

— Dalla pericolosità “per sè e per gli altri” alla valutazione della “pericolosità sociale”

Concetti controversi in psichiatria clinica e forense

From harm “to oneself and others” to “social dangerousness”

A controversial assessment both in clinical and forensic psychiatry

di Mario Mantero, Silvia Cardazzi

Abstract. Abbiamo focalizzato l'attenzione sulla percezione di pericolosità generata dal paziente psichiatrico nella corrente cultura clinica e medico legale italiana per sollevare spunti di riflessione sul concetto di pericolosità sociale, termine controverso e vago, stigmatizzante e antiquato, eppure di viva attualità. Abbiamo anche commentato possibilità e limiti della valutazione della pericolosità sociale.

Abstract. We have focused our attention on the perception of social danger connected to the psychiatric patient as perceived by the law and by psychiatry in Italy. We have tried to capture the current general feeling for this controversial concept which is both obsolete and, at same time, vividly current. We also considered the assessment of social dangerousness in the forensic practice and the technical strong points as well as the limitations of such an evaluation.

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. La “pericolosità” del paziente psichiatrico e la posizione dei curanti. – 3. Il concetto di pericolosità sociale nella pratica psichiatrico forense. – 4. La valutazione della pericolosità sociale.

SUMMARY: 1. Foreword. – 2. The “dangerousness” of the psychiatric patient and the position of the caregivers. – 3. The concept of social dangerousness in psychiatric forensic practice. – 4. The assessment of social dangerousness.

1. Premessa.

Questo articolo vuole offrire alcuni spunti di riflessione sull’abuso del termine “pericolosità sociale” nella pratica clinica (e non solo), sulle contraddizioni rispetto alla natura del concetto stesso e sulla sua applicabilità nella valutazione peritale psichiatrico forense.

Si cercherà, quindi, di trattare in modo empirico il concetto di pericolosità sociale in correlazione all’esistenza di un disturbo mentale in grado di rientrare nell’ambito dell’infermità (di cui agli artt. 88, 89 e 90 c.p.), vale a dire nell’area delle anomalie comportamentali correlate a gravi infermità che abbiano determinato agiti aggressivi di natura fisica, sessuale o psicologica.

In realtà, il tema del reo pericoloso socialmente è molto più ampio e sfaccettato nelle sue declinazioni psicosociali. Pensiamo, ad esempio, alla pericolosità connessa a certi crimini informatici che possono essere commessi da persone disturbate ma non necessariamente incapaci e a comportamenti anti-normativi che esprimono un disagio sociale profondo ma che non sono inquadrabili come infermità.

Non ci poniamo quindi, in questa sede, l’obiettivo ultimo di rivedere in termini storici l’evoluzione del concetto stesso di pericolosità sociale poiché una tale analisi, pur molto interessante, andrebbe oltre i nostri scopi immediati.

Ci limiteremo, piuttosto, a riflettere sul concetto di pericolosità sociale in psichiatria forense, il quale, come è noto, meriterebbe oggi una revisione profonda e sostanziale per varie ragioni.

Innanzitutto perché, malgrado il prevalere in anni recenti di un più attento approccio trattamentale, il contenimento della pericolosità sociale del reo infermo di mente risente ancora di eccessi custodialistici. Ad esempio, consideriamo il rischio di nuove forme di alienazione intramuraria, come quelle che possono avvenire nelle odierne strutture residenziali e comunitarie, dopo l’avvenuta chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari del 2015. Il rischio, comunque presente, è quello di creare nuovi “automatismi”, meno evidenti ma comunque dannosi alle persone che, in continuazione con quanto avveniva in passato, possano portare al trattamento intramurario anche quando questo non è necessario oppure possano determinare l’estensione eccessiva della durata della misura di sicurezza applicata, finendo col ledere il diritto alla salute del reo.

Del resto, la tendenza ad utilizzare la psichiatria come emuntorio rispetto alle esigenze di funzionamento della società industriale è da tempo nota ed è connaturata con questo ordine sociale, poiché soddisfa la nostra percezione di sicurezza. Nemmeno il mondo giuridico, da a tutto ciò, può essere immune.

2. La “pericolosità” del paziente psichiatrico e la posizione dei curanti.

Il termine “pericolosità” porta lo psichiatra a confrontarsi con un concetto giuridico e non clinico.

