UNA NUOVA SFIDA:
PERCORSI TERAPEUTICI E RIABILITATIVI PER PERSONE DIMESSE DA OPG

Massimo Casacchia

Professore Emerito di Psichiatria,

Università dell'Aquila

Catanzaro, 13 novembre 2015

SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA
SEZIONE REGIONALE ABRUZZO E MOLISE SIPSAM

WAPR Italia
World Association for Psychosocial Rehabilitation

SIRP
Sezione Abruzzo

In collaborazione con
Università degli Studi dell'Aquila
Dipartimento di Medicina Clinica,
Sanità Pubblica, Scienze della Vita
e dell'Ambiente

L'AQUILA
12-13 DICEMBRE 2014

CONVEGNO

Comportamento aggressivo in psichiatria e superamento degli OPG: nuovo ruolo del DSM tra integrazione socio sanitaria e responsabilità professionale

Aula D2/29
Blocco Didattico
Dipartimento MeSVA
Piazza Salvatore Tommasi, 1
Coppito

Presidente del Convegno
Prof. Massimo Casacchia

Comitato Scientifico
Direttivo della Società Italiana di Psichiatria, Sezione Regionale Abruzzo e Molise, SIPSAM
Direttivo della Sezione Italiana della Word Association for Psychosocial Rehabilitation, WAPR

Coordinamento Organizzativo
Sig.ra Luigia Marcocci
Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente
Edificio Delta 6 - Coppito
67100 L'Aquila
T 0862 433403 / 0862 433406
luigia.marcocci@univaq.it
massimo.casacchia@cc.univaq.it

CONGRESSO NAZIONALE
DAGLI OPG ALLE REMS

LA GESTIONE TERAPEUTICA E RIABILITATIVA DEI PAZIENTI PSICHIATRICI AUTORI DI REATO: ASPETTI CLINICI, MEDICO-LEGALI, GIURIDICI

Auditorium Rettorato
Università "G.d'Annunzio" – Chieti
16-17 dicembre 2014

Convegno

CARATTERISTICHE CLINICHE DEI PAZIENTI RICOVERATI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI: I RISULTATI DEL PROGETTO OPG-ISS

Roma, 18 febbraio 2015

Aula Pocchiari
Istituto Superiore di Sanità

Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie

«La presa in carico delle persone autrici di reato dimesse dall'OPG in tempo di crisi»

Milano, 23-26 febbraio 2015

VITE IN BILICO

Progetti di vita, percorsi di cura,
e programmi riabilitativi
per un reale superamento degli
Ospedali Psichiatrici Giudiziari

27 - 28 Marzo 2015

Dipartimento di Giurisprudenza
Università Roma Tre
Via Ostiense 159 Roma

TAVOLA ROTONDA

- Proposte per realizzare nel mondo reale la Legge 81 sul superamento degli OPG

Massimo Casacchia

Professore Emerito di Psichiatria,

Università dell'Aquila

Taormina, 15 ottobre 2015

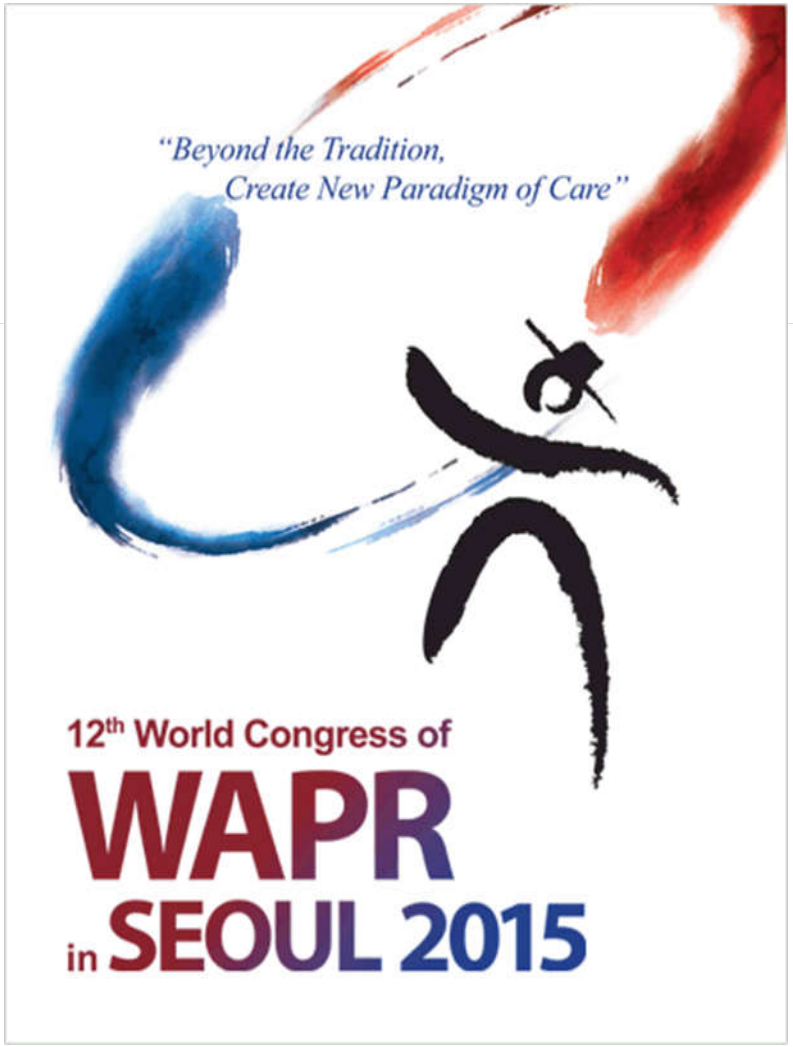
Psychosocial rehabilitation Programs with forensic patients? A challenging task

Massimo Casacchia

Professor Emeritus of Psychiatry

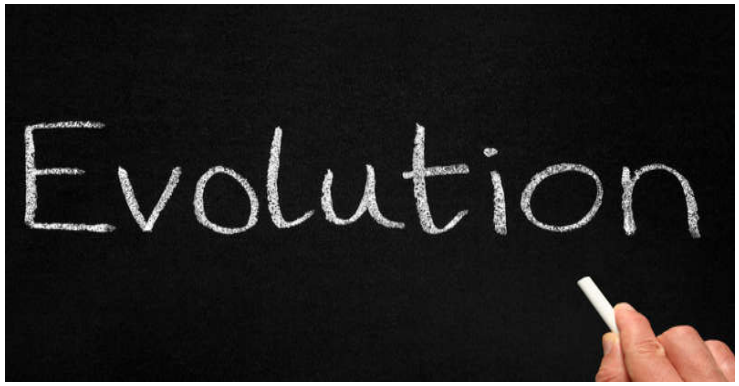
University of L'Aquila

Seoul, November 3, 2015



UN ASPETTO RILEVANTE DELLA LEGGE 81/2014

- Uno degli aspetti più «rivoluzionari» della Legge 81 non è soltanto la chiusura fisica degli OPG quanto il ritenere che anche le strutture che prendono il loro posto cioè le REMS siano da considerare luoghi da «utilizzare» **in via eccezionale** ritenendo possibile, quindi, **soluzioni alternative** individualizzate anche in presenza di pericolosità sociale.



Quali sono le innovazioni della Legge?

Le principali innovazioni della Legge

- **1.** La **pericolosità sociale** può essere motivata solo da ragioni collegate alle caratteristiche individuali del paziente e non più dalle condizioni familiari, sociali, economiche o l'eventuale assenza di un piano terapeutico individualizzato

- **2**. La nuova Legge stabilisce che le **misure di sicurezza** possono essere rinnovate fino ad un massimo di numero di anni che corrisponde ad una sentenza che dovrebbe essere stabilita per un individuo che ha commesso lo stesso reato ma non malato di mente, evitando, così, l'ergastolo bianco.

Qualche nodo critico sull'implementazione della Legge

PRINCIPALI PROBLEMI

1. La Riforma è stata approvata senza la modifica del <<Codice Rocco>>
2. La preparazione degli operatori non sembra uniforme e aggiornata sui problemi di psichiatria forense
3. Come risulta anche dalla relazione della commissione ministeriale le REMS definitive sono ancora in numero limitato e sostituite temporaneamente da **pre-REMS**
4. Scarsa o assente un'informazione sui principi della Legge rivolta in modo semplice, chiaro alla popolazione e alle famiglie delle persone con problemi mentali

QUALE E' LA SITUAZIONE IN BASE ALLA RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OPG (aggiornata al 31/12/2014)?

ATTI PARLAMENTARI

XVII LEGISLATURA

CAMERA DEI DEPUTATI

Doc. CCXVII
n. 2

RELAZIONE

SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

(Aggiornata al 31 dicembre 2014)

(Articolo 1, comma 2-bis, *del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81)*

Presentata dal Ministro della salute

(LORENZIN)

e del Ministro della giustizia

(ORLANDO)

Trasmessa alla Presidenza il 12 febbraio 2015

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento
Ufficio VI – Misure di Sicurezza

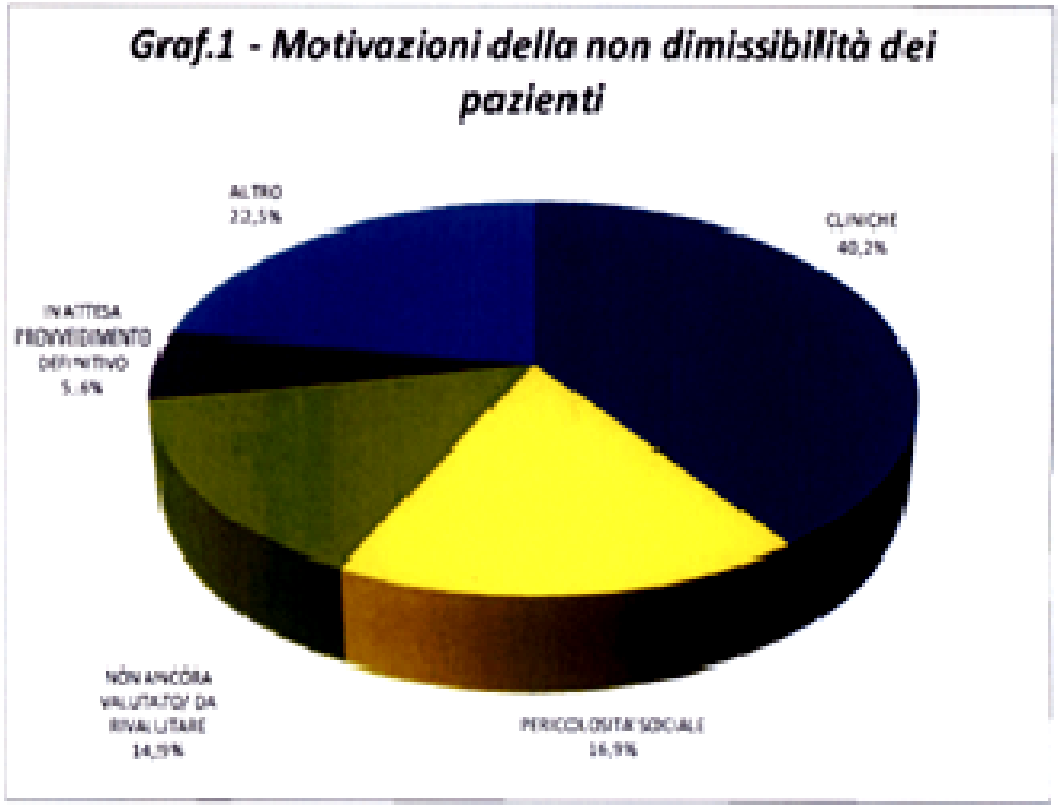
INTERNATI PRESENTI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI IN APPLICAZIONE DELLA MISURA DI SICUREZZA DETENTIVA – DEFINITIVA E/O PROVVISORIA – DEL RICOVERO IN OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO ED IN CASA DI CURA E CUSTODIA
PERIODO 31 GENNAIO - 30 NOVEMBRE 2014

Descrizione Titolo ricovero	31 gennaio	28 febbraio	28 marzo	30 aprile	27 maggio	24 giugno	31 luglio	31 agosto	30 settembre	31 ottobre	30 novembre	
Internati ex art. 222 c.p. (OPG)	287 U 31 D	279 U 36 D	283 U 37 D	278 U 35 D	279 U 33 D	280 U 32 D	248 U 29 D	248 U 27 D	245 U 31 D	233 U 31 D	218 U 29 D	
Internati ex art. 219 c.p. (C.C.C.)	222 U 19 D	227 U 19 D	225 U 20 D	220 U 18 D	225 U 17 D	223 U 18 D	216 U 19 D	218 U 20 D	209 U 16 D	210 U 17 D	193 U 21 D	
Internati provvisori ex art. 206 c.p.	278 U 43 D	278 U 36 D	278 U 35 D	278 U 32 D	259 U 34 D	251 U 29 D	251 U 32 D	262 U 32 D	257 U 28 D	257 U 32 D	267 U 33 D	
Totale presenze	**787 U** **93 D**	**784 U** **91 D**	**786 U** **92 D**	**776 U** **85 D**	**763 U** **84 D**	**754 U** **79 D**	**715 U** **80 D**	**728 U** **79 D**	**711 U** **75 D**	**700 U** **80 D**	**678 U** **83 D**	
Totale	**880**	**875**	**878**	**861**	**847**	**833**	**795**	**807**	**786**	**780**	**761**	

