrivente, che negli anni 2004-2008 ha monitorato la popolazione OPG nazionale, sulla base dei dati forniti dal DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria), standardizzati per i dati ISTAT dei residenti italiani e stranieri nelle varie Regioni italiane. Tenuto conto che la prevalenza nazionale per molti anni ha oscillato tra 1,9 e 2,3 internati ogni 100.000 cittadini della maggiore età e tenuto conto che Castiglione era ed è restato l'unico centro femminile nel nostro Paese, la causa principale di un alto numero di presenze su base annua, nonostante il dimezzamento del tempo medio di permanenza a decorrere dal 2011, insiste sullo spropositato bacino di afferenza dell'OPG, deciso dalla Conferenza Unificata del 2009.

Data questa articolata premessa si può ritenere che lo studio dell'ISS "Valutazione dei pazienti ricoverati negli OPG finalizzata a proposte di modifiche di assetti organizzativi e di processo" a cui l'OPG di Castiglione partecipa attivamente, vedrà un campione di soggetti reclutati, provenienti per circa un terzo dal nosocomio lombardo, se è vero che alla data 1° giugno 2013 ben 282 erano qui in carico, pertanto reclutati nello studio e se è anche vero che il totale annuo dei nuovi casi sul bacino nazionale è rappresentato significativamente da popolazione afferente all'OPG.

L'impatto della ricerca promossa e coordinata dall'ISS sull'organizzazione del personale in servizio presso l'OPG è comprensibile nella misura in cui si tenga in conto il fatto che sia gli

psichiatri, sia le altre professioni non mediche sono a rapporto di dipendenza con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con base oraria settimanale di 38 ore per la dirigenza medica e 36 ore per il personale del comparto sanitario (infermieri, operatori socio sanitari, educatori, assistenti sociali). La dirigenza medica è composta da 13 figure, tra le quali il direttore dell'istituto. Nel numero va ricompreso un medico a tempo ridotto (universitario a 20 ore), un medico impegnato sulla casa circondariale di Mantova (15 ore settimana), un medico a tempo pieno impegnato sulla comunità a valle dell'OPG, quale sperimentazione regionale per la tutela della salute mentale di soggetti già internati, in regime di licenza finale esperimento e/o libertà vigilata. Si deve inoltre tenere in conto che la stessa forza lavoro medica assicura tutto il carico terapeutico, riabilitativo e assistenziale nelle 24 ore, comprensivo della salvaguardia delle condizioni generali di salute (funzione assistenza primaria e continuità dell'assistenza di base, notturna e festiva). Data questa premessa, la ricerca è stata accolta favorevolmente, come opportunità sia per standardizzare il processo di individuazione/oggettivazione della complessità dei bisogni integrati della popolazione di pazienti in carico (PHI, CANFOR, MMSE, SPM e scheda anagrafica), sia per standardizzare il processo diagnostico e di monitoraggio dell'esito. Lo scrivente, quale coordinatore locale della ricerca, ha chiesto e ottenuto che il protocollo ISS fosse adottato quale strumento corrente di lavoro nell'ambito della scheda di budget annuale (2013-2014), concordata con il Direttore Generale dell'azienda ospedaliera. La stessa azienda ha comunque dato corso alla procedura per evidenza pubblica, finalizzata al reclutamento di una psicologa, impegnando in questo modo circa l'80% delle risorse affidate e gestite per il progetto di ricerca. Sono inoltre previste riunioni periodiche con tutte le figure professionali dell'OPG coinvolte (coordinatori del personale sanitario, educatori e medici), al fine di monitorare le criticità e il complessivo sviluppo del progetto. Infine è stato approntato dallo scrivente un manuale interattivo, con scaricamento dati e salvataggio delle informazioni, accessibile dalla rete intranet aziendale, che consente agli operatori di realizzare il loro contributo alla ricerca, restituendo al coordinatore il monitoraggio dello stato di avanzamento del progetto medesimo. Si tenga, infatti, presente che sono emerse le seguenti difficoltà di coordinamento del processo di ricerca:

- Dato il campione iniziale pari a 282 soggetti eletti al 1° giugno 2013, questi erano distribuiti in 4 reparti, che godono di una certa autonomia organizzativa dei percorsi di cura e riabilitazione.
- Il caricamento dati sul portale ISS è molto oneroso in termini di impegno orario, motivo per il quale è stato demandato alla psicologa reclutata, la quale risulta centrale nel monitoraggio tra i test eseguiti nelle unità di cura e il relativo caricamento.
- L'alto turn-over tra dimissioni e nuovi ingressi (n. 122 soggetti dal 2 giugno 2013 al 31 dicembre 2013), implica un coordinamento strenuo e capillare per mantenere il giusto ritmo di lavoro sulle 4 unità di cura, evitando da un lato di perdere troppi soggetti del campione iniziale, dall'altro il fenomeno dell'accumulo dei nuovi ingressi senza ingaggio nella ricerca stessa in un tempo ragionevole, che è stato stimato di n. 90 giorni tra la data di ingresso e la data di ingaggio (scheda anagrafica, PHI, MMSE, SPM, SCID-I RV).

In conclusione, tenuto conto della complessità del progetto, comunque strategico per sostenere il processo riformatore secondo una visione nazionale, grazie alla qualità dei dati raccolti, tenuto ancora conto dell'impatto complessivo all'interno di una struttura ad alta complessità organizzativa (oltre a 13 dirigenti medici e due dirigenti psicologi, sono in servizio oltre 120 operatori sociosanitari e poco meno di 50 infermieri, quattro educatori e quattro assistenti sociali), l'anno 2013 può definirsi concluso con il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. accettazione della ricerca da parte di tutto il personale;

2. acquisizione di nuove competenze, anche grazie all'introduzione e l'utilizzo corrente di strumenti di lavoro;
3. progressivo migliore coordinamento tra le unità di cura e il personale dedicato;
4. buona sinergia tra la fase applicativa sul campo (motivazione sul paziente, somministrazione test) e la fase successiva di restituzione dei dati sul portale ISS.

## **OPG di Reggio Emilia**

La sede dell'OPG di Reggio Emilia, aperto nel 1892, è stata per cento anni un ex convento situato nel centro storico della città. Dal dicembre 1991 la collocazione dell'OPG di Reggio Emilia è stata spostata alla prima periferia, all'interno del nuovo Istituto di Pena di Reggio Emilia che comprende anche la Casa Circondariale.

Questa collocazione che poteva preludere ad una caratterizzazione fortemente custodialistica della struttura ha probabilmente funzionato da stimolo per la ricerca di soluzioni organizzative che potessero in qualche modo sostenere l'intervento sanitario.

È nata così nel 1998 la sperimentazione di un reparto "aperto" all'interno dell'OPG di Reggio Emilia quando la Direzione dell'Istituto insieme al Gruppo di Osservazione e Trattamento (GOT) anticipa gli indirizzi contenuti nel Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000", con lo scopo di migliorare il passaggio intermedio tra l'istituzionalizzazione e il reinserimento esterno dei soggetti autori di reato dichiarati infermi di mente, sottoposti a misura di sicurezza perché pericolosi socialmente (internati).

In questa realtà si è inserito dal luglio 2000 il "Progetto Antares" finanziato dalla Regione Emilia Romagna in collaborazione con il Comune di Reggio Emilia, con l'obiettivo di:

1. qualificare, creandone i presupposti operativi e culturali, la quotidianità nel reparto sperimentale "aperto";
2. intensificare in questo reparto, dove già da anni era prevalente la componente riabilitativa a ridotta sorveglianza, gli interventi e le azioni terapeutico-riabilitative anche mirate alla dimissione dei pazienti;
3. preparare il distacco dall'istituto con passi graduali verso l'autonomia;
4. attivare, in modo precoce il contatto con i servizi territoriali delle località di provenienza, tramite l'adozione di specifiche convenzioni tra la Regione Emilia Romagna e le Aziende USL del territorio regionale, nell'ottica della regionalizzazione degli internati prevista nella proposta di legge allora in via di definizione parlamentare;
5. infine istituire un gruppo tecnico di valutazione del paziente che individuasse un percorso di interventi mirato al suo reinserimento sociale.

Il DPCM 1° aprile 2008 è comunque intervenuto in un momento in cui la struttura stava affrontando un periodo di sovraffollamento che è proseguito sino a buona parte del 2011, per cui condizione indispensabile, una volta effettuato il trasferimento dei beni, delle attrezzature e il passaggio del personale all'SSN (ottobre 2008) è stato, da parte dell'AUSL di Reggio Emilia di concerto con l'Assessorato Sanità della Regione Emilia Romagna, il lavoro di potenziamento e di riorganizzazione delle risorse di personale, stante il giudizio di assoluta insufficienza del personale transitato da parte del Ministero e la precarietà delle tipologie contrattuali.

È stata istituita una Unità Organizzativa Complessa, afferente al Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche e sono stati assunti con potenziamento della pianta organica dirigenti e operatori. Oltre ai medici di guardia (che coprivano e coprono le 24 ore) e a tre medici di medicina generale part-time a 18 ore settimanali, già operanti in OPG, sono stati assunti sette psichiatri, comprensivi del Direttore e delle funzioni psichiatriche presso la vicina Casa Circondariale, tre psicologi, cinque tecnici della riabilitazione psichiatrica, tutti con contratto di dipendenza a tempo pieno.

Questo ha permesso nel tempo di estendere la modalità operativa del reparto Antares anche ad altri tre reparti dell'OPG, mentre rimane tuttora un reparto dove le stanze rimangono chiuse e dove è compresente personale sanitario e personale di polizia penitenziario.

Sono inoltre stati istituiti diversi gruppi di lavoro con i quali la Regione Emilia Romagna sta creando interfacce con la magistratura di sorveglianza, la magistratura inquirente, l'amministrazione penitenziaria e naturalmente con i servizi psichiatrici territoriali regionali, al fine di rendere cosa reale, e non solo norma scritta, la presa in carico immediata da parte dell'SSN della salute mentale delle persone sofferenti psichiche autrici di reato e non solo dalla dimissione, come di fatto avveniva prima del 2008.

### **OPG di Montelupo Fiorentino (FI)**

L'OPG di Montelupo Fiorentino, situato in Toscana, ha ospitato, negli ultimi anni, una media di 110-120 utenti internati. Si tratta, in ordine storico, del secondo degli OPG costruiti in Italia e occupa gli edifici di un complesso storico architettonico rinascimentale, costituito dalla Villa Medicea Ambrogiana, fin dal 1886.

La storia di tale Istituto, negli anni precedenti al DPCM 1° aprile 2008, è stata caratterizzata da una progressiva apertura all'esterno, dopo che negli anni '80 del secolo scorso era stato prevalentemente utilizzato come luogo di restrizione per soggetti che, pur ritenuti infermi di mente e non imputabili, erano responsabili di reati ed erano appartenenti alla criminalità organizzata.

Negli OPG si trovano ben cinque modalità di applicazione di misure di sicurezza, persone detenute con infermità sopravvenuta, un esteso ventaglio di diagnosi psichiatriche in molti casi associate a condizione di abuso, o anche di dipendenza di sostanze, fasce di età notevolmente estese, dalla maggiore età appena raggiunta fino alla presenza di persone con età molto avanzata (in alcuni casi oltre i 90 anni).

Ciononostante la struttura, con il personale sanitario e con l'apporto dell'Associazionismo e del Terzo Settore, aveva messo in atto una serie di interventi mirati a costruire opportunità per realizzare percorsi terapeutici più adatti alle caratteristiche dei pazienti.

Al momento dell'applicazione del DPCM 1° aprile 2008, la USL 11, competente per territorio a farsi carico dell'assistenza degli utenti sottoposti a misura di sicurezza nell'OPG di Montelupo, ha costituito una specifica articolazione organizzativa all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, denominata Unità Operativa Complessa "Salute in Carcere".

Il compito di tale struttura è, in primo luogo, quello di garantire la cura e la riabilitazione delle persone internate, finalizzata alla dimissione dall'OPG e al rientro sul territorio, ma soprattutto quello di agire da tramite con i Servizi territoriali esterni, sia di Salute mentale che di altri settori, per ricostituire la continuità di cura attraverso la formulazione di progetti terapeutici individuali, con soluzioni di accoglienza, e la necessaria presa in carico all'atto della dimissione.

La migliore e più approfondita conoscenza delle varie tipologie di utenti sottoposti a misura di sicurezza negli OPG, è sempre stata una necessità di importanza fondamentale per i professionisti che lavorano con i pazienti, e per i responsabili e quanti hanno necessità di formulare previsioni per interventi più mirati, efficaci ed efficienti.

Il progetto dell'ISS, elaborato in maniera congiunta e condivisa tra tutti i Servizi che hanno in carico il trattamento dei pazienti internati negli OPG, si è proposto di dare una risposta a questa necessità, anche nell'ottica di individuare percorsi di cura adeguati e favorire il rientro nel territorio.

L'avvio della ricerca si è sovrapposto, sostanzialmente, al processo di accelerazione da parte del Governo, sospinto dalla Commissione del Senato, del percorso di chiusura degli OPG e ne ha accresciuto il valore nel momento in cui diviene l'unica ricerca in grado di descrivere, in maniera completa e standardizzata, gli ospiti degli OPG.

L'Azienda USL 11 della Toscana, con sede in Empoli, tramite l'Unità Operativa Complessa "Salute in Carcere" ha mostrato immediata e notevole sensibilità nella realizzazione degli atti necessari a far partire la ricerca, impegnando inoltre proprie risorse a supporto dei processi di formazione, di acquisizioni materiali e soprattutto estendendo ad altre professionalità, il coinvolgimento nelle fasi di esecuzione dei singoli passaggi della ricerca.

La Regione Toscana, tenuta a farsi carico dell'OPG di Montelupo Fiorentino e del bacino delle Regioni collegate ad esso, secondo l'Accordo di Conferenza Unificata del 2009 (Liguria, Sardegna, Umbria e Toscana stessa), ha impegnato già fin dal 2008, risorse per avviare una serie di azioni tese a migliorare gli interventi del personale sanitario e soprattutto favorire la dimissione e il rientro sul territorio di pazienti residenti nella Regione.

I percorsi terapeutici realizzati hanno evidenziato come l'eterogeneità della popolazione presente negli OPG, unificata in realtà dal concetto di pericolosità sociale che sostiene l'applicazione della misura di sicurezza applicata, rende necessaria la definizione di percorsi diagnostico terapeutici differenziati nelle risorse umane impegnate e nelle soluzioni di accoglienza e di presa in carico individuate.

L'Unità Operativa Complessa "Salute in Carcere" ha collaborato con l'Unità di coordinamento dell'ISS alla messa a punto della scheda di raccolta dati sul paziente elaborata *ad hoc* per il progetto.

Il progetto si è sviluppato in maniera graduale e sta dando i primi risultati non solo nell'applicazione degli strumenti diagnostici standardizzati, ma anche nella crescita, da parte dei professionisti, della considerazione relativa all'importanza della definizione di Piani Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, elaborati secondo modelli standard condivisi, e di valutazione degli obiettivi formulati nell'ottica di migliorare e rendere sempre più efficiente l'intervento messo in atto e consolidare i progressi terapeutici per i pazienti.

Tra le azioni collaterali messe in atto nel processo di superamento dell'OPG di Montelupo Fiorentino, hanno assunto un valore notevole come supporto della ricerca, la costituzione di un Sottogruppo, previsto in un Accordo del 2011 della Conferenza Unificata, composto da tutti i DSM della Regione che hanno, o possono avere, persone o utenti negli OPG. Il referente scientifico del progetto di ricerca è anche Coordinatore del Sottogruppo ed ha potuto sensibilizzare i DSM e le loro equipe, a fornire collaborazione nella raccolta dei dati contenuti nelle cartelle cliniche e utili alla formulazione dei Piani Terapeutici e Riabilitativi Individualizzati.

Analogamente il Tavolo di Coordinamento di bacino ha potuto collaborare attraverso la formulazione di una scheda di raccolta di dati e notizie relative al paziente, al contesto di provenienza e alle circostanze relative al reato commesso, per poter elaborare un progetto di dimissione coerente e condiviso.

La partecipazione alle iniziative di formazione congiunta con gli operatori delle altre UO della ricerca, in attività negli altri OPG, ha favorito lo scambio di esperienze e la conoscenza delle reciproche organizzazioni, il raccordo e la condivisione degli obiettivi anche negli incontri con i referenti regionali in tema di OPG promosse dall'Unità di coordinamento dell'ISS, con la finalità di individuare possibili percorsi comuni intra- ed extra-progetto relativamente alla metodologia per la valutazione clinica dei pazienti ricoverati in OPG.

### **OPG di Aversa (CE)**

L'OPG "Filippo Saporito" di Aversa è tra i "manicomi criminali" più grandi d'Europa. Costruito al centro della città nel 1876 fu destinato ad ospitare i "folli rei", i matti che commettevano un delitto, e i "rei folli", quelli che invece impazzivano in carcere.

Fino al 2008 era gestito completamente dall'amministrazione giudiziaria: era infatti diretto da un Direttore Unico, psichiatra, c'era in organico un numero limitato di infermieri che seguiva

le direttive dell'Autorità Giudiziaria; erano presenti, in modo saltuario, consulenti psichiatri e di altre branche specialistiche, che rispondevano più a richieste di tipo giudiziario che di tipo sanitario. Il personale numericamente più ragguardevole era quello penitenziario, che doveva controllare che fossero applicate le norme di sicurezza e che di fatto gestiva gli internati e molti degli agenti di Polizia Penitenziaria facevano anche gli infermieri (avendo fatto corsi interni di qualificazione sanitaria).

Con il DPCM 1° aprile 2008 la parte sanitaria dell'OPG diventa di competenza della ASL competente per territorio (ex-ASL CE/2). Il personale infermieristico diventa dipendente della ASL, i medici (ad esclusione del direttore-dipendente) rimangono consulenti.

Oggi sono ricoverate circa 150 persone distribuite in sei reparti o sezioni con una media di 25 internati per reparto, il personale medico è raddoppiato (dieci psichiatri e dieci psicologi in più rispetto ai pochi consulenti ormai quasi tutti dimessisi) e sono presenti 50 infermieri e otto operatori socio sanitari.

Due reparti sono gestiti da solo personale sanitario e ospitano 50 pazienti, i cosiddetti dimissibili, cioè internati che hanno terminato la misura di sicurezza e sono o in proroga o in attesa di essere giudicati dal magistrato di sorveglianza per la valutazione della pericolosità sociale.

Il bacino regionale di utenza competente per l'OPG di Aversa comprende Lazio, Campania, Abruzzo e Molise.

Nel 2009, con l'ex Delibera Giunta Regione Campania (DGRC n. 858 dell'8 maggio /2009) si avvia un percorso di presa in carico e di dimissioni di tutti quegli internati in proroga di misura di sicurezza definitiva o di quelli in grado di poter usufruire di Licenza Finale di Esperimento (LFE).

L'Unità Operativa "Salute Mentale Penitenziaria e Superamento OPG", fa parte del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Caserta, nasce nel 2011 con responsabile il Dr. Raffaello Liardo, dirigente sanitario del CSM di Aversa.

Il progetto OPG-ISS ha stimolato tutti gli operatori a una definizione sistematica dei ricoverati utilizzando sistemi operativi condivisi con gli altri OPG, che determinerà una migliore conoscenza di tanti aspetti (clinici, socio-residenziali, economici, ecc.) dei pazienti e che sta già portando a modifiche nell'operatività all'interno dell'istituto.

### **OPG di Napoli Secondigliano**

L'attuale OPG di Napoli, dall'8 marzo 2008, è ospitato in un corpo della struttura carceraria del Centro Penitenziario di Secondigliano, alla periferia della città. In precedenza, invece, dal 1925 era situato presso l'antico convento di Sant'Eframo del XVI secolo, costruito sulla parte collinare della città, a ridosso del centro storico. Il convento a sua volta era già carcere dal 1865 e fu trasformato in manicomio giudiziario con decreto regio il primo novembre del 1925.

L'attuale struttura carceraria dove è allocato l'OPG si sviluppa su quattro piani, di cui il terzo e quarto ospitano gli internati. Ogni piano è suddiviso in due sezioni e ogni sezione prevede cinque stanze multiple e dieci singole, per un massimo di trenta pazienti a sezione.

Dal 1° ottobre 2008, le competenze sanitarie sono operativamente svolte dall'équipe del DSM della ASL NA 1C.

L'obiettivo di garantire, anche per la popolazione internata negli OPG, il diritto costituzionale alla salute passa, necessariamente, attraverso la promozione dei modelli assistenziali di salute mentale già operanti per i cittadini liberi.

Nell'OPG di Napoli, con il passaggio delle competenze all'SSN, l'intera équipe assistenziale si è prodigata a dare piena attuazione del programma di superamento della istituzione manicomiale giudiziaria. I primi necessari interventi sono stati volti al miglioramento delle condizioni di vita, all'attuazione di programmi riabilitativi e all'attivazione della rete

informativa e collaborativa con i DSM e gli enti locali di competenza territoriale. Attualmente gli interventi sono focalizzati al potenziamento degli interventi assistenziali-riabilitativi intramurari e dove possibile extramurari.

Con l'individuazione dell'OPG quale luogo di internamento conseguente all'applicazione delle misure di sicurezza, è stata resa possibile la sopravvivenza, anche dopo la Legge 180, del concetto di *pericolosità sociale*, che persiste tutt'ora come roccia basilare irriducibile. L'art. 202 c.p. indica che "le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato" e l'art. 203 c.p. definisce "socialmente pericolosa la persona la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati".

L'OPG è un'istituzione complessa dove attualmente trovano posto diverse figure di utenti, con diversi profili giuridici.

Il paziente dell'OPG presenta non solo problematiche di tipo medico, ma necessariamente anche giudiziarie e penitenziarie. L'istituzione OPG chiede il coinvolgimento e il confronto di almeno tre sistemi, quello sanitario, quello penitenziario e quello giudiziario in tutte le decisioni e gli interventi necessari. Ognuno di questi sistemi è a sua volta articolato in una serie di figure con ruoli e competenze diversi.

Sicuramente le competenze dell'Autorità Giudiziaria sono quelle più significative per il destino degli utenti dell'OPG. Infatti:

"l'autorità competente al riesame della pericolosità sociale, all'applicazione, alla trasformazione, alla revoca anche anticipata delle misure di sicurezza è il Magistrato di Sorveglianza" (art. 69 della Legge n. 354/1975).

Il Magistrato di Sorveglianza, in sede di udienza per il riesame della misura di sicurezza, acquisisce informazioni provenienti sia dall'équipe interna all'istituto, sia da operatori territoriali che possono essere dell'amministrazione penitenziaria o delle forze dell'ordine, sia dagli operatori dei servizi di salute mentale competenti per territorio. Dopodiché si pronuncia sul giudizio di pericolosità sociale dell'internato sottoposto a misure di sicurezza.

Le informazioni sono il prodotto sia delle osservazioni dell'équipe dell'istituto, relativamente al comportamento, al trattamento educativo, farmacologico, riabilitativo, che delle proposte provenienti dagli operatori territoriali inerenti ad una possibile progettualità alternativa all'OPG che tenga conto delle risorse sociali, familiari e istituzionali delle diverse agenzie sanitarie e non, presenti sul territorio. Il potere decisionale del giudice, pertanto, si basa sulla possibilità di effettuare una sintesi dei diversi elementi di natura clinica, trattamentale, socio-familiare, assistenziali-riabilitativi territoriali.

Il processo di cura, in tutto questo, passa in secondo piano rispetto alla complessità delle operazioni che definiscono l'articolata macchina istituzionale dell'OPG.

Con il DPCM del 1° aprile 2008 si tenta di far emergere a pieno la necessità assistenziale degli internati e, in generale, di migliorare l'accessibilità agli interventi terapeutici e preventivi per la popolazione detenuta.

Un sistema di informazioni univoco e standardizzato in grado di rendere più immediati, chiari e condivisibili i dati relativi alla storia personale, clinica degli internati e ai possibili interventi terapeutico-riabilitativi attuabili è utile e necessario in questo contesto.

### **DSM della ASP di Messina**

Nonostante l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina non abbia titolo nella gestione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, stante il mancato recepimento del DPCM del 2008 da

parte della Regione Sicilia, da anni collabora con l'amministrazione penitenziaria su singole iniziative a sostegno dei malati ricoverati in quella struttura.

Da alcuni anni ha costituito un'équipe che ha partecipato alla realizzazione del progetto Luce e Libertà in cui 56 internati sono destinatari di un budget di salute ai fini di favorire l'inserimento sociale alla dimissione; collabora con l'OPG su iniziative mirate: ad esempio lo psichiatra e l'assistente sociale del reparto di custodia attenuata sono forniti dall'ASP di Messina; collabora alla realizzazione del progetto OPG-ISS.