Da molto tempo, infatti, questo termine è stato allontanato dal linguaggio tecnico della psichiatria che lo impiegava invece abitualmente negli anni lontani in cui prevaleva un atteggiamento custodialistico nella cura.

Erano i tempi in cui lo psichiatra usava formule come «pericoloso per sé e per gli altri», come si leggeva nei certificati di ricovero obbligatorio³.

Questa desueta terminologia, però, è talmente radicata che persiste ancora, impropriamente, nel linguaggio comune.

La moderna psichiatria italiana, quella successiva al 1978, anno della radicale trasformazione dovuta alle leggi 180 e 833 del 1978², non ha sensibilizzato neppure i clinici sul tema della pericolosità. Anzi, a dire il vero, questo termine è stato ostracizzato.

Dalla fine degli anni Settanta, la coazione al ricovero viene amministrata attraverso lo strumento del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), istituito permeato dalla preoccupazione di non ledere i diritti del malato attraverso la regolamentazione e limitazione del potere di ricovero obbligatorio in mano allo psichiatra, e le istanze custodialiste del controllo sociale sono state in parte superate. Infatti, sono state privilegiate le cure ambulatoriali sul “territorio”, attraverso rete di presidi atti a creare una psichiatria sociale e di comunità al servizio del malato.

In anni più recenti si sta assistendo ad una lenta ma costante ripresa dei concetti “antichi”, armati di una nuova preoccupazione garantista da cui traspare il graduale recupero di una sensibilità verso la pericolosità (sociale) del paziente psichiatrico.

Il mutamento non è avvenuto per un intervento legislativo ma per fattori culturali e di sensibilità sociale e giuridica. Come conseguenza, l'atmosfera di lavoro nei servizi psichiatrici è via via cambiata.

Pietra miliare del cambiamento è stata una sentenza della Cassazione che, nel 2008, ha introdotto nella *routine* dello psichiatra clinico nuovi concetti di provenienza giuridica³.

Primo fra tutti vi è il concetto di “posizione di garanzia”, che esprime una posizione di centralità e di responsabilità professionale dello psichiatra e del servizio di cura sui comportamenti del proprio paziente.

³ L. 14 febbraio 1904, n. 36, recante *Disposizioni sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati* (pubblicata nella gazzetta ufficiale n. 43 del 22 febbraio 1904).

² L. 13 maggio 1978, n. 180, recante *Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*, le cui disposizioni degli artt. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9 sono rimaste operative fino all'entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale (l. 23 dicembre 1978, n. 833)

³ Cass. pen., sez. IV, 14 novembre 2007 – 11 marzo 2008, n. 10795.

Ciò ha rafforzato il "senso" di responsabilità dello psichiatra sulla necessità di concretamente prevenire comportamenti violenti da parte del paziente psichiatrico, pena ipotetica il poter essere individuati come correi del paziente stesso per non avere garantito le cure idonee e i provvedimenti terapeutici che avrebbero potuto impedire il reato.

All'atteggiamento "anti psichiatrico" degli anni '70 in cui si voleva limitare i poteri coercitivi dello psichiatra si è quindi sostituito un atteggiamento garantistico che di fatto ha superato alcuni aspetti della rivoluzionaria legge 180/1978 e ha mutato la psichiatria terapeutica in una psichiatria giuridica con l'"obbligo di protezione" del paziente, aumentando il carico di ansia per le possibili ricadute sulla responsabilità professionale percepita dallo psichiatra.

Così affermano Ariatti, Casoria e Versari⁴ riferendosi all'omicidio oggetto della sentenza sopra citata:

«... posizione di garanzia a tutela del paziente, non solo per la salute soggettiva, ma finalizzata anche ad evitare eventi quali quello in concreto verificatosi, cioè l'atto omicidiario nei confronti dell'operatore»⁵.