Pazienti non dimissibili (al 30 settembre 2014)

Tab.3 - DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI SECONDO LA CONDIZIONE DI DIMISSIBILITA'

REGIONE	dimissibile	non dimissibile	non valutabile o non indicato
PIEMONTE	31	25	3
LOMBARDIA	74	78	25
PROV.AUTON.BOLZANO	1	1	0
VENETO	21	23	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	8	0	3
LIGURIA	14	5	0
EMILIA ROMAGNA	23	11	1
TOSCANA	18	15	0
UMBRIA	2	6	0
MARCHE	3	9	0
LAZIO	46	58	1
ABRUZZO	12	3	0
CAMPANIA	81	34	3
PUGLIA	23	9	0
BASILICATA	2	3	0
CALABRIA	26	5	0
SICILIA	75	25	0
SARDEGNA	16	4	0
ITALIA	**476**	**314**	**36**


Graf.1 - Motivazioni della non dimissibilità dei pazienti
ALTRO
22,5%
CLINICHE
40,2%
IN ATTESA
PROVVEDIMENTO
DEFINITIVO
5,6%
NON ANCORA
VALUTATO/ DA
RIVALUTARE
14,5%
PERICOLOSITA' SOCIALE
16,9%

Ministero della Salute *Ministero della Giustizia*

Terza Relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della legge 30 maggio 2014 n. 81

(Aggiornata al 25 marzo 2015)

L'Organismo di Coordinamento del processo di superamento degli OPG, presieduto dal Sottosegretario dott. Vito De Filippo, previsto dalla legge n. 81 del 30 maggio 2014 (pubblicata sulla G.U. del 31 maggio 2014) e istituito con decreto del Ministro della salute del 26 giugno 2014, si è insediato il 2 ottobre 2014 e si è riunito presso il Ministero della salute nelle date del 29 ottobre e 9 dicembre 2014, quindi con cadenza settimanale nelle date del 15, 22 e 28 gennaio, 5, 12, 19 e 26 febbraio, 5 marzo, 12, 19 e 26 marzo 2015.

In parallelo all'attività dell'Organismo, al fine di monitorare con maggiore continuità e intensità le azioni messe in atto dalle Regioni per rispettare la prevista scadenza del 31 marzo 2015, sono state svolte diverse riunioni di confronto, di natura strategica con gli Assessori alla Salute delle Regioni, e di natura tecnica con la partecipazione di esperti e di dirigenti delle diverse Amministrazioni coinvolte, per verificare puntualmente i problemi ostativi al rispetto delle scadenze previste dalla legge.

Alle riunioni dell'Organismo hanno sempre partecipato i dirigenti del Ministero della giustizia, in particolare dell'Ufficio di gabinetto e del DAP, che hanno assicurato la massima collaborazione per il conseguimento dell'obiettivo comune nei termini previsti dalla legge.

Si è voluto dare la massima priorità alle problematiche connesse agli adempimenti per l'effettivo superamento degli OPG, e a tal fine sono stati invitati alle riunioni dell'Organismo, di volta in volta, anche i rappresentanti della Magistratura di sorveglianza, del Ministero dell'economia e

Terza Relazione trimestrale al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della legge 30 maggio 2014 n. 81

(Aggiornata al 25 marzo 2015)

Tale diminuzione non può essere attribuita a una riduzione degli ingressi (che anzi risultano aumentati), come sarebbe dovuto avvenire a seguito dell'applicazione dei più restrittivi criteri fissati dalla legge, bensì al potenziamento dell'attività dei Servizi territoriali per la salute mentale, che ha favorito e accelerato il numero delle dimissioni e l'avvio di programmi di trattamento, sia in regime ambulatoriale che residenziale.

Alla data del 25 marzo 2015 gli internati presenti nei sei OPG del territorio nazionale risultano n. 698, 623 uomini e 75 donne. Tra questi 630 persone sono residenti nelle 19 regioni e 3 nelle Province Autonome di Trento e Bolzano, 65 invece sono senza fissa dimora.

L'Organismo di coordinamento, per quanto concerne il trasferimento degli internati destinatari di una misura di sicurezza detentiva *e socialmente pericolosi* presso le strutture a totale gestione sanitaria alternative agli OPG, ha valutato che per completare le nuove strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione della misura di sicurezza (REMS) si sarebbero ampiamente superati i termini previsti per legge, tenuto conto dei progetti a suo tempo predisposti dalle Regioni, valutati e autorizzati dal Ministero della salute con propri decreti, e successivamente rimodulati in base alle nuove esigenze riscontrate. Pertanto, al fine di fronteggiare la complessa situazione

REMS: STRUTTURE RESIDENZIALI

- Le Strutture alternative all'OPG, identificate dalla normativa vigente nelle cosiddette REMS (Residenza per la Emissione delle Misure di Sicurezza), **non dovrebbero ripetere gli errori e gli «orrori» degli OPG**, le cui strutture erano degradate, e in cui mancava spesso un vero progetto terapeutico-riabilitativo finalizzato all'inclusione sociale delle persone con disturbo mentale autori di reato.

- Sarebbe stato meglio chiamare tali strutture **«Residenze terapeutiche riabilitative con garanzia di sicurezza»**, inserite in una rete di assistenza finalizzata all'inserimento graduale delle persone nella società.

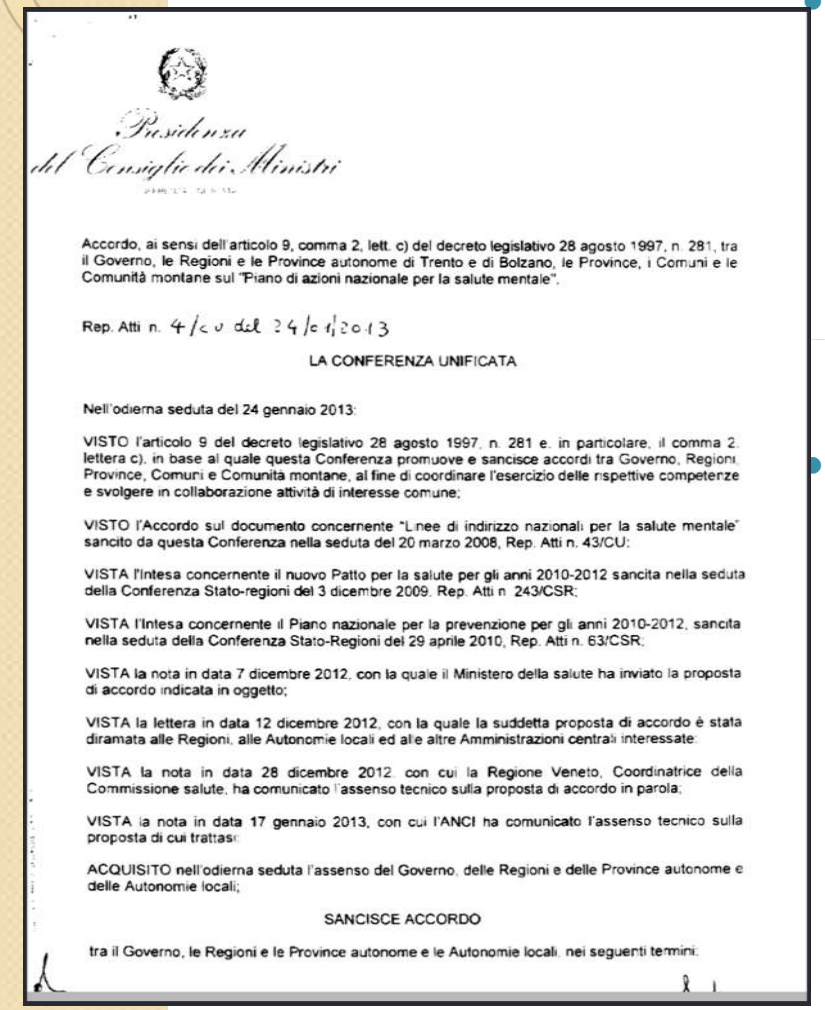
DESTINO DELLE PERSONE RICOVERATE NELLE REMS

- Una volta migliorati tali pazienti problematici dovranno essere dimessi …

DIMISSIONI DOVE???

1. Accoglienza presso **strutture riabilitative con differenti livelli di intensità riabilitativa e assistenziale** identificate dalla nuova classificazione delle strutture residenziali psichiatriche.
2. **Presso Gruppi-Appartamento** finalizzati ad accogliere persone che non trovano accoglienza presso il proprio domicilio.
3. **Presso il proprio domicilio** con una forte presa in carico del CSM (visite domiciliari frequenti, frequenza nei centri diurni, progetti individualizzati per aumentare le competenze lavorative e relazionali)

PIANO DI AZIONI NAZIONALE PER LA SALUTE MENTALE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale".

Rep. Atti n. 4/CU del 24/01/2013

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 24 gennaio 2013:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 20 marzo 2008, Rep. Atti n. 43/CU;

VISTA l'Intesa concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 sancita nella seduta della Conferenza Stato-regioni del 3 dicembre 2009, Rep. Atti n. 243/CSR;

VISTA l'Intesa concernente il Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, sancita nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010, Rep. Atti n. 63/CSR;

VISTA la nota in data 7 dicembre 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di accordo indicata in oggetto;

VISTA la lettera in data 12 dicembre 2012, con la quale la suddetta proposta di accordo è stata diramata alle Regioni, alle Autonomie locali ed alle altre Amministrazioni centrali interessate;

VISTA la nota in data 28 dicembre 2012, con cui la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato l'assenso tecnico sulla proposta di accordo in parola;

VISTA la nota in data 17 gennaio 2013, con cui l'ANCI ha comunicato l'assenso tecnico sulla proposta di cui trattasi;

ACQUISITO nell'odierna seduta l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

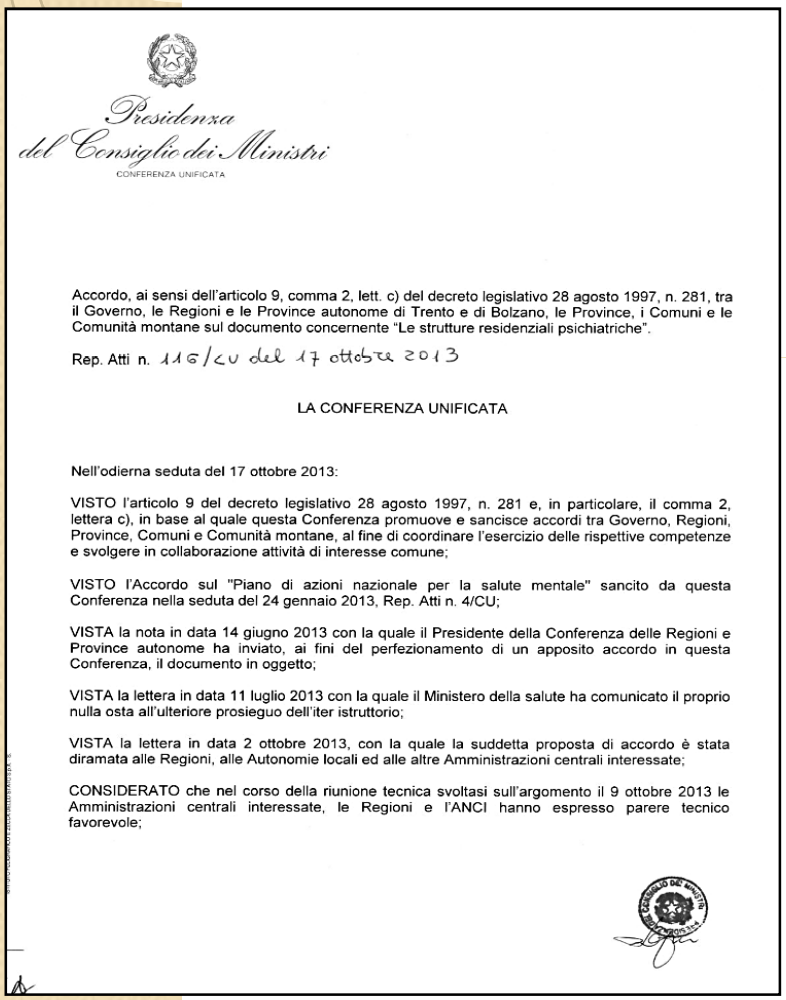
tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

- Il Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale del 2013 prevede che le regioni debbano garantire dei **LEA (Livelli Essenziali di Assistenza e Percorsi Assistenziali Integrati)** finalizzati alla «presa in carico» dei **pazienti internati negli OPG.**
- Devono essere specificate

  azioni (presa in carico da parte del CSM con progetti terapeutici individuali, definizione di requisiti strutturali organizzativi delle comunità riabilitative psichiatriche per dimessi da OPG/REMS ad elevata complessità)

  indicatori/strumenti di valutazione (numero di protocolli di collaborazione, % di operatori convolti in corsi formativi)

Tipologie delle strutture residenziali psichiatriche: criteri di suddivisione



Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane sul documento concernente "Le strutture residenziali psichiatriche".