L'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto è stato inaugurato nel 1925 ed è intitolato a Vittorio Madia, ovvero allo psichiatra che all'epoca dirigeva il manicomio criminale.

La struttura è formata da una palazzina centrale "Saporito", in stile liberty che conserva stucchi, decorazioni e mobili originale, dove sono presenti la direzione e gli uffici amministrativi a cui si associa una serie di edifici che ospitano i detenuti.

La gestione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto è a carico dell'Amministrazione Penitenziaria.

Gli internati dopo le dimissioni avvenute nel periodo 2012-2013 si sono attestati attorno a 200, cifra confermata dal rilievo del 31 gennaio 2014. Si tratta di soggetti provenienti da Sicilia, Calabria, Basilicata e Puglia.

Sono presenti 8 reparti all'interno della struttura penitenziaria ed è in fase di realizzazione il reparto che accoglierà le donne.

È presente anche il reparto di custodia attenuata "Carmen Salpietro", inaugurato il 14/2/2011, realizzato nella frazione di Oreto, che ospita 12 internati. Qui è presente solo personale sanitario, in assenza di agenti di polizia penitenziaria. Si tratta di una villetta allocata all'interno del tessuto urbano cittadino.

All'interno dell'OPG ha sede una azienda che si occupa di falegnameria, gestita da una cooperativa sociale che vede la presenza di internati ed ex internati.

Molto attivo il volontariato e il terzo settore che da decenni organizza varie attività a sostegno degli internati, in tale ambito si distingue l'attività del cappellano Padre Pippo Insana che da oltre 30 anni promuove varie iniziative, una fra tutte la "Casa di Solidarietà e Accoglienza", una casa di civile abitazione dove la maggior parte dei detenuti usufruiscono di brevi licenze d'esperimento (queste licenze, concesse dal magistrato di sorveglianza su richiesta dell'internato o proposta dall'OPG, prevedono l'inserimento dell'internato in una comunità o struttura protetta sul territorio, con affidamento ai servizi psichiatrici competenti, in regime di libertà vigilata).

## In sintesi

Il progetto OPG-ISS ha l'obiettivo principale di realizzare un registro psichiatrico *web-based* orientato clinicamente, in grado di fornire informazioni affidabili sulle caratteristiche cliniche e psicosociali e sui bisogni della popolazione ricoverata negli OPG mediante l'impiego di strumenti standardizzati per la valutazione periodica della natura e gravità dei disturbi mentali in atto e del loro decorso. In vista del definitivo superamento degli OPG, la disponibilità di queste informazioni potrà dare un contributo alla complessa pianificazione degli interventi per i circa 1000 pazienti attualmente ricoverati in OPG.

Alla valutazione di follow-up a sei mesi è prevista una seconda somministrazione di BPRS, VGF e CANFOR. Sarà inoltre somministrata a ciascun paziente alla valutazione iniziale e al follow-up una scheda *ad hoc* per la raccolta dei dati sociodemografici, relativi all'anamnesi psichiatrica e medica, alla rete familiare e sociale, ai contatti con i servizi psichiatrici dell'area di provenienza e agli interventi riabilitativi effettuati.

Nei primi mesi di attività è stata realizzata la formazione degli operatori sanitari alla somministrazione degli strumenti standardizzati previsti dal progetto ed è stato messo a punto un software *web-based* per la trasmissione dei dati dalle UO al centro di coordinamento dell'ISS, attualmente in fase operativa.

È stata conclusa la fase pilota del progetto, che ha previsto la valutazione di alcuni pazienti per ciascuna struttura sanitaria coinvolta per l'individuazione e segnalazione di eventuali criticità.

Dal 1° giugno 2013 è in corso la valutazione dei pazienti con i suddetti strumenti di valutazione e l'inserimento dei dati nel sistema *web-based*, costantemente monitorato dall'Unità di coordinamento dell'ISS per il controllo di qualità.

## Bibliografia

- Abou-Sinna R, Luebbers S. Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need-Forensic and Health of the Nation Outcome Scales-Secure. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21(5):462-70.
- Andreoli V. *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*. Roma: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio studi e ricerche legislazioni e rapporti internazionali; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.rassegnapenitenziaria.it/rassegnapenitenziaria/cop/76.pdf>; ultima consultazione 07/11/13.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS; 2002.
- Fazel S, Grann M, Långström N. What is the role of epidemiology for forensic psychiatry? *Crim Behav Ment Health* 2009;19(5):281-5.
- Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Vittorio M, Venco C, Scaramelli AR, Santarini F. I fattori predittivi della durata di degenza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario: un'analisi di sopravvivenza. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001;10(2):125-33.
- Fioritti A, Melega V, Ferriani E, Rucci P, Venco C, Scaramelli AR, Santarini F. I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario. *Nòos* 2006;1:91-5.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- Gigantesco A, Lega I, Picardi A; SEME Collaborative Group. The Italian SEME surveillance system of severe mental disorders presenting to community mental health services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012;8:7-11.
- Italia. Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale* n. 165 – *Supplemento Ordinario* n. 132, 16 luglio 1999.
- Italia. Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, n. 144. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008.
- Italia. Legge 23 maggio 2013, n. 57. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria. *Gazzetta Ufficiale* n.121, 25 maggio 2013.

- Italia. Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 2012.
- Italia. Legge 24 dicembre 2007, n. 244. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008). *Gazzetta Ufficiale* n. 300 - *Supplemento Ordinario* n. 285, 28 dicembre 2007.
- Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale: reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* 1995;166(5):654-59.
- Miller PR, Dasher R, Collins R, Griffiths P, Brown F. Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Res* 2001;105(3):255-64.
- Morosini P, de Girolamo G, Picardi A, Di Fabio F. *Rapporto conclusivo Progetto Nazionale Salute Mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporti ISTISAN 01/27).
- Perera G, Soremekun M, Breen G, Stewart R. The psychiatric case register: noble past, challenging present, but exciting future. *Br J Psychiatry* 2009;195(3):191-3.
- Pfohl B, Blum N, Zimmerman M. *Structured interview for DSM-IV personality*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.
- Raven J, Raven JC, Court JH. *SPM Standard Progressive Matrices. Standardizzazione italiana*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali; 2008.
- Regione Campania. Delibera della Giunta Regione Campania 8 maggio 2009, n. 858.
- Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Falloon IR, Morosini PL, Chiaravalle E, Casacchia M. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(3):229-36.
- Salize HJ, Dressing H. *Placement and treatment of mentally ill offenders – legislation and practice in EU Member States. Final report*. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health; 2005.
- Salize HJ, Lepping P, Dressing H. How harmonized are we? Forensic mental health legislation and service provision in the European Union. *Crim Behav Ment Health* 2005;15(3):143-7.
- Thomas S, Harty MA, Parrott J, McCrone P, Slade M, Thornicroft G. *CANFOR: Camberwell assessment of Needs - Forensic version. A needs assessment for forensic mental health service users*. London: Gaskell; 2003.

## **Allegato al capitolo**

### **Gruppo di lavoro “Progetto OPG-ISS”**

---

#### RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ilaria Lega

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

#### COMITATO SCIENTIFICO

Teresa Di Fiandra

*Ministero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Roma*

Guido Ditta

*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma*

Angelo Fioritti

*Dipartimento Salute Mentale, AUSL di Bologna, Bologna*

Antonella Gigantesco, Angelo Picardi

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Lorenza Magliano

*Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli studi di Napoli, Caserta*

#### COORDINATORI LOCALI

*DSM, ASL Reggio Emilia, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Reggio Emilia*

Valeria Calevro (coordinatore)

*Ricercatori: Elisabetta Centrone, Maria Giulia Fantone, Maria Grazia Fontanesi, Matilde Forghieri, Anna Piffer*

*DSM, ASP di Messina*

Antonino Ciraolo (coordinatore)

*Ricercatori: Pietro Cuzzola, Tiziana Frigione, Elena Trovato*

*DSM, ASL Caserta 2, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Aversa (CE)*

Raffaello Liardo (coordinatore)

*Ricercatori: Alessandro Carotenuto, Gloria Maria Glejjeses, Valeria Iodice, Francesco Magurno, Simona Oppedisano*

*DSM, ASL Napoli 1, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Napoli Secondigliano*

Michele Pennino (coordinatore)

*Ricercatori: Concetta Perrotta*

*Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Castiglione delle Stiviere (MN)*

Gianfranco Rivellini (coordinatore)

*Ricercatori: Roberta Bardelli, Luca Castelletti*

*DSM, UOC “Salute in Carcere” ASL 11 Empoli, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Montelupo Fiorentino (FI)*

Franco Scarpa (coordinatore)

*Ricercatori: Maria Rosaria Capone, Maria Antonietta Lettieri, Ilaria Macrì, Stefania Matteucci, Arianna Orlandi*

#### ASSISTENTI DI RICERCA

Debora Del Re e Isabella Cascavilla

*Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Andrea Di Cesare

*Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

**PARTE 3**  
**Strumenti di valutazione del paziente psichiatrico**  
**autore di reato nell'ambito del progetto OPG-ISS**



## **SCHEDA PER LA RACCOLTA DEI DATI SOCIDEMOGRAFICI, ANAMNESTICI E GIUDIZIARI DEI PAZIENTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO**

Debora Del Re (a), Valeria Calevro (b), Antonino Cirao (c), Raffaello Liardo (d), Michele Pennino (e), Gianfranco Rivellini (f), Franco Scarpa (g), Ilaria Lega (a)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Dipartimento di Salute Mentale, ASL Reggio Emilia, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Reggio Emilia*

(c) *Dipartimento di Salute Mentale, ASP Messina, Messina*

(d) *Dipartimento di Salute Mentale, ASL Caserta 2, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Aversa (CE)*

(e) *Dipartimento di Salute Mentale, ASL Napoli 1, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Napoli Secondigliano*

(f) *Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Castiglione delle Stiviere (MN)*

(g) *Dipartimento di Salute Mentale, UOC "Salute in Carcere", ASL 11 Empoli, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Montelupo Fiorentino (FI)*

L'entrata in vigore della Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, sancendo il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) a vantaggio della presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato da parte dei servizi di competenza territoriale su base regionale, ha impresso una forte accelerazione al coinvolgimento delle Regioni e dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) di provenienza dei pazienti nella valutazione dei ricoverati in OPG e nell'individuazione di soluzioni alternative.

È opportuno ricordare che il contesto psichiatrico-forense italiano è caratterizzato da una limitata disponibilità di dati sui reati, sul trattamento e sui percorsi di cura dei pazienti psichiatrici autori di reato rispetto a quanto non avvenga in altri Paesi europei fra i quali Gran Bretagna, Danimarca, Paesi Bassi, Svezia (Salize & Dressing, 2005). Sebbene, infatti, in Italia il Ministero dell'Interno e il Ministero della Giustizia rendano disponibili rapporti periodici sulla criminalità e sulla popolazione carceraria, mancano rapporti periodici relativi alle istituzioni psichiatrico-forensi e non c'è un registro dei pazienti psichiatrici autori di reato che contenga sia i dati psichiatrici che i dati giudiziari. Le informazioni di livello nazionale sulla popolazione ricoverata in OPG derivano prevalentemente da studi condotti *ad hoc*, il più recente dei quali risale al 2002 (Fioritti, 2005).

Nel contesto attuale dell'OPG, nel quale coesistono a livello della medesima struttura di ricovero sia la componente sanitaria che quella penitenziaria, ciascuna depositaria della propria parte di informazioni, per gli operatori sanitari degli OPG è possibile reperire con relativa facilità i dati giudiziari dei pazienti ricoverati e viceversa. Nel nuovo e futuro contesto delineato dalla Legge 9/2012 l'integrazione di queste informazioni potrebbe essere meno agevole, appare quindi essenziale predisporre un sistema informativo congiunto. Pertanto, nell'ambito del progetto OPG-ISS – "Valutazione dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo", finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del bando del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del 2011 – sono stati consultati i referenti in tema di OPG di tutte le Regioni italiane, per avere notizia delle modalità di raccolta e archiviazione delle informazioni sui pazienti psichiatrici autori di reato già in uso a livello locale. In particolare, anche grazie al coinvolgimento del Coordinamento Interregionale per la Sanità Penitenziaria e

della Commissione Salute del Coordinamento Interregionale, è stato possibile effettuare una ricognizione sugli strumenti già disponibili per la valutazione clinica e la registrazione di dati giuridici di interesse sanitario.

Quattordici Regioni e una Provincia Autonoma hanno partecipato all'indagine condotta dal Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'arco di quattro mesi tra luglio e ottobre 2012. È stata specificamente indagata la disponibilità di un protocollo regionale per la raccolta di informazioni anagrafiche e anamnestiche; la valutazione diagnostica, sintomatologica e delle disabilità fisica per i pazienti di competenza territoriale ricoverati in OPG. L'intento della ricognizione era, infatti, principalmente quello di mettere a frutto quanto più possibile le competenze già presenti a livello regionale e gli strumenti di valutazione utilizzati con successo.

Al momento dell'indagine solo in sette Regioni era disponibile un protocollo formalizzato sulle modalità di raccolta delle informazioni e valutazione diagnostica dei pazienti di competenza territoriale ricoverati in OPG, e ciascuna Regione aveva adottato una propria strategia.

Per esempio la Regione Campania aveva iniziato ad uniformare le informazioni più generali dei pazienti di propria competenza territoriale ricoverati in OPG (diagnosi clinica, dati anagrafici e giuridici), con l'intento di mettere a punto un sistema informativo dedicato.

La Regione Lazio aveva già avviato l'utilizzo di un articolato sistema di valutazione dei propri pazienti comprendente la raccolta di informazioni socio demografiche, storia giudiziaria, anamnesi psichiatrica, contatti con familiari, consapevolezza di malattia. Era inoltre prevista la somministrazione di alcuni strumenti standardizzati: *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS) per la valutazione della gravità psicopatologica (Roncone *et al.*, 1999); *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) per l'intensità sintomatologica nella schizofrenia (Kay *et al.*, 1987); scala *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL) per l'autonomia nelle attività strumentali della vita quotidiana (Lawton & Brody, 1968); *Mini Mental State Examination* (MMSE) per la valutazione degli aspetti cognitivi (Folstein *et al.*, 1975). Queste informazioni venivano rese disponibili a livello regionale tramite una piattaforma web dedicata.

La Regione Piemonte raccoglieva informazioni su: quadro clinico psichiatrico mediante la somministrazione di scale di valutazione relative alla sintomatologia (BPRS, PANSS, *Symptom Checklist-90*) (Derogatis, 1983) e al funzionamento (Asse V di Kennedy secondo il DSM-IV-TR) (Pfohl *et al.*, 1997); disabilità e livello cognitivo; rischio di comportamento violento (*Hare Psychopathy Checklist-Revised* e *Historical Clinical Risk-20*) (Hare, 1991; Webster *et al.*, 1997).

La Regione Puglia aveva messo a punto una scheda individuale per la raccolta di dati sociodemografici, storico-clinici, sul funzionamento personale e sociale del paziente, sui programmi terapeutico-riabilitativi attuati, sulla posizione giuridica e i comportamenti aggressivi.

In due Regioni il protocollo regionale era in corso di definizione (Calabria ed Emilia-Romagna); in una Regione e in una Provincia Autonoma invece, i DSM di competenza territoriale direttamente coinvolti utilizzavano propri strumenti e procedure.

Fra le Regioni che non disponevano di un protocollo regionale, al momento dell'indagine la Sicilia aveva appena concluso la messa a punto di una batteria di strumenti per la valutazione dei pazienti siciliani ricoverati presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto; in Toscana invece la valutazione dei pazienti ricoverati presso l'OPG di Montelupo Fiorentino era effettuata direttamente dall'équipe della Unità Operativa Complessa "Salute in carcere" della AUSL 11 di Empoli con propri strumenti operativi.

L'indagine ha evidenziato che nella maggior parte delle Regioni non erano disponibili protocolli regionali per la raccolta congiunta dei dati clinico-sanitari e giuridici, e che le poche Regioni che ne disponevano utilizzavano procedure diverse. Solo due Regioni utilizzavano abitualmente strumenti di valutazione standardizzati.

## Messa a punto della scheda per la raccolta dati sul paziente

Per la raccolta dei dati sociodemografici, anamnestici, giuridiziari e sociali relativi al paziente in OPG da utilizzare nell'ambito del progetto è stata messa a punto una scheda *ad hoc*, che si presta anche ad una futura applicazione in ambiente psichiatrico per pazienti psichiatrici autori di reato. L'elaborazione dello strumento ha tenuto conto delle esperienze regionali più avanzate, di quanto elaborato dalle precedenti indagini realizzate nel contesto degli OPG italiani da Angelo Fioritti e Vittorino Andreoli, delle indicazioni fornite dai clinici delle strutture sanitarie coinvolte nel progetto – psichiatri di riconosciuta e consolidata professionalità psichiatrico-forense a livello nazionale – e dai membri del comitato scientifico.

La scheda di raccolta dati sul paziente (Appendice A1) è composta da otto sezioni:

### 1. Informazioni generali

La sezione contiene informazioni relative a chi compila la scheda e la data di compilazione, la data d'ingresso del paziente in OPG e informazioni relative alla struttura nella quale il paziente è ricoverato: tipologia di reparto (se a gestione sanitaria o penitenziaria), modalità di alloggio (numero di pazienti con i quali condivide la stanza), livello di sicurezza (stanza aperta nelle 24 ore con libera circolazione nel reparto, cella aperta di giorno e chiusa di notte o sempre chiusa).

### 2. Dati sociodemografici del paziente

La sezione riguarda le informazioni sociodemografiche relative al paziente: nome, luogo e data di nascita, residenza, stato civile, condizione socio-economica e lavorativa precedente all'ingresso in OPG e nazionalità. Relativamente alla provenienza, gli operatori di alcuni OPG descrivono negli ultimi anni un aumento della presenza di pazienti di nazionalità non italiana. Un'analisi preliminare condotta a gennaio 2013 sui dati relativi ai primi 210 pazienti valutati nell'ambito del progetto sembrerebbe confermare tale osservazione: i pazienti di nazionalità non italiana erano il 12%, quasi raddoppiati rispetto al 2001 (Andreoli, 2002). La condizione lavorativa del paziente prima del ricovero è indagata con due domande (lavoro a tempo pieno o saltuario e tipo di professione) per acquisire informazioni relative al funzionamento lavorativo precedente al ricovero e fornire così agli operatori un dato di partenza per la pianificazione, già nell'immediato, di eventuali attività riabilitative o di formazione professionale. Se si considera che è noto che i pazienti psichiatrici autori di reato presentano una forte fragilità socioeconomica – al pari o forse più della popolazione carceraria e dei pazienti dei servizi di salute mentale – è evidente che la raccolta esaustiva e puntuale dei dati relativi alla scolarità, alla condizione abitativa ed economica sia un elemento importante da quantificare tempestivamente.

### 3. Anamnesi medica

A questa sezione è stata riservata un'attenzione particolare. Le malattie fisiche importanti sono state indagate nel dettaglio in quanto da recenti studi e revisioni sistematiche su persone che si trovano in regime carcerario (Arries & Maposa, 2013; Mitchell *et al.*, 2013) è emerso che i carcerati con gravi disturbi psichiatrici come la schizofrenia hanno un elevato rischio di comorbidità medica e in particolare un elevato rischio cardiovascolare. Anche l'osservazione diretta dei referenti degli OPG e le prime analisi effettuate sui dati raccolti nella fase pilota del progetto hanno confermato che molti

pazienti ricoverati in OPG soffrono di gravi malattie fisiche (tumore, positività per HIV, infezione HCV, diabete, epilessia, cardiopatia, morbo di Parkinson, ecc.) e che l'obesità e il tabagismo sono molto frequenti. Pur mancando dati nazionali a questo proposito, lo studio sul Monitoraggio delle Dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (MoDiOPG) (Fioritti *et al.*, 2001) aveva riscontrato livelli di disabilità fisica inferiori fra soggetti in OPG rispetto al gruppo di controllo costituito da pazienti psichiatrici dei servizi territoriali. La disponibilità di informazioni aggiornate sulla salute e la disabilità fisica è importante anche in vista del superamento degli OPG per valutare in che misura le strutture alternative dovrebbero farsi carico di questi aspetti.

#### 4. *Anamnesi psichiatrica*

Si è dato rilievo sia alla diagnosi psichiatrica principale annotata sulla cartella clinica (la diagnosi formulata con l'ausilio della SCID-I RV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders - Axis I Research Version*) (First *et al.*, 2002) richiedendo un'intervista *ad hoc* nell'ambito dello studio si svolge in seguito), che alla terapia psicofarmacologica assunta in quel momento dal paziente con relativa modalità di somministrazione. Gli operatori sanitari degli OPG descrivono, infatti, il frequente ricorso alle formulazioni *depot*, indicativo di scarsa aderenza alla terapia farmacologica e spesso della necessità di una presa in carico più stringente, mentre nessun dato è disponibile in Italia su questo. Per completare l'anamnesi psichiatrica è importante disporre di informazioni precedenti all'ingresso in OPG sulla storia di malattia e percorso di cura del paziente, come l'età di esordio del disturbo psichiatrico principale, eventuali ricoveri – durata e tipologia (in reparto psichiatrico per acuti, strutture residenziali psichiatriche, ricovero obbligatorio) – e/o trattamenti nei servizi psichiatrici territoriali o ricorso a professionisti privati. Sono informazioni utili non solo al fine di raccogliere dati sulla gravità del disturbo psichiatrico, ma anche a verificare precedenti contatti del paziente con i servizi psichiatrici territoriali per mantenere una continuità ove vi siano stati, o per attuare nuove sinergie nella presa in carico del paziente fin dal suo ingresso in OPG per pazienti non ancora noti ai servizi.

#### 5. *Informazioni giuridiche di rilievo sanitario*

Già nella fase pilota del progetto era emerso che alcuni dei dati giudiziari, che gli stessi referenti delle Unità Operative ritenevano utili ai fini clinici e riabilitativi (es. la durata complessiva della permanenza del paziente in OPG, il numero di internamenti precedenti all'attuale o il numero di precedenti detenzioni), non erano di fatto immediatamente disponibili agli operatori sanitari degli OPG, ma in alcune strutture necessitavano di un'apposita e circostanziata richiesta al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP). Fioritti (Fioritti *et al.*, 2001) aveva osservato che alcuni elementi giuridici – il reato commesso, la durata preventiva della misura di sicurezza – possono essere predittivi della durata di internamento. Oltre quindi ad indicare in questa sezione il reato per il quale il paziente è in OPG, si chiede di indicare nella scheda la scadenza della misura sicurezza e l'eventuale numero di proroghe e di internamenti precedenti all'attuale, il tempo complessivamente trascorso dal paziente in OPG (compresi eventuali ricoveri precedenti) e il numero e la durata di precedenti detenzioni.

#### 6. *Rete familiare e sociale*

La sezione indaga un aspetto estremamente importante: la attuale rete familiare e sociale alla quale il paziente può fare riferimento. Si esplorano i contatti del paziente con i familiari, ma anche con altre figure significative quali amici, volontari, comunità religiose, etniche. La presenza di relazioni familiari e sociali esterne anche nell'attuale

contesto viene valutata tramite il numero di colloqui e/o le telefonate del paziente nel mese precedente alla rilevazione. Si tratta di informazioni rilevanti, se pensiamo che nell'ambito dello studio PROGRES (PROGetto RESidenze) che ha riguardato la valutazione delle strutture residenziali nazionali, è stato evidenziato che la presenza di un valido supporto psicosociale esterno, quasi sempre rappresentato dalla famiglia, è fra i fattori predittivi di dimissione (de Girolamo *et al.*, 2005).

#### 7. *Contatti con i servizi psichiatrici dell'area di residenza*

Nell'ottica di cominciare a costruire il percorso di cura successivo all'OPG dal momento del ricovero del paziente, è importante registrare e quantificare i *contatti con i servizi psichiatrici dell'area di residenza*, come ad esempio il numero di colloqui del paziente tenutisi in OPG con gli operatori dei servizi psichiatrici territoriali dell'area di residenza, la data dell'ultimo colloquio, il numero di telefonate ricevute dai clinici e la disponibilità di un progetto terapeutico scritto e condiviso tra operatori dell'OPG e dei servizi.