E queste le parole riportate in sentenza:

«...vano sarebbe però trovare nella legge 180 una norma che confermi che [...] la tutela sanitaria obbligatoria prevista [...] sarebbe preordinata esclusivamente alla tutela del malato e non anche dei terzi. E' vero che lo scopo primario delle cure psichiatriche è quello di eliminare o contenere la sofferenza psichica del paziente; ma quando la situazione di questi sia idonea a degenerare – anche con atti di auto o etero aggressività – il trattamento obbligatorio presso strutture ospedaliere è diretto ad evitare tutte le conseguenze negative che la sofferenza psichica cagiona. È del resto illusorio separare le conseguenze personali... da quelle verso terzi; la manifestazione di violenza ed aggressività non reca danno solo al terzo aggredito ma anche all'aggressore»⁶.

Dalla necessità di difendersi dalle conseguenze e dagli incidenti nel proprio operato non può che uscire indirettamente rafforzata l'attenzione e la sensibilità verso la potenziale "pericolosità" di un malato di mente, sia sotto il profilo della autolesività sia sotto quello della potenziale "dannosità" a terzi.

D'altra parte, allo psichiatra clinico non viene mai chiesto direttamente di valutare la pericolosità del paziente, poiché esso si trova in una posizione terapeutica: egli subisce la pericolosità del paziente ma non è chiamato a esprimersi sul tema.

Oltre a questo, lo psichiatra clinico non ha facile accesso ai trascorsi giudiziari del paziente: la ricostruzione della storia anamnestica dei pazienti in carico ai servizi è spesso incompleta, non è sempre oggetto di attenzione specifica e indagatrice, e gli operatori non

⁴ R. Ariatti, M. Casoria, M. Versari, *La responsabilità degli operatori della salute mentale nella psichiatria di comunità*, relazione inedita presentata al Convegno tenutosi a Milano, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, il 18 novembre 2016.

⁵ V. *supra*, nota 3.

⁶ *Ibidem*.

hanno a disposizione dati certi da cui trarre informazioni rilevanti dato che le informazioni personali e sanitarie sono coperte dalla *privacy*.

3. Il concetto di pericolosità sociale nella pratica psichiatrico forense.

Diversa la situazione professionale dello psichiatra durante l'attività forense nella quale egli in qualità di consulente del giudice o delle parti processuali deve esprimersi in punto di pericolosità sociale.

Dopo la commissione di un reato e durante la perizia psichiatrica, il giudice, se lo riterrà opportuno, integrerà i quesiti rituali sull'imputabilità al momento dei fatti con una richiesta di approfondimento sulla presenza o meno della pericolosità sociale legata al vizio di mente eventualmente diagnosticato.

La valutazione della pericolosità sociale in psichiatria forense esprime un giudizio di probabilità che il reo, ritenuto infermo di mente e incapace all'esito di una perizia in tema di imputabilità, compia in futuro nuovi reati correlati al disturbo di cui è portatore e, per la competenza che gli spetta, lo psichiatra si pronuncia limitatamente alla pericolosità direttamente discendente dalla riscontrata incapacità di intendere e di volere.

Non si valuta quindi la generica tendenza antisociale ma lo studio di quei fattori incidenti sulla prognosi della malattia o meglio su quella componente di malattia che è direttamente causale rispetto al reato compiuto e alla possibilità di commissione di nuovi reati.

Il perito pertanto sarà chiamato a valutare la componente psichiatrica del comportamento del reo e ad esprimersi sulla probabilità che una nuova espressione di malattia o una possibile recidiva del disturbo psichiatrico rendano prevedibile la commissione di nuovi reati determinati da una condizione psicopatologica. Il tipico caso si verifica quando il reato assume nella lettura psichiatrica un valore di sintomo, ad esempio quando un paziente persecutorio aggredisce sulla base di un proprio delirio il presunto persecutore o quando un paziente schizofrenico aggredisce un passante sulla base delle proprie allucinazioni imperative.

In questi casi l'equazione garanzia di cura uguale prevenzione di nuovi reati trova una corrispondenza importante e il dibattito sulla imputabilità e anche sulla conseguente pericolosità sociale diviene relativamente lineare.

Anche in questo caso però rimarrà il dilemma, in realtà irrisolvibile, tra la possibilità che si sia trattato di un gesto isolato e invece la possibilità che vi sia una tendenza a reiterare nuovi reati per una intrinseca vocazione del periziando. Di nuovo la presenza anamnesticamente di un precedente reato rende il giudizio di pericolosità sociale più concreto e più sostanziata la richiesta di un programma di cure ed eventualmente di custodia per contenere il rischio di recidive ulteriori.