Rep. Atti n. 116/CU del 17 ottobre 2013

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 17 ottobre 2013:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'Accordo sul "Piano di azioni nazionale per la salute mentale" sancito da questa Conferenza nella seduta del 24 gennaio 2013, Rep. Atti n. 4/CU;

VISTA la nota in data 14 giugno 2013 con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e Province autonome ha inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito accordo in questa Conferenza, il documento in oggetto;

VISTA la lettera in data 11 luglio 2013 con la quale il Ministero della salute ha comunicato il proprio nulla osta all'ulteriore prosieguo dell'iter istruttorio;

VISTA la lettera in data 2 ottobre 2013, con la quale la suddetta proposta di accordo è stata diramata alle Regioni, alle Autonomie locali ed alle altre Amministrazioni centrali interessate;

CONSIDERATO che nel corso della riunione tecnica svoltasi sull'argomento il 9 ottobre 2013 le Amministrazioni centrali interessate, le Regioni e l'ANCI hanno espresso parere tecnico favorevole;

livello di intervento terapeutico-riabilitativo e livello di intensità assistenziale:

- ✓ Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti riabilitativi intensivi (**SRP1**)
- ✓ Struttura residenziale psichiatrica per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo (**SRP2**)
- ✓ Struttura residenziale psichiatrica per interventi socio-riabilitativi, a bassa intensità riabilitativa, con differenti livelli di intensità assistenziale, articolata in tre sottotipologie, con personale socio-sanitario presente nelle 24 ore, nelle 12 ore, per fasce orarie (SRP3)

PROGETTO TERAPEUTICO RIABILITATIVO PERSONALIZZATO

- La scelta della Struttura riabilitative scaturisce da un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato **(PTRP),** in coerenza con il piano di trattamento individualizzato **(PTI)** in accordo con il **CSM.**
- Si ricorda che nel documento relativo alla ***classificazione delle strutture residenziali psichiatriche*** viene fatto uno specifico riferimento ai soggetti affetti da disturbo psichiatrico, afferenti al circuito penale che usufruiscono di misure alternative alla detenzione.
- Tali soggetti, in base ad un progetto terapeutico riabilitativo personalizzato, potranno trovare ospitalità in una delle varie tipologie di residenza.

4 azioni

- 1. Azioni informative verso la popolazione
- 2. Azioni formative per gli operatori
- 3. Incrementare il monitoraggio e la valutazione della popolazione psichiatrica "forense"
- 4. Protocolli d'intesa e promozione incontri con la magistratura

I) Azioni informative verso la popolazione

- **Azione informativa** nei riguardi della popolazione del tutto ignara delle innovazioni legislative che sanciscono la chiusura degli OPG preparando così le famiglie e l'ambiente sociale di provenienza del malato mentale autore di reato.

- Si è comunque dimostrato che **la popolazione mantiene un forte tasso di diffidenza** quando l'informazione è troppo rassicurante e buonista. Infatti la popolazione vuole essere rassicurata non tanto a parole, ma con azioni concrete dei Servizi di Salute Mentale, che dovrebbero riuscire a monitorare i fattori di rischio e prevenire gli atti aggressivi.

Il mantra della **non** violenza…

- E’ sbagliato ripetere che i malati mentali non sono violenti.

- Non è sufficiente scrivere: «**i malati mentali sono dei buoni vicini di casa**» per ridurre lo stigma.

La buona presa in carico dei Servizi di Salute Mentale

- Le persone possono diminuire pregiudizio e stigma se hanno la percezione che i Servizi di Salute Mentale siano efficienti, seguano con attenzione le persone con disturbi mentali e che a loro siano riservate le cure più moderne, più efficaci, più scientifiche.

Valorizzazione delle storie di guarigione

- La valorizzazione di storie di guarigione può rappresentare una strategia che si contrappone alla drammatizzazione mediatica degli episodi di violenza da parte delle persone con disturbi mentali.

2) Azioni formative per gli operatori

- **Sarà necessario anche un lungo lavoro** che dovrà riguardare tutti gli operatori ma soprattutto quelli che dovranno occuparsi in prima persona, nei vari setting terapeutici, delle persone con disturbo mentale autori di reato.

- Bisogna lavorare con **percorsi formativi** in modo che gli operatori, i familiari e gli stessi pazienti, **credano** che queste persone possono stare meglio sul piano mentale attraverso interventi efficaci e possano vedere realizzati i loro obiettivi e progetti di vita e trovare lavoro, **nell'ambito del concetto di recovery.**

Capire i determinanti di un reato come primo passo…

- 1) L'atto delittuoso potrebbe essere collegato ad un aggravamento dei sintomi psicotici, a causa della non assunzione dei farmaci.
- **2) L'atto delittuoso potrebbe essere collegato non strettamente al sintomo psicotico, ma alla dimensione della rabbia con cui esso viene vissuto.**

Schizophrenia Bulletin vol. 40 no. 5 pp. 1174–1181, 2014
doi:10.1093/schbul/sbt126
Advance Access publication September 18, 2013

Delusions, Anger, and Serious Violence: New Findings From the MacArthur Violence Risk Assessment Study

Simone Ullrich, Robert Keers, and Jeremy W. Coid*

Forensic Psychiatry Research Unit, Centre for Psychiatry, Wolfson Institute of Preventive Medicine, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London, St. Bartholomew's Hospital, London, UK

*To whom correspondence should be addressed; Forensic Psychiatry Research Unit, Centre for Psychiatry, Wolfson Institute of Preventive Medicine, Barts and The London School of Medicine and Dentistry, Queen Mary, University of London, St. Bartholomew's Hospital, William Harvey House, 61 Bartholomew Close, London EC1A 7BE, UK; tel: 0044-20-3465-7142, fax: 0044-20-3465-6940, e-mail: j.w.coid@qmul.ac.uk

Introduction: **Recent research on the association between delusions and violence has suggested complex and differing pathways. Furthermore, it has been emphasized that temporal proximity is fundamental when investigating these relationships. We reanalyzed data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study utilizing a different methodological approach to investigate associations between specific delusions and violence.** ***Methods:*** **Longitudinal study of 1136 male and female civil psychiatric inpatients after discharge. Delusions, affect due to delusions, and violence were measured at baseline and in 5 follow-up assessments. Serious violence was established using the MacArthur Community Violence Interview. Logistic mixed-effect models for repeated measures were performed.** ***Results:*** **A "prospective" model confirmed previous findings that delusions do not predict later violence. However, reanalysis, considering temporal proximity, indicated a relationship between specific delusions and outcome including: being spied upon (adjusted OR [AOR] = 1.62, 95% CI = 1.06–2.47, *P* = .027), being followed (AOR = 1.90, 95% CI = 1.29–2.80, *P* = .001), being plotted against (AOR = 1.70, 95% CI = 1.14–2.52, *P* = .009), being under control of person/force (AOR = 1.92, 95% CI = 1.24–2.97, *P* = .003), thought insertion (AOR = 1.63, 95% CI = 1.00–2.66, *P* = .048), and having special gifts/powers (AOR = 1.95, 95% CI = 1.31–2.92, *P* = .001). All these delusions were associated with angry affect (*P* < .05). Inclusion of anger in the model significantly attenuated the main effects (except grandiose delusions), indicating**

Key words: psychosis/anger/delusions implying threat/indirect pathway/management of risk for violence

Introduction

Key findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study (MVRAS),[1] which showed that delusions do not predict violence among recently discharged psychiatric patients, had a profound impact on research in this field. Furthermore, several epidemiological surveys and case register studies found that, at the population level, psychosis showed little or no association with violence,[2–5] which was explained almost entirely by comorbid substance misuse, or psychosocial adversity and environmental stressors more common in the lives of persons with severe mental illness.[3]

More recently, researchers have reevaluated associations between violence and psychosis and observed contrasting findings according to whether the aim is to identify (statistical) predictors of violence or to establish relationships that allow consideration of causality. Reanalysis of data from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions revealed a positive association between major mental illness and violence, demonstrating that temporal proximity between dependent and independent variables is crucial when investigating these relationships.[6] Predictors derived from studies measuring symptoms or diagnoses at various points over the lifetime and comparing them with self-report or criminal records

Deliri, rabbia e violenza

- Lavori scientifici recenti hanno dimostrato che il rapporto tra sintomi «psicotici» e violenza è particolarmente complesso e si è dimostrato che la spinta all'atto violento non deriva tanto dalla strutturazione psicotica/delirante quanto da un mediatore intermedio che è rappresentato dalla rabbia.
- Pertanto si raccomanda di **identificare** nei pazienti psicotici l'eventuale presenza della **dimensione della rabbia come fattore di rischio** su cui concentrare la valutazione e l'intervento.

Criminal Behaviour and Mental Health
23: 356–371 (2013)
Published online 23 July 2013 in Wiley Online Library
(wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/cbm.1873

Evaluation of anger management groups in a high-security hospital

CLAIRE WILSON[1], STACY GANDOLFI[2], ALISON DUDLEY[1], BRIAN THOMAS[1], JAMES TAPP[1] AND ESTELLE MOORE[1], [1]Centralised Groupwork Service, Newbury Therapy Unit, Broadmoor Hospital, Berkshire, UK; [2]London Probation Trust, Sexual Offending Treatment Unit, Ilford, Essex, UK

ABSTRACT

Background *Anger management programmes for offenders typically aim to improve the management of emotion associated with aggressive and antisocial behaviour. Such programmes have been quite extensively evaluated in prison and probation settings, but there is less published research in forensic mental health settings.*

Aim *This study aimed to evaluate anger management groups in a high-security hospital.*

Method *Eighty-six patients were referred for a 20-session anger management intervention. Outcomes were self-reported experiences of anger and changes in institutionally documented incidents of aggression. Incident rates were retrospectively reviewed for all group graduates, where data were available, including a comparison group of graduates who acted as their own controls.*

Results *Group graduates reported sustained reductions in feelings of anger and positive changes in their use of aggression in reaction to provocation. Some reduction in incidents of physical aggression was noted when group completers were compared with non-completers. Incidents of verbal aggression were observed to increase for graduates. There was also a trend towards improvement when treated men were compared with men on the waiting list.*

Conclusions *Our findings contribute to the growing evidence for anger management groups for aggressive men, although the low-base rate of incidents, typical of such a containing and therapeutic hospital setting, rendered the analysis of behavioural outcomes difficult.*

Implications for practice and research *Anger management sessions for male forensic psychiatric patients can be effective in reducing incidents of physical aggression in response to provocation. Evaluation of treatments for anger is particularly difficult in secure and protective settings, where the aim is to keep incidents of actual physical aggression to a minimum. Further research of this kind is needed to test the value of self-reported reduction in angry feelings as an indicator of clinically useful progress.* *Copyright © 2013 John Wiley & Sons, Ltd.*

Anger management group

- L' Anger Management Group è basato su un modello cognitivo-comportamentale (Novaco, 1975; Meichenbaum, 1997), adattato da Quayle e Shell (1999) al fine di essere utilizzato negli ospedali psichiatrici giudiziari
- Comprende 4 moduli:

  (i) Motivazione: l'introduzione di competenze chiave;

  (ii) L'introduzione di concetti chiave: la comprensione della rabbia;

  (iii) Affrontare la rabbia; e

  (iv) Considerazioni finali: mettere tutto insieme

- Le sessioni si svolgevano una volta a settimana per due ore all'interno di un programma di 20 sessioni (range 17–21).

3)Una terza determinante: la cognizione sociale

GIORN ITAL PSICOPAT 2006; 12: 385-392

ARTICOLO ORIGINALE
ORIGINAL ARTICLE

Comportamento violento, impulsività e deficit di cognizione sociale in pazienti affetti da schizofrenia

Aggression, impulsiveness and social cognition deficit in schizophrenic patients

E. DI GIOVAMBATTISTA
R. POLLICE
M. MAZZA
R. RONCONE
M. CASACCHIA

Cattedra di Clinica Psichiatrica, Dipartimento di Medicina Sperimentale, Università degli Studi dell'Aquila

summary

Objective

Aim of the study was to evaluate impulsiveness and violent behaviour in schizophrenic patients and correlations with neuropsychological performance, in particular with social sognition. We hypothesize that schizophrenic patients with violent behaviour and low impulsiveness level perform better in neuropsychological functions and in social cognition tasks if compared with violent and high impulsiveness schizophrenic patients.