#### 8. *Riabilitazione*

Le domande di questa sezione sono ispirate al modello riabilitativo psichiatrico del VADO (Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi) (Morosini *et al.*, 1998), le cui componenti fondamentali sono la valutazione iniziale del paziente (disabilità e punti di forza), l'individuazione di obiettivi riabilitativi realistici e misurabili, e la valutazione periodica dell'andamento del programma tramite strumenti standardizzati. Viene chiesto quindi, in questa sezione, se è disponibile per ogni paziente un piano riabilitativo individualizzato in forma scritta, se gli obiettivi riabilitativi sono descritti in modo operativo (misurabile, riproducibile) e se il piano individualizzato descrive le abilità necessarie e gli interventi da mettere in atto per raggiungere gli obiettivi medesimi. Il piano riabilitativo dovrebbe inoltre prevedere l'effettuazione di un certo numero di verifiche periodiche del raggiungimento degli obiettivi dell'intervento riabilitativo, tramite la somministrazione di strumenti standardizzati (es. BPRS, *Brief Psychiatric Rating Scale*; *Health of the Nation Outcome Scales*; Valutazione Globale di Funzionamento, VGF). Si richiede pertanto di indicare anche il numero delle verifiche effettuate negli ultimi 6 mesi. Alla luce di quanto emerso dalla ricognizione con gli operatori sanitari degli OPG sul tipo di attività e interventi riabilitativi disponibili nella propria struttura, è stato inserito in questa sezione della scheda un elenco di interventi e attività alle quali il paziente può prendere parte nella struttura dove è ricoverato. Dall'indagine è emerso che nonostante alcune attività di riabilitazione, socializzazione e formazione siano realizzate in tutti gli OPG, l'intensità e l'accessibilità di questi interventi così come la specializzazione del personale chiamato ad erogarli, variano da una struttura all'altra. Tra gli interventi riabilitativi da indicare in questa sezione vi sono:

- interventi di promozione dell'autonomia nella cura di sé e dello spazio di vita (es. cura dell'igiene personale, gestione sala pranzo, pulizia degli ambienti);
- interventi per il miglioramento dell'autonomia nelle abilità strumentali (es. uso del telefono, gestione del denaro);
- interventi basati su tecniche specifiche di tipo cognitivo comportamentale (es. *modelling*, *role playing*);
- interventi per il miglioramento della capacità di gestione dei disturbi psichiatrici (es. riconoscimento precoce dei sintomi, *compliance* farmacologica);
- interventi di tipo pratico o manuale (es. cucina, pittura, ceramica, giardinaggio);
- attività di socializzazione e animazione (es. cineforum, karaoke, lettura di gruppo e discussione, feste);
- attività di tipo motorio (es. ginnastica, calcio, pallavolo);

- interventi di arte terapia o altre tecniche espressive (es. musicoterapia, teatroterapia, danzaterapia).

Poiché la durata di permanenza del paziente in OPG si protrae mediamente per diversi mesi, sia in considerazione della funzione che il ricovero in OPG dovrebbe avere, sia per facilitare l'accesso del paziente a successive soluzioni alternative, è importante che un percorso di riabilitazione adeguato e personalizzato sia tempestivamente avviato in queste strutture.

La scheda può essere compilata da un operatore sanitario (medico di riferimento, psicologo, caposala o infermiere) che conosca e segua il paziente e che abbia accesso ai dati della cartella clinica. Il tempo necessario per la compilazione è in media di circa 30 minuti, può aumentare se vi sono dati mancanti nella cartella clinica e se il paziente è scarsamente collaborativo.

La scheda di raccolta dati presentata in questo capitolo si propone di raccogliere con un unico strumento di agevole compilazione le principali informazioni relative al paziente ricoverato in OPG, selezionate in primo luogo sulla base dell'esperienza clinica di chi si è più assiduamente occupato di pazienti psichiatrici autori di reato in Italia. L'auspicio è che questo strumento possa contribuire al miglioramento della gestione clinica quotidiana di questa particolare popolazione di pazienti.

## Bibliografia

- Andreoli V. *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*. Roma: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio studi e ricerche legislazioni e rapporti internazionali; 2002. Disponibile all'indirizzo: [http://www.rassegnapenitenziaria.it/rassegna\\_penitenziaria/cop/76.pdf](http://www.rassegnapenitenziaria.it/rassegna_penitenziaria/cop/76.pdf); ultima consultazione 07/11/13.
- Arries EJ, Maposa S. Cardiovascular risk factors among prisoners: an integrative review. *J Forensic Nurs* 2013;9(1):52-64.
- de Girolamo G, Picardi A, Santone G, Falloon I, Morosini P, Fioritti A, Micciolo R, PROGRES Group. The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychol Med* 2005;35(3):421-31.
- Derogatis LR (1983). *SCL90: administration, scoring and procedures manual for the revised version*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research; 1983.
- Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Vittorio M, Venco C, Scaramelli AR, Santarini F. I fattori predittivi della durata di degenza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario: un'analisi di sopravvivenza. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001;10(2):125-33.
- Fioritti A. Italy. In: Salize HJ, Dressing H (Ed.). *Placement and treatment of mentally ill offenders - legislation and practice in EU Member States. Final Report*. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health, 2005. p.179.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- Hare RD. *The Hare Psychopathy Checklist - Revised*. Toronto: Multi-Health Systems; Ontario; 1991
- Italia. Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 2012.

- Kay SR, Fiszbein A, Opfer LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13(2):261-76.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1968;9(3):179-86.
- Mitchell AJ, Vancampfort D, Sweers K, van Winkel R, Yu W, De Hert M. Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders - a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2013;39(2):306-18.
- Morosini P, Magliano L, Brambilla L. *VADO – Valutazione di abilità, definizione di obiettivi*. Trento: Edizioni Erickson; 1998.
- Pföhl B, Blum N, Zimmerman M. *Structured interview for DSM-IV personality*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.
- Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Falloon IR, Morosini PL, Chiaravalle E, Casacchia M. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(3):229-36.
- Salize HJ, Dressing H. *Placement and treatment of mentally ill offenders - legislation and practice in EU Member States. Final Report*. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health; 2005.
- Webster C, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. *HCR-20: Assessing Risk for Violence (Version 2)*. Burnaby, BC, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University; 1997.

## **DIAGNOSI PSICHIATRICA STRUTTURATA: NUOVO PROTOCOLLO PER LA SCID-I RESEARCH VERSION**

Ilaria Lega (a), Antonella Gigantesco (a), Angelo Picardi (a), Debora Del Re (a), Emanuele Tarolla (b),  
Andrea Di Cesare (c), Fausto Mazzi (d), Francesco Cobiachi (e)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore  
di Sanità, Roma*

(b) *Unità Operativa Psichiatria, Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, Rimini*

(c) *Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

(d) *AUSL Modena, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena*

(e) *COBI Sistemi Informativi Sas, Roma*

### **Diagnosi psichiatrica nella ricerca e nella clinica: alcune considerazioni**

Donald W. Goodwin e Samuel B. Guze, nell'introduzione alla quinta edizione del loro celebre testo "La diagnosi psichiatrica", così commentano l'ingresso della diagnosi basata su criteri e regole formalizzati e codificati nella psichiatria nordamericana:

"Il DSM-III, il manuale diagnostico ufficiale dell'Associazione Psichiatrica Americana, fu pubblicato nel 1980 e divenne subito un best seller. Le versioni precedenti erano passate quasi inosservate. Perché questo cambiamento? Forse stanchi di teorie non provate, gli psichiatri possono aver trovato una parziale soddisfazione nel mettersi d'accordo su come chiamare le cose (...). Grazie alla scoperta di terapie farmacologiche relativamente specifiche, la diagnosi è diventata un problema pratico (...). L'enfasi sulla diagnosi ha prodotto un aumento nell'uso di parole quali dati, accordo tra osservatori (...). Le riviste hanno cominciato a traboccare di grafici e tabelle (...). La gente ha preso l'abitudine di alzarsi ai congressi per chiedere "Dove stanno le prove?". Questi sono cambiamenti veri." (Goodwin & Guze, 1996).

Nel passaggio all'edizione rivista del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 3<sup>a</sup> edizione (DSM-III) pubblicata nel 1987, al DSM-IV (4<sup>a</sup> edizione) del 1994 e al DSM-IV-TR (Text Revised) del 2000 sono comparse nuove categorie diagnostiche, sono stati riorganizzati i criteri diagnostici di alcuni disturbi, è stato introdotto il criterio dell'impatto dei sintomi sul funzionamento sociale e lavorativo. Il DSM-5 (5<sup>a</sup> edizione), pubblicato negli Stati Uniti nel maggio 2013 e foriero di ulteriori cambiamenti, ha riaperto il mai sopito dibattito sulla effettiva capacità dei manuali diagnostici dei disturbi mentali di distinguere fra salute e malattia, particolarmente per quelle condizioni psicologiche e comportamentali che più che essere veri disturbi riflettono la normale variabilità inter- e intra-individuale (Mc Guire & Troisi, 1998; Frances, 2013).

Tuttavia, anche gli autori che hanno più radicalmente messo in discussione l'effettiva validità della diagnosi psichiatrica basata sull'approccio categoriale dei manuali diagnostici concordano nel riconoscere che il DSM-III, introducendo criteri diagnostici espliciti e una classificazione con regole formalizzate adottate dalla maggior parte dei clinici e nella ricerca, ha

profondamente e definitivamente modificato almeno quattro ambiti della clinica psichiatrica (Kendell & Jablensky, 2003):

1. l'utilizzo di una medesima cornice di riferimento standard ha messo i clinici nella condizione di raggiungere un miglior accordo diagnostico e di migliorare la comunicazione tra specialisti, che ha cominciato a includere anche dati e analisi statistiche su trattamenti ed esiti;
2. l'uso di criteri diagnostici e di strumenti di valutazione è diventato la norma nella ricerca, rendendo disponibili dati confrontabili;
3. l'insegnamento della psichiatria si è potuto basare su sistemi di riferimento internazionali che consentono un linguaggio comune;
4. la diffusione dei criteri diagnostici utilizzati dai professionisti della salute mentale ha aiutato i clinici a migliorare la comunicazione con gli utenti dei servizi, i loro familiari, la società in generale.

Per migliorare l'accuratezza della diagnosi psichiatrica basata su manuali diagnostici, sono state messe a punto e testate numerose interviste, fra le quali la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID) (Spitzer *et al.*, 1990) e le sue versioni successive che sono considerate il gold standard per la diagnosi psichiatrica di Asse I a livello internazionale (Shear *et al.*, 2000; Steiner *et al.*, 1995).

Le interviste diagnostiche strutturate consentono di ottenere diagnosi più affidabili rispetto al colloquio clinico o a interviste meno strutturate, giacché indagano sistematicamente sintomi e comportamenti che il clinico potrebbe altrimenti lasciarsi sfuggire. L'utilizzo di interviste diagnostiche strutturate migliora la riproducibilità diagnostica<sup>9</sup> ed è pertanto la regola nella ricerca (Miller *et al.*, 2001; Ramirez Basco *et al.*, 2000).

La formulazione di una diagnosi completa e sistematica dei disturbi mentali in grado di orientare la scelta della terapia farmacologica per i pazienti affetti dai disturbi mentali più gravi è tra i compiti principali e specifici dello psichiatra (Craddock & Craddock, 2010). La disponibilità di linee guida e protocolli di trattamento per gli specifici disturbi psichiatrici è il principale richiamo alla necessità di effettuare una diagnosi sindromica affidabile. Tuttavia, la valutazione sistematica dei sintomi e del decorso della malattia, l'anamnesi medica, familiare e dei trattamenti effettuati, essenziali per poter effettuare una diagnosi accurata, sono onerose in quanto richiedono tempo e devono essere effettuate da personale specialistico. È quindi necessario chiedersi: l'applicazione di tale metodologia è giustificata in condizioni di routine? In un campione di 200 pazienti ambulatoriali l'intervista con la SCID combinata alla consultazione della documentazione clinica precedente ha mostrato una sensibilità<sup>10</sup> per la diagnosi di disturbo bipolare I dell'88% rispetto alla sensibilità del 54% delle diagnosi basate sul solo colloquio clinico, per il disturbo schizoaffective dell'89% rispetto al 53% (Ramirez Basco *et al.*, 2000). L'utilizzo della SCID migliora quindi in modo sostanziale il riconoscimento almeno dei disturbi dell'umore e del disturbo schizoaffective, e l'importanza di un corretto inquadramento diagnostico di questi disturbi a fini terapeutici e prognostici è evidente per il clinico. Nel medesimo studio è stato osservato un accordo diagnostico fra valutatori (senza tener conto della percentuale di accordo dovuta al caso) del 53% sulla base del colloquio clinico, del 68% con l'utilizzo della SCID e del 79% quando la SCID veniva integrata con fonti esterne di informazioni sul paziente; ove si è registrato un disaccordo, questo era nella maggior parte dei casi di importanza clinica sostanziale, giacché implicava diverse strategie di trattamento (Ramirez Basco *et al.*, 2000).

<sup>9</sup> La riproducibilità tra osservatori è il grado di accordo diagnostico fra operatori diversi su uno stesso caso.

<sup>10</sup> La sensibilità è un indice della capacità di un esame diagnostico di individuare un determinato disturbo quando esso è presente.

La scelta di utilizzare la SCID-I Research Version (RV) nell'ambito del progetto OPG-ISS, estendendo quanto più possibile la formazione degli psichiatri e psicologi delle Unità Operative alla somministrazione dell'intervista, si è basata anche su queste evidenze.

## La SCID-I

L'intervista clinica per i disturbi sull'Asse I del DSM-IV (SCID-I) è un'intervista semistrutturata per la formulazione delle diagnosi sull'Asse I del DSM-IV. L'intervista contiene le domande da porre al paziente e i criteri diagnostici; la sequenza delle domande è simile al processo diagnostico di un clinico esperto. Se non vi sono sufficienti elementi per determinare se un criterio diagnostico sia o non sia soddisfatto, l'intervistatore deve fare domande aggiuntive, pertanto l'utilizzo dell'intervista presuppone una competenza clinica e la conoscenza della classificazione e dei criteri diagnostici del DSM-IV (APA, 1994).

I criteri diagnostici sono valutati progressivamente anche se in ordine diverso rispetto a quello del DSM-IV, per consentire di indagare per primi quei criteri che escludono la diagnosi di un determinato disturbo, migliorando così l'efficienza del processo diagnostico.

Le fonti di informazione sono in primo luogo il paziente, ma anche le cartelle cliniche, i familiari, gli amici e ogni fonte attendibile disponibile.

Esistono due principali versioni dell'intervista, la versione clinica SCID-I Clinical Version (CV) (First *et al.*, 1996) e la versione ricerca SCID-I RV (First *et al.*, 2002); la prima è pubblicata dall'American Psychiatric Press Inc., la seconda è invece disponibile su richiesta al *Biometrics Research Department* del *New York State Psychiatric Institute* della *Columbia University*.

Le due versioni garantiscono pressoché la stessa copertura diagnostica relativamente ai disturbi sull'Asse I del DSM-IV e DSM-IV-TR ma non allo stesso livello di dettaglio, giacché solo la SCID-I RV consente di raccogliere informazioni anche sui sottotipi e gli specificatori sintomatologici e di decorso dei disturbi valutati.

Nell'ambito del progetto OPG-ISS si è preferito quindi avvalersi della SCID-I RV che consente di disporre non solo di una diagnosi affidabile, ma anche della caratterizzazione sintomatologica dei disturbi diagnosticati. È stata utilizzata la versione italiana dello strumento (Perone, 2007).

Per quanto riguarda il formato, le due versioni presentano una differenza. La SCID-I RV – sia nella versione originale inglese che in quella italiana – è composta da un unico supporto cartaceo contenente domande, criteri, e siglatura dei criteri. La SCID-I CV invece – anch'essa sia nella versione originale inglese che in quella italiana (Mazzi *et al.*, 2000) – si compone di due parti: un protocollo di somministrazione rilegato, contenente domande e criteri da utilizzarsi ripetutamente per le interviste diagnostiche, e un protocollo di raccolta dati separato, che serve a registrare la codifica dei criteri diagnostici per ciascun paziente valutato.

## Sviluppo di un protocollo di raccolta dati per la SCID-I RV

Nell'ambito del progetto OPG-ISS è stato sviluppato dal Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute un protocollo di raccolta dati per la SCID-I RV sul modello di quello previsto per la SCID-I CV. Tale scelta è stata motivata da due principali ragioni: 1) il protocollo di raccolta dati, prevedendo per ogni item

uno spazio apposito, consente al clinico che somministra l'intervista di annotare le informazioni utilizzate a supporto delle decisioni diagnostiche. La capacità di procedere con l'intervista applicando contestualmente gli alberi decisionali del DSM-IV-TR si acquisisce solo con la pratica, e la possibilità di prendere alcuni appunti mirati è di grande aiuto per chi – come riscontrato nel caso del contesto di riferimento del progetto – non abbia ancora esperienza con l'utilizzo dello strumento; 2) il protocollo di raccolta dati – essendo di dimensioni più ridotte rispetto al supporto unico della versione ricerca – può essere inserito nella cartella clinica, contribuendo a rendere disponibile una diagnosi psichiatrica affidabile non solo per le finalità di ricerca, ma anche per la pratica clinica quotidiana.

Nell'ambito del progetto OPG-ISS vengono valutati i disturbi psicotici, i disturbi dell'umore, i disturbi da uso di sostanze, i disturbi d'ansia e i disturbi dell'alimentazione<sup>11</sup>.

Così come previsto per la SCID-I CV il protocollo di somministrazione e il protocollo di raccolta dati vengono usati insieme: l'intervistatore utilizza il protocollo di somministrazione per le domande dell'intervista e i criteri diagnostici e il protocollo di raccolta dati per scrivere i punteggi e le risposte.

La sezione del protocollo di raccolta dati riguardante i sintomi psicotici e la diagnosi differenziale dei Disturbi psicotici è disponibile in Appendice A2.

## Predisposizione di un sistema informatico per l'intervista SCID-I RV

Per la trasmissione dei dati relativi all'intervista SCID-I RV dai centri partecipanti al centro di coordinamento presso l'ISS è stato messo a punto un database interattivo, in grado di raccogliere le informazioni relative ai sottotipi e al decorso dei disturbi, agli specificatori sintomatologici oltre che alle diagnosi psichiatriche effettuate con la SCID-I RV.

L'intervista diagnostica è stata implementata nel sistema informatico *web-based* nella versione integrale utilizzata per il progetto. Il sistema *web-based* è stato predisposto in modo da consentire una compilazione "guidata" della SCID-I RV basata sulle regole di somministrazione dell'intervista. Pertanto, sulla base della presenza o assenza di un determinato criterio, il sistema informatico procede automaticamente a "saltare" le domande non pertinenti. La trasmissione via web dell'intervista consente all'Unità di coordinamento dell'ISS di effettuare ulteriori controlli sulla coerenza, la completezza e l'accuratezza dei dati raccolti, in aggiunta a quelli automatici dei quali il sistema è stato dotato.

Per l'implementazione dell'intervista SCID, che è composta da quasi mille domande, non si è potuto utilizzare il classico sistema utilizzato per i questionari web che, normalmente, sono costituiti da qualche decina di domande. Per ovviare al problema è stata adottata una strategia che propone all'utente solo le domande utili che sono visualizzate in tempo reale in funzione delle risposte fornite ad altre domande durante la compilazione.

Questa strategia è basata su tre componenti principali: il *database* delle regole, il *motore* che interagisce col database e l'*interfaccia* web che consente l'interazione col sistema.

Questa strategia di implementazione ha consentito di ottenere un'interfaccia che "guida" l'utente nella compilazione dell'intervista. Inoltre, dal punto di vista tecnico, si è ottenuta una

<sup>11</sup> La SCID-I RV prevede la possibilità di selezionare i disturbi da valutare sulla base della necessità dello studio, eliminando singole sezioni o interi moduli dell'intervista. Nel progetto OPG-ISS, rispetto alla versione integrale della SCID-RV, sono stati esclusi i soli disturbi somatoformi e disturbi dell'adattamento.

elevata manutenibilità delle regole di compilazione perché sono state rese parametrizzabili e riutilizzabili.

Il sistema è stato realizzato per una applicazione *web-based*, ma questa metodologia di implementazione può essere utilizzata anche per altre piattaforme applicative quali: sistemi *stand-alone* e “App” per tablet o cellulari. Per l’utilizzo su altre piattaforme si potrà usufruire della logica e delle regole studiate, realizzate e testate per l’applicazione web. Ovviamente sarà necessario adeguare il sistema in funzione della piattaforma di sviluppo che dipende dal tipo di *dispositivo* per cui si vuole realizzare il sistema.

## Bibliografia

- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Craddock N, Craddock B. Patients must be able to derive maximum benefit from a psychiatrist’s medical skills and broad training. *World Psychiatry* 2010;9(1):30-1.
- First MB, Spitzer, RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1996.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)* New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Frances A. The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med* 2013;159(10):720.
- Goodwin WG, Guze SB. *Psychiatric diagnosis. Fifth edition*. New York: Oxford University Press; 1996.
- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160(1):4-12.
- Mazzi F, Morosini P, de Girolamo G, Lusetti M, Guaraldi GP. *SCID-I CV: Intervista clinica strutturata per i disturbi dell’Asse I del DSM-IV, Versione Clinica*. Firenze: Organizzazioni Speciali; 2000.
- Mc Guire MT, Troisi A. *Darwinian Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 1998.
- Miller PR, Dasher R, Collins R, Griffiths P, Brown F. Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Res* 2001;105(3):255-64.
- Perone, R. Traduzione italiana della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002). In: Perone R, Pecori D (Ed.). *La procedura COMOVAL multiassiale per la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002a). Guida integrativa di istruzioni per l’applicazione e la validazione della procedura*. Foggia: Associazione Italiana per la Cura Dipendenze Patologiche; 2007. (Quaderni di S & P La Rassegna Italiana delle Tossicodipendenze volume 9).
- Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D, Rush AJ, Witte B, Hendrickse W, Barnett V. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157(10):1599-605.
- Shear MK, Greeno C, Kang J, Ludewig D, Frank E, Swartz HA, Hanekamp M. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry* 2000;157(4):581-87.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Edition/Non-patient Edition, (SCID-P/SCID-NP)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1990.
- Steiner JL, Tebes JK, Sledge WH, Walker ML. A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(6):365-69.

## DIAGNOSI DEI DISTURBI DELLA PERSONALITÀ: VERSIONE ITALIANA DELL'INTERVISTA SIDP-IV

Angelo Picardi (a), Andrea Di Cesare (b), Ilaria Lega (a)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

Prima degli anni '60 del secolo scorso, la diagnosi di disturbo della personalità, con la possibile eccezione del disturbo antisociale, era considerata una diagnosi imprecisa e poco affidabile, con scarso o assente valore clinico. Da allora, e soprattutto dopo la pubblicazione nel 1980 del DSM-III-R (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3<sup>rd</sup> edition Revised*), la comprensione dei disturbi della personalità è notevolmente progredita a tal punto che oggi la loro legittimità come entità diagnostiche è largamente riconosciuta. Si è fatta progressivamente strada la nozione che tali disturbi, malgrado alcune imperfezioni nella loro classificazione, possono essere descritti e valutati in modo affidabile. Sulla base di questi progressi nella descrizione e nella diagnosi, la ricerca sui disturbi della personalità ha consentito di mettere in luce che essi possono beneficiare di specifici trattamenti, e che la loro compresenza esercita una significativa influenza sull'esito dei disturbi in Asse I (Tyrer *et al.*, 2010).

Per la comprensione della patologia di Asse II, che consiste di una rete di costrutti latenti per i quali esistono una tassonomia e una nomenclatura comunemente accettate, è essenziale un'accurata valutazione diagnostica. Per il ricercatore o il clinico interessato a valutare la patologia della personalità, è disponibile un'ampia gamma di interviste diagnostiche, la maggior parte delle quali fa riferimento al sistema di classificazione del DSM-IV, sebbene alcune, come ad esempio la *Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality* (Trull & Widiger, 1977) si rifacciano ad altri modi di concettualizzare la patologia della personalità. Le interviste standardizzate per la diagnosi dei disturbi di Asse II sono tutte caratterizzate da validità e affidabilità quantomeno adeguate, e attualmente non vi sono dati che dimostrino in modo decisivo la superiorità di una di queste sulle altre (Clark & Harrison, 2001; Widiger, 2002; Widiger & Coker, 2002; Zimmerman, 1994).

Le interviste standardizzate sono state sviluppate per ovviare ad alcuni punti deboli delle comuni interviste cliniche non strutturate. Queste ultime, in genere, iniziano con delle domande che vertono sul problema presentato e vanno a toccare alcune aree generali, come l'anamnesi psichiatrica, le relazioni familiari, il funzionamento psicosociale. Nel corso dell'intervista, la maggior parte dei clinici si focalizzano su varie questioni e ne esplorano alcune in un dettaglio considerevolmente maggiore rispetto ad altre. Interviste di questo genere hanno il vantaggio di rispondere a quelli che appaiono i principali bisogni del paziente, con la possibilità di migliorare la relazione terapeutica. Tuttavia, esse hanno una bassa affidabilità, tipicamente sotto forma di scarso accordo tra valutatori diversi, il che in termini clinici comporta diagnosi mancate o errate.