Decisamente più controverso è il caso in cui ci si trovi di fronte a disturbi mentali meno pervasivi ma complicati dalla presenza di più diagnosi, magari afferenti ai disturbi della personalità. Riteniamo sia opinione diffusa tra gli addetti ai lavori che la nosografia

sul tema dei disturbi della personalità sia forse la meno esaustiva e convincente dell'intero attuale impianto diagnostico della psichiatria.

Questa vacuità in fase diagnostica rende spesso più controverso l'accertamento sull'imputabilità nelle persone diagnosticate in quest'area psicopatologica.

La valutazione poi delle cause in grado di perturbare grandemente la capacità di intendere e di volere senza però escluderla del tutto deve confrontarsi anche con la sempre più diffusa tendenza all'abuso di sostanze psicotrope che complica e rende più grave, di fatto, il quadro clinico del periziando.

Infatti, la percentuale di pazienti che utilizzano sostanze illecite appare sempre più elevata nelle diagnosi di ricovero nei reparti di cura psichiatriche e le Aziende Sanitarie operano, in questi casi, con numero crescente di strutture accreditate per il lavoro sui pazienti con "doppia diagnosi"⁷ che necessitano di programmi di cura specifici.

Parte del lavoro del perito sarà delineare uno specifico programma di cura per questi casi complessi dove la concomitante presenza di disturbi da abuso di sostanze ("doppia diagnosi") aggrava sensibilmente la prognosi clinica e incrementa la pericolosità sociale dell'infermo.

4. La valutazione della pericolosità sociale.

La letteratura più classica e citata in ambito psichiatrico forense riconosce indicatori interni ed esterni della pericolosità sociale, dato che l'origine dei disturbi psichiatrici è bio-psico-sociale e quindi fattori di natura intrinseca e di contesto ambientale si intrecciano anche nel determinare insorgenza e ricaduta dei disturbi comportamentali.

Secondo Fornari sarebbero **indicatori interni di pericolosità sociale** i seguenti criteri:

- «- presenza e persistenza di una sintomatologia psicotica florida e riccamente partecipata a livello emotivo, alla luce della quale il reato assume "valore di malattia";
- assente consapevolezza di malattia (*insight*);
- non accettazione delle terapie prescritte; mancata o inadeguata risposta a quelle praticate (purché adeguate sotto il profilo qualitativo e del *range* terapeutico ed effettivamente somministrate);
- presenza di segni di disorganizzazione cognitiva e di impoverimento ideo-affettivo e psico-motorio (sensibile compromissione delle abilità sociali e delle risorse premorbose) che impediscano un compenso in tempi ragionevoli»⁸.

Sarebbero invece **indicatori esterni** che possono influire sulla pericolosità sociale

- «- Le caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, conglobamento, rifiuto, indifferenza);

⁷ E. Giampieri, A. Alamia, G.L. Galimberti, B. Tinghino, M. Resentini, M. Clerici, "Doppia diagnosi" e consumo di risorse sanitarie nel DSM. L'esperienza di Monza e Brianza, in *Journal of Psychopathology*, Vol. 19, 2013, pp. 199-207.

⁸ U. Fornari, *Trattato di Psichiatria forense*, UTET, 2005, p. 127.

- esistenza e adeguatezza dei Servizi psichiatrici di zona, disponibilità e capacità di formulare progetti terapeutici da parte degli stessi;
- possibilità di (re)inserimento lavorativo o di soluzioni alternative;
- tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto-reato;
- opportunità alternative di sistemazione logistica»⁹.

Si noti come gli indicatori esterni abbiano un'importanza almeno pari a quelli di tipo interno poiché esprimono una valutazione attenta del contesto, della cura e dell'adattamento sociale del reo.

In questo senso è fondamentale, e recentemente è stato ribadito anche attraverso una circolare dal Tribunale di Milano¹⁰, che il consulente del tribunale interagisca con i servizi preposti alla cura per confrontarsi sugli aspetti clinico terapeutici e valutare il programma terapeutico e riabilitativo da attuarsi. Ciò allo scopo di personalizzare il più possibile le esigenze di contenimento della pericolosità sociale e coniugarle con le possibilità di recupero e di cura.

