

Manuale

Metodologia ed Efficacia

HKT-R

Assessment della **R**ecidiva **V**iolenta

Marinus Spreen | Eddy Brand | Paul Ter Horst | Angelo Puccia | Mauro Bardi | Stefan Bogaerts

INDICE

- 3** Introduzione
 - 4** HKT-R
 - 1 Interpretazione della misurazione
 - 2 Lo strumento
 - 3 I livelli di misurazione degli indicatori
 - 4 Valutazione clinica (finale) complessiva, personalizzata, strutturata e ponderata
 - 5 Fattibilità della valutazione clinica (finale) complessiva, personalizzata, strutturata e ponderata
 - 6 Per quali soggetti è adatto?
 - 7 Presupposti per la compilazione
 - 8 Sintesi dell'HKT-R in cinque passi
 - 9 Le probabilità attuariali di rischio dello studio sul campione 2004/2008 basate sui risultati totali (Tabella)
 - 11** Dominio storico
 - 28** Dominio clinico
 - 45** Dominio futuro
 - 54** Scheda di scoring HKT-R
 - Biografia del soggetto
 - Dominio storico
 - Dominio clinico
 - Dominio futuro
 - Risultato e valutazione finale
 - 73** Abbreviazioni
 - 74** Letteratura HKT
 - 76** Contatti per sessioni formative
- Allegato: Da HKT-30 a HKT-R - Ragioni metodologiche

INTRODUZIONE

L'HKT-Revision (HKT-R) è la versione aggiornata dell'HKT-30 (2002). A partire dal 2005, il team HKT-R, composto via via da professionisti diversi, lavora alla revisione dello strumento HKT-30. Una motivazione importante nella rielaborazione dell'HKT-30 è stata la necessità di rendere la check-list valida per diverse finalità. Questo strumento di valutazione di rischio rende possibile l'articolazione delle cause del rischio di recidiva violenta delle persone che hanno commesso reati violenti e richiesto permessi, misure alternative alla detenzione, ovvero di quelle che, incapaci di intendere e volere, stanno seguendo prescrizioni comportamentali da parte dei servizi che li hanno in carico. Inoltre, gli indicatori clinici di HKT-R possono essere usati per le misurazioni di monitoraggio costante (ROM, Routine Outcome Monitoring), in tal modo il trattamento clinico-forense può essere valutato e monitorato.

Fin dal 2005, diverse persone hanno contribuito alla creazione dell'HKT-R. I membri del primo team dell'HKT-Revision sono: Marinus Spreen (FPC Dr. S. van Mesdag, leader del progetto), Paul Ter Horst (FPK De Woenselse Poort), Bernadette Lutjenhuis (FPK de Beuken – Trajectum), Farid Chakhssi (FPC De Rooyse Wissel), Sylvia Lammers (FPC Oldenkotte), Hanneke Schönberger (EFP) e Eddy Brand (DJI). Le varie versioni di lettura sono state via via commentate da vari professionisti in ambito forense.

Grazie all'aiuto finanziario da parte dei fondi d'innovazione dell'Agenzia per le Istituzioni di Custodia (Custodial Institutions Agency - DJI) e da parte dell'Università di Tilburg, nell'arco di due anni è stato possibile condurre ricerche retrospettive di validità su larga scala sulla popolazione nazionale degli autori di reato incapaci di intendere e di volere che sono stati rilasciati, senza obblighi e condizioni, nel periodo 2004-2008 dalle Strutture

Psichiatrico-Forensi. Il dato sulla recidiva di reato riferito al campione nazionale studiato è stato fornito dal Centro di Ricerca e Documentazione del Ministero di Giustizia e Sicurezza Olandese (Research and Documentation Centre of the Dutch Ministry of Security and Justice - WODC).

Il campione nazionale studiato consiste in N= 347 ex pazienti psichiatrici autori di reati (M/F). La detenzione in ospedale psichiatrico-forense di questi pazienti è terminata nel periodo 2004-2008. Dal 2008, tali soggetti sono stati reinseriti nella società senza alcun controllo di tipo forense. I file di questi pazienti sono stati analizzati da studenti di psicologia provenienti da diverse università che, per tale scopo, hanno ricevuto una formazione intensiva di due settimane. Lo studio si è svolto in due località diverse: nel corso del primo anno, all'interno dell'Agenzia per le Istituzioni di Custodia e nel secondo anno, nel Centro di Psichiatria Clinico-Forense (Centre for Clinical Forensic Psychiatry - FPC) del Dr S. van Mesdag. Il Dr Bouke Wartna del WODC ha procurato i dati e le tabelle sulla recidiva del campione nazionale al team di studio. Dopo varie analisi e consultazioni con diversi terapeuti delle varie istituzioni coinvolte, il team ha creato il nuovo HKT-R. Facevano parte di questo team il leader del progetto Marinus Spreen, Erwin Schuringa (FPC Dr. S. van Mesdag), Paul Ter Horst (FPK De Woenselse Poort), Stefan Bogaerts (FPC De Kijvelanden/Università di Tilburg), Michelle Willems (Università di Tilburg) e Eddy Brand (DJI). Proprio come con l'HKT-30 (2002).