Le interviste standardizzate sono piuttosto diverse dalle comuni interviste cliniche non strutturate, in quanto all'intervistatore vengono fornite tutte le domande pertinenti, unitamente a criteri di valutazione sistematici, articolati e stringenti. A differenza delle interviste cliniche non strutturate, in cui la diagnosi è generalmente raggiunta mediante l'esame dei resoconti del paziente con particolare attenzione alla descrizione delle interazioni interpersonali, nelle

interviste strutturate e semistrutturate la diagnosi è determinata mediante domande dirette che indagano i criteri diagnostici di ciascun disturbo.

Se somministrate in modo competente, le interviste standardizzate forniscono una valutazione diagnostica sufficientemente affidabile e valida, e negli ultimi decenni sono diventate lo standard di riferimento per la valutazione di Asse II, non essendo sufficientemente solida la sola valutazione mediante questionari autosomministrati a causa della marcata tendenza di questo tipo di strumenti a diagnosticare un numero eccessivo di disturbi rispetto a quelli effettivamente presenti (Hunt & Andrews, 1992). Va notato inoltre che esse possono anche essere affiancate a una prima intervista clinica non strutturata iniziale che faciliti il rapporto con il paziente.

La maggior parte delle interviste diagnostiche per l'Asse II sono del tipo semistrutturato, cioè contengono un determinato numero di domande predeterminate, alle quali il valutatore può affiancare alcune domande aggiuntive per chiarire meglio se un certo sintomo o tratto sia presente o meno. Alcune sono invece completamente strutturate, non lasciano cioè alcuno spazio, o solo uno spazio minimo, ad altre domande che non siano quelle dello strumento.

Tra le principali interviste standardizzate per la diagnosi dei disturbi di Asse II si annoverano la *Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders* (DIDP-IV) (Zanarini *et al.*, 1996), un'intervista strutturata che consiste di 398 item raggruppati per diagnosi; la *International Personality Disorders Examination* (IPDE) (Loranger, 1999), un'intervista semistrutturata costituita da 537 domande organizzate per argomento (lavoro, Sé, relazioni interpersonali, emozioni, giudizio di realtà, controllo degli impulsi) che valuta i disturbi di Asse II in base sia ai criteri DSM-IV che a quelli ICD-10; la *Personality Disorder Interview-IV* (PDI-IV) (Widiger *et al.*, 1995) le cui domande, raggruppate per diagnosi o per argomento in due versioni distinte dell'intervista, indagano i 94 criteri dei 10 disturbi ufficiali di Asse II del DSM-IV; la *Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders* (SCID-II) (First *et al.*, 1997), un'intervista semistrutturata costituita da 119 item raggruppati per diagnosi, e la *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders* (SIDP-IV) (Pfohl *et al.*, 1997) che sarà oggetto in questa sede di descrizione dettagliata.

Delle cinque interviste che valutano tutti i disturbi di personalità dell'Asse II del DSM-IV, nessuna è inequivocabilmente superiore alle altre in termini di affidabilità e validità, e ciascuna ha vantaggi e svantaggi. Per la IPDE, la PDI-IV e la SIDP-IV sono disponibili versioni le cui domande sono organizzate in base al contenuto tematico anziché per diagnosi, il che si ritiene possa mitigare potenziali distorsioni da "effetto alone". La IPDE e la PDI-IV hanno dei manuali dettagliati per la somministrazione e l'attribuzione dei punteggi che possono costituire delle risorse utili per i clinici. La IPDE è la più lunga da somministrare, in quanto con i suoi 537 item può richiedere anche due ore di tempo. La IPDE e la SCID-II sono corredate da un questionario di pre-screening che può aiutare a risparmiare tempo, orientando il focus dell'intervista sui tratti e i disturbi più probabilmente presenti. La IPDE, la SCID-II e la SIDP-IV sono quelle che sono state utilizzate nella maggior parte degli studi empirici.

La SIDP-IV, oggetto specifico di questo contributo, è organizzata in sezioni tematiche (interessi e attività, emozioni, relazioni interpersonali, ecc.) piuttosto che per disturbi. Questa modalità di raggruppamento delle domande permette un andamento della conversazione che risulta più naturale rispetto a un'indagine centrata sui singoli disturbi di Asse II, e inoltre aumenta la probabilità che informazioni utili, ricavate da domande che risultano collegate, possano essere prese in considerazione per la codifica di criteri correlati nell'ambito di una stessa sezione.

Gli autori dello strumento hanno posto molta cura nella formulazione di domande che fossero il più possibile prive di connotazioni negative; piuttosto, le domande della SIDP-IV mirano a descrivere i tratti di personalità per come appaiono dalla prospettiva della persona che

ne fa esperienza diretta. Le domande sono state costruite in modo da non limitarsi a sondare l'opinione dell'intervistato sulla presenza di un determinato tratto, ma indagare invece una gamma di comportamenti che esemplificano tale tratto. Inoltre, nei casi in cui è appropriato, l'intervistatore è incoraggiato a non tenere conto soltanto del contenuto delle risposte del soggetto, ma a prendere in considerazione lo schema generale dell'interazione durante l'intervista.

A seconda dello specifico protocollo dello studio in cui viene utilizzato lo strumento, le fonti di informazioni possono comprendere non soltanto i resoconti del paziente, ma anche quelli di una terza persona in qualità di "informatore chiave" esterno, in genere un familiare o un amico stretto, l'esame delle cartelle cliniche, e altre valutazioni cliniche eventualmente disponibili.

Tecnicamente, la SIDP-IV è un'intervista semistrutturata, poiché l'intervistatore può talora avere necessità di sondare più a fondo un aspetto con domande ulteriori rispetto a quelle riportate nell'intervista per chiarire le risposte del paziente. La somministrazione della SIDP-IV richiede dunque alcune competenze professionali specifiche, quali la capacità di ottenere chiarimenti con domande aggiuntive e quella di distinguere tra disturbi di Asse I e di Asse II.

Un aspetto molto importante nella valutazione della personalità disturbata è infatti costituito dalla distinzione tra modelli di comportamento disfunzionali persistenti e duraturi e alterazioni transitorie del comportamento. A questo riguardo, è importante sottolineare che, anche se al paziente viene più volte ricordato di rispondere in base a "come lei è abitualmente", può rendersi necessario chiarire questo punto con ulteriori domande. Inoltre, è opportuno somministrare la SIDP-IV dopo un colloquio psichiatrico generale o un esame della documentazione clinica finalizzati alla valutazione dell'eventuale presenza di disturbi di Asse I. In questo modo, l'intervistatore può distinguere più facilmente un comportamento che perduri per tutta la vita del paziente da una condizione temporanea causata da un disturbo di Asse I.

In alcuni casi, può comunque non essere facile stabilire se un determinato criterio è parte di uno schema duraturo, stabile e di lunga durata, insorto non più tardi dell'adolescenza o della prima età adulta. Disturbi episodici ricorrenti di Asse I possono alterare ripetutamente e nel corso di un lungo periodo di tempo, anche se solo temporaneamente, il funzionamento interpersonale abituale. In altri pazienti, può esservi una compresenza di patologia della personalità e di patologie di Asse I, quali ad esempio disturbi depressivi o disturbi da uso di sostanze.

In altri casi, specialmente con pazienti in età matura o anziana, può essere difficile ottenere informazioni retrospettive accurate. Nei casi difficili, la SIDP-IV ha sempre utilizzato come criterio operativo la regola dei 5 anni che stabilisce che il comportamento, i pensieri e le emozioni che sono stati presenti per la maggior parte del tempo negli ultimi 5 anni siano considerati rappresentativi del funzionamento di personalità a lungo termine della persona. Solitamente, questa regola consente di dirimere in modo soddisfacente dei dubbi clinici che altrimenti potrebbero generare notevole confusione e ridurre l'affidabilità della valutazione.

La durata dell'intervista varia notevolmente a seconda delle caratteristiche sociodemografiche e cliniche dell'intervistato quali età, grado di istruzione, disponibilità, motivazione, livello di attenzione e complessità del quadro clinico, ma anche la perizia e l'esperienza dell'intervistatore giocano un ruolo importante. Una volta che l'intervistatore abbia preso familiarità con l'intervista SIDP-IV, la sua somministrazione può essere completata in 60-90 minuti. Qualora venga intervistata anche una terza persona in qualità di informatore esterno, sono di solito necessari ulteriori 20 minuti. La codifica delle sezioni e la trascrizione dei punteggi nel relativo modulo richiede 20-30 minuti. Qualora lo si desideri, ci sono varie possibilità per abbreviare l'intervista e adattarla alle proprie esigenze. In primo luogo, è possibile omettere dalla valutazione le diagnosi opzionali (disturbo autofrustrante di personalità, disturbo depressivo di personalità, disturbo negativistico di personalità). Inoltre, se la

valutazione della personalità antisociale è già effettuata con altri strumenti, le domande sul disturbo antisociale di personalità possono essere omesse dalla sezione in cui sono contenute, relativa al conformismo sociale. Infine, per i clinici che intendano semplicemente valutare in modo sistematico la presenza o l'assenza di uno o più specifici disturbi di Asse II, è disponibile una versione modulare della SIDP-IV in cui i criteri sono elencati per disturbo anziché per tema. In tal modo, è possibile valutare solo i disturbi di personalità di specifico interesse.

Essendo uno strumento di valutazione standardizzato che permette una diagnosi valida, affidabile e in tempi ragionevoli, la SIDP-IV si propone come uno dei metodi migliori attualmente disponibili per un'indagine approfondita dei disturbi della personalità nei contesti sia clinici che di ricerca, ideale da somministrare ai pazienti ricoverati in OPG in vista della futura presa in carico terapeutico-assistenziale nei servizi territoriali. Un estratto dell'intervista SIDP-IV è disponibile in Appendice A3.

## Bibliografia

- Clark LA, Harrison JA. Assessment instruments. In: Livesley WJ (Ed.). *Handbook of personality disorders*. New York: Guilford; 2001. p. 277-306.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.
- Hunt C, Andrews G. Measuring personality disorder: the use of self-report questionnaires. *J Pers Disord* 1992;6:125-33.
- Loranger AW. *International Personality Disorders Examination manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1999.
- Pfohl B, Blum N, Zimmerman M. *Structured Interview for DSM-IV Personality*. Washington, (DC): American Psychiatric Press; 1997.
- Trull TJ, Widiger TA. *Structured Interview for the Five-Factor Model of Personality*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1997.
- Tyrer P, Mulder R, Crawford M, Newton-Howes G, Simonsen E, Ndeti D, Koldobsky N, Fossati A, Mbatia J, Barrett B. Personality disorder: a new global perspective. *World Psychiatry* 2010;9(1):56-60.
- Widiger TA, Coker LA. *Assessing personality disorders*. In: Butcher JN (Ed.). *Clinical personality assessment: practical approaches (2<sup>nd</sup> edition)*. New York: Oxford University Press; 2002. p. 380-94.
- Widiger TA, Mangine S, Corbitt EM, Ellis CG, Thomas GV. *Personality Disorder Interview-IV: A semi-structured interview for the assessment of personality disorders, professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1995.
- Widiger TA. Personality Disorders. In: Antony MM, Barlow DH (Ed.). *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York: Guilford; 2002. p. 453-80.
- Zanarini MC, Frankenburg FR, Sickel AE, Yong L. *The diagnostic interview for DSM-IV personality disorders. Laboratory for the Study of Adult Development*. Belmont, MA: McLean Hospital; 1996.
- Zimmerman M. Diagnosing personality disorders: a review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(3):225-45.

# VALUTAZIONE DEI BISOGNI DI CURA NEI PAZIENTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO: RUOLO DELLO STRUMENTO CANFOR

Luca Castelletti (a), Antonio Lasalvia (b)

(a) *Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Castiglione delle Stiviere (MN)*

(b) *Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria, Università di Verona, Verona*

## Introduzione

Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) italiani, come stabilito dalla Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, giunge nel nostro Paese a conclusione di una serie di tappe normative che nel corso dell'ultima decade hanno segnato punti importanti di cambiamento nella prassi delle misure di sicurezza per pazienti psichiatrici autori di reato. Il riferimento è, in ordine cronologico, alla Sentenza n. 253/2003 della Corte Costituzionale che ha introdotto l'esecuzione della libertà vigilata come provvedimento alternativo, da valutare caso per caso, all'internamento in OPG; successivamente, alla Sentenza della Corte di Cassazione a Sezioni Riunite n. 9163/2005 che ammette la categoria dei disturbi di personalità, purché di sufficiente gravità, rilevanza, consistenza e intensità, quale causa di incapacità di intendere e volere in sede processuale. Più recentemente il DPCM del 1° aprile 2008 stabilisce il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, ivi incluse cura e assistenza dei soggetti in misura di sicurezza.

La psichiatria dei pazienti autori di reato ha vissuto nel nostro Paese un lungo periodo di quiescenza, abbandonata alle pratiche di cura dei sei OPG nazionali a loro volta sganciati dalla rete dei servizi territoriali, immuni a processi di verifica e implementazione della qualità delle prestazioni, lontani dall'approccio basato sulle evidenze che si andava affermando nei servizi di salute mentale. Tra i fattori di questo ritardo va certamente annoverata la storica afferenza, nel nostro Paese, alla Medicina Legale per quanto riguarda lo studio e le conoscenze di ambito criminologico e di inquadramento delle problematiche legate all'aggressività nei pazienti psichiatrici, competenza di fatto non messa in discussione dalla riforma della Legge 180/1978 (Fioritti, 2004).

Il forte impulso riformatore contenuto nella Legge 9/2012 pone una serie di quesiti su quali modalità organizzative, residenziali e di percorsi di cura approntare per questa tipologia di pazienti. L'analisi dei bisogni sanitari e sociali della popolazione internata negli OPG appare in questo passaggio storico per la psichiatria italiana non prescindibile per l'approntamento di sistemi e pratiche congruenti con il proprio target trattamentale, possibilmente sostenute da valide evidenze scientifiche e in contiguità con i sistemi di psichiatria forense più evoluti a livello europeo.

Già Cohen & Eastman (1997) all'inizio del periodo riformatore che coinvolse il sistema psichiatrico-forense inglese ponevano alcune questioni di fondo relative alla valutazione dei bisogni dei pazienti psichiatrici autori di reato. In primo luogo la definizione di bisogno di cura: in questa sede sarà dato spazio all'analisi dei bisogni secondo l'approccio che è stato definito "negoziale" (Lasalvia *et al.*, 2000). Il concetto di bisogno di cura, inteso come ciò di cui un

individuo necessita per essere in grado di acquisire, mantenere o recuperare un accettabile livello di indipendenza sociale o di qualità della vita, ha validità anche per i pazienti autori di reato ma va declinato in relazione agli aspetti legati al giudizio di pericolosità, denominatore comune dei soggetti rientranti nel circuito delle misure di sicurezza. La specificità di questa popolazione amplia la gamma di variabili relative all'analisi dei bisogni che non possono non includere lo studio dei determinanti alla base di condotte aggressive verso sé e gli altri. In questa cornice interpretativa i bisogni possono, all'interno dell'analisi individuale del paziente, fungere da fattori di rischio o da fattori protettivi orientando nella loro combinazione la priorità degli interventi e l'eventuale strutturazione del percorso di cura. Ai cosiddetti fattori di rischio dinamici che esprimono la loro modificazione con il variare delle condizioni cliniche o con l'intervento su specifici aspetti ambientali significativi per la vita del paziente si è attribuito alternativamente il nome di bisogni criminogenetici, indicando la natura potenzialmente rischiosa della loro ricerca e soddisfazione da parte di chi li esprime (Otto, 2000). Tra questi le attuali metodologie di valutazione specifiche come la *Camberwell Assessment of Needs - Forensic Version* (CANFOR) (Thomas *et al.*, 2003) comprendono i bisogni connessi con le condotte di abuso etilico e di sostanze, i bisogni legati alla gestione dell'aggressività eterodiretta, quelli inerenti l'adesione al trattamento, i bisogni riguardanti la gestione da parte del paziente della violenza a sfondo sessuale e quelli legati alla piromania.

Un'ulteriore variabile connotante l'analisi dei bisogni dei pazienti autori di reato è rappresentata dall'appropriatezza della collocazione residenziale, la cui variabilità all'interno del contesto nazionale è costituita da: carcere, residenze specialistiche per l'esecuzione delle misure di sicurezza (presenti e future), comunità psichiatriche, domicili privati. Relativamente a questo ambito, autorità giudicante e clinico sono chiamati ad uno sforzo di sintesi che tenga in giusta considerazione bisogni di cura, assistenza e contenimento ambientale per evitare all'utenza protratti periodi di degenza in contesti residenziali con grado di sicurezza superiore alla pericolosità reale del paziente.

L'eterogeneità clinica e criminologica che si osserva negli OPG nazionali riflette nella realtà istituzionale la difficoltà a pervenire a una definizione per il paziente psichiatrico autore di reato. In riferimento al sistema inglese, il Reed Report (Reed, 1994) definì i pazienti autori di reato o *mentally disordered offenders* come "quei soggetti con disagio mentale che hanno, o si adduce che abbiano, infranto la legge". Tale ampia definizione esita nell'inclusione a questa sottopopolazione di pazienti coloro che esibiscono comportamenti antisociali, "condotte sfidanti" o che sono difficili da collocare rispetto al residenziale. La realtà degli operatori che lavorano all'interno degli OPG nazionali testimonia l'addensamento nella popolazione internata di una gamma di *offenders* dalle caratteristiche cliniche e di bisogni eterogenee e dalla non infrequente presenza di soggetti dal profilo chiaramente spostato verso l'asse dell'antisocialità e psicopatologia (Carabellese *et al.*, 2013).

Includere nella categoria dei pazienti autori di reato anche quelle sotto-categorie cliniche e criminologiche che spostano l'asse dei bisogni verso il trattamento delle condotte criminogenetiche ha necessariamente arricchito lo scenario di valutazione dei bisogni di cura con lo studio e l'analisi di variabili storico-anamnestiche, cliniche e di management ambientale che hanno diretto impatto sulla pericolosità attuale e su come ridurre la sua futura eventuale riespressione. La psichiatria forense sviluppatasi in molte realtà sanitarie nord europee e nord americane nel corso delle ultime due decadi si è specializzata nello sviluppo di servizi in parallelo alla psichiatria generale, dedicati in primo luogo nelle *Secure Facilities*, al trattamento di pazienti con profilo criminologico grave (Kennedy, 2002). La dotazione dello psichiatra forense, inteso come lo specialista che non solo frequenta i fori dei Tribunali per esprimere giudizi di infermità per vizio di mente su imputati giudicati per reati di rilievo penale, ma conosce, coordina e valuta i percorsi di cura specialistici per pazienti con disagio mentale e

profilo di *offenders*, si è arricchita di strumenti predittivi dalle solide evidenze scientifiche (Yang *et al.*, 2010; Singh *et al.*, 2011).

La definizione estensiva di paziente con disturbo mentale e autore di reato ha aperto il campo delle proposte trattamentali a contributi nati in ambito carcerario e correzionale ma che l'estensione delle fenomenologie in comorbidità con pattern personologici e di abuso di sostanza rendono attuali nei contesti istituzionali e nella gestione a livello di psichiatria generale. Tra questi, ha avuto risonanza e diffusione internazionale il contributo di Andrews & Bonta (2010) secondo i quali il livello di trattamento specialistico a cui sottoporre un paziente psichiatrico dovrebbe essere proporzionale al livello di rischio di recidiva violenta (Risk Principle). Il trattamento, secondo questi Autori, dovrebbe tener conto dei profili dei bisogni degli stessi *offenders*, specificamente dei bisogni criminogenici. Il loro assunto è che se un servizio specialistico si pone come obiettivo la riduzione del rischio di recidivismo nei soggetti in cura, deve concentrare la propria azione terapeutica sui bisogni criminogenetici (*need principle*), distinti in “big four” (storia di comportamento antisociale, tratti di personalità antisociale, cognizione antisociale, supporto sociale favorevole all’atto criminale) e in “moderate four” (circostanze familiari, ambiente scolastico/lavorativo, coinvolgimento in attività piacevoli, abuso di sostanze). I programmi trattamentali così individuati vanno successivamente applicati nei modi e nei tempi che tengano conto delle caratteristiche cognitive, di apprendimento e motivazionali dei singoli pazienti (*responsivity principle*).

## Bisogni di cura e sociali

Relativamente pochi studi hanno indagato presenza e caratteristiche dei bisogni sanitari e sociali nei pazienti psichiatrici autori di reato. Questi studi sono stati condotti prevalentemente in altri contesti geografico-culturali (es. in Inghilterra) per cui non è agevole trovare dirette corrispondenze con la nostra realtà nazionale. Tra questi lavori va senz’altro menzionato quello di Harty *et al.* (2003) che ha confrontato il profilo dei bisogni (rilevato con la *Camberwell Assessment of Needs*, CAN) (Phelan *et al.*, 1995) di un gruppo di 73 detenuti con disturbi della sfera psicotica e quello di un gruppo di controllo di pazienti territoriali affetti da analoga patologia. Il campione dei detenuti presentava un livello medio di bisogni totali (7,47 vs 5,80) e insoddisfatti (5,78 vs 1,30) più elevato dei controlli territoriali, e un numero medio di bisogni soddisfatti inferiore (1,68 vs 4,50). Il gruppo dei pazienti detenuti aveva riportato un numero di bisogni totale significativamente superiore al gruppo di controllo nelle aree relative a informazioni su disturbo e trattamento, disagio psicologico, sicurezza per sé e per gli altri, abuso di alcool e di sostanze, disponibilità di denaro. Tra i bisogni non soddisfatti il gruppo dei detenuti presentava differenze significative nelle aree riguardanti sintomi psicotici, disagio psicologico, sussidi, denaro, attività diurne, vita di relazione e alimentazione. Le tre dimensioni a più alto tasso di insoddisfazione per il gruppo di pazienti autori di reato riguardavano complessivamente l’aspetto abitativo, con alti livelli di senza casa, i bisogni di area sociale e quelli afferenti alla sicurezza per sé e altri.

Nel 2004 è stata pubblicata un’indagine valutativa dei bisogni sociali e di cura dell’intera popolazione internata nei tre ospedali inglesi ad alta sicurezza (Harty *et al.*, 2004). Al campione di 1255 pazienti (di cui 190 donne) è stata somministrata la CANFOR che ha evidenziato un numero medio di bisogni totali di 8,75 per gli uomini e 10,2 per le donne e, rispettivamente, 6,46 e 2,30 per i bisogni soddisfatti e insoddisfatti della popolazione maschile e 7,55 e 2,65 per quella femminile. Gli autori hanno rilevato che ai 3 sottogruppi diagnostici della popolazione testata corrispondevano differenze significative di espressione dei bisogni: una media di 10,8 bisogni totali per i soggetti con deficit intellettivi, 8,9 per i soggetti con diagnosi di disturbo

della personalità e 8,7 per i pazienti con diagnosi di Asse I. Tra gli internati maschi la maggior frequenza di bisogni insoddisfatti si trova nelle attività diurne (25%), violenze sessuali (24%), abuso di sostanze (23%) e di alcool (23%). Tra le donne si rileva: attività diurne (25%), abuso di alcool (23%) e di sostanze (21%), vita di relazione (20%).

Le conclusioni tratte dallo studio summenzionato presentano analogie con l'attuale situazione nazionale italiana. Gli autori in sede di commento editoriale, evidenziano come un elevato numero di pazienti ospitati nei tre *Special Hospitals* non richiedono ulteriori tempi di degenza in alta sicurezza e che questi potrebbero beneficiare di soluzioni residenziali a minore livello di protezione (Thomas *et al.*, 2004). Confrontando i due sottogruppi di pazienti, essi osservano che quelli per i quali il regime di *High Security* è appropriato, presentano un profilo di bisogni complesso, che copre un'ampia gamma di aree. In particolare i pazienti che presentano comorbidità da abuso di sostanze, elevati livelli di rischio di reiterazione di agiti violenti valutato con strumenti di *Violence Risk Assessment* strutturati, comorbidità con un disturbo grave di personalità e disturbi significativi dell'apprendimento possono trarre beneficio da regimi residenziali ad alta sicurezza. La realtà attuale dei servizi inglesi si è evoluta e presenta altri tipi di problematicità, con i circa 700 pazienti nelle strutture ad alta sicurezza e 6500 utenti nelle *Medium and Low Secure Facilities* (CMH, 2011). Altre considerazioni tratte dallo studio di Harty *et al.* (2004) hanno evidenziato che, dal momento che le donne presentavano un numero medio di bisogni superiore a quello degli uomini (ed in particolare di bisogni insoddisfatti), sarebbe stato utile pensare a servizi forensi specifici per genere, come di fatto avviene nelle residenze a minor grado di protezione genere-specifiche.