A questo proposito, Tardiff propone una valutazione della pericolosità sociale ancora più sintetica ma molto interessante e frequentemente citata in materia di recidiva di comportamenti violenti, attraverso questi criteri:

- «- presenza di una psicosi florida, cioè caratterizzata da deliri o allucinazioni, o di un grave disturbo di personalità [...];
- storia clinica precedente caratterizzata da altri episodi di violenza agita; abuso di sostanze [...];
- assenza di una terapia farmacologica neurolettica, o la non risposta soddisfacente ad essa [...];
- bassa adesione alle terapie da parte del paziente, con tendenza a sottrarsi al trattamento [...];
- contesto familiare e sociale di riferimento sfavorevole, soprattutto per ciò che si riferisce a situazioni di isolamento relazionale»¹¹.

Per Tardiff assume importanza, a nostro avviso in modo molto opportuno, la presenza di "violenza agita" nella storia personale del soggetto da valutare.

Non possiamo dimenticare due omicidi tristemente collegati ad infermità di mente nell'autore di reato: il primo avvenuto nel 2007 in una comunità terapeutica emiliana, in cui un ospite affetto da una grave psicosi persecutoria accoltellò a morte un operatore durante una ripresa del disturbo¹². Più recentemente, in Lombardia nel 2017, l'ospite di una residenza protetta, anch'egli affetto da una sindrome persecutoria, uccise un'operatrice della struttura¹³. In entrambi i casi, nel passato remoto dei due omicidi, poi

⁹ *Idem*, p. 128.

¹⁰ Si veda l'art. 9 del Protocollo operativo in tema di misure di sicurezza psichiatriche per il Distretto di Milano, 12 settembre 2019.

¹¹ J. Tardiff, P.M. Marzuk, A.C. Leon, *Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital*, in *American Journal Psychiatry*, 154, 1997, pp. 89-92.

¹² Sul caso, v. Cass. pen., sez. IV, 14 novembre 2007 – 11 marzo 2008, n. 10795.

¹³ Cfr. l'articolo *Omicidio di Nadia Pulvirenti, rinvio a giudizio per gli imputati*, in *Brescia News*, 28 febbraio 2020.

ritenuti totalmente incapaci e socialmente pericolosi, era presente un crimine di sangue per cui erano già stati ritenuti non imputabili e socialmente pericolosi.

Vi sono poi veri e propri strumenti armati di ambizioni tecniche che consentono la formulazione di un punteggio che indica il rischio di recidiva nella violenza. Uno di questi, che utilizza una serie più articolata e integrata di possibili indicatori del rischio di violenza (si noti che non si parla di pericolosità sociale in senso giuridico, ma di comportamento violento) è l'HCR-20¹⁴ che si pone come obiettivo quello di individuare dei *markers* di rischio nel passato di vita del paziente, negli elementi clinici e nell'adattamento futuro. Si tratta di uno strumento complesso e non ancora validato su un campione italiano.

Comunque, data la natura giuridica e non clinica del concetto di pericolosità sociale, il suo accertamento non dovrà fondarsi in modo preminente sugli strumenti tecnici di valutazione dell'aggressività/violenza o sui test in generale, e dovrà invece privilegiare come fondamento valutativo l'unicità del caso e la sua complessità, nonché gli aspetti specifici della situazione in esame come, ad esempio, la gravità del reato, la modalità della sua esecuzione e l'atteggiamento tenuto dal periziando durante le indagini, il dibattimento e la perizia.

A tutti gli effetti, comunque, gli strumenti tecnici oggi a disposizione non sono sufficienti per poter giungere ad una valutazione esaustiva della pericolosità sociale in quanto alcuni possibili *markers* di rischio di violenza, quali l'impulsività, il discontrollo e la rabbia non si traducono sempre in indici di pericolosità sociale e non sono univocamente presenti. In altre parole, non sempre pericolosità sociale e violenza impulsiva o rabbiosa sono sinonimi.

Gli strumenti che tentano di quantificare un rischio di recidiva del paziente psichiatrico in comportamenti antisociali, forniscono sicuramente spunti di riflessione fecondi, ma d'altra parte, nessuna ipotetica certezza o garanzia di una previsione attendibile in grado di soddisfare realmente le aspettative del sistema della giustizia è al momento esistente.