Marinus Spreen.

Team Leader del progetto HKT- Revision

Groningen, Novembre 2013

HKT-R

L'HKT-R è il sostituto dell'HKT-30. Le caratteristiche psicometriche di HKT-R sono state studiate e validate su 347 ex pazienti psichiatrici forensi (uomini e donne), tutti in trattamento obbligatorio e posti in libertà senza condizionale dal giudice nel periodo 2004-2008. Questo gruppo fa parte del 'campione nazionale degli ex pazienti psichiatrici' 2004-2008, su cui il Centro di Ricerca e Documentazione del Ministero di Giustizia e Sicurezza Olandese ha eseguito un monitoraggio delle recidive (Research and Documentation Centre of the Dutch Ministry of Security and Justice (WODC))¹. Una sintesi dello studio è visionabile nell'allegato 'da HKT-30 a HKT-R'.

1 Interpretazione della misurazione

L'HKT-R è uno strumento professionale di misurazione del rischio che contribuisce ad una valutazione clinica complessiva ponderata del rischio di recidiva violenta nei pazienti psichiatrico-forensi.

La recidiva violenta include reati violenti verso altri. Esempi di reati con violenza sono violazioni di proprietà aggravata, aggressione aggravata, reati sessuali, (tentato) omicidio colposo, incendio doloso con pericolo per le vittime. A pagina 17, nella tabella dell'indicatore 'H01 Precedenti penali', si trova una descrizione più dettagliata dei reati. I reati violenti sono di categoria 5 o superiore.

¹ Campione di studio 2004 – 2008 sulla recidiva monitorata dal WODC, consiste in 411 ex pazienti psichiatrico-forensi. Questo è il motivo per il quale sono comprese tutte le misure di sicurezza, quindi sia quelle con la condizionale che quelle massimizzate (altamente restrittive).

2 Lo strumento

L'HKT-R contiene 33 indicatori: 12 relativi alla storia personale del soggetto (H), 14 alla sua storia clinica (C) e 7 a previsioni future (F).

- Gli indicatori H prendono in considerazione la storia del soggetto fino all'arresto, secondo il tipo di reato (ossia il reato per il quale è stata imposta la misura di restrizione).
- Gli indicatori C riguardano il comportamento del soggetto nei 12 mesi precedenti la valutazione.
- Gli indicatori F riguardano la stima dei rischi che si prevedono di correre a seguito di una decisione di rilascio del soggetto, di un prolungamento del rilascio o del trasferimento in un altro istituto e/o di un reinserimento del soggetto senza supervisione da parte di operatori.

3 I livelli di misurazione degli indicatori

Tutti gli indicatori sono valutati su una scala a 5 punti, in ordine crescente da 0 a 4: 0 indica un rischio nullo o molto basso per il soggetto, mentre 4 indica un rischio molto elevato. Gli indicatori e i risultati sono illustrati per mezzo di ancore. Si tratta di punti di riferimento orientativi per la determinazione del valore di un indicatore. È bene notare che tali ancore non possono descrivere tutte le specifiche situazioni. Se la situazione in esame si discosta dalla descrizione dell'indicatore di massima (o punto di ancoraggio), si deve attribuire il punteggio in base alla falsariga della descrizione dell'indicatore: 0= nessun rischio, 2= rischio moderato e 4= rischio elevato.

4 Valutazione clinica (finale) complessiva, personalizzata, strutturata e ponderata

La funzione dell'HKT-R è quella di contribuire ad una valutazione clinica (finale) complessiva, personalizzata, strutturata e ponderata del rischio di recidiva violenta per la situazione (continuativa), con o senza supervisione del soggetto da parte dei professionisti.

La valutazione finale è:

- Personalizzata, perché vanno prese in considerazione le circostanze individuali e di contesto specifiche;
- Strutturata, perché tutti e 33 gli indicatori vanno compilati in modalità standardizzate;
- Ponderata, in quanto:
 - tutti i 33 indicatori, da soli o combinati tra loro, possono essere in relazione con il rischio di recidiva del soggetto;
 - le specifiche circostanze individuali e di contesto vanno ponderate in relazione al rischio di reato;
 - è contemporaneamente ponderato il rischio attuariale di reato basato sul punteggio totale (si veda la tabella 1, pag. 11);
- Clinica, perché riguarda anche i cambiamenti comportamentali correlati con l'aumento o la riduzione dei comportamenti a rischio.