Uno studio prospettico di coorte italiano ha provato a identificare le caratteristiche clinico-sociali di un gruppo di pazienti autori di reato grave con pazienti autori di reato non grave e un gruppo di controllo. I primi presentavano elevata problematicità, rischio di recidiva criminale e una sorta di specificità clinica forense, ovvero un insieme di psicopatologia delirante, bassa disabilità, stencità, tratti abnormi del carattere e buon adattamento sociale (Russo *et al.*, 2003).

## Uno strumento standardizzato per valutazione: la CANFOR

La CANFOR (Thomas *et al.*, 2003, 2008) è uno strumento specificamente messo a punto per valutare i bisogni di cura nei pazienti afferenti al circuito psichiatrico-forense. È stata sviluppata in Gran Bretagna a partire dalla CAN (Phelan *et al.*, 1995) e come strumento capostipite consente per ciascuna area valutata la rilevazione separata dei bisogni secondo il punto di vista dello staff curante e del paziente. In base all'approccio adottato dalla CAN, il bisogno di cura non rappresenta un concetto rigidamente obbiettivabile, ma deve essere piuttosto considerato come qualcosa di dinamico, mutevole e contesto-dipendente, la cui valutazione deve tenere conto sia del punto di vista degli esperti (operatori sanitari) che di quello dei pazienti, secondo un approccio che è stato definito di carattere "negoziale" (Lasalvia & Ruggeri, 2001). Il punto di vista dei pazienti è stato per troppo tempo ignorato in psichiatria, giocando al riguardo un ruolo fondamentale il pregiudizio che i "malati di mente" non sono in grado di giudicare le cure che ricevono. In tempi recenti è, comunque, aumentata la consapevolezza che le opinioni dei pazienti sono estremamente utili per cogliere proprio quegli aspetti dell'interazione fra utenti e servizi che normalmente sfuggono all'osservazione degli operatori e che hanno un ruolo d'enorme importanza nel determinare lo stile d'interazione con il servizio e l'efficacia dei progetti terapeutici.

La CAN è un'intervista semistrutturata, dotata di buone qualità psicometriche, specificamente messa a punto per valutare i bisogni clinici e sociali dei pazienti con disturbi mentali gravi assistiti a livello territoriale. Per ciascuna area di vita esaminata dalla CAN l'intervistatore è chiamato in primo luogo a verificare la presenza o meno di un bisogno nell'ultimo mese. Nel caso in cui venga rilevata la presenza di un bisogno, è necessario valutare se tale bisogno è stato o meno soddisfatto. Un bisogno viene definito come "soddisfatto" (punteggio "1") quando a fronte di un problema identificato è stato posto in essere, a parere dell'intervistato, un valido ed efficace intervento per ridurlo o risolverlo. Un bisogno viene definito "insoddisfatto" (punteggio "2") quando per un problema identificato non sono stati effettuati interventi appropriati per risolverlo oppure gli interventi forniti non sono (stati), a parere dell'intervistato, di alcun aiuto. Nel caso in cui non venga rilevata la presenza di un bisogno il punteggio attribuito è "0" (è possibile attribuire in una determinata area il punteggio "9", 'non applicabile' se l'intervistato non riesce o non ha elementi sufficienti per esprimersi rispetto a quella determinata area esplorata).

Lo sviluppo di una versione forense della CAN si era reso necessario per la presa di consapevolezza da parte degli autori che la versione originale fosse in grado di coprire buona parte dei profili dei bisogni dei *mentally disordered offenders*, ma che non tutti i bisogni fossero stati trattati sufficientemente in profondità o adeguatamente rappresentati (Thomas *et al.*, 2008). Sono state pertanto approntate revisioni dello strumento originale da parte di team multidisciplinari che includeva servizi forensi e di comunità. Le caratteristiche originali della CAN (adeguate proprietà psicometriche, compilabilità in 30 minuti, utilizzabilità da parte di un ampio range di figure professionali, facilità di utilizzazione senza un lungo training formale, adeguatezza sia per la pratica di clinica routine che per la ricerca, applicabilità ad una vasta gamma di popolazioni e setting) sono state salvaguardate. Nella versione forense dello strumento sono stati aggiunti ai 22 item già esistenti (alloggio, alimentazione, cura della casa, cura di sé, attività quotidiane, salute fisica, sintomi psicotici, informazioni sul disturbo e sulle terapie, disagio psicologico, sicurezza personale, sicurezza per gli altri, abuso di alcool, abuso di farmaci, vita di relazione, vita di coppia, vita sessuale, cura dei figli, istruzione di base, uso del telefono, uso di mezzi di trasporto, gestione del denaro, sussidi economici) tre nuovi item specifici - trattamento, violenze sessuali e incendio doloso. In Italia chi scrive sta per pubblicare uno studio di validazione della versione italiana della CANFOR (Castelletti *et al.*, in corso di stampa) sviluppata a partire dalla versione italiana della CAN (Ruggeri *et al.*, 1999) e sottoposta a processo di validazione formale su un campione di pazienti dall'OPG di Castiglione delle Stiviere (MN). Questa scala è stata inoltre inclusa nel set di strumenti standardizzati utilizzato nell'ambito del progetto di valutazione, attualmente in corso di svolgimento, sull'intera popolazione degli internati nei sei OPG nazionali promosso dall'Istituto Superiore di Sanità (Lega *et al.*, 2013).

La CANFOR versione di ricerca (CANFOR-R) prevede anche una valutazione del clinico relativamente al ruolo che alcune aree problematiche possono aver giocato nel determinare il ricovero in ambito forense. Un estratto della CANFOR-R è disponibile in Appendice A4.

### **Studio pilota presso la Comunità Psichiatrico Forense "Gonzaga": valutazione dei bisogni di cura dei pazienti**

La prima valutazione pilota dei bisogni di cura dei pazienti autori di reato nel nostro Paese è stata effettuata su un gruppo di pazienti dimessi dall'OPG di Castiglione delle Stiviere (MN) in licenza finale esperimento o libertà vigilata e accolti presso la Comunità Psichiatrico Forense (CPF) "Gonzaga" (Castelletti & Lasalvia, 2013). Il lavoro, pur con dati preliminari e un gruppo di analisi relativamente ristretto (45 pazienti testati), riveste il duplice interesse di indagare quali

benefici o svantaggi in termini trattamentali presentano attualmente gli OPG e in subordine quali caratteristiche di bisogni possono presentare pazienti in dimissione, che possono afferire alla categoria dei DTT (*Difficult To Treat patients*) che hanno trovato sbocco presso la CPF “Gonzaga” per assenza di residenze alternative presso il territorio di appartenenza.

Il gruppo di pazienti analizzato era composto da 45 persone (29 maschi e 16 femmine), 21 dei quali con diagnosi di schizofrenia e altre psicosi secondo il DSM-IV e il rimanente con diagnosi primaria di Asse II. Il 71% dei pazienti era in contatto con il DSM competente prima dell’ingresso in OPG, dove la degenza media è stata di 52 mesi. Il profilo criminologico indica che il 42% del campione ha commesso gravi reati contro la persona, il 31% altri reati contro la persona e il rimanente 27% reati contro la proprietà.

Il numero medio di bisogni totali rilevato con la CANFOR è stato di 8,84 (Deviazione Standard, DS 2,85), dei quali 5,07 (DS 2,11) erano bisogni soddisfatti e 3,76 (DS 2,24) insoddisfatti, con una percentuale di bisogni insoddisfatti pari al 40% del totale. Tra i bisogni più frequentemente insoddisfatti si annoverano: informazioni sul disturbo e sul trattamento (57%), attività diurne (40%), vita di relazione (33%), vita sessuale (33%), alloggio (31%), vita di relazione (26%), disagio psicologico (22%). I bisogni percentualmente a più alta frequenza di soddisfacimento sono: alloggio (68%), trattamento (68%), attività diurne (55%), alimentazione (37%), disagio psicologico (33%). Tra le aree a maggior frequenza di “assenza di bisogno” si trovano: uso del telefono, incendio doloso, violenze sessuali, sicurezza personale e sicurezza per gli altri.

Si possono trarre alcune preliminari considerazioni dall’analisi descrittiva del gruppo. Il dato sui bisogni legati alle informazioni su disturbo e trattamento, apparsi essere quelli a più elevata frequenza di insoddisfazione in tutti i sottocampioni indagati (per genere, diagnosi e presenza di psicopatologia), è in linea con le tendenze emerse dalle esperienze di trattamento più avanzate per questa categoria di soggetti (Perkins, 2010). Percorsi trattamentali di tipo psicoterapici a orientamento prevalentemente cognitivo-comportamentale vengono istituiti fin dai primi mesi di ingresso nelle residenze *secure* per cercare di avvicinare il paziente ad un percorso trattamentale condiviso e favorire più in generale l’aderenza ai trattamenti, la cui assenza è tra i maggiori ostacoli alla restituzione alla società dei pazienti forensi. Vanno incrementate risorse e competenze per le attività giornaliere che potrebbero contribuire ad individuare risorse del singolo paziente da rafforzare all’interno del percorso di cura forense e al termine dello stesso. I bisogni sociali risentono in maniera significativa del passaggio istituzionale ma andrebbe indagato il loro profilo anche all’ingresso del circuito forense per quantificarne l’entità al momento del reato. La bassa espressione di bisogni di funzionamento di base sono in linea con il dato citato in precedenza relativo ad un’utenza a basso indice di disabilità. La scarsa prevalenza di bisogni legati alla sicurezza per sé e per gli altri potrebbe indicare un ruolo di efficacia svolto dall’istituzione OPG relativamente alla deterrenza di espressioni comportamentali incongrue, ma anche su questo i dati sono troppo grezzi per trarre conclusioni che superino la semplice ipotesi.

## Conclusioni

Come già auspicato da alcuni esperti del settore in ambito nazionale alcuni anni or sono (Fioritti, 2004), la storia della psichiatria forense italiana è finalmente in movimento, scossa nelle fondamenta dalle novità legislative degli ultimi anni e da un rinnovato interesse per gli aspetti epidemiologici, clinici e trattamentali specifici per questa sotto-popolazione di utenti. La disponibilità di strumenti valutativi validi e affidabili di cui progressivamente si sta dotando il nostro Paese per analizzare i multiformi bisogni dei pazienti psichiatrici autori di reato è

senz'altro di ausilio alla crescita delle conoscenze e alla messa a punto e al consolidamento di sistemi di cura e di pratiche cliniche basate sulle evidenze anche in questo ambito assistenziale per lungo tempo troppo negletto.

## Bibliografia

- Andrews DA, Bonta J. *The psychology of criminal conduct*. New Providence, NJ: Matthew Bender & Co. Inc.; 2010. p. 45-60.
- Bartlett A, Kesteven S. Current service provision for mentally disordered offenders. In: Barlett A, McGauley G (Ed.). *Forensic mental health: concepts, systems, and practice*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2010. p. 351-57.
- Carabellese F, Straticò E, Rossetto I, Benazzi C, Castelletti L, Franconi F, Sartori T, Catanesi R. Clinical and treatment reality in Italian female perpetrators of crimes considered "a danger to society". In: *Meeting Book of Annual Meeting of American Academy of Forensic Sciences*; Washington (DC); February 18-23, 2013. Colorado Springs, CO: AAFS; 2013. p. 483. Disponibile all'indirizzo: [aafs.org/sites/default/files/pdf/13AdProgramRev12-10-12.pdf](http://aafs.org/sites/default/files/pdf/13AdProgramRev12-10-12.pdf); ultima consultazione 16/01/2014.
- Castelletti L, Lasalvia A, Molinari E, Thomas DSM, Straticò E, Bonetto C. A standardised tool for assessing needs in forensic psychiatric population: clinical validation of the Italian CANFOR, staff version. *Epidemiology and Psychiatry Sciences* (in corso di stampa).
- Castelletti L, Lasalvia A. Needs for care among mentally disordered offenders receiving treatment in a therapeutic forensic residency. Relationship with clinical characteristics and recidivism risk factors. In: *Tenth International Conference of the European Network For Mental Health Service Evaluation. Abstract book*. October 3-5, 2013; Verona, Italy. ENMESH; 2013. p. 253. Disponibile all'indirizzo: [http://www.enmesh.eu/Verona\\_2013/volume%20abstract%20draft.pdf](http://www.enmesh.eu/Verona_2013/volume%20abstract%20draft.pdf); ultima consultazione 17/01/2014.
- CMH. *Pathways to unlocking secure mental health pathways*. London: Centre for Mental Health; 2011. Disponibile all'indirizzo: [http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Pathways\\_to\\_unlocking\\_secure\\_mental\\_health\\_care.pdf](http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/Pathways_to_unlocking_secure_mental_health_care.pdf); ultima consultazione 17/04/2014.
- Cohen A, Eastman N. Needs assessment for mentally disordered offenders and other requiring similar services. *Br J Psychiatry* 1997;171:412-16.
- Fioritti A. Psichiatria Forense in Italia: l'inizio della Storia? *Psichiatria di Comunità* 2004;3:85-9.
- Harty MA, Shaw J, Thomas S, Dolan M, Davies L, Thornicroft G, Carlisle J, Moreno M, Leese M, Appleby L, Jones P. The security, clinical and social needs of patients in high security hospitals in England. *J Forens Psychiatry Psychol* 2004;15:208-21.
- Harty MA, Tighe J, Leese M, Parrott J, Thornicroft G. Inverse care for mentally ill prisoners: unmet needs in forensic mental health services. *J Forens Psychiatry Psychol* 2003;14:600-14.
- Italia. Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, n. 144. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008.
- Italia. Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 2012.
- Italia. Legge 13 maggio 1978, n. 180. Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori. *Gazzetta Ufficiale* n. 133, 16 maggio 1978.
- Kennedy HG. Therapeutic uses of security: mapping forensic mental health services by stratifying risk. *Adv in Psychiatr Treat* 2002;8:433-43.

- Lasalvia A, Ruggeri M. L'identificazione dei bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una strategia per pianificare gli interventi nei Dipartimenti di Salute Mentale e valutarne l'efficacia. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2001;125:113-21.
- Lasalvia A, Stefani B, Ruggeri M. I bisogni di cura nei pazienti psichiatrici: una revisione sistematica della letteratura. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2000;9(3):190-213.
- Lega I, Calevro V, Ciralo A, Liardo R, Rivellini G, Scarpa F, Del Re D, Cascavilla I, Di Cesare A, Castelletti L, Ditta G, Fioritti A, Gigantesco A, Magliano L, Picardi A, Di Fiandra T. Setting-up a psychiatric case register of the population of the Italian Forensic hospitals while the closure of Forensic Hospitals is approaching. In: *Abstract book of 10<sup>th</sup> Anniversary National Conference. Research in Forensic Mental Health Services*. 14 March 2013. London (UK): Institute of Psychiatry King's College; 2013. p. 22. Disponibile all'indirizzo: <http://www.partnershipsincare.co.uk/download/file/fid/765PDF> file; ultima consultazione 8/03/2014.
- Otto RK. Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *J Clin Psychol* 2000;56(10):1239-62.
- Perkins DE. Cognitive approaches to working with mentally disordered offenders. In: Barlett A, McGauley G (Ed.). *Forensic mental health: concepts, systems, and practice*. Oxford; New York: Oxford University Press; 2010. p. 201-12.
- Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. The Camberwell Assessment of Needs: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995;167(5):589-95.
- Reed J. *Report of the Department of Health and Home Office Working Group on Psychopathic Disorder*. London: Department of Health and Home Office; 1994.
- Ruggeri M, Lasalvia A, Nicolaou S, Tansella M. La versione italiana della Camberwell Assessment of Need (CAN), un'intervista per l'identificazione dei bisogni di cura. *Epidemiol Psichiatr Soc* 1999;8(2):135-67.
- Russo G, Salomone L, Della Villa L. The characteristics of criminal and non criminal mentally disordered patients. *Int J Law Psychiatry* 2003;26(4):417-35.
- Singh JP, Grann M, Fazel S. A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25.980 participants. *Clin Psychol Rev* 2011;31(3):499-513.
- Thomas S, Dolan M, Thornicroft G. Re-visiting the need for high security psychiatric hospitals in England. *J Forens Psychiatry Psychol* 2004;15:197-207.
- Thomas S, Harty MA, Parrott J, McCrone P, Slade M, Thornicroft G. *CANFOR: Camberwell assessment of Needs – Forensic version. A Needs Assessment for Forensic Mental Health Service Users*. London: Gaskell; 2003.
- Thomas S, Slade M, McCrone P, Harty MA, Parrott J, Thornicroft G, Leese M. The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008;17(2):111-20.
- Yang M, Wong S, Coid J. The efficacy of violence prediction: a meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychol Bull* 2010;136(5):740-67.

**APPENDICE A**  
**Alcuni strumenti di valutazione**  
**del progetto OPG-ISS**



**A1. Scheda di raccolta dati sul paziente**

codice paziente |\_|-|\_|\_|\_|\_|



**SCHEMA DI RACCOLTA DATI SUL PAZIENTE**

*Nelle domande a scelta multipla selezionare una sola risposta, salvo dove diversamente indicato.*

**1. Informazioni generali**

- 1.1 Denominazione dell'OPG.....
- 1.2 Informazioni sul rilevatore dei dati contenuti nella scheda
  - 1.2A. Nome ..... Cognome.....
  - 1.2B. Qualifica professionale .....
- 1.3 Fonte dei dati riportati in questa scheda  
*(possibile scelta multipla)*
  - 1 - paziente
  - 2 - psichiatra referente per il paziente in OPG
  - 3 - cartella clinica
  - 4 - amministrazione penitenziaria dell'OPG
  - 5 - altro, specificare .....
- 1.4 Data di rilevazione dei dati riportati in questa scheda:      |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
*(giorno, mese, anno)*
- 1.5 Data dell'attuale ingresso del paziente nell'attuale OPG:      |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
*(giorno, mese, anno)*
- 1.6 Paziente trasferito da altro OPG:
  - 1 - no
  - 2 - sì
- 1.7 Tipologia di reparto nel quale il paziente è attualmente ricoverato presso l'OPG:
  - 1 - a gestione sanitaria
  - 2 - a gestione penitenziaria
- 1.8 Specificare nome o numero o piano del reparto nel quale il paziente è attualmente ricoverato presso l'OPG:.....

codice paziente |\_|-|\_|\_|\_|\_|

- 1.9 Specificare la modalità secondo la quale il paziente è attualmente alloggiato presso l'OPG:
- 1 - stanza aperta nelle 24 ore, con libera circolazione nel reparto di appartenenza
  - 2 - cella aperta di giorno e chiusa la notte, con libera circolazione nel reparto di appartenenza quando è aperta
  - 3 - cella chiusa, che viene aperta solo in determinate occasioni (visite, colloqui...)
  - 4 - altro, specificare .....
- 1.10 Specificare quanti pazienti ospita la stanza o cella nella quale il paziente è attualmente alloggiato (incluso il paziente):  
 |\_|

## 2. Dati socio demografici del paziente

*Per i pazienti provenienti da altro OPG o dal carcere, fare riferimento al periodo precedente all'internamento o alla detenzione.*

- 2.1 Nome ..... Cognome .....
- 2.2 Sesso  
 1 - maschio  
 2 - femmina
- 2.3 Luogo di nascita: .....
- 2.4 Data di nascita: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
 (giorno, mese, anno)
- 2.5 Cittadinanza: .....
- 2.6 Nazionalità: .....
- 2.7 Luogo di residenza prima dell'ingresso in OPG: .....
- 2.8 Domicilio prima dell'ingresso in OPG: .....  
 (se diverso dalla residenza o per pazienti non residenti in Italia)
- 2.9 Stato civile anagrafico:  
 1 - celibe o nubile  
 2 - coniugato  
 3 - vedovo  
 4 - separato o divorziato
- 2.10 Numero di figli: |\_|  
 (se nessuno specificare 0)
- 2.11 Convivenza precedente all'ingresso in OPG:  
 1 - solo  
 2 - con famiglia di origine  
 3 - con partner  
 4 - con partner e figli  
 5 - con figli  
 6 - con amici, colleghi  
 7 - altro, specificare .....



codice paziente |\_|-|\_|\_|\_|\_|

- 3.2 Il paziente assume una terapia farmacologica per una malattia fisica:  
 1 - no  
 2 - sì  
 Se sì:  
 3.2A. Indicare quale:  
 1 - principio attivo: ..... mg/die: .....  
 2 - principio attivo: ..... mg/die: .....  
 3 - principio attivo: ..... mg/die: .....  
 4 - principio attivo: ..... mg/die: .....
- 3.3 Altezza in cm: |\_|\_|\_|\_|
- 3.4 Peso in kg: |\_|\_|\_|\_|
- 3.5 Il paziente è fumatore:  
 1 - no  
 2 - sì  
 Se sì:  
 3.5A. Numero medio di sigarette fumate al giorno: |\_|\_|\_|
- 3.6 Il paziente in passato abusava di alcol e/o sostanze psicotrope:  
 1 - no  
 2 - sì

#### 4. Anamnesi psichiatrica

- 4.1 Diagnosi psichiatrica principale (come indicata nella cartella clinica):  
 1 - Schizofrenia  
 2 - Altri disturbi psicotici  
 3 - Disturbo depressivo maggiore  
 4 - Disturbo bipolare  
 5 - Disturbo della personalità  
 6 - Abuso o dipendenza da alcol  
 7 - Abuso o dipendenza da altre sostanze  
 8 - altro, specificare .....
- 4.2 Età all'esordio del disturbo psichiatrico principale: |\_|\_|\_|
- 4.3 Trattamenti specifici per un disturbo psichiatrico prima dell'ingresso in OPG:  
 1 - no  
 2 - sì  
 3 - non noto  
 Se sì:  
 4.3A. Indicare da quale servizio o professionista il paziente è stato trattato per tale disturbo  
 (possibile scelta multipla):  
 1 - DSM  
 2 - SerT  
 3 - servizi per salute mentale età evolutiva  
 4 - psichiatra privato  
 5 - psicologo privato  
 6 - medico di medicina generale  
 7 - altro, specificare .....

codice paziente |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

4.3B. Indicare il tipo di trattamento specialistico ricevuto dal paziente prima dell'ingresso in OPG  
(possibile scelta multipla):

- 1 - trattamento psicofarmacologico  
2 - psicoterapia  
3 - altro, specificare .....