Prevale, generalmente, da parte sia del perito sia degli operatori del sistema giudiziario, un atteggiamento cauto e prudente teso innanzitutto a scongiurare il rischio di commissione di nuovi reati, se necessario con l'applicazione di una misura di sicurezza.

D'altra parte, vi è grande attenzione a non travalicare nell'ambito dell'antico custodialismo.

In questo senso si sono compiuti rilevanti passi in avanti nel nostro sistema giudiziario, poiché negli ultimi decenni si è via via consolidata un'attenzione sempre più

¹⁴ K.S. Douglas, S.D. Hart, C.D. Webster, H. Belfrage, L.S. Guy, C.M. Wilson, *Historical-Clinical-Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview*, in *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 2014, pp. 93–108. L'HCR-20 è un tentativo di stimare la probabilità che pazienti con malattia mentale possano ripetere comportamenti violenti oltre a quello che ne ha determinato la cura/detenzione al fine di promuovere i necessari trattamenti individuali e le strategie preventive. È composto da 3 sottoscale rispettivamente per 10 fattori storici, 5 fattori clinici e 5 fattori di gestione del rischio. Viene generato un punteggio che potrebbe essere indicativo per un *cut-off* anche se non ancora univoco.

sensibile a scongiurare il rischio degli automatismi del passato nella perpetuazione della misura di sicurezza.

Sono ormai superati i tempi remoti in cui un paziente psicotico in preda alla propria sintomatologia, reo magari di aver gettato oggetti dalla finestra del proprio appartamento, finiva negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), con tempistica di permanenza talvolta indeterminata, per il rinnovarsi "automatico" del giudizio di pericolosità.

L'essere reo affetto da psicosi poteva quindi risolversi nell'applicazione di una misura di sicurezza intramuraria ben più prolungata ed afflittiva di qualsiasi altra previsione di pena erogabile al reo non infermo, capace al momento dei fatti.

Oggi, nel valutare la necessaria misura di sicurezza per il reo incapace si applica una gradazione sempre più attenta anche al grado di restrizione della libertà individuale necessario al contenimento della pericolosità sociale.

Si è anche sempre più consolidato il concetto di percorso riabilitativo e risocializzante per cui alla misura di sicurezza più restrittiva fanno seguito, nel programma di cure e trattamento, misure meno limitanti la libertà personale, fino ad arrivare in molti casi al trattamento extramurario.

Questa attività è ribadita ed esplicitamente richiesta al perito dal "Protocollo operativo in tema di misure di sicurezza psichiatriche per il Distretto di Milano, 12 settembre 2019, art 9, Tribunale di Milano".

Vi si legge:

«... il perito/consulente e di Servizi territoriali afferenti al DSMD operano in termini di fattiva collaborazione ai fini della individuazione di un idoneo Percorso Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI)».

Il perito nel sistema penale diviene quindi, anche e soprattutto nell'accertamento della pericolosità sociale, sempre più un agente di *liaison* tra il sistema della giustizia penale e il sistema sanitario, e questo suo ruolo di collegamento si traduce in una collaborazione con i servizi di cura e trattamento sempre più esplicita, auspicabile e invocata dallo stesso sistema della giustizia.

Bibliografia.

R. Ariatti, M. Casoria, M. Versari, *La responsabilità degli operatori della salute mentale nella psichiatria di comunità*, relazione inedita presentata al Convegno tenutosi a Milano, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, il 18 novembre 2016.

K.S. Douglas, S.D. Hart, C.D. Webster, H. Belfrage, L.S. Guy, C.M. Wilson, *Historical-Clinical Risk Management-20, Version 3 (HCR-20V3): Development and Overview*, in *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 2014, pp. 93 ss.

E. Giampieri, A. Alamia, G.L. Galimberti, B. Tinghino, M. Resentini, M. Clerici, *“Doppia diagnosi” e consumo di risorse sanitarie nel DSM. L’esperienza di Monza e Brianza*, in *Journal of Psychopathology*, Vol. 19, 2013, pp. 199 ss.

U. Fornari, *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET, 2015.

J. Tardiff, P.M. Marzuk, A.C. Leon, *Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital*, in *American Journal Psychiatry*, 154, 1997, pp. 89 ss.