Tra le varie situazioni (continuative) in cui è prevista una supervisione da parte di operatori, vi sono Istituti Regionali per Residenze Protette [Regional Institution for Housing under Supervision (RIBW)], l'Organizzazione di Salute Mentale (GGZ) e i suoi Istituti, tra cui istituti per persone mentalmente disabili, ecc., mentre per i casi 'senza supervisione da parte di professionisti' si

intendono le persone che abbiano un funzionamento autonomo nella società. Una valutazione clinica (finale) complessiva, personalizzata, strutturata e ponderata non è mai determinata solamente dagli indicatori di rischio dell'HKT-R. Infatti, nella valutazione globale, vanno inclusi anche i possibili fattori di protezione, le variabili individuali e di contesto, il rischio attuariale e la situazione in cui viene svolta la valutazione. Tutti questi fattori vengono ponderati per determinare una valutazione finale i cui risultati sono riassunti in una delle cinque categorie qui sotto descritte:

1. Basso
2. Tra basso e moderato
3. Moderato
4. Tra moderato ed elevato
5. Elevato

5 Fattibilità della valutazione clinica (finale) complessiva, personalizzata, strutturata e ponderata

La valutazione clinica (finale) complessiva, personalizzata, strutturata e ponderata, relativa al rischio di recidiva violenta basata sul HKT-R, ha validità per una durata massima di 12 mesi. Passati i 12 mesi, dovranno nuovamente essere valutati gli indicatori del dominio Clinico e Futuro. Nel caso in cui avvenga un reato violento prima della scadenza di questo periodo di validità, si dovrà eseguire una nuova valutazione.

6 Per quali soggetti è adatto?

L'HKT-R è adatto a soggetti di sesso maschile:

- colpevoli di reati violenti;
- prosciolti per infermità mentale per vulnerabilità psicotica

o disturbi della personalità gravi e incidenti;
 - prosciolti per infermità mentale per vulnerabilità psicotica e disturbi della personalità gravi e incidenti.
 L'HKT-R non è invece adatto per soggetti di sesso femminile e per uomini colpevoli di reati sessuali su vittime minorenni. Il gruppo di soggetti del campione 2004-2008 con questi precedenti commettevano nuovamente reati non violenti dopo un periodo medio di cinque anni. Motivo per cui non è stata possibile la convalida dell'HKT-R per questo gruppo. Le caratteristiche psicometriche dell'HKT-R sono state studiate sul 'campione nazionale di ex pazienti psichiatrico-forensi' nel periodo 2004-2008".

7 Presupposti per la compilazione

1 Per compilare l'HKT-R, vengono utilizzate diverse fonti d'informazione, come fascicoli giudiziari, cartelle cliniche, report di colloqui col soggetto, con il suo terapeuta (precedente) o con le persone della sua rete sociale, ecc.

2 Si consiglia di far compilare gli indicatori dell'HKT-R da almeno due valutatori con formazioni professionali differenti, in ottica interdisciplinare. Il primo sarà il professionista che ha seguito il soggetto durante il suo programma terapeutico negli ultimi 12 mesi (terapeuta principale), mentre il secondo sarà un operatore (diagnosta, ricercatore o terapeuta di altro dipartimento) che non abbia mai avuto una relazione terapeutica diretta con lui. I valutatori compilano l'HKT-R autonomamente e successivamente discutono per trovare un accordo condiviso sui punteggi definitivi dalla check-list e sulla valutazione clinica finale complessiva, personalizzata, strutturata e ponderata (si veda l'allegato 'Da HKT-30 a HKT-R').

8 Sintesi dell'HKT-R in cinque passi

La valutazione del rischio di recidiva tramite HKT-R si compone di 5 fasi

PRIMA FASE: VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI STORICI

Gli indicatori Storici si riferiscono al passato del soggetto fino alla condanna o alla esecuzione della pena o della misura di sicurezza per il reato che sta attualmente scontando (il reato per il quale la misura di restrittiva attuale è stata imposta dall'Autorità Giudiziaria). Le fonti d'informazione utili per questo ambito sono i precedenti penali, i report pro Justitia (per il caso italiano sono le relazioni dei Servizi e le relazioni di Polizia Giudiziaria), le relazioni del Servizio di libertà vigilata (UEPE), le cartelle cliniche, i report di test precedentemente effettuati, i report di precedenti ricoveri o supporti ambulatoriali, ecc.

Poiché gli indicatori Storici sono spesso individuati durante la fase introduttiva nell'Istituto di Contenzione, si possono tenere in considerazione anche le informazioni cliniche provenienti dai Servizi di Salute Mentale.

Di solito, una volta individuati, i risultati degli indicatori Storici sono invariabili. Può tuttavia capitare che, nel corso del trattamento, si abbiano a disposizione nuove informazioni sul passato del soggetto antecedente alla misura di restrizione. Se queste nuove informazioni hanno influenza sul risultato degli indicatori H, devono essere modificate di comune accordo - retroattivamente (anche nei database ufficiali).