Available online at www.sciencedirect.com
ScienceDirect
European Psychiatry 22 (2007) 116–122
EUROPEAN PSYCHIATRY
http://france.elsevier.com/direct/EURPSY/

Original article

Gender differences in facial emotion recognition in persons with chronic schizophrenia

Elisabeth M. Weiss [a,*], Christian G. Kohler [c], Colleen M. Brensinger [d], Warren B. Bilker [d], James Loughead [c], Margarete Delazer [e], Karen A. Nolan [b]

[a] Department of General Psychiatry, Medical University Innsbruck, Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Austria
[b] Nathan S Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, NY, USA
[c] Neuropsychiatry Section, Department of Psychiatry, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA
[d] Center for Clinical Epidemiology and Biostatistics, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA
[e] Department of Neurology, Medical University Innsbruck, Anichstrasse 35, 6020 Innsbruck, Austria

Received 3 January 2006; received in revised form 9 May 2006; accepted 11 May 2006
Available online 29 November 2006

Abstract

Background. — The aim of the present study was to investigate possible sex differences in the recognition of facial expressions of emotion and to investigate the pattern of classification errors in schizophrenic males and females. Such an approach provides an opportunity to inspect the degree to which males and females differ in perceiving and interpreting the different emotions displayed to them and to analyze which emotions are most susceptible to recognition errors.

Methods. — Fifty six chronically hospitalized schizophrenic patients (38 men and 18 women) completed the Penn Emotion Recognition Test (ER40), a computerized emotion discrimination test presenting 40 color photographs of evoked happy, sad, anger, fear expressions and neutral expressions balanced for poser gender and ethnicity.

Results. — We found a significant sex difference in the patterns of error rates in the Penn Emotion Recognition Test. Neutral faces were more commonly mistaken as angry in schizophrenic men, whereas schizophrenic women misinterpreted neutral faces more frequently as sad. Moreover, female faces were better recognized overall, but fear was better recognized in same gender photographs, whereas anger was better recognized in different gender photographs.

Conclusions. — The findings of the present study lend support to the notion that sex differences in aggressive behavior could be related to a cognitive style characterized by hostile attributions to neutral faces in schizophrenic men.
© 2006 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords: Gender differences; Emotion recognition; Schizophrenia

- Cosa succede quando le donne e uomini con disturbo schizofrenico incontrano una persona con un'espressione neutrale?

- Gli uomini con schizofrenia tendono ad interpretare come rabbia le espressioni neutrali delle persone che incontrano.
- Le donne invece tendono a vedere come tristi le espressioni neutrali.
- La paura era identificata meglio quando il volto era appartenente allo stesso genere, mentre la rabbia era meglio riconosciuta quando il volto era appartenente al genere opposto.

(Weiss et al.,2007)

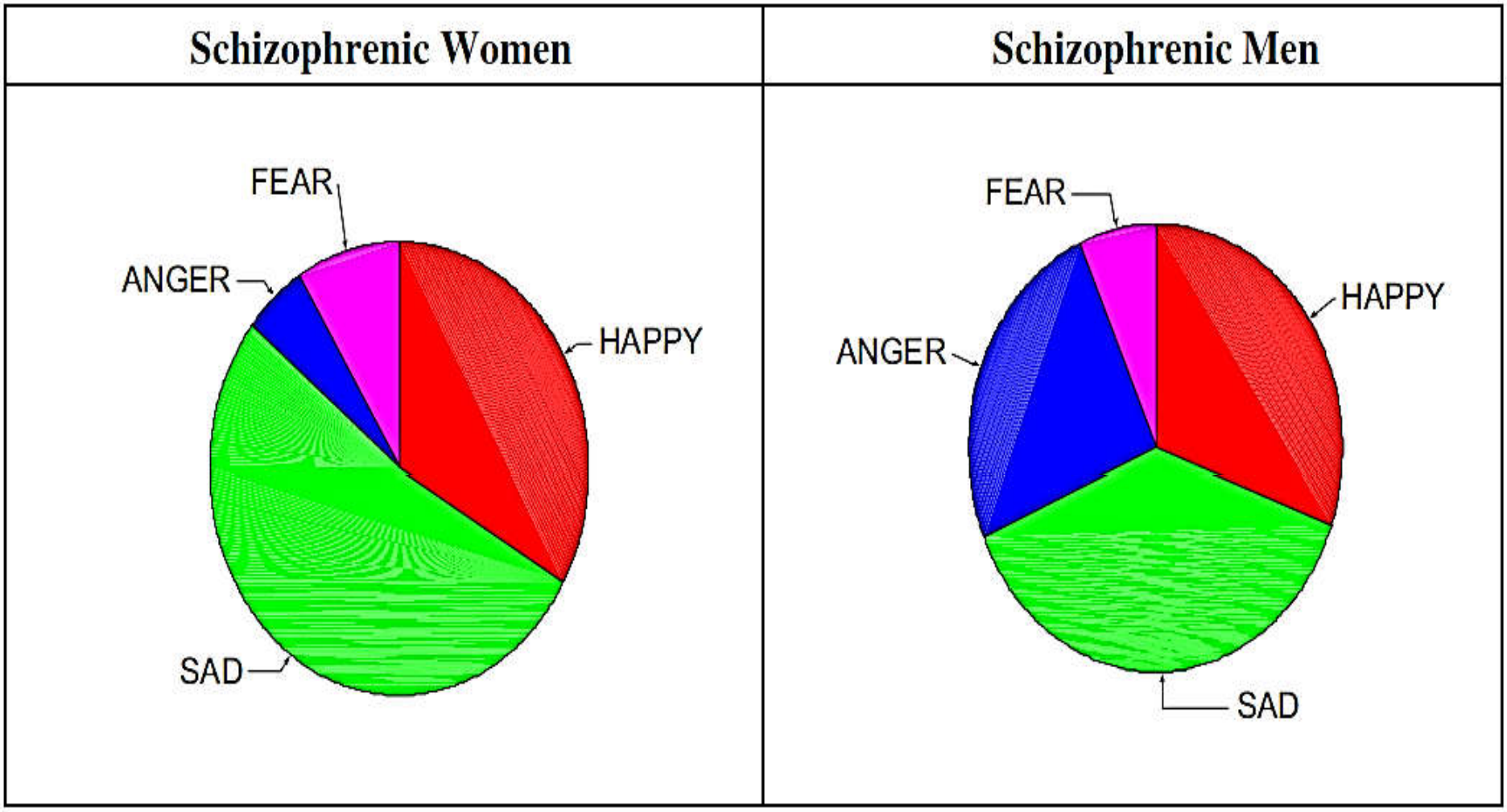


Fig. 1. Error profile for neutral faces.

(Weiss et al,2007)

Familiarizzare con gli strumenti che possono predire il rischio di violenza

- E' forse il tempo di organizzare un corso di formazione sugli strumenti di valutazione rivolti ai «problemi» delle persone di reato con disturbi mentali?
- Per esempio WAPR Italia e SIRP potrebbero organizzare corsi di formazione a livello interregionale?

Particolarmente diffusa la scala PCL-R (Hare 1991) per la valutazione della psicopatia.

Hare Psychopathy Checklist

The twenty traits assessed by the PCL-R score are:

- glib and superficial charm
- grandiose (exaggeratedly high) estimation of self
- need for stimulation
- pathological lying
- cunning and manipulativeness
- lack of remorse or guilt
- shallow affect (superficial emotional responsiveness)
- callousness and lack of empathy
- parasitic lifestyle
- poor behavioral controls
- sexual promiscuity
- early behavior problems
- lack of realistic long-term goals
- impulsivity
- irresponsibility
- failure to accept responsibility for own actions
- many short-term marital relationships
- juvenile delinquency
- revocation of conditional release
- criminal versatility

Nella scala i tratti psicopatici sono raggruppati e suddivisi in due fattori.
Il **primo fattore** riguarda la dimensione della personalità e misura **tratti affettivi e interpersonali,**
il **secondo fattore** si occupa di dimensione comportamentale e descrive la **condotta antisociale dell'individuo e il suo stile di vita instabile.**

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2000), 177, 303–311

REVIEW ARTICLE

Violence risk prediction

Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist

M. DOLAN and M. DOYLE

Background Violence risk prediction is a priority issue for clinicians working with mentally disordered offenders.

Aims To review the current status of violence risk prediction research.

Method Literature search (Medline). Key words: violence, risk prediction, mental disorder.

Results Systematic/structured risk assessment approaches may enhance the accuracy of clinical prediction of violent outcomes. Data on the predictive validity of available clinical risk assessment tools are based largely on American and North American studies and further validation is required in British samples. The Psychopathy Checklist (PCL) as a predictor

Violence risk assessment and management are key components of clinical practice (Monahan, 1992). In the UK, however, the adequacy and accuracy of risk prediction has been questioned in several inquiries into serious incidents involving mentally disordered patients (Reed, 1997), and there is a growing emphasis on systematising protocols for risk assessment and management. More recently, the Government highlighted the issue of risk in those with 'dangerous severe personality disorders' (DSPD) and outlined new proposals for dealing with this challenging but ill-defined group. Risk prediction is once again high on the public, political and clinical agenda. Here we review progress on violence risk assessment (particularly, violent recidivism) in the mentally disordered. We discuss recent developments in systematic violence risk assessment, focusing on the

Monahan (1984) reviewed these 'first generation' studies and concluded that "the upper bound level of accuracy that even the best risk assessment technology could achieve was of the order of 0.33". He reported that the best predictors of violence among the mentally disordered were the same demographic factors that predicted violence among non-disordered people, and that the poorest predictors were psychological factors such as diagnosis or personality traits. Subsequent studies, however, challenged these conclusions, particularly those demonstrating links between rates of violent offending and specific clinical diagnoses (e.g. Taylor, 1982; Binder & McNeil, 1988). The recent MacArthur Violence Risk Assessment Study (VRAS; Monahan *et al*, 2000) also highlights the significance of clinical factors such as substance misuse and psychopathy as assessed by Hare's (1991) criteria, in the prediction of violent outcomes in non-forensic psychiatric patients discharged from hospital (see Steadman *et al*, 1994; 1998).

GENERAL ISSUES IN VIOLENCE RISK PREDICTION

Clinical *v.* research perspectives

Clinicians have traditionally assessed

La formazione dovrà essere orientata a:

- **Erogazione dei migliori trattamenti possibili** per persone con disturbo mentale autori di reato conseguenti alle innovazioni tecnologiche, neuro-scientifiche e riabilitative .
  - Tali trattamenti favoriscono l'inserimento sociale **esattamente come** favoriscono l'inserimento sociale di persone con disturbo mentale non autori di reato (per esempio, garantendo un lavoro, una casa, un ampliamento delle reti sociali, una de-stigmatizzazione nei loro confronti..)
- **Presa in carico assertiva**, per esempio, un maggior numero di visite domiciliari, controlli più ravvicinati, integrati con forti politiche di inserimento sociale.
- **Riduzione dell'atteggiamento di discriminazione** degli operatori, delle famiglie, e della società intera nei riguardi di persone con disturbi mentali autori di reato, visto che è ancora molto diffuso lo stigma, l'emarginazione e la solitudine nei riguardi delle persone con disturbi mentali non autori di reato

3) Incrementare il monitoraggio e la valutazione della popolazione psichiatrica "forense"

- Le persone internate negli OPG italiani sono state oggetto di una relativa attenzione a livello scientifico, pur con buoni contributi principalmente epidemiologici.
- *Progetto "Valutazione dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo", ISS (2012)*

«PROGETTO PERSONE»

- E' importante aderire a Progetti come il «***PROGETTO PERSONE»***, coordinato dalla Prof.ssa Mirella Ruggeri, utile ad analizzare
  - i bisogni di salute,
  - gli obiettivi di vita delle persone con disturbi mentali autori di reato e a
  - valutare l'adeguatezza e l'efficacia degli interventi erogati,
  - la messa in atto di protocolli collaborativi con i magistrati e le parti interessate e
  - la reale inclusione sociale una volta dimessi dall'OPG/REMS.

Per info scrivere al prof. Massimo Casacchia
massimo.casacchia@cc.univaq.it
e
Alla prof.ssa Mirella Ruggeri
mirella.ruggeri@univr.it

ALT

- Non pensate sia il momento di creare una sinergia tra WAPR Italia e SIRP per costruire un **percorso formativo** su tematiche importanti (fattori di rischio, interventi psicosociali ecc..)per migliorare le competenze degli operatori nella gestione di pazienti autori di reato ?

- Non pensate che sia opportuno collaborare con il **PROGETTO PERSONE** coordinato dalla prof.ssa Mirella Ruggeri per seguire i destini delle persone autori di reato con disturbi mentali ?

4) Protocolli d'intesa e promozione incontri con la magistratura

- L'attuale focus è sulla collaborazione tra due istituzioni, Servizio Sanitario e Giustizia, che a partire dalle diverse missioni loro attribuite, e alla luce delle profonde modifiche normative introdotte dalla L.81/14, devono concorrere alla costruzione di percorsi per le persone con disturbi mentali autrici di reato.
- Molteplici esperienze italiane finalizzate alla reale inclusione sociale delle persone hanno evidenziato l'importanza di promuovere dei **protocolli di intesa**, come quelli già attivi a Genova, Como o nel Veneto, in cui Magistratura, Prefetto, Comune, famiglie, costituiscono una vera rete decisionale condivisa per identificare il più giusto percorso terapeutico da proporre.
- Nell'ambito di questi protocolli svolgono una grande importanza il **coinvolgimento dei servizi socio-sanitari** che devono garantire alle persone obiettivi concreti, come la casa, il lavoro, borse lavoro e sussidi, quando necessario.