4.4 Ricovero per un disturbo psichiatrico prima dell'ingresso in OPG:

- 1 - no  
2 - sì  
3 - non noto

Se sì:

- 4.4A numero di ricoveri in SPDC: |\_|\_|  
4.4B numero di TSO: |\_|\_|  
4.4C numero di ricoveri in strutture residenziali psichiatriche: |\_|\_|  
4.4D numero di ricoveri in strutture residenziali per la cura  
e la riabilitazione della dipendenza da sostanze: |\_|\_|  
4.4E durata complessiva di tali ricoveri (in mesi): |\_|\_|

4.5 Il paziente assume attualmente una terapia psicofarmacologica:

- 1 - no  
2 - sì

Se sì:

- 4.5A Indicare quale:  
(possibile scelta multipla)  
(per conversione di gocce o mL in mg, consultare le istruzioni per la compilazione)

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> amisulpride mg/die:        | <input type="checkbox"/> valproato mg/die:     | <input type="checkbox"/> sertralina mg/die:                                   |
| <input type="checkbox"/> aloperidolo mg/die :       | <input type="checkbox"/> amitriptilina mg/die: | <input type="checkbox"/> trimipramina mg/die:                                 |
| <input type="checkbox"/> clorpromazina mg/die:      | <input type="checkbox"/> bupropione mg/die:    | <input type="checkbox"/> trazodone mg/die                                     |
| <input type="checkbox"/> clotiapina mg/die:         | <input type="checkbox"/> citalopram mg/die:    | <input type="checkbox"/> venlafaxina mg/die:                                  |
| <input type="checkbox"/> clozapina mg/die:          | <input type="checkbox"/> clomipramina mg/die:  | <input type="checkbox"/> alprazolam mg/die:                                   |
| <input type="checkbox"/> flufenazina mg/die:        | <input type="checkbox"/> desipramina mg/die:   | <input type="checkbox"/> bromazepam mg/die                                    |
| <input type="checkbox"/> perfenazina mg/die:        | <input type="checkbox"/> desipramina mg/die:   | <input type="checkbox"/> clonazepam mg/die:                                   |
| <input type="checkbox"/> promazina mg/die:          | <input type="checkbox"/> dotiepine mg/die:     | <input type="checkbox"/> diazepam mg/die:                                     |
| <input type="checkbox"/> zuclopentixolo mg/die:     | <input type="checkbox"/> duloxetina mg/die:    | <input type="checkbox"/> flurazepam mg/die:                                   |
| <input type="checkbox"/> aripirazolo mg/die:        | <input type="checkbox"/> escitalopram mg/die:  | <input type="checkbox"/> lorazepam mg/die:                                    |
| <input type="checkbox"/> olanzapina mg/die:         | <input type="checkbox"/> fluoxetina mg/die:    | <input type="checkbox"/> lormetazepam mg/die:                                 |
| <input type="checkbox"/> quetiapina mg/die:         | <input type="checkbox"/> fluvoxamina mg/die:   | <input type="checkbox"/> metadone mg/die:                                     |
| <input type="checkbox"/> risperidone mg/die:        | <input type="checkbox"/> imipramina mg/die:    | <input type="checkbox"/> altro, specificare principio<br>attivo _____ mg/die: |
| <input type="checkbox"/> carbamazepina mg/die:      | <input type="checkbox"/> mirtazapina mg/die:   |   |
| <input type="checkbox"/> carbonato di litio mg/die: | <input type="checkbox"/> nortriptilina mg/die: |   |
| <input type="checkbox"/> gabapentin mg/die:         | <input type="checkbox"/> paroxetina mg/die:    |   |
| <input type="checkbox"/> lamotrigina mg/die:        | <input type="checkbox"/> reboxetina mg/die:    |   |
| <input type="checkbox"/> oxcarbamazepina mg/die:    |  |   |

codice paziente |\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|

4.5B Specificare la modalità di somministrazione della terapia psicofarmacologica:  
(possibile scelta multipla)

- 1 - per os
- 2 - depot
- 3 - per via endovenosa

4.6 Il paziente è attualmente trattato con una psicoterapia:

- 1 - no
- 2 - sì

## 5. Informazioni giudiziarie di rilievo sanitario

5.1 Categoria giuridica:

- 1 - art. 222 c.p. *internato prosciolto per infermità di mente sottoposto a internamento in OPG perché socialmente pericoloso*
- 2 - art. 212 c.p. *internato con infermità mentale sopravvenuta per il quale sia stato ordinato l'internamento in OPG o CCC*
- 3 - art. 206 c.p. *internato provvisorio imputato, sottoposto a misura di sicurezza provvisoria in OPG, in considerazione della presunta pericolosità sociale e in attesa di giudizio definitivo*
- 4 - art. 219 c.p. *internato con vizio parziale di mente dichiarato socialmente pericoloso e assegnato alla CCC previo accertamento della pericolosità sociale*
- 5 - art. 111 DPR 230/2000 *detenuto minorato psichico*
- 6 - art. 148 c.p. *detenuto condannato con infermità di mente sopravvenuta durante l'esecuzione della pena*
- 7 - art. 112 DPR 230/2000 *detenuto, condannato o imputato, o internato per cui sia stato disposto l'accertamento dell'infermità psichica (osservazione psichiatrica)*
- 8 - art. 231 o 232 c.p. *trasgressione di obblighi imposti*

5.2 Scadenza della misura di sicurezza: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
(giorno, mese, anno)

5.3 Decorrenza della misura di sicurezza: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
(provvisoria o definitiva) (giorno, mese, anno)

5.4 Numero di proroghe della misura di sicurezza: |\_|\_|\_|  
(se nessuna proroga specificare 0)

5.5 Scadenza dell'ultima proroga: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
(giorno, mese, anno)

5.6 Reato per il quale il paziente è attualmente in OPG:  
(possibile scelta multipla)

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1 - omicidio                   | 5 - rapina                              |
| 2 - lesioni personali          | 6 - furto                               |
| 3 - maltrattamenti in famiglia | 7 - detenzione/traffico di stupefacenti |
| 4 - violenza sessuale          | 8 - altro, specificare .....            |

codice paziente |\_|-|\_|\_|\_|\_|

- 5.7 Numero di licenze fruite durante la permanenza nell'attuale OPG, negli ultimi 6 mesi: |\_|\_|  
(se nessuna specificare 0)
- 5.8 Pregressa licenza finale di esperimento nel corso dell'attuale internamento in OPG:  
1 - no  
2 - sì
- 5.9 Numero di internamenti precedenti all'attuale, nella storia giudiziaria: |\_|  
(se nessuno specificare 0)
- 5.10 Tempo complessivamente trascorso dal paziente in OPG in mesi:  
(eventuali ricoveri precedenti + ricovero in atto) |\_|\_|\_|
- 5.11 Numero di precedenti detenzioni:  
(se nessuna specificare 0) |\_|
- 5.12 Tempo complessivamente trascorso dal paziente in carcere in mesi: |\_|\_|\_|

## 6. Rete familiare e sociale

- 6.1 Familiari viventi (famiglia di origine o acquisita):  
(se sì, possibile scelta multipla)
- |                      |                              |
|----------------------|------------------------------|
| 1 - nessuno          | 5 - coniuge/convivente       |
| 2 - madre            | 6 - figlio/figlia            |
| 3 - padre            | 7 - altro, specificare ..... |
| 4 - fratello/sorella |                              |
- 6.2 Specificare con quale familiare il paziente è in contatto:  
(possibile scelta multipla)
- |                      |                              |
|----------------------|------------------------------|
| 1 - nessuno          | 5 - coniuge/convivente       |
| 2 - madre            | 6 - figlio/figlia            |
| 3 - padre            | 7 - altro, specificare ..... |
| 4 - fratello/sorella |                              |
- 6.3 A parte i familiari, indicare con quali figure il paziente è in contatto:  
(possibile scelta multipla)
- |               |                              |
|---------------|------------------------------|
| 1 - nessuno   | 4 - comunità religiose       |
| 2 - amici     | 5 - comunità etniche         |
| 3 - volontari | 6 - altro, specificare ..... |
- 6.4 Numero di colloqui del paziente con familiari e/o altre figure presso l'OPG  
nel mese precedente alla rilevazione: |\_|\_|  
(se nessuno specificare 0)
- 6.5 Numero di telefonate fatte dal paziente a familiari e/o altre figure  
nel mese precedente alla rilevazione: |\_|\_|  
(se nessuno specificare 0)

codice paziente |\_|-|\_|\_|\_|\_|

## 7. Contatti con i servizi psichiatrici dell'area di residenza

7.1 Disponibilità di un progetto terapeutico scritto e condiviso dall'OPG e dai servizi psichiatrici territoriali dell'area di residenza:

1 - no

2 - sì

7.2 Numero di colloqui del paziente con operatori dei servizi psichiatrici territoriali dell'area di residenza tenutisi presso l'OPG nei 6 mesi precedenti alla rilevazione:

|\_|\_| (se nessuno specificare 0)

7.3 Data dell'ultimo colloquio tenutosi presso l'OPG tra il paziente e gli operatori dei servizi psichiatrici territoriali dell'area di residenza:

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
(giorno, mese, anno)

7.4 Numero di telefonate ricevute per il paziente da clinici dei servizi psichiatrici territoriali dell'area di residenza nel mese precedente alla rilevazione:

|\_|\_|

## 8. Riabilitazione

8.1 È stato messo a punto, per il paziente, un piano riabilitativo individualizzato in forma scritta:

1 - no

2 - sì

Se sì:

8.1A Nel piano riabilitativo sono specificati gli obiettivi misurabili, generali e specifici, dell'intervento:

1 - no

2 - sì

8.2 Il paziente è sottoposto a una verifica periodica, con date prefissate, del raggiungimento degli obiettivi dell'intervento riabilitativo:

1 - no

2 - sì

Se sì:

8.2A Numero di verifiche effettuate negli ultimi 6 mesi documentate in forma scritta:

|\_|\_|

8.2B La verifica si è avvalsa anche della somministrazione di strumenti standardizzati (BPRS, HoNOS, VGF, VADO...):

1 - no

2 - sì

codice paziente |\_|-|\_|\_|\_|\_|

8.3 Il paziente, nell'ultimo mese, ha preso parte con continuità a:  
(se sì, possibile scelta multipla)

- 1 - nessun intervento o attività
- 2 - interventi di promozione dell'autonomia nella cura di sé e dello spazio di vita  
(cura dell'igiene personale, gestione sala pranzo, pulizia degli ambienti, ecc.)
- 3 - interventi per il miglioramento dell'autonomia nelle abilità strumentali  
(uso del telefono, gestione del denaro, ecc.)
- 4 - interventi basati su tecniche specifiche di tipo cognitivo comportamentale  
(*modeling, role playing, ecc.*)
- 5 - interventi per il miglioramento della capacità di gestione dei disturbi psichiatrici  
(riconoscimento precoce dei sintomi, *compliance* farmacologica, ecc.)
- 6 - interventi di tipo pratico o manuale (cucina, pittura, ceramica, giardinaggio, ecc.)
- 7 - attività di socializzazione e animazione  
(cineforum, karaoke, lettura di gruppo e discussione, feste, ecc.)
- 8 - attività di tipo motorio  
(ginnastica, calcio, pallavolo, ecc.)
- 9 - interventi di arte terapia o altre tecniche espressive  
(musicoterapia, teatroterapia, danzaterapia, ecc.)
- 10 - altro, specificare .....

8.4 Il paziente, nell'ultimo mese, ha preso parte con continuità ad attività di formazione scolastica o professionale

- 1 - no
- 2 - sì

8.5 Ore di riabilitazione alle quali il paziente ha preso parte nell'ultimo mese: |\_|\_|\_|\_|

## A2. Estratto del protocollo di raccolta dati SCID-I RV

---



**Istituto Superiore di Sanità**

**Centro Nazionale di Epidemiologia,  
Sorveglianza e Promozione della Salute  
Reparto Salute Mentale**

### **SCID - I**

*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders Axis I*  
**Versione Ricerca 2.0**



## **Protocollo di raccolta dati**

Data della valutazione: <input type="text"/>	codice paziente <input type="text"/>
<u>Paziente</u> Nome: <input type="text"/>	Cognome: <input type="text"/>
<u>Valutatore</u> Nome: <input type="text"/>	Cognome: <input type="text"/>

Elaborazione specifica per il Progetto OPG - ISS

**B. SINTOMI PSICOTICI E ASSOCIATI****DELIRI**

<b>B1</b>	Delirio di riferimento DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B2</b>	Delirio di persecuzione DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B3</b>	Delirio di grandezza DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B4</b>	Delirio somatico DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B5</b>	Altri deliri SPECIFICARE:	? 1 2 3
<b>B6</b>	- Deliri religiosi DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B7</b>	- Deliri di colpa DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B8</b>	- Deliri di gelosia DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B9</b>	- Delirio erotomanico DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B9a</b>	- Delirio di lettura del pensiero DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B9b</b>	- Deliri paranormali DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B9c</b>	- Delirio di influenzamento da fenomeni fisici DESCRIVERE:	? 1 2 3

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

<b>B10</b>	SE NON HA MAI AVUTO UN DELIRIO PRIMARIO, BARRARE QUI <input type="checkbox"/> E ANDARE A ALLUCINAZIONI UDITIVE, B16	
<b>B11</b>	Delirio di controllo Specificare se:	? 1 2 3
<b>B12</b>	- Inserzione del pensiero DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B13</b>	- sottrazione del pensiero DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B14</b>	Trasmissione del pensiero DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B15</b>	Deliri bizzarri DESCRIVERE:	? 1 2 3

#### ALLUCINAZIONI UDITIVE

<b>B16</b>	Allucinazioni uditive	? 1 2 3 <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">B19</div>
<b>B17</b>	Voce che commenta in continuazione il comportamento o i pensieri del paziente	? 1 2 3
<b>B18</b>	Una o più voci che conversano tra di loro	? 1 2 3

#### ALLUCINAZIONI VISIVE

<b>B19</b>	Allucinazioni visive DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B20</b>	Allucinazioni tattili DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B21</b>	Altre allucinazioni SPECIFICARE:	? 1 2 3

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

<b>B22</b>	- Allucinazioni gustative DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B23</b>	- Allucinazioni olfattive DESCRIVERE:	? 1 2 3

**ALTRI SINTOMI**

<b>B23a</b>	SE NON VI SONO INDIZI CHE ABBIA MAI AVUTO SINTOMI PSICOTICI, BARRARE QUI <input type="checkbox"/> E PASSARE AL MODULO D pag 40	
<b>B24</b>	<b>Comportamento catatonico</b> 1- immobilità motoria (catalessia, stupor) DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B25</b>	2- eccessiva attività motoria	? 1 2 3
<b>B26</b>	3- negativismo estremo	? 1 2 3
<b>B27</b>	4- posture o movimenti stereotipati	? 1 2 3
<b>B28</b>	5- ecolalia o ecoprassia	
<b>B29</b>	<b>Comportamento palesemente disorganizzato:</b> DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B30</b>	<b>Affettività palesemente inappropriata:</b> DESCRIVERE:	? 1 2 3
<b>B31</b>	<b>Linguaggio disorganizzato:</b> DESCRIVERE:	? 1 2 3

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

**SINTOMI NEGATIVI**

<b>B32</b>	<b>Abulia:</b>	<b>? 1 2 3</b>
<b>B33</b>	Secondaria (sintomo negativo legato ad altro disturbo mentale ad esempio depressione, a farmaci o a condizione medica generale ad esempio acinesia da farmaci, ad altro sintomo psicotico ad esempio comando allucinatorio di non muoversi)	1
	Primaria	3
<b>B34</b>	<b>Alogia:</b>	<b>? 1 2 3</b>
<b>B35</b>	Secondaria (sintomo negativo legato ad altro disturbo mentale ad esempio depressione, a farmaci o a condizione medica generale ad esempio acinesia da farmaci, ad altro sintomo psicotico ad esempio comando allucinatorio di non muoversi)	1
	Primaria	3
<b>B36</b>	<b>Appiattimento dell'affettività:</b>	<b>? 1 2 3</b>
<b>B37</b>	Secondario (sintomo negativo legato ad altro disturbo mentale ad esempio depressione, a farmaci o a condizione medica generale ad esempio acinesia da farmaci, ad altro sintomo psicotico ad esempio comando allucinatorio di non muoversi)	1
	Primario	3
SE SI È IN PRESENZA DI UN QUALSIASI SINTOMO PSICOTICO, PRENDERE NOTA DEL TIPO DI SINTOMO, DELLA DATA DI INIZIO, DI FINE, E DELLA SUA EVENTUALE PRESENZA DURANTE L'ULTIMO MESE (AD ES. DELIRIO BIZZARRO, INTERMITTENTE DAL 2009 E PERSISTENTE NEGLI ULTIMI SEI MESI)		

**Cronologia dei sintomi psicotici**  
pag 28

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

**CRONOLOGIA DEI SINTOMI PSICOTICI**

SINTOMI	DECORSO	INIZIO	FINE	PRESENTE ULTIMO MESE

C1 pag 29

### C. DIAGNOSI DIFFERENZIALE DEI DISTURBI PSICOTICI

<b>C1a</b>	SE TUTTI I SINTOMI PSICOTICI DEL MODULO B SONO DOVUTI A SOSTANZE O A CONDIZIONE MEDICA GENERALE, BARRARE QUI <input type="checkbox"/> ANDARE A SINTOMI PSICOTICI CAUSATI DA CMG/SOSTANZA C <b>40a</b> o <b>C43</b> pag 37
<b>C1</b>	SE NON C'E' NESSUN ITEM CODIFICATO "3" NEL MODULO B BARRARE QUI <input type="checkbox"/> PASSARE AL MODULO D pag 40
<b>C2</b>	Almeno due settimane con sintomi psicotici in assenza di episodi di depressione maggiore, maniacali o misti

**D1** pag 40

**C3**

#### CRITERI PER LA SCHIZOFRENIA

<b>C3</b>	A. Due (o più) dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una significativa parte del tempo durante il periodo di un mese (o meno, se trattato con successo):	?	1	3	
		<b>C49</b> pag 38	<b>C27</b> pag 34		
C3a	(1) deliri	?	1	2	3
C3b	(2) allucinazioni	?	1	2	3
C3c	(3) eloquio disorganizzato (es. frequente deragliamento o incoerenza)	?	1	2	3
C3d	(4) comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico	?	1	2	3
C3e	(5) sintomi negativi, cioè appiattimento dell'affettività, alogia o abulia	?	1	2	3
NOTA: è sufficiente solo un sintomo del criterio A se i deliri sono bizzarri o se le allucinazioni consistono in una voce che commenta il comportamento o i pensieri del soggetto, o in due o più voci che conversano tra di loro					
<b>C4</b>	D. Il disturbo schizoaffectivo e i disturbi dell'umore con sintomi psicotici sono stati esclusi perché o l'una o l'altra delle seguenti affermazioni sono vere:	?	1	3	
	(1) nessun episodio di depressione maggiore, maniacale o misto si è verificato in concomitanza con i sintomi della fase attiva (cioè i sintomi del criterio "A" sopra elencati)	<b>C49</b> pag 38			

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

<p><b>C5</b></p>	<p>(2) se sono stati presenti sintomi affettivi durante la fase attiva, essi sono durati per un periodo relativamente breve (meno del 30% del tempo) rispetto alla durata complessiva della fase attiva e residua</p> <p>NOTA: codificare "1" se i sintomi tipici di episodio depressivo maggiore, maniacale o misto sono stati presenti per una parte sostanziale della fase attiva e residua</p>	<p>? 1 3</p> <p>C49 pag 38</p> <p>C22 pag 34</p>
<p><b>C6</b></p>	<p><b>C.</b> La sintomatologia persiste per almeno sei mesi. Questo periodo di sei mesi deve includere almeno un mese in cui i sintomi soddisfano il criterio A (cioè quello relativo alla fase attiva) e può includere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, la sintomatologia può manifestarsi solo con sintomi negativi (cioè appiattimento affettivo, alogia, abulia) oppure due o più sintomi elencati nel criterio A possono essere presenti in forma attenuata (per es. convinzioni strane, inusuali esperienze percettive, idee di riferimento)</p>	<p>? 1 3</p> <p>C14 pag 33</p>
<p><b>C7</b></p>	<p><b>B.</b> Per una parte significativa del tempo trascorso dall'esordio della sintomatologia, una o più aree principali del funzionamento come il lavoro, le relazioni sociali o la cura di sé sono notevolmente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio</p>	<p>? 1 3</p> <p>C49 pag 38</p>
<p><b>C8</b></p>	<p><b>E.</b> Il disturbo non è dovuto all'effetto diretto di una sostanza (es. una sostanza di abuso, un farmaco) o a una condizione medica generale</p> <p>ATTENZIONE: se NON DOVUTO ... codificare 3</p> <p>SE UNA CMG o UNA SOSTANZA PUÒ ESSERE EZIOLOGICAMENTE ASSOCIATA CON I SINTOMI PSICOTICI, ANDARE A <b>DISTURBO PSICOTICO DOVUTO A CMG, C40a</b> o <b>DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZE, C43</b> E RITORNARE QUI PER CODIFICARE "1" o "3"</p>	<p>? 1 3</p> <p>C49 pag 38</p> <p><b>DOVUTO A USO DI SOSTANZA o A CMG C51 pag 39</b></p> <p><b>SCHIZOFRENIA C9</b></p>

**SOTTOTIPI DI SCHIZOFRENIA**

<p><b>C9</b></p>	<p><b>Tipo paranoide</b></p> <p>Attualmente sono soddisfatti i seguenti criteri:</p> <p><b>A.</b> Presenza di uno o più deliri o di frequenti allucinazioni uditive</p> <p><b>B.</b> Nessuno dei sintomi seguenti è preminente: eloquio disorganizzato, comportamento disorganizzato, appiattimento dell'affettività, comportamento catatonico</p>	<p>? 1 3</p> <p>C10 pag 31</p> <p><b>Tipo paranoide C13a pag 32</b></p>
------------------	--	---

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

<p><b>C10</b></p>	<p><b>Tipo catatonico</b>                  Il quadro clinico attuale è dominato da almeno due dei seguenti sintomi:</p> <p>(1) immobilità motoria evidenziata da catalessia (inclusa flessibilità cerea) o stupor</p> <p>(2) eccessiva attività motoria (che è apparentemente senza scopo e non influenzata da stimoli esterni)</p> <p>(3) negativismo estremo (resistenza apparentemente immotivata a tutte le istruzioni o mantenimento di una postura rigida contro ogni tentativo di mobilitazione) o mutacismo</p> <p>(4) assunzione volontaria di posture inappropriate o bizzarre, movimenti stereotipati, evidenti manierismi o smorfie</p> <p>(5) ecolalia o ecoprassia</p>	<p>? 1 3</p> <p>C11</p> <p>Tipo catatonico C13a pag 32</p>
<p><b>C11</b></p>	<p><b>Tipo disorganizzato</b>                  Attualmente sono soddisfatti i seguenti criteri:</p> <p><b>A.</b> Tutti i sintomi seguenti sono predominanti:</p> <p>(1) linguaggio disorganizzato</p> <p>(2) comportamento disorganizzato</p> <p>(3) affettività appiattita o inappropriata</p> <p><b>B.</b> Non soddisfa i criteri per il tipo catatonico</p>	<p>? 1 3</p> <p>C12</p> <p>Tipo disorganizzato C13a pag 32</p>
<p><b>C12</b></p>	<p><b>Tipo indifferenziato</b>                  Attualmente i sintomi che soddisfano il criterio A per la schizofrenia sono presenti, ma non i criteri per i tipi paranoide, catatonico o disorganizzato</p>	<p>? 1 3</p> <p>C13</p> <p>Tipo indifferenziato C13a pag 32</p>
<p><b>C13</b></p>	<p><b>Tipo residuo</b>                  Attualmente i seguenti criteri sono soddisfatti:</p> <p><b>A.</b> Il criterio A per la schizofrenia (cioè i sintomi della fase attiva) non è più soddisfatto, e non sono soddisfatti i criteri per i tipi paranoide, catatonico, disorganizzato e indifferenziato</p> <p><b>B.</b> Vi è però una sintomatologia continua che si manifesta con la presenza di sintomi negativi o con la presenza di una forma attenuata di due o più sintomi elencati nel criterio A per la schizofrenia (es. strane convinzioni, esperienze percettive insolite)</p>	<p>3</p> <p>Tipo residuo C13a pag 32</p>

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

## CRONOLOGIA DELLA SCHIZOFRENIA

C13a	Criteri diagnostici per schizofrenia, soddisfatti durante l'ultimo mese	1 C13c	3 C13b
C13b	<b>Gravità in atto</b> (contrassegnare la definizione appropriata) <b>1 Lieve:</b> i sintomi psicotici nell'ultimo mese sono stati presenti in modo intermittente e hanno scarsamente influenzato il comportamento o i sintomi negativi hanno un impatto limitato sul funzionamento. <b>2 Moderato:</b> i sintomi o la compromissione sono intermedi tra "lieve" e "grave" <b>3 Grave:</b> nell'ultimo mese i sintomi sono stati presenti in maniera continuativa e hanno influenzato il comportamento in modo marcato		
C13c	<b>Se nessun sintomo in atto:</b> (contrassegnare la definizione appropriata) <b>4 In remissione completa:</b> non c'è più alcun sintomo o segno del disturbo, ma clinicamente ha ancora senso tenerne conto - per es. una persona con un precedente disturbo psicotico non ha avuto sintomi per due anni, ma in corso di trattamento con antipsicotici <b>5 Storia pregressa:</b> dall'anamnesi risulta che il soggetto ha sofferto del disturbo, ma è considerato completamente ristabilito		
C13d	Se in remissione, indicare il numero di mesi trascorsi dagli ultimi sintomi di schizofrenia	□□□□	
C13e	Età all'esordio dei sintomi psicotici	□□	

C13 h	<b>SPECIFICATORI DI DECORSO DELLA SCHIZOFRENIA</b> (da applicarsi solo dopo almeno un anno dall'esordio dei sintomi della fase attiva)		
Decorso longitudinale della schizofrenia Contrassegnare lo specificatore appropriato : <b>1- Episodico con sintomi residui intercritici con sintomi negativi rilevanti</b> <b>2- Episodico con sintomi residui intercritici</b> <b>3- Episodico con nessun sintomo residuo intercritico</b> <b>4- Continuo con sintomi negativi rilevanti</b> <b>5- Continuo</b> <b>6- Episodio singolo in remissione parziale con sintomi negativi rilevanti</b> <b>7- Episodio singolo in remissione parziale</b> <b>8- Episodio singolo in remissione completa</b> <b>9- Modalità diversa o non specificata</b>			