SECONDA FASE: VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI CLINICI

Gli indicatori Clinici sono valutati in base al comportamento del soggetto durante i dodici mesi precedenti la valutazione. Gli indicatori clinici sono valutati sulla base

del comportamento del paziente durante i dodici mesi precedenti la valutazione. Nel caso in cui, ancor prima dei dodici mesi precedenti, si sia verificato un accadimento violento, esso va registrato ugualmente. Ad esempio, se un soggetto manifesta un comportamento impulsivo all'inizio del periodo di osservazione e non negli ultimi tre mesi, al momento della valutazione dell'indicatore, bisogna prendere in considerazione l'intero periodo. Fonti d'informazione utili per valutare gli indicatori Clinici sono, ad esempio, i resoconti quotidiani, le annotazioni (legali) mensili, i report multidisciplinari, le richieste di rilascio, le prescrizioni per rilasci prolungati, i colloqui col soggetto, i colloqui con i suoi operatori (terapeuti, educatori, assistenti sociali, ecc.), con le persone della sua rete sociale, ecc.

TERZA FASE: VALUTAZIONE DEGLI INDICATORI DI PREVISIONI FUTURE

Gli indicatori di Previsioni Future riguardano la valutazione del rischio quando ci siano i seguenti cambiamenti:

A. rilascio, prolungamento di rilascio, trasferimento in un nuovo istituto e/o; B. casi in cui il soggetto debba reinserirsi autonomamente nella società.

Per entrambi i casi, chi farà l'assessment deve chiedersi se siano state prese misure sufficienti riguardo agli aspetti pratici rilevanti (residenza, attività quotidiane e sostenibilità finanziaria) e in quale misura il soggetto abbia le abilità necessarie per cavarsela da solo e gestire adeguatamente le situazioni a rischio. La valutazione del rischio può essere effettuata basandosi su due situazioni:

A. con supervisione da parte di professionisti.

B. senza supervisione da parte di professionisti.

Le fonti d'informazione che possono essere utilizzate per la valutazione degli indicatori di Previsioni Future sono: accordi sull'eventuale trattamento in centri terapeutici

(ambulatoriali o in regime di ricovero) e informazioni su quanto il soggetto sia in grado di rispettare tali accordi. Possono essere rilevanti anche le informazioni sul modo in cui il soggetto sa gestire le proprie finanze, le proprie attività giornaliere, su come socializza, su come si occupa del proprio alloggio, ecc.

QUARTA FASE: DISCUSSIONE SUL FATTO-REATO

Durante la discussione con il soggetto, vengono individuati i fattori che hanno avuto un ruolo nello svolgimento del fatto-reato. In seguito vengono discussi gli indicatori e gli aspetti dinamici e genetici che hanno riguardato il comportamento criminale posto in essere. È necessario ordinarli sulla base di un punteggio che esprima la loro gravità (1, 2, ecc.). A tal fine si veda la sezione Posizione nella Gestione del Rischio (PGR) nella tabella dei risultati.

Dopodiché, viene determinato il risultato definitivo per ogni indicatore. Esempi di comportamento sono descritti nella tabella dei risultati per poter avere ulteriore conferma. Tale conferma può essere utile successivamente per la valutazione del trattamento, delle richieste di beneficio o dei provvedimenti in merito alla misura di sicurezza.

QUINTA FASE: DETERMINAZIONE DELLA VALUTAZIONE CLINICA FINALE COMPLESSIVA, PERSONALIZZATA, STRUTTURATA E PONDERATA, RELATIVA AL RISCHIO DI RECIDIVA

Dopo aver individuato i risultati di consenso per gli indicatori individuali, la valutazione clinica finale complessiva, personalizzata, strutturata e ponderata, relativa al rischio di recidiva violenta è stata determinata.

Tale valutazione si basa su:

- i risultati sugli indicatori HKT-R e la loro fondatezza;
- le informazioni sulle variabili individuali e di contesto specifiche relative al soggetto;

- la tabella con il rischio attuariale basato sui risultati completi (Tabella 1, pag.11).

Per determinare e giustificare il livello di rischio, viene specificato per ogni caso valutato, quali indicatori o combinazioni di indicatori dell'HKT-R siano da considerarsi a rischio per il soggetto. Una valutazione finale non è mai determinata solo tramite gli indicatori di rischio dell'HKT-R, vanno infatti presi in considerazione anche i possibili fattori di protezione, le caratteristiche individuali e di contesto, il rischio attuariale e la situazione di valutazione. La determinazione di una valutazione finale passa per il calcolo di tutti questi fattori e il risultato sarà uno dei seguenti 5 livelli di rischio:

- 1 Basso
- 2 Tra basso e moderato
- 3 Moderato
- 4 Tra moderato ed elevato
- 5 Elevato

9 Le probabilità attuariali di rischio dello studio sul campione 2004/2008 basate sui risultati totali

Per confermare la valutazione finale, è utile la Tabella 1.