Interventi integrati: non solo farmaci …..

First of all, psychopharmacological treatment…

- **Studies on polypharmacy show that it is associated with…**
- the subject having a forensic history,
- a greater number of previous admissions and
- higher total dose

- In patients with chronic illness who are detained, heavier, noncompliant, not taking clozapine and on a depot antipsychotic, prescribers use larger doses and antipsychotic polypharmacy.

Connolly A, Taylor D. **Factors associated with non evidence-based prescribing of antipsychotics**. Ther Adv Psychopharmacol. 2014 Dec;4(6):247-256.

BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY (2000), 176, 320–323

Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry†

PER LINDQVIST and JEREMY SKIPWORTH

Background The extent to which forensic psychiatric rehabilitation alters an individual's level of risk is unclear.

Aims To highlight some essential features of a forensic psychiatric rehabilitation system, and to discuss risk assessment in this context to create a conceptual framework for risk research and practice.

Method The applicability of risk assessment instruments to forensic psychiatric rehabilitation was examined. Core processes and elements considered essential in this type of rehabilitative work were reviewed.

Results Current risk research has limited application to rehabilitation. Future research aimed at analysing forensic psychiatric rehabilitation will be hampered by the complexity of the treatment systems and the number of methodological issues relevant to this type of research.

Conclusions Novel research approaches are suggested to analyse further the risk factors and processes important in forensic psychiatric rehabilitation.

Declaration of interest None.

The assessment of the probability of mentally disordered offenders committing violent and criminal acts continues to be subject to extensive research. If such research is to be applicable and ethically acceptable, it must be grounded in clinically-based studies that link risk assessment to management strategies capable of ameliorating that risk. The profession of forensic psychiatry should not restrict itself to being an entrepreneurial risk assessment industry without ties to the traditional roles of medicine: to treat and to care. Thus, treatment and rehabilitation need to occupy a central position in forensic mental health. A scientific evaluation of our present practice will form a valid base for risk prediction that is sensitive to the dynamics of forensic practice. These studies should utilise both qualitative and quantitative methodologies, and focus on the questions of *whether or not*, *to what extent* and *when* forensic psychiatric rehabilitation alters the individual's level of risk. There is a dearth of literature addressing these issues, which leaves clinical practice without a solid scientific base for its actions. Variables derived from risk research presented hitherto are largely static and disregard the potential for rehabilitation to change the mental state and behaviour of an offender. In losing sight of this central task of forensic mental health they seriously diminish it as a discipline. This paper discusses some essential features of a forensic psychiatric rehabilitation system in an endeavour to create a conceptual framework for research and practice. We suggest that this research paradigm will be supportive of, and conducive to, ongoing developments and advances in rehabilitative practice in forensic mental health.

THE EVOLUTION OF RISK RESEARCH

Several studies conducted during the 1990s have shown that there is a modestly increased risk in violent behaviour among people with major mental disorders when compared with the general population (Swanson *et al*, 1990; Link *et al*, 1992; Monahan, 1992). One question that arises from such research is in which subgroups of patients and in which contexts does violence by people with mental illnesses most frequently occur. The development of actuarial risk assessment tools has coincided with this second generation of research, and much faith is invested in these instruments from which probability predictions are made. In our minds, this is a hazardous tack on which to embark if not properly safeguarded. These tools are largely based on static and historical factors that cannot hope to be targeted or changed by rehabilitative endeavours.

One risk is that some patients, falsely associated with a high actuarial risk score (false positives), will be locked up because of 'guilt by statistical association'. The equally unacceptable risk is that those patients with a falsely reassuring low actuarial risk score (false negatives) may persuade judges or review panels that they are ready to be released despite clinical concerns. Finally, the correctly identified group with a high probability of future violence is in danger of having the label 'dangerous' attached. This risks their being treated as if they have an immutable quality of viciousness rather than possessing a range of properties and predispositions, many open to modifications.

There is evidence, although disputed, that mental health professionals' predictions of violence are substantially better than chance (Mossman, 1994). It appears that the addition of actuarial risk assessment tools to clinical judgement alone improves the accuracy of determining a patient's risk of recidivism (Borum, 1996; Gardner *et al*, 1996; Bonta *et al*, 1998). However, the currently used predictor variables of recidivism are similar in different offender groups, irrespective of any contribution from mental illness, and are often regarded as largely immutable. This does not obviate the task of psychiatric rehabilitation, nor render the treating team jail wardens awaiting the expiry of a sentence to indicate that community placement is appropriate. That forensic psychiatric populations compare favourably with matched criminal populations with respect to recidivism is not surprising, given the vastly disparate nature of their treatment and rehabilitation. Better questions to pose

†See editorial pp. 307–311, this issue.

Trattamenti psicosociali in setting psichiatrici forensi

- **"Consumer-centred intervention"** per aumentare l'aderenza al trattamento farmacologico con antipsicotici (Cavezza et al., 2013)
- **Occupational therapy** (Chacksfield eand Forshaw, 1997)
- **CBT** per la schizofrenia (William et al.,2014)
- **«Psychoeducational group for forensic patients»** per la schizofrenia (Aho-Mustonen et al., 2008)

A consumer-centred intervention to enhance antipsychotic medication adherence

By Dr Cristina Cavezza MAPS, Clinical and forensic psychologist, Forensicare, the Victorian Institute of Forensic Mental Health

While the efficacy of antipsychotic medication in improving outcomes among people with serious and persistent psychotic disorders is well established, non-adherence with psychiatric medication is common and is associated with an increase in rehospitalisation and poorer outcomes. Symptoms of psychosis are also associated with an elevated risk for violence, and non-adherence with psychiatric medication may increase the rate of offending among those with serious mental illness. While prescribing medications remains in the domain of psychiatrists, psychologists are well positioned to improve medication adherence among people with chronic psychotic disorders through psychological interventions including cognitive behavioural therapy (CBT) and motivational interviewing techniques. One such intervention originally developed in the United Kingdom, called adherence therapy (AT), has demonstrated some success in enhancing medication adherence among people with serious mental illness. Although AT approaches have a growing international evidence base, only recently has a study been conducted on its use in an Australian forensic population.

The problem of medication non-adherence

Non-adherence with psychiatric medication is common for those with serious mental illness, with estimated rates of non-compliance between 50 per cent (Nose et al., 2003) to as high as 75 per cent (Lieberman et al., 2005). Non-adherence with psychiatric medication is associated with an increase in rehospitalisation and poorer outcomes. For people with a psychotic disorder and a criminal history, medication compliance is particularly important as some research suggests that the perceived need for treatment is related to the risk of re-arrest and violence (e.g., Elbogen et al., 2007). Medication adherence is particularly important it would seem for people with psychotic disorders in the criminal justice system as it may decrease both the rate of relapse and reoffending. Although the statistics for non-adherence to psychiatric medication are alarming, they are surprisingly consistent with adherence rates for other conditions that require maintenance treatment, including diabetes and asthma. When viewed this way, treatment non-adherence may not always be a consequence of poor insight related to the psychotic illness but rather a decision made by the consumer based on the interplay of a range of factors.

Reasons for medication non-adherence

The way in which people make decisions about whether or not to take their medication is complex. Therefore, any interventions designed to enhance medication adherence among those with serious and chronic psychotic disorders must address the individual's concerns about taking psychotropic medication. The boxed information lists some of the factors that have been found to make individuals more or less likely to take their medication.

LESS LIKELY TO TAKE MEDICATION

- Side effects (e.g., weight gain, sedation)
- Negative beliefs about treatment
- Poor symptom control
- Complex medication regime
- Substance use
- Impaired judgement
- Poor practitioner-consumer relationship

MORE LIKELY TO TAKE MEDICATION

- Acceptance of illness
- Perception of severity/susceptibility
- Level of support
- Family stability
- Positive therapeutic alliance
- Route of administration
- Involuntary treatment order

Adapted from Gray, David, and Quatro research group (2003)

Educating consumers about the nature of their illnesses and the medication used to treat them can increase their understanding of mental illness and medication. However, it is less successful in reducing the number of consumers who cease taking their medication. In addition, being labelled 'noncompliant' suggests a power imbalance where the consumer has not done what an 'expert' has told them to do (Gray, David & Quatro research group, 2003). For many consumers, a collaborative process of decision making regarding treatment may be more beneficial. The approach presented by AT seems promising in this regard.

What is adherence therapy?

AT is a collaborative, consumer-centred approach to enhancing medication adherence. It uses elements of CBT and motivational interviewing to address the individual's beliefs about medication, identify treatment barriers and develop individually specific strategies to overcome these. The approach emphasises personal choice and responsibility and incorporates problem solving and goal setting techniques. It is divided into three phases which are administered sequentially. The first phase explores consumers' previous psychiatric history and aims to highlight what has been

Australian Occupational Therapy Journal

OT AUSTRALIA

Australian Occupational Therapy Journal (2010) **57**, 339–344 doi: 10.1111/j.1440-1630.2010.00857.x

Research Article

A qualitative study of service user experiences of occupation in forensic mental health

Christine Craik,[1] Wendy Bryant,[1] Amanda Ryan,[2] Samantha Barclay,[2] Nicole Brooke,[2] Adele Mason[2] and Peter Russell[2]

[1]*Brunel University, West London, and* [2]*West London Mental Health NHS Trust, London, UK*

Background/aim: *This qualitative study explored occupational engagement of those detained in forensic units. Legal and institutional restrictions on occupation have implications for their health and wellbeing.*

Method: *Twenty-six current forensic mental health service users participated in five focus groups, which were audio-recorded, transcribed verbatim and subjected to constant comparative analysis.*

Findings: *The participants highlighted previous occupations, current occupations and hopes. Key aspects were control over decision-making, motivation and support, generating suggestions alongside positive experiences of occupational therapy.*

Conclusions: *Institutional barriers could be overcome with a dynamic balance between risk management and mental health promotion through occupation. This demands a sustained focus on occupation for everyone involved in providing care and treatment in these settings.*

KEY WORDS *occupation, forensic mental health, service user involvement.*

Introduction

Occupational therapy has expanded in parallel with the recent policy developments, which have aimed to improve forensic mental health services for people with severe mental health problems and a criminal history (McMurran, Khalifa & Gibbon, 2009). These services embody varied approaches to care and treatment emerging from different professional beliefs (Davies, Heyman, Godin, Shaw & Reynolds, 2006). For occupational therapists, creating opportunities for people to engage in occupation is believed to promote health and wellbeing. In forensic settings, these opportunities are shaped by security procedures that impact directly on how people engage socially and occupationally, managing risk, but causing people to withdraw and abandon their efforts to engage (Cronin-Davis, Lang & Molineux, 2004; Dressler & Snively, 1998). This has implications for care and treatment within these restricted environments, which, in the United Kingdom, are categorised as high-, medium- or low-secure services. This study, based on medium- and low-secure services, explored the perspectives of service users on the occupations which structured their daily lives.

Emphasising occupation in relation to health is relevant to individuals and populations, highlighting the importance of engaging in occupations to meet health needs. Occupational engagement is more than being active: living a life oriented to doing meaningful things in a balanced way has multiple benefits (Wilcock, 2006). In forensic settings, opportunities for occupational engagement can be overshadowed and limited by fears that those who are detained may exhibit antisocial behaviours, such as inflicting abuse and bodily harm both to themselves and to others. These fears drive risk minimisation procedures and raise tension between security services and those doing therapeutic work. Risk-taking is an essential aspect of therapeutic work, evaluating if progress is being made in response to interventions. A detailed knowledge of individuals is required to manage risk in this context and ensure that interventions are aimed at enabling recovery (Duncan, 2008; McMurran *et al.*, 2009). For people with severe mental health problems, instilling hope for recovery is a way of shifting the focus of professional interventions from symptom and risk management to the priorities of the individual in terms of their whole life (Slade, 2009).

Christine Craik MPhil, FCOT, DMS, FHEA, MCMI; Director of Occupational Therapy. **Wendy Bryant** PhD, MSc, DipCOT, PGCertLTHE; Lecturer in Occupational Therapy. **Amanda Ryan** BOccThy, PGCertSc; Lead Occupational Therapist. **Samantha Barclay** BSc (Hons); Senior Occupational Therapist. **Nicole Brooke** BSc (Hons); Senior Occupational Therapist. **Adele Mason** BSc (Hons); Senior Clinical Practitioner. **Peter Russell** BSc (Hons); Senior Occupational Therapist.

Correspondence: Wendy Bryant, School of Health Sciences and Social Care, Brunel University, West London, UB8 3PH, UK. Email: Wendy.bryant@brunel.ac.uk

Accepted for publication 12 January 2010.