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

**CRITERI PER IL DISTURBO SCHIZOFRENIFORME**

<b>C14</b>	La diagnosi di schizofrenia è stata esclusa perché la durata della sintomatologia è inferiore a sei mesi  <b>B. Un episodio del disturbo (incluse le fasi prodromiche, attive e residue) dura almeno un mese ma meno di sei mesi</b>	1	3	
				C35 pag 36
<b>C15</b>	C. Non dovuto all'effetto diretto di una sostanza (es. una droga di abuso, un farmaco) o a una condizione medica generale  ATTENZIONE: <u>se NON DOVUTO ... codificare 3</u>  SE UNA CMG o UNA SOSTANZA PUÒ ESSERE EZIOLOGICAMENTE ASSOCIATA CON I SINTOMI PSICOTICI, ANDARE A <b>DISTURBO PSICOTICO DOVUTO A CMG, C40a</b> o <b>DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZE, C43</b> E RITORNARE QUI PER CODIFICARE "1" o "3"	?	1	3
				C49 pag 38
				C51 pag 39
				<b>DISTURBO SCHIZOFRENIFORME C16</b>
<b>C16</b>	Quando la diagnosi è fatta prima della fine dell'episodio in atto, deve essere classificata come "provvisoria" NOTA: CODIFICARE "2" SE LA REMISSIONE ATTESA NON È ANCORA AVVENUTA. CODIFICARE "3" SE C'È STATA REMISSIONE CON PIENA GUARIGIONE		2	3
				<b>DISTURBO SCHIZOFRENIFORME Diagnosi provvisoria C17</b>
				<b>DISTURBO SCHIZOFRENIFORME Diagnosi definitiva C17</b>
	Valutare la presenza di caratteristiche associate a prognosi favorevole. Sono presenti almeno due delle seguenti caratteristiche:			
<b>C17</b>	(1) esordio dei sintomi psicotici principali entro quattro settimane dal cambiamento visibile nel comportamento o nel funzionamento abituale	?	1	3
<b>C18</b>	(2) confusione o perplessità al culmine dell'episodio psicotico	?	1	3
<b>C19</b>	(3) buon funzionamento sociale e lavorativo premorboso	?	1	3
<b>C20</b>	(4) assenza di ottundimento o appiattimento dell'affettività	?	1	3
<b>C21</b>	<b>ALMENO DUE FATTORI PROGNOSTICI FAVOREVOLI SONO CODIFICATI "3"</b>		1	3
				Senza segni prognostici favorevoli C51 pag 39
				Con segni prognostici favorevoli C51 pag 39

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

**CRITERI PER IL DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO**

<p><b>C22</b></p>	<p>Considerare la diagnosi di disturbo schizoaffectivo se la schizofrenia e il disturbo schizofreniforme sono stati esclusi per la presenza di sintomi dell'umore rilevanti</p> <p><b>A.</b> Un periodo ininterrotto di malattia durante il quale si è manifestato un episodio depressivo maggiore (che deve includere il criterio diagnostico A1 umore depresso) o un episodio maniacale o misto in concomitanza a sintomi che soddisfano il criterio diagnostico A per schizofrenia</p>	<p>? 1 3</p> <p>C49 pag 38</p>
<p><b>C23</b></p>	<p><b>B.</b> Durante lo stesso periodo di malattia si sono manifestati per almeno due settimane deliri o allucinazioni in assenza di rilevanti sintomi dell'umore</p>	<p>? 1 3</p> <p>C49 pag 38</p> <p><b>DISTURBO PSICOTICO UMORE D1 pag 40</b></p>
<p><b>C24</b></p>	<p><b>C.</b> I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio dell'umore sono presenti per una considerevole parte della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia</p>	<p>? 1 3</p> <p>C49 pag 38</p>
<p><b>C25</b></p>	<p><b>D.</b> Non dovuto all'effetto diretto di una sostanza (es. una droga d'abuso, farmaci) o a una condizione medica generale</p> <p>ATTENZIONE: se NON DOVUTO ... codificare 3</p> <p>SE UNA CMG o UNA SOSTANZA PUÒ ESSERE EZIOLOGICAMENTE ASSOCIATA CON I SINTOMI PSICOTICI, ANDARE A <b>DISTURBO PSICOTICO DOVUTO A CMG, C40a</b> o <b>DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZE, C43</b> E RITORNARE QUI PER CODIFICARE "1" o "3"</p>	<p>? 1 3</p> <p>C49 pag 38</p> <p><b>DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO C26</b></p> <p>C51 pag 39</p>
<p><b>C26</b></p>	<p><b>Sottotipo</b> (contrassegnare sottotipo appropriato)</p> <p>1-DEPRESSIVO</p> <p>2-BIPOLARE</p>	<p>C51 pag 39</p>

**CRITERI PER IL DISTURBO DELIRANTE**

<p><b>C27</b></p>	<p>Il disturbo schizofrenico, schizofreniforme e schizoaffectivo sono stati esclusi</p> <p><b>D.</b> (1) Non ci sono stati episodi di depressione maggiore, maniacali o misti che si stano verificati contemporaneamente ai deliri</p> <p>NOTA: codificare "3" se non c'è mai stato nessun episodio depressivo maggiore, maniacale o misto oppure se tutti gli episodi di alterazione dell'umore si sono verificati in periodi diversi da quelli deliranti. Codificare "1" se c'è stato un periodo di sovrapposizione con i deliri</p>	<p>? 1 3</p> <p>C49 pag 38</p> <p>C28 pag 35</p> <p>C30 pag 35</p>
-------------------	--	--

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

C28	D. (2) Se gli episodi dell'umore si sono verificati in concomitanza con i deliri la loro durata totale è stata breve (meno del 30% del tempo) relativamente alla durata dei periodi deliranti	?	1	3	C49 pag 38		
C29	I sintomi psicotici si verificano esclusivamente durante episodi di depressione maggiore, maniacali o misti  ATTENZIONE: se i sintomi psicotici sono presenti anche in assenza di episodi dell'umore codificare "1"	?	1	3	C49 pag 38	<b>DISTURBO PSICOTICO DELL'UMORE</b> D1 pag 40	
C30	A. Delirio non bizzarro della durata di un mese	1	3		C35 pag 36		
C31	B. Non ha mai soddisfatto il criterio A per la schizofrenia  Nota: allucinazioni tattili od olfattive possono essere presenti nel disturbo delirante se sono correlate al tema delirante  Codificare "3" anche se sono presenti sintomi della fase attiva della schizofrenia (per es. allucinazioni) ma in modo insufficiente per far diagnosi (cioè per meno di un mese)	1	3		C49 pag 38		
C32	C. A parte l'impatto del delirio o delle sue ramificazioni, il funzionamento non è marcatamente compromesso e il comportamento non è eccessivamente stravagante o bizzarro	1	3		C49 pag 38		
C33	E. Non dovuto all'effetto diretto di una sostanza (es. droga di abuso, farmaco) o a una condizione medica generale  ATTENZIONE: se NON DOVUTO ... codificare 3  SE UNA CMG o UNA SOSTANZA PUÒ ESSERE EZIOLOGICAMENTE ASSOCIATA CON I SINTOMI PSICOTICI, ANDARE A <b>DISTURBO PSICOTICO DOVUTO A CMG, C40a</b> o <b>DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZE, C43</b> E RITORNARE QUI PER CODIFICARE "1" o "3"	?	1	3	C49 pag 38	C51 pag 39	<b>DISTURBO DELIRANTE</b> C34 pag 36

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

<b>C34</b>	<b>SOTTOTIPI DEI DISTURBI DELIRANTI</b> (contrassegnare il tipo appropriato)	
	<b>1- Di persecuzione</b>	
	<b>2- Di gelosia</b>	
	<b>3- Erotomanico</b>	
	<b>4- Somatico</b>	
	<b>5- Di grandezza</b>	
	<b>6- Misto</b>	
<b>7- Tipo non specificato</b>	<b>C51 pag 39</b>	

**CRITERI PER IL DISTURBO PSICOTICO BREVE**

<b>C35</b>	A. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi: (1) Deliri (2) Allucinazioni (3) Eloquio disorganizzato (per es. frequente deragliamento o incoerenza) (4) Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico	1	3	
		<b>C49 pag 38</b>		
<b>C36</b>	C. (2) Non dovuto all'effetto diretto di una sostanza (es. droga di abuso, farmaco) o a una condizione medica generale ATTENZIONE: se <b>NON DOVUTO ...</b> codificare 3 SE UNA CMG o UNA SOSTANZA PUÒ ESSERE EZIOLOGICAMENTE ASSOCIATA CON I SINTOMI PSICOTICI, ANDARE A <b>DISTURBO PSICOTICO DOVUTO A CMG, C40a</b> o <b>DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZE, C43</b> E RITORNARE QUI PER CODIFICARE "1" o "3"	?	1	3
		<b>C49 pag 38</b>		<b>C51 pag 39</b>
<b>C37</b>	B. La durata di un episodio del disturbo è di almeno un giorno, ma meno di un mese, con un eventuale ritorno al livello di funzionamento premorbo.	?	1	3
		<b>C49 pag 38</b>		
<b>C38</b>	C. (1) La sintomatologia non corrisponde a un disturbo dell'umore (cioè nessun disturbo che soddisfi pienamente i criteri diagnostici di episodio dell'umore è presente). ATTENZIONE: se <b>NESSUN EPISODIO DELL'UMORE</b> codificare 3	?	1	3
		<b>C49 pag 38</b>		<b>D1 pag 40</b>
<b>C39</b>	I sintomi si verificano subito dopo e in risposta a eventi notevolmente stressanti	1	3	
		<b>Senza fattori stressanti</b> <b>C51 pag 39</b>	<b>Con fattori stressanti</b> <b>C51 pag 39</b>	<b>DISTURBO PSICOTICO BREVE</b>

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

**CRITERI PER IL DISTURBO PSICOTICO DOVUTO A CONDIZIONE MEDICA GENERALE**

<b>C40a</b>	SE I SINTOMI NON SONO TEMPORALMENTE ASSOCIATI CON UNA CMG BARRARE QUI <input type="checkbox"/> E ANDARE A DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZA, <b>C43a</b>		
<b>C41</b>	<b>A.</b> Allucinazioni o deliri rilevanti	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>C42</b>	<b>B. C.</b> Risulta evidente... che la sintomatologia è la conseguenza diretta di un condizione medica generale e che non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale.	<b>1</b>   <b>C43a</b>	<b>3</b>
<b>C42a</b>	<b>D.</b> Il disturbo non si manifesta esclusivamente durante il decorso di Delirium.	<b>1</b>	<b>3</b>
<b>C42b</b>	Specificare la manifestazione sintomatologica prevalente: 1 - Con Deliri 2 - Con Allucinazioni		<b>C51 pag 39</b>

**Delirium dovuto a CMG C43a**

**DISTURBO PSICOTICO DOVUTO A CMG C42b**

**CRITERI PER IL DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZE**

<b>C43a</b>	SE I SINTOMI NON SONO TEMPORALMENTE ASSOCIATI CON L'USO DI SOSTANZA BARRARE QUI <input type="checkbox"/> E TORNARE AL DISTURBO CHE SI STAVA VALUTANDO		
<b>C43</b>	<b>A.</b> Allucinazioni o deliri rilevanti	<b>1</b> 	<b>3</b>
	<b>TORNARE AL DISTURBO CHE SI STAVA VALUTANDO</b>		
<b>C44</b>	<b>B.</b> Vi è dimostrazione... che i sintomi si sono sviluppati in concomitanza con intossicazione/astinenza /uso di un farmaco	<b>1</b> 	<b>3</b>
	<b>TORNARE AL DISTURBO CHE SI STAVA VALUTANDO</b>		
<b>C45</b>	<b>C.</b> La sintomatologia non è attribuibile a un disturbo psicotico non indotto da sostanza	<b>1</b> 	<b>3</b>
	<b>TORNARE AL DISTURBO CHE SI STAVA VALUTANDO</b>		
<b>C46</b>	<b>D.</b> La sintomatologia non si verifica solo durante un Delirium	<b>1</b>	<b>3</b>
	<b>Delirium indotto da sostanza TORNARE AL DISTURBO DA VALUTARE</b>		<b>DISTURBO PSICOTICO INDOTTO DA SOSTANZA C47 pag 38</b>

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

<b>C47</b>	Specificare la manifestazione sintomatologica prevalente: 1 - Con Deliri 2 - Con Allucinazioni
<b>C48</b>	Indicare il contesto di sviluppo dei sintomi 1 - Con esordio durante l'intossicazione 2 - Con esordio durante l'astinenza

TORNARE AL DISTURBO  
DA VALUTARE

**DISTURBO PSICOTICO NAS**

<b>C49</b>	Usare questa categoria per diagnosticare (i) la sintomatologia psicotica rispetto alla quale non vi sono informazioni adeguate per formulare una diagnosi specifica, o vi sono informazioni contraddittorie (ii) oppure disturbi con sintomi psicotici che non soddisfano i criteri diagnostici di qualche specifico disturbo esaminato prima.	<b>1</b> <b>3</b>
<b>C50</b>	Indicare il tipo 1- Psicosi Postpartum che non soddisfa i criteri per il Disturbo dell'Umore con Sintomi Psicotici, il Disturbo Psicotico Breve, il Disturbo Psicotico dovuto a Condizione Medica Generale o il Disturbo Psicotico Indotto da Sostanza. 2- Sintomi psicotici che sono durati per meno di un mese, ma non sono ancora in remissione per cui non risultano soddisfatti i criteri per il disturbo psicotico breve. 3- Persistenti allucinazioni uditive in assenza di ogni altra sintomatologia. 4- Deliri non bizzarri persistenti con periodi di episodi di alterazione dell'umore sovrapposti che sono stati presenti per una considerevole parte del disturbo delirante. 5- Casi in cui l'intervistatore è arrivato alla conclusione che è presente un disturbo psicotico, ma non è in grado di determinare se sia primario o dovuto a condizione medica generale o indotto da sostanza. 6- Altro, descrivere:	<div data-bbox="1064 1263 1272 1317" style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">C51 pag 39</div>

?= informazioni insufficienti    1= assente o falso    2= sotto la soglia    3=sopra la soglia o vero

**CRONOLOGIA DI DISTURBO SCHIZOFRENIFORME, DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO, DISTURBO DELIRANTE, DISTURBO PSICOTICO BREVE O DISTURBO PSICOTICO NAS**

C51	Criteri diagnostici per disturbo schizofreniforme, disturbo schizoaffectivo, disturbo delirante, disturbo psicotico breve, disturbo psicotico NAS soddisfatti durante l'ultimo mese	1 C53	3 C52
C52	<p><b>Se i criteri sono soddisfatti nell'ultimo mese specificare la gravità del disturbo in atto</b> (contrassegnare la definizione appropriata)</p> <p><b>1 Lieve:</b> i sintomi psicotici nell'ultimo mese sono stati presenti in modo intermittente e hanno scarsamente influenzato il comportamento</p> <p><b>2 Moderato:</b> i sintomi o la compromissione sono intermedi tra "lieve" e "grave"</p> <p><b>3 Grave:</b> nell'ultimo mese i sintomi sono stati presenti in maniera continuativa e hanno influenzato il comportamento in modo marcato</p> <p><b>4a Non psicotico (SOLO PER DISTURBO SCHIZOAFFETTIVO):</b> nessun sintomo psicotico nell'ultimo mese, ma soddisfa pienamente i criteri per episodio depressivo maggiore o maniacale</p>	C55	
C53	<p><b>Se i criteri nell'ultimo mese sono soddisfatti parzialmente (o per niente):</b> (contrassegnare la definizione appropriata)</p> <p><b>4 In remissione parziale:</b> i criteri per il disturbo erano soddisfatti precedentemente, ma attualmente sono presenti solo alcuni dei sintomi o segni del disturbo</p> <p><b>5 In remissione completa:</b> non c'è più alcun sintomo o segno del disturbo, ma clinicamente ha ancora senso tenerne conto - per es. una persona con un precedente disturbo psicotico non ha avuto sintomi per due anni, ma in corso di trattamento con antipsicotici</p> <p><b>6 Storia progressa:</b> dall'anamnesi risulta che il soggetto ha sofferto del disturbo, ma è considerato completamente ristabilito</p>	C54	
C54	Se in remissione, indicare il numero di mesi trascorsi dagli ultimi sintomi psicotici (per disturbo schizoaffectivo dall'ultimo episodio dell'umore)	□□□□	
C55	Età all'esordio dei sintomi psicotici	□□	
D1 pag 40			

?= informazioni insufficienti 1= assente o falso 2= sotto la soglia 3=sopra la soglia o vero

**A3. Estratto dell'intervista SIDP-IV**

---

# Structured Interview for DSM - IV Personality

## SIDP- IV

Bruce Pfohl, Nancee Blum, Mark Zimmerman  
Department of Psychiatry - The University of Iowa

Traduzione italiana: Angelo Picardi, Andrea Di Cesare, Ilaria Lega  
Reparto Salute Mentale - Centro Nazionale di Epidemiologia  
Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità

Data della valutazione:  _ _   _ _   _ _	Codice paziente  _ - _ _ _ _ _
<u>Paziente</u> Nome: _____	Cognome: _____
<u>Valutatore</u> Nome: _____	Cognome: _____

First published in the United States by American Psychiatric Publishing, a Division of American Psychiatric Association, Arlington, Virginia and London, UK. Copyright, © 1997. All rights reserved. Used with permission. Translation of text into the Italian language has not been verified for accuracy by the American Psychiatric Association.

Publicato per la prima volta negli Stati Uniti dall'American Psychiatric Publishing, Divisione dell'American Psychiatric Association, Arlington, Virginia e London, UK. Copyright, © 1997. Tutti i diritti sono riservati. Usato con autorizzazione. L'accuratezza della traduzione in lingua italiana non è stata verificata dall'American Psychiatric Association.

## INTRODUZIONE ALL'INTERVISTA SIDP-IV

Vorrei farle alcune domande sul suo modo di pensare e agire in varie situazioni. Sono interessato soprattutto a come lei è abitualmente. Se in questo periodo non sta bene o è ricoverato, per favore cerchi di ricordarsi come lei è di solito.

Le farò tutte le domande contenute in questa intervista. Col suo permesso, vorrei rivolgere a qualcuno che la conosce bene alcune delle domande che faccio a lei. Ciò in genere richiede 15-20 minuti e si può fare anche al telefono. Sia le sue risposte che quelle della persona interpellata saranno mantenute strettamente riservate. C'è qualcuno con cui sarebbe disposto a farmi parlare?

**Se il paziente acconsente, chiedergli di firmare il consenso informato a pag. 38**

### Criteria per l'attribuzione dei punteggi

**0 = non presente** o limitato a rari esempi isolati;

**1 = sottosoglia:** qualche evidenza del tratto, ma non è abbastanza pervasivo o grave da soddisfare il criterio;

**2 = presente:** il criterio è chiaramente presente per la maggior parte degli ultimi 5 anni (cioè per almeno il 50% del tempo durante gli ultimi 5 anni);

**3 = marcatamente presente:** il criterio è associato a disagio soggettivo o a un certo grado di compromissione del funzionamento sociale o lavorativo, o delle relazioni intime.

## A) INTERESSI E ATTIVITÀ

La prima parte di questa intervista riguarda i suoi interessi e le sue attività. Si ricordi che sono interessato a come lei è di solito.

<b>A1. Prova piacere in poche o nessuna attività</b>	<b>SZOID-4</b>	<b>0 1 2 3</b>
--	----------------	----------------

Che tipo di cose le piace fare?

*(Se menziona solo una o due attività):*

Se non potesse (elencare le attività menzionate),  
ci sono altre cose che le piacerebbe fare?

<b>A2. Quasi sempre sceglie attività solitarie</b>	<b>SZOID-2</b>	<b>0 1 2 3</b>
--	----------------	----------------

\* Alcune persone preferiscono passare il proprio tempo con gli altri, mentre altre persone preferiscono lavorare e fare le cose da soli. Lei come si descriverebbe?

*(Se so/0):* Sceglie quasi sempre di fare le cose da solo?

<b>A3. È insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o a impegnarsi in qualsiasi nuova attività poiché potrebbe rivelarsi imbarazzante</b>	<b>AVOID-7</b>	<b>0 1 2 3</b>
--	----------------	----------------

Lei di solito evita di correre rischi o di provare nuove attività perché è preoccupato di trovarsi in situazioni imbarazzanti?

*(Se sì):* Ad esempio?

<b>A4. Ha difficoltà a prendere le decisioni ordinarie senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni dagli altri</b>	<b>DEPEN-1</b>	<b>0 1 2 3</b>
<p>Ad alcune persone piace prendere decisioni, mentre altre preferiscono che qualcuno di cui si fidano dica loro cosa fare. Lei che cosa preferisce?</p> <p>* Lei si rivolge spesso ad altri per chiedere consiglio su decisioni quotidiane come cosa mangiare a pranzo o quali capi di abbigliamento comprare?</p>		
<b>A5. Ha bisogno che altri si assumano la responsabilità della maggior parte degli aspetti della sua vita</b>	<b>DEPEN-2</b>	<b>0 1 2 3</b>
<p>* Alcune persone si rivolgono ad altri per prendere decisioni su aspetti importanti della loro vita. Per esempio, lasciano che qualcun altro decida se dovrebbero accettare un lavoro, quali dovrebbero essere i loro amici, ecc. Questo le ricorda la sua vita? (Se si): Cosa la trattiene dal prendere decisioni autonomamente?</p>		
<b>A6. Ha difficoltà ad avviare progetti o a fare cose autonomamente (a causa di una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che a causa di mancanza di motivazione o di energia)</b>	<b>DEPEN-4</b>	<b>0 1 2 3</b>
<p>Di solito, lei ha bisogno dell'aiuto di qualcuno per avviare un progetto o fa le cose autonomamente? (Se si): Come mai? (Se poco chiaro): Questo accade perché lei non ha fiducia nelle sue capacità?</p>		
<b>A7. Ha uno stile di vita eccessivamente parsimonioso sia per quanto riguarda se stesso che nei confronti degli altri; il denaro è considerato come qualcosa da accumulare in vista di catastrofi future</b>	<b>OBCMP-7</b>	<b>0 1 2 3</b>
<p>Dopo aver fatto fronte alle spese ordinarie, per quale genere di cose le piace spendere il suo denaro?</p> <p>Tende a spendere poco denaro per se stesso?</p> <p>Tende a spendere poco denaro per gli altri?</p> <p>* Alcune persone sono così preoccupate che possa accadere qualcosa di terribile nel futuro, che tengono per sé tutto il loro denaro. È così anche per lei? (Se si): Me ne parli</p>		
<p><b>[Passare alla sezione B se non vengono valutate le Diagnosi Facoltative]</b></p>		
<b>A8. Rifiuta le opportunità di provare piacere, oppure è riluttante a riconoscere di divertirsi (sebbene disponga di adeguate abilità sociali e della capacità di provare piacere)</b>	<b>SLDFD-5</b>	<b>0 1 2 3</b>
<p>Se le capita di fare qualcosa di divertente, ha difficoltà a divertirsi?</p> <p>Fatica ad ammettere che si è divertito? (Se sì ad entrambe): Lei è sempre stato così? Cosa la trattiene dal divertirsi?</p> <p>Di solito, rinuncia alle opportunità di divertimento? (Se sì): Come mai?</p>		

**Criteria per l'attribuzione dei punteggi**

**0 = non presente** o limitato a rari esempi isolati;

**1 = sottosoglia:** qualche evidenza del tratto, ma non è abbastanza pervasivo o grave da soddisfare il criterio;

**2 = presente:** il criterio è chiaramente presente per la maggior parte degli ultimi 5 anni (cioè per almeno il 50% del tempo durante gli ultimi 5 anni);

**3= marcatamente presente:** il criterio è associato a disagio soggettivo o a un certo grado di compromissione del funzionamento sociale o lavorativo, o delle relazioni intime.

**B) STILE LAVORATIVO**

Le domande di questa sezione riguardano il suo stile di lavoro. Questo può includere un lavoro fuori casa o i lavori domestici.

<b>B1. È eccessivamente dedito al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie (non a causa di ovvie necessità economiche)</b>	<b>OBCMP-3</b>	<b>0 1 2 3</b>
--	----------------	----------------

\* Lei si definirebbe schiavo del lavoro?

Qualcuno si è mai lamentato di quanto tempo lei dedica al lavoro?

*(Se sì a una delle due):*

La sua dedizione al lavoro le ha lasciato poco tempo per la famiglia, gli amici o i divertimenti?

<b>B2. Evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale, per paura di essere criticato, disapprovato o rifiutato</b>	<b>AVOID-1</b>	<b>0 1 2 3</b>
--	----------------	----------------

Le piace un lavoro che richiede molti contatti con le altre persone, o cerca di evitare lavori di questo tipo?

*(Se lo evita):* Come mai?

*(Se non è chiaro):* Ha paura che le persone la criticino o la rifiutino?

Ha mai rinunciato a un lavoro o a una promozione perché comportava un maggior contatto con la gente?

*(Se sì):* Come mai?