Nella tabella 1, i risultati totali dell'HKT-R per n= 242 autori di reato violento di sesso maschile (inclusi i reati sessuali con adulti) ricompresi nello studio sul campione 2004/2008 sono divisi in tre categorie di rischio: basso, moderato ed elevato. Questa suddivisione è basata sull'incidenza di recidiva grave nel 'periodo medio di rischio' di cinque anni, nel gruppo di studio 2004/2008, secondo il monitoraggio sulla recidiva condotto dal WODC². L'incidenza media di recidiva grave di

² Bregman, I.M. & Wartna, B. (2011) *Recidive TBS 1974 – 2008. Ontwikkeling in de strafrechtelijke recidive van exterbekking-gestelden*. The Hague: WODC. Fact sheet 2011-6.

questo campione di studio, dopo cinque anni, era all'incirca del 30%. Nel campione di studio 1999/2003 di WODC troviamo la stessa percentuale di incidenza. Basandoci su questi dati, il 15% dei risultati più elevati tra i punteggi totali dell'HKT-R è stato etichettato come ELEVATO, il successivo 15% MODERATO ed il rimanente 70% dei risultati è nella categoria BASSO³. Successivamente, si è osservata la percentuale di recidivi violenti nelle tre categorie. La tabella di seguito proposta si riferisce alla percentuale dei recidivi violenti, suddivisi per categoria di rischio, appartenenti al campione di studio degli ex pazienti psichiatrico-forensi. All'11 luglio 2011, risultava una media di 5,2 anni senza trattamento psichiatrico-forense.

³ I limiti di categoria sono stati determinati basandosi su un campione di N=1000 persone bias-corrected-and-accelerated-bootstrap sample. Per questa ragione è stato preso in considerazione il valore di confidenza più basso del 99% che ha un margine di affidabilità dell'85% e del 70% (il primo 15% più elevato e il 30% dei risultati più elevati). Questo significa che il limite reale delle categorie del 99% delle opportunità si trova nei margini di intervallo. Vedere: Good, P. I. (2006). *Resampling Methods. A Practical Guide to data Analysis*. Birkhäuser Boston, 3rd edition.

Categoria	HKT- R risultati totali	Percentuale di recidivi (N)	Numero dei pazienti
Basso	0 - 42	16 (N=26)	162
Moderato	43 - 54	26 (N=10)	38
Elevato	55 o sup.	52 (N=22)	42
Totale		24 (N=58)	242

Tabella 1. Le probabilità di rischio del campione di pazienti psichiatrico-forensi 2004/2008 basate sui risultati completi di HKT-R.

La tabella 1 si legge nel seguente modo. Se il punteggio totale è più basso di 43, tra i N=162 criminali violenti di sesso maschile (inclusi i reati sessuali con adulti) del gruppo studiato 2004/2008, il 16% (N=26) è caduto in recidiva con reati violenti. Nella categoria Moderato, il 26% (N=10) di N=38 criminali violenti di sesso maschile è caduto in recidiva violenta e nella categoria Elevato, il 52% (N=22) di 42 criminali violenti di sesso maschile ha commesso nuovamente un reato violento.

ESEMPIO

Supponiamo di aver valutato un soggetto e che il suo punteggio finale dell'HKT-R sia pari a 60. Stando alla tabella, questo soggetto appartiene al gruppo a rischio ELEVATO. Tuttavia, la tabella è stata calcolata in base a dati di gruppo. Per individuare il suo rischio di recidiva specifico, si dovrà considerare il contesto personale del soggetto. Questi potrà presentare, ad esempio, specifici fattori che attenuano il rischio di recidiva, come una gestione adeguata del rischio, una buona rete sociale o uno stipendio fisso. Altri fattori da considerare nella valutazione finale sono l'impiego di farmaci, lo stato di salute, l'età, ecc. A questo punto, sarà possibile supportare in modo strutturato i motivi per cui il soggetto può essere inserito probabilmente in un'altra categoria, grazie al peso delle specifiche variabili individuali e di contesto.

N.B. In seguito alla valutazione clinica finale, pazienti con un elevato rischio secondo la tabella, possono presentare un basso rischio di recidiva violenta e pazienti con un basso rischio di recidiva violenta possono presentare un elevato rischio di recidiva. La tabella non indica mai una valutazione perfetta. Il responsabile dell'assessment deve, basandosi sul peso dei fattori clinici del soggetto e sui fattori di contesto, poter aumentare o diminuire il rischio di recidiva, valutare correttamente il caso del proprio soggetto, in modo da rendergli giustizia.

Dominio H

Il Dominio Storico

Tutti gli indicatori del dominio temporale (da H01 fino a H12 incluso) si riferiscono al periodo di vita dell'individuo precedente all'arresto per l'ultimo reato commesso e per il quale è stato condannato.

H01 PRECEDENTI PENALI

Allo scopo di determinare la gravità del caso giudiziario del soggetto, si classifica il numero dei diversi tipi di reato per i quali il soggetto è stato condannato durante la sua vita. L'operatore potrà tenere conto anche di tutte le accuse formulate e non esitate in una sentenza di condanna, potrà anche tenere conto dei comportamenti illeciti riferiti dal soggetto e mai registrati dall'Autorità di Polizia (dark number). A questo proposito si può utilizzare il certificato dei carichi pendenti o del casellario giudiziale. I reati sono classificati in dodici categorie⁴.