© 2010 The Authors
Australian Occupational Therapy Journal © 2010 Australian Association of Occupational Therapists

Criminal Behaviour and Mental Health
21: 163–176 (2011)
Published online 20 September 2010 in Wiley Online Library
(wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/cbm.788

Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: An exploratory randomised controlled trial

KATI AHO-MUSTONEN[1], JARI TIIHONEN[2,3], EILA REPO-TIIHONEN[2], OLLI-PEKKA RYYNÄNEN[4,5], RAILI MIETTINEN[2], AND HANNU RÄTY[1], [1]Department of Psychology, University of Eastern Finland, Joensuu, Finland; [2]Department of Forensic Psychiatry, University of Eastern Finland, Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland; [3]National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland; [4]Department of Public Health and Clinical Nutrition/Primary Health Care, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland; [5]Kuopio University Hospital/Primary Health Care

ABSTRACT

Background *Psychoeducation is now commonly provided in forensic settings, but its effectiveness among long-term offender patients with schizophrenia has not yet been established in randomised controlled trials (RCTs).*

Aim *To test the effects of a brief group psychoeducation programme for offenders with schizophrenia (n = 39) resident in a high-security hospital (Niuvanniemi Hospital, Finland).*

Method *High-security hospital patients were randomised into either eight sessions of group psychoeducation or 'treatment as usual' (TAU). Outcome measures, made at baseline, immediately post-treatment, and 3 months after that, included knowledge about illness, insight, compliance, attitudes towards medication, psychiatric symptoms and ward behaviour, self-esteem, health-related quality of life and perceived stigma.*

Results *Three months after completing treatment, or an equivalent time under TAU, patients in the intervention group showed a positive treatment effect in terms of knowledge about illness, self-esteem and insight into the illness. The only possible adverse effect was a slight increase in irritability, but this did not translate into behaviour of concern to staff.*

Conclusions *Our sample size was small, and the findings must be regarded as preliminary, but the positive treatment effect of psychoeducation, and the absence of alarming side effects, suggests a full scale trial would be worthwhile. Most encouraging was that even the most severely ill patients were able to join the groups.* *Copyright © 2010 John Wiley & Sons, Ltd.*

QUALCHE RECENTE INNOVAZIONE …….

Nuovi interventi in setting psichiatrici forensi

- **«Metacognitive Group training»** per soggetti con schizofrenia in setting forensi (Kiuokkanen et al., 2014)

- **"Mindfulness-based stress reduction in correctional facilities"** (Samuelson et al., 2007)

Un training metacognitivo (MCT) per «dangerous patients»

- Nella schizofrenia, è stata riconosciuta la presenza di alcune distorsioni cognitive.
- E' stato sviluppato un training metacognitivo (MCT) per soggetti con schizofrenia e socialmente pericolosi
- Il training MCT ha favorito un significativo miglioramento in relazione alla sospettosità, in particolare a tre mesi, per poi declinare successivamente.
- il training MCT ha mostrato effetti vantaggiosi e promettenti su questa determinata tipologia di pazienti ma per una maggiore efficacia a lungo termine dovrebbe durare più a lungo o essere ripetuto.

Criminal Behaviour and Mental Health
(2014)
Published online in Wiley Online Library
(wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/cbm.1905

Metacognitive group training for forensic and dangerous non-forensic patients with schizophrenia: A randomised controlled feasibility trial

RIITTA KUOKKANEN[1,2], RAIMO LAPPALAINEN[2], EILA REPO-TIIHONEN[1,3] AND JARI TIIHONEN[1,3,4,5], [1]Niuvanniemi Hospital, Kuopio, Finland; [2]Department of Psychology, University of Jyväskylä, Finland; [3]Department of Forensic Psychiatry, University of Eastern Finland, Finland; [4]National Institute for Health and Welfare, Helsinki, Finland; [5]Karolinska Institutet, Department of Clinical Neuroscience, Stockholm, Sweden

ABSTRACT

Background *In schizophrenia, the presence of certain cognitive biases has been established. Informed by this, metacognitive training (MCT) has been developed for schizophrenia. There is increasing evidence of its effectiveness with some patients, but its applicability to dangerous patients has not yet been demonstrated.*

Aims *Our aim was to test the feasibility of a randomised controlled trial (RCT) of MCT for patients in a high-security hospital setting.*

Methods *Twenty of 33 eligible and selected male in-patients with schizophrenia and a history of violence were randomised pairwise to eight sessions of MCT or treatment as usual. Symptom severity and reasoning, according to the jumping to conclusions paradigm, were measured before, immediately after treatment, and 3 and 6 months later.*

Results *Men in both groups completed the trial, and those in the MCT arm, almost all of the group sessions. The MCT arm had a significant advantage in improvement of 'suspiciousness', greatest at 3 months, but then declining. No significant improvement in reasoning ability was achieved.*

Conclusions *Metacognitive training showed sufficient promise in this group for a full trial to be worthwhile, and the feasibility of an RCT methodology, even in a secure hospital, was established. The fact that the improvements faded during follow-up suggests that a useful modification to the treatment would be lengthening the protocol, repeating it, or both.* *Copyright © 2014 John Wiley & Sons, Ltd.*

The Prison Journal
Volume 87 Number 2
June 2007 254-268
© 2007 Sage Publications
10.1177/0032885507303753
http://tpj.sagepub.com
hosted at
http://online.sagepub.com

Mindfulness-Based Stress Reduction in Massachusetts Correctional Facilities

Marlene Samuelson
Curry College, Milton, MA
James Carmody
Jon Kabat-Zinn
Michael A. Bratt
University of Massachusetts Medical School, Worchester

Mindfulness-based stress-reduction courses were offered in drug units in six Massachusetts Department of Corrections prisons. A total of 1,350 inmates completed the 113 courses. Evaluation assessments were held before and after each course, and highly significant pre- to post-course improvements were found on widely accepted self-report measures of hostility, self-esteem, and mood disturbance. Improvements for women were greater than those for men, and improvements were also greater for men in a minimum-security, pre-release facility than for those in four medium-security facilities. The results encourage further study and wider use of mindfulness-based stress reduction in correctional facilities.

Keywords: *mindfulness-based stress reduction; meditation; stress reduction; substance abuse*

- ✓ An innovative intervention conducted with a forensic population used a mindfulness approach, based on stress reduction.
- ✓ Results were related to a decrease of hostility, and improvement of self-esteem, and mood disturbance.

Un problema molto grosso!!!

- There is an association of homicide with mental disorders, particularly with antisocial personality disorder and drug or alcohol abuse.
- In fact antisocial personality disorder increases the risk over 10-fold in men and over 50-fold in women
- C'è un'associazione tra omicidio e disturbi mentali, in particolare tra omicidio e disturbo di personalità antisociale, abuso di sostanze o alcol.
- Infatti la presenza del disturbo di personalità antisociale aumenta il rischio di oltre 10 volte negli uomini e oltre 50 volte nelle donne di commettere un omicidio.

Prevalence and Treatment of Personality Disorders in Dutch Forensic Mental Health Services

Corine de Ruiter, PhD, and Robert L. Trestman, PhD, MD

Offenders with serious personality disorders challenge forensic systems throughout the world. In this article, the authors describe the legal system that shapes the forensic treatment of personality-disordered offenders in the Dutch psychiatric and correctional systems. The evolution of laws and regulations are addressed, as is the bifurcation of treatment between forensic hospitals and correctional settings. Prevalence data of personality disorders in the Dutch systems are presented, and comparisons between the Dutch and American systems are delineated. Current treatment modalities are described. Research initiatives and future directions for the system are presented.

J Am Acad Psychiatry Law 35:92–7, 2007

OBIETTIVI DEL CORSO

Scaturito dall'esperienza vissuta dalle persone affette da una malattia mentale e dai loro resoconti scritti, supportato dagli studi epidemiologici e, più recentemente, dalla ricerca empirica, il concetto di "recovery" è divenuto sempre più chiaramente identificabile e concettualizzabile. Oggi mostra un'influenza sulle politiche sanitarie, sulla cultura e sull'organizzazione dei servizi di salute mentale in diversi paesi.
Alla fine del Corso i partecipanti saranno in grado di:
- acquisire i più recenti aggiornamenti relativi al concetto di "recovery", con il contributo attivo di utenti esperti;
- conoscere i principali strumenti di valutazione del suo monitoraggio;
- identificare i principali requisiti di un servizio di salute mentale orientato alla recovery.

Responsabile Scientifico del Corso
Massimo Casacchia

Tutori
Valeria Bianchini
Psichiatra, Specialista in Formazione Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università dell'Aquila
Laura Giusti
Psicologa, PhD, Assegnista di ricerca, Università dell'Aquila
Anna Salza
Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, studentessa in formazione nel Corso di Laurea Magistrale in Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, Università dell'Aquila
Donatella Ussorio
Tecnico Universitario, Scienze Riabilitative delle Professioni Sanitarie, PhD, Università dell'Aquila

Segreteria Organizzativa locale
Sig.ra Luigia Marcocci
Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente
Edificio Delta 6 - Coppito
67100 L'Aquila
Telefono 0862/433403 - 433405
luigia.marcocci@univaq.it
massimo.casacchia@cc.univaq.it

Iscrizione
Soci SIP, SIPSAM, SIRP e WAPR in regola con il pagamento della quota associativa
Iscrizione gratuita
Studenti, specializzandi, utenti e familiari
Iscrizione gratuita
Psicologi, Tecnici della Riabilitazione psichiatrica, Educatori Professionali e Infermieri
30,00 euro IVA inclusa
Psichiatri, Neurologi e Neuropsichiatri Infantili
50,00 euro IVA inclusa
Tale quota comprende l'accesso ai lavori scientifici, il kit congressuale e l'attestato di partecipazione.
È possibile effettuare l'iscrizione online collegandosi alla pagina Eventi del sito: www.morecomunicazione.it oppure inviando una mail di richiesta all'indirizzo di posta info@morecomunicazione.it entro il 1° settembre p.v. La segreteria organizzativa avrà cura di confermare l'avvenuta iscrizione al corso.

Accreditamento ECM
L'evento è stato accreditato per le seguenti figure professionali Psicologi, Psichiatri, Neurologi, Neuropsichiatri infantili, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Educatori Professionali e Infermieri e darà diritto a 7 crediti ECM.

Segreteria organizzativa
MORE COMUNICAZIONE EVENTI & MORE
Via Cernaia, 35 - 00185 Roma
tel. +39 0687678154 | fax +39 0694443440
segreteria@morecomunicazione.it
morecomunicazione.it

Provider Ecm
Mirapromotion Srl - Provider n. 4077

Si ringraziano:
Janssen Pharmaceutical Companies of Johnson & Johnson
SMILE

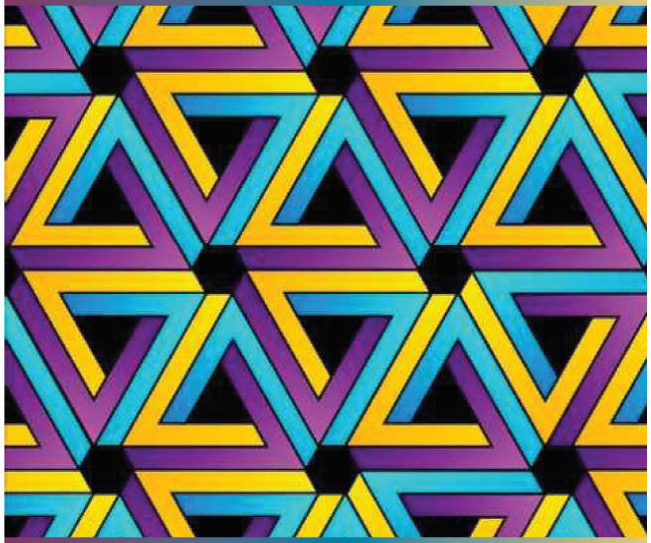
SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA SEZIONE REGIONALE ABRUZZO E MOLISE SIPSAM
SOCIETÀ ITALIANA DI RIABILITAZIONE PSICOSOCIALE SIRP
WAPR Italia
World Association for Psychosocial Rehabilitation
IN COLLABORAZIONE CON
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA DIPARTIMENTO DI MEDICINA CLINICA, SANITÀ PUBBLICA, SCIENZE DELLA VITA E DELL'AMBIENTE

GIORNATA DI FORMAZIONE

IL PERCORSO DELLA RECOVERY: UN NUOVO PARADIGMA PER I SERVIZI DI SALUTE MENTALE. DAL DIRE AL FARE.