<b>B3. È dedito allo sfruttamento interpersonale, cioè si approfitta degli altri per raggiungere i propri scopi</b>	<b>NARCI-6</b>	<b>0 1 2 3</b>
---	----------------	----------------

Lei è bravo a far fare agli altri ciò che vuole?

*(Se sì):* Come li porta a fare quello che vuole lei?

Le capita di far finta che qualcuno le piaccia per fargli fare qualcosa per lei?

Si è mai approfittato di qualcuno perché era l'unico modo per ottenere ciò di cui lei aveva bisogno o che meritava?

*(Se sì):* Può descrivere una situazione? Quanto spesso ha fatto qualcosa del genere?

\* Ha fama di essere una persona disposta a fare qualsiasi cosa per ottenere quello che vuole, anche a costo di calpestare gli altri?

<p><b>B4. Mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (per esempio è incapace di completare un progetto perché non risultano soddisfatti i suoi standard eccessivamente rigidi)</b></p>	<p><b>OBCMP-2</b></p>	<p><b>0 1 2 3</b></p>
<p>Gli altri la descriverebbero come un perfezionista?</p> <p>Lei ritiene di essere un perfezionista?  <i>(Se sì a una delle due):</i>          Quanto spesso i suoi elevati standard le impediscono di portare a termine un progetto entro il tempo stabilito?          Può farmi degli esempi?</p>		
<p><b>B5. È riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo modo di fare le cose</b></p>	<p><b>OBCMP-6</b></p>	<p><b>0 1 2 3</b></p>
<p>* Finisce per fare molti lavori in prima persona perché nessun altro li farebbe esattamente come vuole lei?</p> <p>Si assume spesso responsabilità che spetterebbero ad altri per essere sicuro che le cose vengano fatte bene?  <i>(Se sì):</i> Può farmi degli esempi?</p>		
<p><b>B6. Si preoccupa a tal punto per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione, o i programmi, che lo scopo principale dell'attività va perduto</b></p>	<p><b>OBCMP-1</b></p>	<p><b>0 1 2 3</b></p>
<p>* Quando si occupa di qualcosa, le capita spesso di dedicare così tanto tempo a piccoli dettagli da perdere di vista il punto principale?  <i>(Se sì):</i> Può farmi degli esempi?</p> <p>Le capita spesso di dedicare così tanto tempo a organizzarsi da avere difficoltà a portare a termine un compito?</p> <p>Qualcuno le ha mai detto che dedica troppo tempo a preparare liste e programmi di ciò che deve fare?</p> <p>Pensa che sia così?</p>		
<p><i>[Passare alla sezione C se non vengono valutate le Diagnosi Facoltative]</i></p>		
<p><b>B7. Fa resistenza passiva a svolgere gli ordinari compiti sociali e lavorativi</b></p>	<p><b>NEGTV-I</b></p>	<p><b>0 1 2 3</b></p>
<p>Alcune persone, quando si stancano di svolgere i loro compiti quotidiani al lavoro o a casa, possono cercare di evitare di farli, inventando scuse, fingendo di dimenticarsi, o non lavorando sodo di proposito.          Le capita spesso di comportarsi così?  <i>(Se sì):</i> Qualcuno si è lamentato di questo?</p>		

---

<b>B8. Non riesce a portare a termine compiti cruciali per i propri obiettivi personali, malgrado una provata capacità di farlo; per esempio, aiuta i compagni di studio a preparare le loro relazioni ma non riesce a scrivere la propria</b>	<b>SLFDF-6</b>	<b>0 1 2 3</b>
--	----------------	----------------

---

Alcune persone sono capaci di fare delle cose per gli altri, ma non riescono a fare quelle stesse cose per loro stessi. Per esempio, sul posto di lavoro svolgono i compiti di qualcun altro e non portano invece a termine i propri. A lei succede?  
*(Se si):* Mi può fare degli esempi?

Le capita spesso di prefiggersi degli obiettivi ma poi di non riuscire a realizzarli, pur avendo la capacità di farlo?  
*(Se si):* Mi può fare degli esempi?  
 Cosa le sembra che la ostacoli?

---

<b>B9. Rifiuta o rende inefficaci i tentativi degli altri di aiutarlo</b>	<b>SLFDF-2</b>	<b>0 1 2 3</b>
---	----------------	----------------

---

\* È difficile per lei accettare aiuto dagli altri, anche quando sa di averne bisogno?  
*(Se si):* Anche se è difficile, in genere accetta di farsi aiutare?  
 Può descrivere alcune situazioni in cui ha rifiutato l'aiuto di cui aveva bisogno?

Quando permette che qualcuno l'aiuti, le capita di convincerlo che non funzionerà?  
*(Se si):* Me ne parli

## SIDP- IV FOGLIO DI CODIFICA

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ Data |\_\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Età : \_\_\_\_\_

Sesso:  M  F

Stato Civile:  sposato  vedovo  separato  divorziato  mai sposato

Diagnosi psichiatrica di Asse I: \_\_\_\_\_

Intervistatore: \_\_\_\_\_

### Criteria diagnostici generali per i Disturbi di Personalità

Per poter diagnosticare un disturbo di personalità il DSM-IV richiede che siano presenti i seguenti criteri:

[ ] A. Un modello abituale di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo.  
Questo modello si manifesta in due (o più) delle seguenti aree:

- ( ) 1. cognizione (cioè modi di percepire e interpretare se stessi, gli altri e gli avvenimenti)
- ( ) 2. affettività (cioè la varietà, intensità, labilità e adeguatezza della risposta emotiva)
- ( ) 3. funzionamento interpersonale
- ( ) 4. controllo degli impulsi

[ ] B. Il modello abituale è inflessibile e pervasivo in un'ampia varietà di situazioni personali e sociali.

[ ] C. Il modello abituale determina disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

[ ] D. Il modello è stabile e di lunga durata ed è insorto non più tardi dell'adolescenza o della prima età adulta.\*\*

[ ] E. Il modello abituale non è meglio inquadrabile come manifestazione o conseguenza di un altro disturbo mentale (si esclude un disturbo di personalità se i problemi di personalità sono spiegati dalla presenza di schizofrenia, disturbo dell'umore con manifestazioni psicotiche o un altro disturbo psicotico).

[ ] F. Il modello abituale non è dovuto agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (per es. una droga, un farmaco) o a una condizione medica generale (per es. un trauma cranico).

\*\* Il Criterio D viene definito operativamente utilizzando la "regola dei 5 anni" (vedi le istruzioni all'inizio della SIDP). Ciò significa che un tratto sarà considerato "stabile e di lunga durata" se è stato presente per la maggior parte del tempo negli ultimi 5 anni. I casi in cui il funzionamento della personalità nel corso degli ultimi 5 anni rappresenta un peggioramento rispetto al funzionamento precedente saranno solitamente esclusi dalla diagnosi di personalità in base al Criterio E, poiché solitamente la causa del peggioramento è l'esordio di un ben definito disturbo di Asse I.

Istruzioni per la codifica, da riportare fra le parentesi quadre:

1 = i criteri sono soddisfatti ;

0 = i criteri non sono soddisfatti.

Foglio di codifica 1/5

**301.00 Paranoide (PARND)**

[ ] A. 4 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. sospetta, senza una base sufficiente, che gli altri lo stiano sfruttando, danneggiando o ingannando (p. 28)
- ( ) 2. è preoccupato da dubbi ingiustificati sulla lealtà o la fidejuzza di amici o colleghi (p. 28)
- ( ) 3. è riluttante a confidarsi con gli altri a causa di un timore ingiustificato che le informazioni saranno usate in modo malevolo contro di lui (p. 16)
- ( ) 4. scorge significati nascosti umilianti o minacciosi in commenti o eventi benevoli (p. 29)
- ( ) 5. serba costantemente rancore, cioè non perdona gli insulti, i torti o le offese (p. 32)
- ( ) 6. percepisce attacchi al proprio modo di essere o alla sua reputazione che non sono evidenti agli altri, ed è rapido a reagire rabbiosamente o a contrattaccare (p. 28)
- ( ) 7. sospetta in modo ricorrente, senza giustificazione, della fedeltà del coniuge o del partner sessuale (p. 12)

**301.20 Schizoide (SZOID)**

[ ] A. 4 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. non desidera né prova piacere nelle relazioni strette, incluso il far parte di una famiglia (p. 11)
- ( ) 2. quasi sempre sceglie attività solitarie (p. 5)
- ( ) 3. ha poco o nessun interesse per le esperienze sessuali con un'altra persona (p. 13)
- ( ) 4. prova piacere in poche o nessuna attività (p. 5)
- ( ) 5. non ha amici stretti o confidenti, eccetto i parenti di primo grado (p. 11)
- ( ) 6. sembra indifferente alle lodi o alle critiche degli altri (p. 16)
- ( ) 7. mostra freddezza emotiva, distacco o affettività appiattita (p. 22)

**301.22 Schizotipico (STYPL)**

[ ] A. 5 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. ha idee di riferimento (p. 29)
- ( ) 2. credenze strane o pensiero magico, che influenzano il comportamento e non sono compatibili con delle norme sottoculturali (p. 30)
- ( ) 3. esperienze percettive insolite, incluse illusioni corporee (p. 30)
- ( ) 4. pensiero e linguaggio strani (p. 21)
- ( ) 5. sospettosità o ideazione paranoide (p. 30)
- ( ) 6. affettività inappropriata o coartata (p. 22)
- ( ) 7. comportamento o aspetto strani, eccentrici, o bizzarri (p. 21)
- ( ) 8. non ha amici stretti o confidenti, eccetto i parenti di primo grado (p. 11)
- ( ) 9. eccessiva ansia sociale, che non diminuisce con la familiarità, e tende a essere associata a preoccupazioni paranoide piuttosto che a giudizi negativi su di sé (p. 15)

**301.7 Antisociale (ANTSO)**

[ ] A. 3 o più dei seguenti, B, C, più CDGDP:

- ( ) 1. incapacità di conformarsi alle norme sociali relative al comportamento lecito, come indicato dal ripetuto compimento di azioni suscettibili di arresto (p. 35)
- ( ) 2. disonestà, come indicato dal ripetersi di comportamenti quali mentire, usare nomi falsi, o truffare gli altri per profitto o piacere personale (p. 35)
- ( ) 3. impulsività o incapacità di pianificare (p. 36)
- ( ) 4. irritabilità e aggressività, come indicato da risse o aggressioni fisiche ripetute (p. 34)
- ( ) 5. incosciente disprezzo per la sicurezza propria e degli altri (p. 36)
- ( ) 6. irresponsabilità costante, come indicato dalla ripetuta incapacità di mantenere un'attività lavorativa continuativa o di rispettare gli impegni finanziari (p. 35)
- ( ) 7. mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferente all'aver fatto del male, maltrattato, o derubato un'altra persona o dal razionalizzare tali azioni (p. 36)

[ ] B. La persona ha almeno 18 anni

[ ] C. Presenza di un Disturbo della Condotta con esordio prima dei 15 anni di età (p. 37)

*0 = non presente; 1 = sottosoglia; 2 = presente; 3 = marcatamente presente*

**301.83 Borderline (BORDL)**

[ ] A. 5 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. sforzi disperati di evitare un abbandono reale o immaginario (p. 12)
- ( ) 2. un quadro di relazioni interpersonali instabili e intense, caratterizzate dall'alternanza tra gli estremi di idealizzazione e svalutazione (p. 12)
- ( ) 3. alterazione dell'identità: immagine di sé o senso di sé marcatamente e persistentemente instabile (p. 23)
- ( ) 4. impulsività in almeno due aree che sono potenzialmente dannose per se stessi (per esempio spendere, sesso, abuso di sostanze, guida spericolata, abbuffate) (p. 34)
- ( ) 5. ricorrenti comportamenti, minacce o gesti suicidari, oppure comportamenti autolesivi (p. 33)
- ( ) 6. instabilità affettiva dovuta a una marcata reattività dell'umore (p. 19)
- ( ) 7. sentimenti cronici di vuoto (p. 19)
- ( ) 8. rabbia intensa ed espressa in modo inappropriato, o difficoltà a controllare la rabbia (p. 31)
- ( ) 9. ideazione paranoide transitoria, legata allo stress, oppure gravi sintomi dissociativi transitori, legati allo stress (p. 32)

**301.50 Istrionico (HISTR)**

[ ] A. 5 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. è a disagio nelle situazioni nelle quali non è al centro dell'attenzione (p. 14)
- ( ) 2. l'interazione con gli altri è spesso caratterizzata da un comportamento inappropriatamente seducente o provocante sessualmente (p. 14)
- ( ) 3. manifesta un'espressione delle emozioni rapidamente mutevole e superficiale (p. 18)
- ( ) 4. utilizza costantemente l'aspetto fisico per attirare l'attenzione su di sé (p. 15)
- ( ) 5. ha uno stile del discorso eccessivamente impressionistico e carente di dettagli (p. 22)
- ( ) 6. mostra autodrammatizzazione, teatralità ed espressione esagerata delle emozioni (p. 18)
- ( ) 7. è suggestionabile, cioè facilmente influenzato dagli altri e dalle circostanze (p. 29)
- ( ) 8. ritiene che le relazioni siano più intime di quanto lo siano realmente (p. 17)

**301.81 Narcisistico (NARCI)**

[ ] A. 5 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. ha un senso grandioso di essere importante (p. 24)
- ( ) 2. è assorbito da fantasie di illimitato successo, potere, genialità, bellezza, e amore ideale (p. 24)
- ( ) 3. crede di essere "speciale" e unico e di dover frequentare o poter essere compreso solo da altre persone (o istituzioni) speciali o di elevato livello (p. 15)
- ( ) 4. richiede eccessiva ammirazione (p. 16)
- ( ) 5. pensa che tutto gli sia dovuto (p. 23)
- ( ) 6. è dedito allo sfruttamento interpersonale, cioè si approfitta degli altri per raggiungere i propri scopi (p. 8)
- ( ) 7. manca di empatia: è riluttante a riconoscere o a identificarsi con i sentimenti e le necessità degli altri (p. 16)
- ( ) 8. è spesso invidioso degli altri, o crede che gli altri lo invidino (p. 25)
- ( ) 9. mostra comportamenti o atteggiamenti arroganti e presuntuosi (p. 31)

**301.82 Evitante (AVOID)**

[ ] A. 4 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. evita attività lavorative che implicano un significativo contatto interpersonale, per paura di essere criticato, disapprovato o rifiutato (p. 8)
- ( ) 2. è riluttante a entrare in relazione con persone, a meno che non sia certo di piacere (p. 15)
- ( ) 3. è inibito nelle relazioni intime per il timore di essere umiliato o preso in giro (p. 11)
- ( ) 4. si preoccupa di essere criticato o rifiutato nelle situazioni sociali (p. 16)
- ( ) 5. è inibito nelle situazioni interpersonali nuove a causa di sentimenti di inadeguatezza (p. 15)
- ( ) 6. si vede come socialmente inetto, personalmente non attraente, o inferiore agli altri (p. 14)
- ( ) 7. è insolitamente riluttante ad assumere rischi personali o a impegnarsi in qualsiasi nuova attività, poiché potrebbe rivelarsi imbarazzante (p. 5)

*0 = non presente; 1 = sottosoglia; 2 = presente; 3 = marcatamente presente*

**301.6 Dipendente (DEPEN)**

[ ] A. 5 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. ha difficoltà a prendere le decisioni ordinarie senza un'eccessiva quantità di consigli e rassicurazioni dagli altri (p. 6)
- ( ) 2. ha bisogno che gli altri si assumano la responsabilità della maggior parte degli aspetti della sua vita (p. 6)
- ( ) 3. ha difficoltà a esprimere disaccordo verso gli altri per il timore di perdere sostegno o approvazione (p. 11)
- ( ) 4. ha difficoltà ad avviare progetti o a fare cose autonomamente (a causa di una mancanza di fiducia nel proprio giudizio o nelle proprie capacità piuttosto che a causa di mancanza di motivazione o di energia) (p. 6)
- ( ) 5. si sforza eccessivamente di ottenere accudimento e sostegno da altri, fino al punto di offrirsi per compiti spiacevoli (p. 17)
- ( ) 6. quando è da solo si sente a disagio o indifeso per timori esagerati di essere incapace di prendersi cura di se stesso (p. 18)
- ( ) 7. quando termina una relazione intima, ricerca urgentemente un'altra relazione come fonte di accudimento e di supporto (p. 12)
- ( ) 8. si preoccupa in modo non realistico di essere lasciato a provvedere a se stesso (p. 12)

**301.4 Ossessivo-compulsivo (OBCMP)**

[ ] A. 4 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. si preoccupa a tal punto per i dettagli, le regole, le liste, l'ordine, l'organizzazione, o i programmi, che lo scopo principale dell'attività va perduto (p. 9)
- ( ) 2. mostra un perfezionismo che interferisce con il completamento dei compiti (p. 9)
- ( ) 3. è eccessivamente dedito al lavoro e alla produttività, fino all'esclusione delle attività di svago e delle amicizie (p. 8)
- ( ) 4. è esageratamente coscienzioso, scrupoloso, e inflessibile su questioni di moralità, etica o valori (non giustificato dall'appartenenza culturale o religiosa) (p. 24)
- ( ) 5. è incapace di buttare via oggetti consunti o inutili, anche quando non hanno alcun valore sentimentale (p. 25)
- ( ) 6. è riluttante a delegare compiti o a lavorare con altri, a meno che non si sottomettano esattamente al suo modo di fare le cose (p. 9)
- ( ) 7. ha uno stile di vita eccessivamente parsimonioso sia per quanto riguarda se stesso che nei confronti degli altri; il denaro è considerato come qualcosa da accumulare in vista di catastrofi future (p. 6)
- ( ) 8. mostra rigidità e testardaggine (p. 24)

0 = non presente; 1 = sottosoglia; 2 = presente; 3 = marcatamente presente

**301.9S Autofrustrante (SLFDF) – opzionale**[ ] **A.** 5 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. sceglie persone o situazioni che gli procurano delusioni, fallimenti o maltrattamenti, anche quando sono chiaramente disponibili alternative migliori (p. 13)
- ( ) 2. rifiuta o rende inefficaci i tentativi degli altri di aiutarlo (p. 10)
- ( ) 3. in seguito a eventi personali positivi reagisce con depressione, senso di colpa, o un comportamento che procura sofferenza (p. 20)
- ( ) 4. suscita risposte d'ira o di rifiuto da parte degli altri, e dopo si sente ferito, sconfitto o umiliato (p. 25)
- ( ) 5. rifiuta le opportunità di piacere, oppure è riluttante a riconoscere di divertirsi (sebbene disponga di adeguate abilità sociali e delle capacità di provare piacere) (p. 7)
- ( ) 6. non riesce a portare a termine compiti cruciali per i propri obiettivi personali, malgrado una provata capacità di farlo; per esempio aiuta i compagni di studio a preparare le loro relazioni, ma non riesce a scrivere la propria (p. 10)
- ( ) 7. non è interessato alle persone che lo trattano bene o le respinge, ad esempio non è attratto da partner sessuali affettuosi (p. 13)
- ( ) 8. si sacrifica eccessivamente senza esserne richiesto dai beneficiari designati del suo sacrificarsi (p. 25)

**201.9D Depressivo (DEPRS) - opzionale**[ ] **A.** 5 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. l'umore abituale è dominato da abbattimento, malinconia, tristezza, mestizia, infelicità (p. 19)
- ( ) 2. l'idea di sé ruota intorno a convinzioni di inadeguatezza, scarso valore e bassa autostima (p. 26)
- ( ) 3. è critico, colpevolizzante e dispregiativo verso se stesso (p. 19)
- ( ) 4. è penseroso e incline a preoccuparsi (p. 26)
- ( ) 5. è scettico, critico e severo nei confronti degli altri (p. 26)
- ( ) 6. è pessimista (p. 26)
- ( ) 7. è incline a sentirsi in colpa o pieno di rimorsi (p. 19)

**301.9N Negativistico (NEGTV) - opzionale**[ ] **A.** 4 o più dei seguenti più CDGDP:

- ( ) 1. fa resistenza passiva a svolgere gli ordinari compiti sociali e lavorativi (p. 9)
- ( ) 2. si lamenta di non essere compreso e apprezzato dagli altri (p. 17)
- ( ) 3. è indisponente e polemico (p. 26)
- ( ) 4. critica e disprezza irragionevolmente l'autorità (p. 17)
- ( ) 5. esprime invidia e risentimento verso le persone apparentemente più fortunate (p. 25)
- ( ) 6. esprime lamentele esagerate e insistenti sulla propria sfortuna (p. 27)
- ( ) 7. oscilla tra atteggiamenti di sfida ostile e di rimorso (p. 20)

**301.9M Misto (MIXED)**[ ] **A.** Il paziente soddisfa i CDGDP:[ ] **B.** Il paziente manca per un solo criterio di soddisfare la soglia per due o più disturbi di personalità non opzionali[ ] **C.** Non soddisfa pienamente i criteri per nessun altro disturbo di personalità

0 = non presente; 1 = sottosoglia; 2 = presente; 3 = marcatamente presente

**A4. Estratto della CANFOR-R**

---

**Camberwell Assessment of Need  
Versione Forense  
Ricerca  
(CANFOR – R)<sup>1</sup>**

Nome paziente \_\_\_\_\_

Compilato da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il permesso alla pubblicazione di questa versione della Camberwell Assessment of Need - Forensic Version è stato gentilmente concesso dalla *Gaskell Publications (Royal College of Psychiatrists)* e dalla *Royal College of Psychiatrists, London*.

**Versione italiana a cura di Luca Castelletti \*\*, Antonio Lasalvia\*.**

\*Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica, Università di Verona, Ospedale Policlinico "G.B. Rossi" – 37134 Verona.

\*\*Ospedale Psichiatrico Giudiziario - 46043 Castiglione delle Stiviere (MN)

Febbraio 2010

<sup>1</sup> Thomas S., Harty M.A., Parrott J., McCrone P., Slade M., Thornicroft G. (2003). *CANFOR: Camberwell Assessment of Need – Forensic Version*. London: Gaskell

## Indice delle aree esaminate

1. Alloggio
2. Alimentazione
3. Cura dello spazio abitativo
4. Cura di sé
5. Attività diurne
6. Salute fisica
7. Sintomi psicotici
8. Informazioni sul disturbo del paziente e sul trattamento
9. Disagio psicologico
10. Sicurezza personale
11. Sicurezza per gli altri (escluse violenza sessuale e incendi)
12. Alcool
13. Sostanze d'abuso
14. Vita di relazione
15. Vita di coppia
16. Vita sessuale
17. Cura dei figli
18. Istruzione di base
19. Telefono
20. Trasporti
21. Denaro
22. Sussidi
23. Trattamento
24. Violenze sessuali
25. Incendio doloso

### 3. Cura dello spazio abitativo

Valutazione  
Paziente    Staff

#### Il paziente ha difficoltà a prendersi cura del proprio spazio abitativo?

 

*Sei in grado di prenderti cura della casa o della tua stanza?  
C'è qualcuno che ti aiuta?*

Punteggio		Esempio
0	Nessun problema	Tiene la casa/stanza pulita e ordinata
1	Nessun/moderato problema grazie all'aiuto fornito	Qualche difficoltà a tenere in ordine la casa/stanza senza un aiuto
2	Grave problema	Gli spazi abitativi sono sporchi e potenzialmente dannosi alla salute (nonostante gli interventi attuati)
9	Sconosciuto	

Se la codifica è 0 o 9 passare all'area 4

#### Quanto aiuto il paziente riceve da parte di amici o parenti per la cura del proprio spazio abitativo?

 

Punteggio		Esempio
0	Nessuno	
1	Aiuto basso	Sollecitato o aiutato occasionalmente a mettere in ordine o a pulire
2	Aiuto moderato	Sollecitato o aiutato a pulire almeno una volta alla settimana
3	Aiuto elevato	Costantemente aiutato a lavare tutti i panni e a pulire la casa/stanza
9	Sconosciuto	

#### Quanto aiuto il paziente *riceve* da parte dei servizi forensi/territoriali per la cura del proprio spazio abitativo?

 

#### Di quanto aiuto il paziente *ha bisogno* da parte dei servizi forensi/territoriali per la cura del proprio spazio abitativo?

 

Punteggio		Esempio
0	Nessuno	
1	Aiuto basso	Sollecitazione o aiuto occasionale da parte degli operatori
2	Aiuto moderato	Sollecitazione o aiuto almeno una volta alla settimana
3	Aiuto elevato	Svolgimento della maggior parte dei lavori domestici da parte degli operatori
9	Sconosciuto	

#### Grado di soddisfazione del paziente rispetto agli interventi ricevuti

(0 = insoddisfatto; 1 = soddisfatto; 9 = sconosciuto)



*Stampato in proprio  
Settore Attività Editoriali  
Istituto Superiore di Sanità*

*Roma, luglio 2014, 2° Suppl.*