ISTRUZIONI PER IL PUNTEGGIO

- Aggiungete il numero delle diverse categorie di reati (vedete pag. 13), per i quali il soggetto è stato condannato.
- Includete l'indice dei reati.
- Se disponibili, dovranno essere tenute in conto anche: sanzioni amministrative per fatti gravi (ad es. indisciplina alla guida, misure di allontanamento da manifestazioni sportive, ecc.), per possesso di sostanze per uso personale, e sentenze di risarcimento del danno a seguito di condotte violente.
- Diversi tipi di reato possono essere contenuti nella medesima condanna (ad esempio stupro, furto e aggressione).
- Ognuno di questi reati deve essere preso in considerazione separatamente.

Compilate l'Indicatore H01' sul modulo per il punteggio in base alla seguente classificazione:

- 0** – Il reato del soggetto rientra nella categoria 1
- 1** – Il reato del soggetto rientra in 2 diverse categorie
- 2** – Il reato del soggetto rientra in 3 diverse categorie.
- 3** – Il reato del soggetto rientra in 4 diverse categorie.
- 4** – Il reato del soggetto rientra in 5 o più categorie differenti.

⁴ Questa classificazione è basata su Brand, E.F.J.M. (2005). *Onderzoekrapport PIJ-Dossiers 2003C*. The Hague, DJI.

Premessa di metodo.

I reati che sono indicati non rappresentano un elenco tassativo. Alcuni dei reati indicati sono stati depenalizzati dai Decreti Legislativi 15 gennaio 2016, n. 7 e n. 8. Detti reati sono comunque puniti con sanzioni amministrative o con sanzioni di altro genere.

Categoria 1: Reati alla guida, reati legati a disordine, indisciplina e molestia.

Questa categoria comprende tutte le condanne⁵ per reati previsti dal Codice della Strada, le sanzioni per la guida senza patente, le sanzioni che hanno a che fare con la guida pericolosa e l'eccesso di velocità e le sanzioni per la guida di veicoli sprovvisti di copertura assicurativa. Comprende anche i reati che hanno a che fare con: disordine, indisciplina e molestia. Ad esempio: Disturbo delle occupazioni o del riposo delle persone (art. 659 c.p.); Molestia o disturbo alle persone (art. 660 c.p.); Minaccia (art. 612 c.p.); Atti persecutori (art. 612 bis); Maltrattamenti in famiglia (art. 527 c.p.); Rissa (art. 588 c.p.); Disturbo in genere della quiete pubblica; Reati aggravati dall'odio etnico o razziale, o che hanno a che fare con l'odio etnico e razziale (D. L. 122/1993, n. 122, coordinato con la L. 205/1993); Violazione di domicilio (art. 614 c.p.); Resistenza a pubblico ufficiale (art. 337 c.p.); Oltraggio a pubblico ufficiale (art. 341 bis c.p.); Atti di intralcio al funzionamento della giustizia (artt. 337, 377 bis c.p.); Condotte che offendono il pudore, Traffico di immagini od oggetti che offendono il pudore (artt. 527, 528 c.p.); Ingiuria e Diffamazione (artt. 594, 595 c.p.); Ubriachezza manifesta in luogo pubblico (art. 688 c.p.); Atti contrari alla pubblica decenza (art. 726 c.p.); Accensioni ed esplosioni pericolose (art. 703 c.p.).

Categoria 2: Reati legati alla droga.

Questa categoria comprende tutte le condanne⁶ derivanti dalle violazioni delle leggi penali contro gli stupefacenti (artt. 72, 73, 74, 79, 80, 82, TU 309/90); ed alle sanzioni amministrative relative all'uso personale di stupefacenti (art. 75, TU 309/90).

Categoria 3: Reati di danneggiamento

Questa categoria comprende tutte le condanne⁷ relative al danneggiamento volontario di cose mobili e immobili (art. 635 c.p.), Deturpamento e imbrattamento di cose altrui (art. 639 c.p.).

Categoria 4: Reati contro il patrimonio e reati collegati e funzionali alla commissione di reati contro il patrimonio

Questa categoria comprende tutte le condanne⁸ in materia di reati contro il patrimonio e reati funzionali e connessi. Ad esempio: Furto, Furto in abitazione e altri furti aggravati (artt. 624, 625 bis, 625 c.p.); Truffa (art. 640 c.p.);

⁵ L'operatore potrà tenere conto anche di tutte le accuse formulate e non esitate in una sentenza di condanna, potrà anche tenere conto dei comportamenti illeciti riferiti dal soggetto e mai registrati dall'Autorità di Polizia (dark number). A questo proposito si può utilizzare il certificato dei carichi pendenti o del casellario giudiziale.

⁶ Cfr. nota supra

⁷ Cfr. nota supra

⁸ Cfr. nota supra

Appropriazione indebita (art. 646 c.p.); Insolvenza fraudolenta (art. 641 c.p.); Ricettazione (art. 648 c.p.); Reati contro la fede pubblica (artt. 453-498 c.p.); Falsa testimonianza [per ottenere indebiti vantaggi patrimoniali] (art. 372 c.p.).