L'AQUILA
7 SETTEMBRE 2015

EDIFICIO BLOCCO 11
PIAZZALE S. TOMMASI 1
COPPITO, L'AQUILA



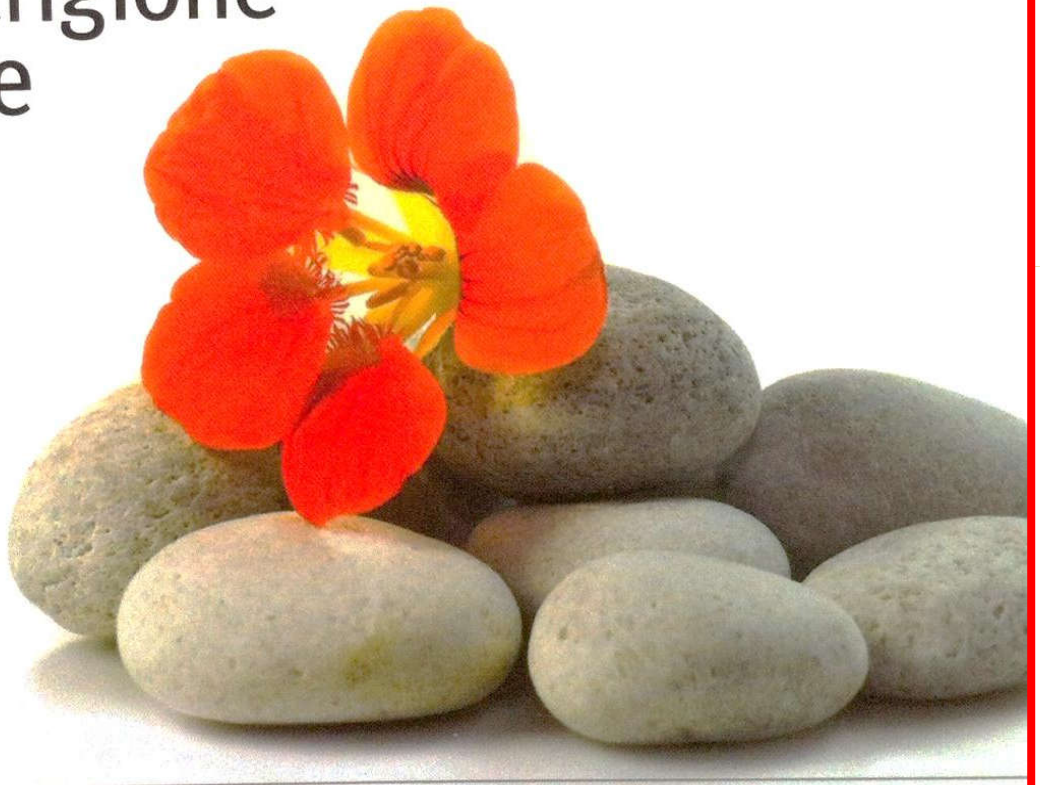
DIFFUSIONE DEL MODELLO DELLA RECOVERY

- L'approccio alla recovery, che si sta diffondendo nei Servizi di Salute Mentale, enfatizza il ruolo attivo dell'utente nel suo percorso di guarigione personale e l'operatore ha la funzione di favorire l'individuazione di obiettivi personali, di aiutare l'utente a raggiungerli, cercando di infondere fiducia, speranza e ottimismo.
- Tale approccio rivolto, per ora, a persone con disturbi mentali, non autrici di reato, è candidato a giocare un ruolo rilevante anche in persone con disturbi mentali autori di reato. Infatti gli obiettivi di vita delle due popolazioni sono sovrapponibili (tornare a casa, avere amici, lavorare, riallacciare rapporti precedenti…).
- Tale approccio prevede la possibilità di realizzare un proprio percorso di vita ***nonostante la malattia mentale e nonostante il reato commesso.***

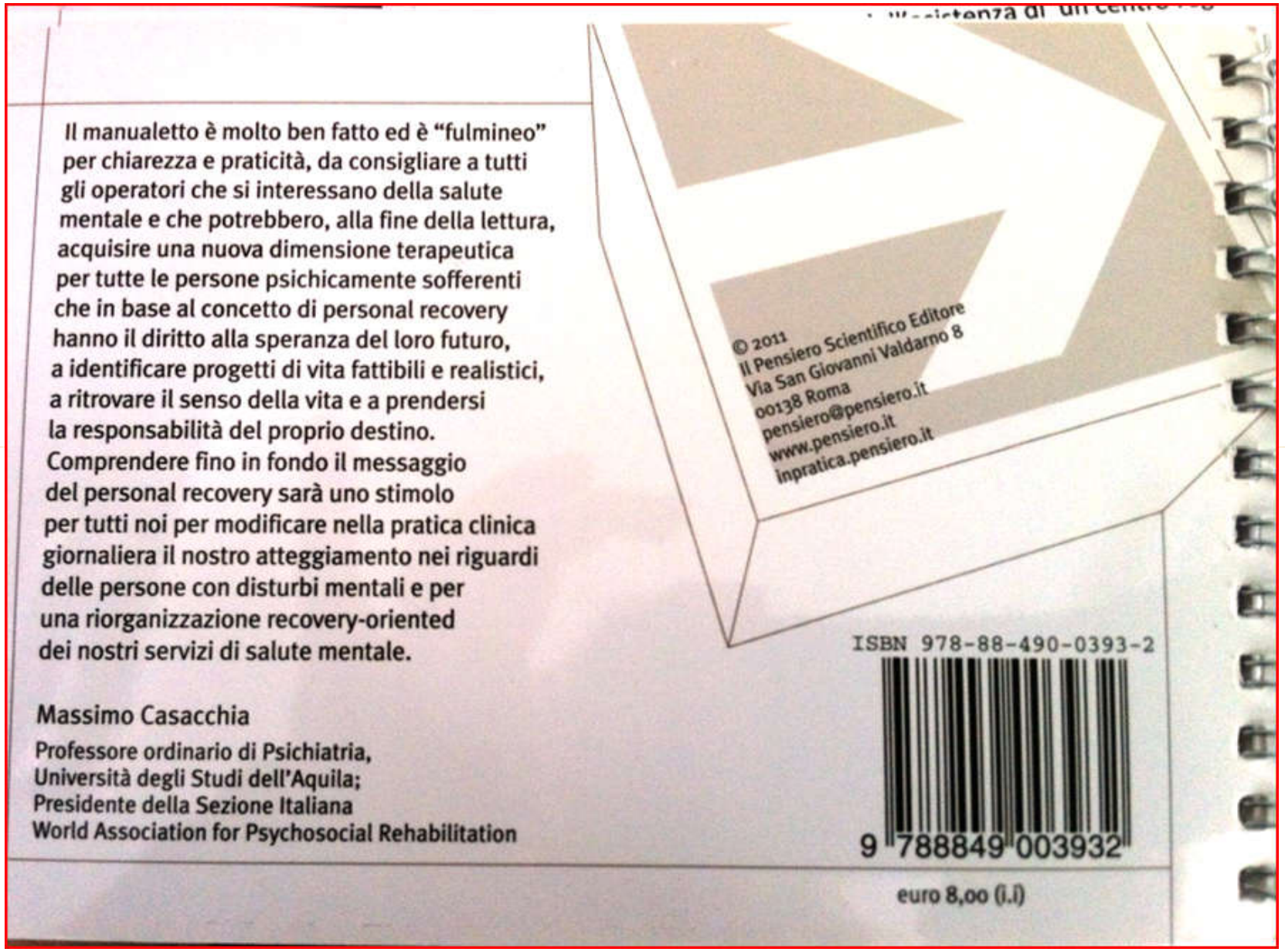
Personal recovery

Teoria e pratica della guarigione personale

Mike Slade



Il Pensiero Scientifico Editore



Il manualetto è molto ben fatto ed è "fulmineo" per chiarezza e praticità, da consigliare a tutti gli operatori che si interessano della salute mentale e che potrebbero, alla fine della lettura, acquisire una nuova dimensione terapeutica per tutte le persone psichicamente sofferenti che in base al concetto di personal recovery hanno il diritto alla speranza del loro futuro, a identificare progetti di vita fattibili e realistici, a ritrovare il senso della vita e a prendersi la responsabilità del proprio destino. Comprendere fino in fondo il messaggio del personal recovery sarà uno stimolo per tutti noi per modificare nella pratica clinica giornaliera il nostro atteggiamento nei riguardi delle persone con disturbi mentali e per una riorganizzazione recovery-oriented dei nostri servizi di salute mentale.

Massimo Casacchia
Professore ordinario di Psichiatria,
Università degli Studi dell'Aquila;
Presidente della Sezione Italiana
World Association for Psychosocial Rehabilitation

© 2011
Il Pensiero Scientifico Editore
Via San Giovanni Valdarno 8
00138 Roma
pensiero@pensiero.it
www.pensiero.it
inpratica.pensiero.it

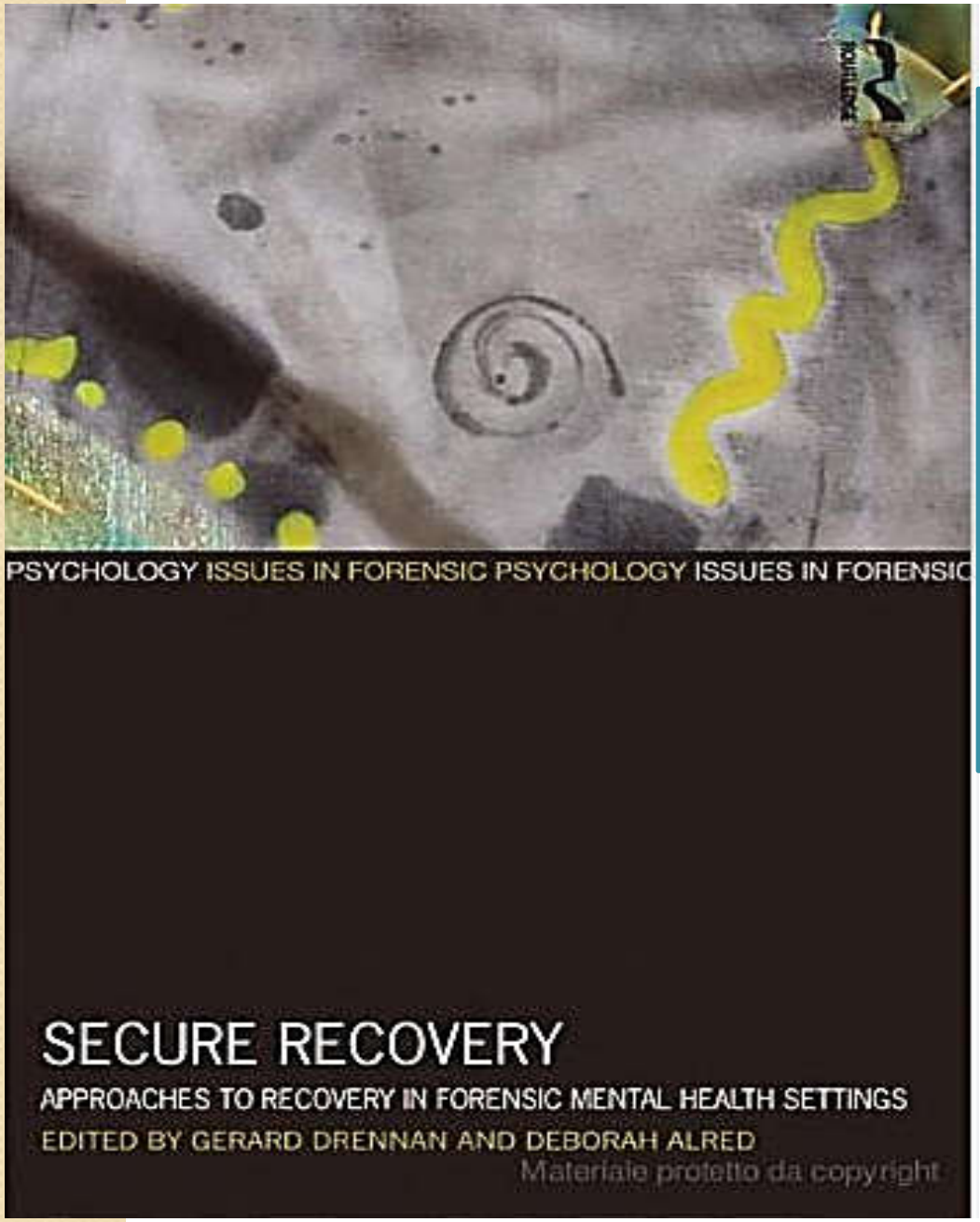
ISBN 978-88-490-0393-2

9 788849 003932

euro 8,00 (i.i)

… una positiva contaminazione……

- Il concetto di **Recovery** ha «contaminato» anche la psichiatria forense.
- A tal proposito il libro di Drennan & Alred rappresenta il primo contributo in tale area.



<<This volume will contribute to the creation of evidence based practice of the value of a recovery orientation across a range of forensic domains and populations, and in this way contribute to the emerging science of recovery>>

The term "RECOVERY" inspire optimism and hope…

REGULAR ARTICLE

Instilling Hope Into Forensic Treatment: The Antidote to Despair and Desperation

Marc Hillbrand, PhD, and John L. Young, MD

The importance of hope in the treatment of physical ills is well documented
treatment of mental illness. Hope, the expectation of achieving a goal, figu
influences that help forensic patients recover. The cognitive processes that fue
care often result in the loss of hope. Successful treatment requires the restor
progress through the phases of recovery. We review the extant literature on h
including the genesis of violence, mood, adjustment to physical illness, s
treatment, staff morale, and patient-centered care.

J Am Acad Psychiatry Law 36:90–4, 2008

«E un obiettivo essenziale del trattamento in ambito forense è quello di infondere e promuovere la speranza, contenendo la rabbia associata alla disperazione»

The scientific literature in most branches of medicine and psychology contains a balance of articles on disease processes and articles on treatments. Such a balance is true of general psychiatry and clinical psychology, but not of forensic psychiatry or forensic psychology.[1] A casual glance at recent issues of the leading journals in this field reveals that contributions about treatment are fewer, probably less than 10 percent. One way to rectify this inequality, following the path of such pioneers as Bergin and Garfield[1] and Frank and Frank,[2] is to investigate the nature of the curative influences that help forensic patients recover.

Many insanity acquittees experience the tense coexistence of powerful opposing forces. On the one hand is despair resulting from hopelessness and desperation, the recklessness that arises from despair. Together these propel individuals, first toward violence, and later toward a nihilistic stance about the possibility of healing. On the other hand, there is hope. At the time of the offense, most acquittees experience some degree of hopelessness. Residing at

Dr. Hillbrand is Director of Psychology and Dr. Young is Attending Psychiatrist, Connecticut Valley Hospital, Middletown, CT. Both are on the clinical faculty of the Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT. An earlier version of this paper was presented at the 16th Annual Meeting of the International Asso-

tional biases such as the egocentric bias, automatic thoughts, catastrophizing, dichotomous thinking, and personalization. He suggests that interpersonal losses, fears, and threats activate thoughts and later feelings that set the stage for aggression. Beck summarizes this process as follows:

> Loss and fear → distress → focus on the "offender" → feeling of anger → mobilization for attack [Ref. 3, p 31].

Thus, externally directed aggression involves a cognitive redirection from the self onto the perceived offender.

Hope plays a role in this process. Once an individual loses hope about the possibility of peaceful resolution for a painful situation in which he or she feels mistreated, removing it through retaliation becomes the only option. Scholars have used the term cognitive myopia to describe the single-minded and exclusive focus of angered people on what they experience as provocation.[4–6] When cognitive myopia leads in-

La recovery anche nei Disturbi di personalità!

Gillard *et al. BMC Psychiatry* (2015) 15:183
DOI 10.1186/s12888-015-0572-0

BMC Psychiatry

RESEARCH ARTICLE Open Access

Understanding recovery in the context of lived experience of personality disorders: a collaborative, qualitative research study

Steve Gillard[1*], Kati Turner[1] and Marion Neffgen[2]

Abstract

Background: Concepts of recovery increasingly inform the development and delivery of mental health services internationally. In the UK recent policy advocates the application of recovery concepts to the treatment of personality disorders. However diagnosis and understanding of personality disorders remains contested, challenging any assumption that mainstream recovery thinking can be directly translated into personality disorders services.

Methods: In a qualitative interview-based study understandings of recovery were explored in extended, in-depth interviews with six people purposively sampled from a specialist personality disorders' service in the UK. An interpretive, collaborative approach to research was adopted in which university-, clinical- and service user (consumer) researchers were jointly involved in carrying out interviews and analysing interview data.

Results: Findings suggested that recovery cannot be conceptualised separately from an understanding of the lived experience of personality disorders. This experience was characterised by a complexity of ambiguous, interrelating and conflicting feelings, thoughts and actions as individuals tried to cope with tensions between internally and externally experienced worlds. Our analysis was suggestive of a process of recovering or, for some, discovering a sense of self that can safely coexist in both worlds.

Conclusions: We conclude that key facilitators of recovery – positive personal relationships and wider social interaction – are also where the core vulnerabilities of individuals with lived experience of personality disorders can lie. There is a role for personality disorders services in providing a safe space in which to develop positive relationships. Through discursive practice within the research team understandings of recovery were co-produced that responded to the lived experience of personality disorders and were of applied relevance to practitioners.

Keywords: Recovery, Personality disorders, Lived experience, Discourse, Qualitative research, Collaborative research, Co-production of knowledge

ALT

- Non pensate che sia opportuno costruire dei corsi di formazione sul nuovo paradigma della Recovery d'intesa tra le due società WAPR Italia e SIRP?

BJPsych | The British Journal of Psychiatry (2015) 206, 445–446. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153817

Editorial

Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins?

Corrado Barbui and Benedetto Saraceno

Summary
On 30 May 2014 the Italian Parliament approved a new law regarding forensic psychiatric hospitals. Forensic psychiatric hospitals are facilities that admit individuals who have committed a criminal offence but lack criminal responsibility because of a mental disorder and are deemed as dangerous to public safety. Here we report the key aspects of the new legislation together with some critical considerations.

Declaration of interest
None.

Copyright and usage
© The Royal College of Psychiatrists 2015.

Corrado Barbui (pictured) coordinates the activities of the WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health and Service Evaluation at the University of Verona, Italy, and conducts research in the field of evidence-based clinical psychopharmacology and pharmacoepidemiology. Benedetto Saraceno is a psychiatrist who has made, and continues to make, a major contribution to global mental health, by his sustained and vigorous efforts for the advancement of psychiatry and mental health around the world, and particularly for those who are least able to speak for themselves.

The current legislative framework

In Italy, current procedures relating to the management of individuals with mental disorders who have committed a criminal offence are based on assessment of criminal responsibility and dangerousness. Criminal responsibility refers to the ascertainment of whether a person with mental disorder should be relieved of the consequences of criminal conduct. In the case of full criminal responsibility there is no special pathway and the person with mental disorder receives a sentence and standard mental health-care, including mental healthcare in prison. In cases where the court takes the decision that there is a lack of criminal responsibility, there are two possibilities. If the person is considered not dangerous to public safety, they are set free and they receive standard mental healthcare; whereas if the person is judged to be dangerous to public safety, they are admitted to a forensic psychiatric hospital or to an alternative sheltered facility. Dangerousness to public safety is then regularly assessed and an individual's classification as dangerous can be renewed or removed by the courts. If the latter, the person goes back into the community and standard mental healthcare is provided by community mental health services.[1]

Forensic psychiatric hospitals in Italy

Currently in Italy there are six forensic psychiatric hospitals with a total population of around 1000 individuals. Unfortunately, there is little epidemiological data on this population and on the quality of mental healthcare provided.[1] These facilities are obsolete, with heavy use of custodial staff. With the exception of one hospital, the quality of mental healthcare is seriously unsatisfactory, as pointed out by a warning of human rights violations issued by the Council of Europe in 2006. Another critical point is that in too many cases dangerousness to public safety, the key condition for not being discharged, is renewed and extended with no limit, on the basis of a lack of family and social conditions suitable for discharge, rather than on the basis of an assessment of individual factors, a phenomenon called 'white life sentence'.

The new legislation

Within this context, in April 2008 the Italian government issued a first decree that established a programme for progressive downsizing and closure of the six forensic psychiatric hospitals, transferring responsibilities and resources to the National Health System. In 2012, a new law (Law 9/2012) established that new residential facilities had to be developed to better meet the needs of providing intensive and high-quality mental healthcare to socially dangerous individuals with mental disorders under proper secure conditions. These small-scale facilities (no more than 20 individuals, up to 4 patients per bedroom) are intended to replace admissions to forensic psychiatric hospitals.

As initial implementation of these laws has been unsatisfactory, in May 2014 Law 81/2014 set deadlines and operational procedures that mandate regional authorities to strictly follow the following process. For individuals already admitted to forensic psychiatric hospitals, individualised discharge programmes must be developed within a given deadline; if dangerousness to public safety is renewed by the court, discharge programmes must assure secure conditions, which may include transition from a forensic psychiatric hospital to one of the newly established small-scale residential facilities or placement in the community under the adoption of less restrictive security measures.

For new cases, i.e. individuals with mental disorders who commit a crime and are deemed as dangerous to public safety, a similar pathway must be followed, including the possibility of admission to one of the newly established residential facilities. In exceptional circumstances, which must be documented, patients may still be admitted to, or not discharged from, a forensic psychiatric hospital, provided that there are no other therapeutic options that assure proper secure conditions. The deadline for final dismantlement of forensic psychiatric hospitals is the end of March 2015.

According to the new law, dangerousness to public safety can only be motivated by reasons related to the patient's individual characteristics, and can no longer be motivated by family, social and economic reasons, including the lack of an individualised mental healthcare programme. Additionally, the new law states that security measures can be renewed up to a maximum number of years that correspond to the sentence that would have been given if the individual had committed the same crime without

Ultimo, ma non meno importante ... il recente lavoro di Barbui e Saraceno sottolinea l'importanza della ricerca, in ambito forense la necessità suggerendo un registro epidemiologico.

Rivista di Psichiatria, in press

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari: a new deal per la salute mentale?

Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care?

MASSIMO CASACCHIA[1], MAURIZIO MALAVOLTA[1], VALERIA BIANCHINI[1], LAURA GIUSTI[1], VITTORIO DI MICHELE[2], PATRICIA GIOSUÈ[3], MIRELLA RUGGERI[4], MASSIMO BIONDI[5], RITA RONCONE[1], DIRETTIVO SEZIONE ITALIANA WORLD ASSOCIATION FOR PSYCHOSOCIAL REHABILITATION (WAPR)*

[1]Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università dell'Aquila
[2]Dipartimento di Salute Mentale, Pescara; Centro di Salute Mentale, Penne (PE)
[3]Dipartimento di Salute Mentale, Teramo; Centro di Salute mentale, Atri (TE)
[4]Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sezione di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, Università di Verona
[5]Dipartimento di Neurologia e Psichiatria, Sapienza Università di Roma
*Corinna Biancorosso, Roberto Bosio, Renata Bracco, Barbara D'Avanzo, Anna Felcher, Errico Landi, Patrizia Lorenzetti, Anna Meneghelli, Antonella Mastrocola, Davide Motto, Federico Origlia, Roberto Pardini, Augusto Righi, Martine Vallarino, Wilma Xocco.

RIASSUNTO. Il 31 marzo 2015 è entrata in vigore la Legge 81/2014 che ha decretato la chiusura definitiva dei sei Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia. Con tale legge viene tracciato un nuovo assetto assistenziale che prevede la messa in funzione di strutture alternative ai vecchi ospedali, quali le Residenze per Emissione delle Misure di Sicurezza (REMS), ma soprattutto viene promosso un nuovo approccio curativo-riabilitativo nei confronti della persona affetta da disturbo mentale autrice di reato, pericolosa socialmente, approccio finalizzato al recupero sociale con tempi misurati sui bisogni assistenziali personalizzati di tali soggetti. Dopo aver descritto sinteticamente quanto accade all'estero, il lavoro evidenzia gli aspetti positivi della legge che, nel suo complesso, è da considerare innovativa e ineludibile. Vengono passate in rassegna le principali criticità, quali: la mancata riforma del codice penale; l'equazione ritenuta non corretta tra infermità mentale e malattia mentale e pericolosità sociale; l'accertamento della pericolosità sociale, in base alle sole qualità soggettive della persona; la creazione delle REMS ritenute costose e impostate principalmente su criteri di sicurezza e meno su quelli della cura e della riabilitazione, il ritardo nella loro costruzione e il ricorso affannoso a strutture residenziali alternative; i confini incerti della responsabilità professionale che la legge non definisce. Vengono poi proposte diverse azioni che possono sostenere l'applicazione della Legge 81: azioni informative rivolte alla popolazione; azioni formative per gli operatori; potenziamento dell'attenzione sulla popolazione forense; attuazione di protocolli d'intesa e collaborazione con la magistratura. La responsabilità degli psichiatri dovrebbe restare soprattutto una responsabilità di cura, e non tramutarsi in una responsabilità di custodia, pena il ritorno a una missione neomanicomiale e neocustodialistica, sollecitando un impegno fattivo delle società scientifiche nell'affrontare tale tematica, con particolare riferimento alle società che si occupano di riabilitazione, coinvolte nelle problematiche relative all'identificazione dei percorsi di cura e riabilitazione che seguono al superamento degli OPG.

PAROLE CHIAVE: psichiatria forense, riabilitazione psicosociale, strutture residenziali.

SUMMARY. The date of March 31, 2015, following the Law 81/2014, has marked a historical transition with the final closure of the six forensic psychiatric hospitals in Italy. This law identifies a new pathway of care that involves small-scale high therapeutic profile facilities (Residenze per la Esecuzione della Misura di Sicurezza, REMS) instead of the old forensic psychiatric hospitals. The Law promotes a new recovery-oriented rehabilitation approach for the persons with mental disorders who committed a criminal offence, but lack criminal responsibility and deemed as socially dan-

CONCLUSIONI

- La complessità e la delicatezza degli argomenti che nascono da una reale chiusura degli OPG dovrebbero rappresentare uno stimolo alla **collaborazione di tutte le Società Scientifiche,** accanto ai Dipartimenti di Salute Mentale, con il coinvolgimento della Magistratura, dei familiari, degli utenti, nell'ottica dell'integrazione socio-sanitaria.

Aversa, 1 ottobre 2015

GRAZIE PER L'ATTENZIONE!