Categoria 5: Reati che riguardano l'ordine pubblico e le armi

Questa categoria comprende condanne in materia di: Associazione per delinquere (art. 416 c.p.); Resistenza a pubblico ufficiale con lesioni; Reati che riguardano la fabbricazione, la cessione e la detenzione di armi (artt. 695 ss. c.p.; R.D. 18 giugno 1931 n. 773; Legge 18 aprile 1975, n. 110).

Categoria 6: Reati contro il patrimonio mediante violenza e minaccia

Questa categoria comprende condanne in materia di: Rapina (art. 628 c.p.); Estorsione (art. 629 c.p.).

Categoria 7: Reati che si realizzano attraverso aggressione

Questa categoria comprende condanne in materia di: Sequestro di persona a scopo di rapina o di estorsione (art. 630 c.p.); Sequestro di persona semplice (art. 605 c.p.); Lesioni personali (artt. 582 ss. c.p.).

Categoria 8: Reati che offendono la libertà sessuale

Questa categoria comprende condanne per reati contro la libertà sessuale che non riguardano minori, ad esempio: Violenza sessuale (art. 609 bis c.p.); Violenza sessuale aggravata (art. 609 ter c.p. [ad esclusione del n. 1) e del n. 5), del 5) sexies e dell'ultimo comma]; Violenza sessuale di gruppo (art. 609 octies c.p.); Violenza sessuale che provoca lesioni personali.

Categoria 9: Reati che offendono la libertà sessuale e che coinvolgono minori

Questa categoria comprende condanne in materia di: Violenza sessuale a carico di minori (di cui al n. 1), al n. 5), al 5) sexies, e di cui all'ultimo comma dell'art. 609 ter c.p.; e di cui all'art. 609 quater c.p.); Corruzione di minorenni (art. 609 quinquies c.p.); Adescamento di minorenni (artt. 609 undecies e dodecies c.p.); Prostituzione minorile (art. 600 bis c.p.); Pornografia minorile (artt. 600 ter ss. c.p.).

Categoria 10: Reati contro la vita

Questa categoria comprende condanne in materia di: Omicidio (art. 575 c.p.); Omicidio preterintenzionale (artt. 584, 585 c.p.); Morte come conseguenza di altro delitto (art. 586 c.p.); Omicidio colposo (art. 589 c.p.); Omicidio stradale (art. 589 bis c.p.).

Categoria 11: Reati che si realizzano attraverso incendio e fuoco

Questa categoria comprende condanne per Incendio (artt. 423 ss. c.p.).

Categoria 12: Reati contro la vita aggravati

Questa categoria comprende condanne per Omicidio aggravato (artt. 576, 577 c.p.).

H02 VIOLAZIONI CONCERNENTI LE PRESCRIZIONI FISSATE DALLA AUTORITÀ GIUDIZIARIA O DA ALTRA AUTORITÀ O SERVIZIO.

È necessario prendere in considerazione le violazioni delle prescrizioni fissate dalla Autorità Giudiziaria. Precisamente: prescrizioni fissate dall'Ufficio di Sorveglianza, prescrizioni fissate dal Tribunale Ordinario o da altra Corte, contenute di pene accessorie. Si deve tener conto anche di mancata compliance verso i trattamenti terapeutici (farmaci e psicoterapie), o non collaborazione verso le prescrizioni del personale sanitario. È necessario altresì prendere in considerazione le violazioni delle restrizioni o prescrizioni emesse da altra Autorità o Servizio.

ISTRUZIONI PER LA FORMAZIONE DEL PUNTEGGIO RELATIVO AL PUNTO H02:

- indicare il numero associato alle tipologie di violazioni contenute a pag. 19;
- indicare con '0' se nei confronti del soggetto non sono state mai assunte prescrizioni o se non si sono verificati episodi di violazioni di prescrizioni.

Compilare l'indicatore di cui al punto H02 sulla base del punteggio che segue:

- 0** – non sono mai state assunte prescrizioni, limitazioni e pene accessorie;
- 1** – si è verificata un tipo di violazione di prescrizioni, limitazioni e pene accessorie;
- 2** – si sono verificati due tipi di violazioni di prescrizioni, limitazioni e pene accessorie;
- 3** – si sono verificati tre tipi violazioni di prescrizioni, limitazioni e pene accessorie;
- 4** – si sono verificati quattro tipi violazioni di prescrizioni, limitazioni e pene accessorie.

Tipo 1: Allontanamento e fuga

Ogni episodio relativo a condotte di allontanamento dai luoghi prescritti, condotte di sconfinamento in luoghi interdetti, condotte di allontanamento da istituti, comunità, luoghi di lavoro, condotte di rientro ritardato in luoghi prescritti.

Tipo 2: Rifiuto

Ogni episodio relativo al rifiuto di assumere farmaci psicotropi o di sottoporsi ad altri trattamenti psicoterapeutici e sanitari.

Tipo 3: Sostanze

Ogni episodio relativo alla violazione di prescrizioni che interdicono l'assunzione, la detenzione e la cessione di alcol e sostanze psicotrope.

Tipo 4: Accordi e convocazioni

Ogni episodio relativo alla violazione di prescrizioni che riguardano convocazioni del soggetto per necessità di carattere giudiziario, amministrativo e/o trattamentale.

Tipo 5: Disturbo

Ogni episodio relativo alla violazione del regolamento di istituti di contenzione o altri luoghi ove è prevista la vita in comune.

Ogni episodio relativo ai disturbi e alle molestie nei confronti di altri ospiti o del personale di istituti di contenzione o altri luoghi ove è prevista la vita in comune.

Ogni episodio relativo al possesso e alla cessione di oggetti atti ad offendere e relativo al possesso ed alla cessione di immagini pedopornografiche.

In caso di possesso e cessione di alcol e sostanze si rinvia al 'Tipo 3'.

Tipo 6: Messa in prova

Ogni episodio relativo alla violazione del programma di messa in prova.

Tipo 7: Altre violazioni

Ogni altra violazione non contemplata nelle categorie sopra.

H03 ETÀ ALLA PRIMA CONDANNA

Le ricerche hanno dimostrato che vi è una relazione tra l'età della prima condanna e la recidiva violenta dopo il trattamento. Più giovane è il soggetto alla sua prima condanna, maggiore è il rischio di recidività violenta dopo il trattamento. Questo vale anche viceversa. Più adulto è il soggetto alla sua prima condanna, minore è il rischio di recidività violenta.

In ogni caso si fa rinvio al disposto di cui all'art. 224 c.p. (Minore non imputabile).

ISTRUZIONI PER IL PUNTEGGIO

- Rilevare la data della prima condanna del soggetto che è riportata nei rapporti o nei colloqui.
- Rilevare l'età del soggetto alla sua prima condanna o alla presa in carico da parte dei Servizi. Non deve trattarsi necessariamente di un reato violento.

Compilate l'Indicatore H03' sul modulo per il punteggio in base alla seguente classificazione:

- 0** – Il soggetto aveva almeno 31 anni.
- 1** – Il soggetto aveva tra i 19 e 30 anni.
- 2** – Il soggetto aveva tra i 16 e 18 anni.
- 3** – Il soggetto aveva tra i 15 e 14 anni.
- 4** – Il soggetto aveva meno di 14 anni.

NB. Nel caso in cui la persona abbia avuto dei contatti con la polizia precedentemente alla sua prima condanna, includete queste informazioni nella conclusione finale, se pertinenti.

H04 TIPOLOGIA DI VITTIMA

L'indicatore H01, relativo ai precedenti penali, riferisce la varietà di reati commessi dall'individuo. Le condanne per reati violenti e per i reati sessuali coinvolgono vittime. Talvolta queste vittime sono persone conosciute dal soggetto, talvolta sono persone sconosciute e talvolta sono persone sia conosciute sia sconosciute dal soggetto. Il numero delle vittime conosciute e sconosciute di reati violenti e di reati sessuali può essere interpretato come un'indicazione del grado di gravità del comportamento violento e incontrollabile del soggetto.

ISTRUZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

- Questo indicatore fa riferimento ai comportamenti fisicamente e sessualmente violenti che hanno caratterizzato la storia personale del soggetto; quali, ad esempio: omicidio, omicidio colposo, abuso, violenza, rapina, furto aggravato e atti sessuali su minori e sui familiari.
- Le vittime conosciute sono persone la cui identità è conosciuta al soggetto; quali, ad esempio: partner, familiari, vicini, colleghi, amici del vicinato e terapeuti.
- Le vittime sconosciute sono vittime la cui identità è sconosciuta al soggetto.
- Determinare la tipologia e il numero delle vittime per ogni condanna.

Compilare "l'indicatore H04" sul registro secondo la seguente classificazione:

- 0 – Non ci sono state condanne per violenza fisica o sessuale contro altre persone nella storia personale del soggetto.
- 1 – Ci sono state condanne per violenza fisica o sessuale contro una persona nella storia personale del soggetto. Questa persona può essere conosciuta o sconosciuta al soggetto.
- 2 – Ci sono state condanne per violenza fisica o sessuale contro due o più persone nella storia personale del soggetto. Tutte le vittime erano conosciute al soggetto.
- 3 – Ci sono state condanne per violenza fisica o sessuale contro due o più persone nella storia personale del soggetto. Tutte le vittime erano sconosciute al soggetto.
- 4 – Ci sono state condanne per violenza fisica o sessuale contro persone sia conosciute che sconosciute dal soggetto.

H05 RETE SOCIALE

Questo indicatore aiuta a classificare in quale misura il soggetto sia stato influenzato dalla rete di conoscenze, dall'ambiente criminale e/o da persone o da organizzazioni che approvino o tollerino la violenza nel corso della propria vita (fino alla commissione del reato violento). Instaurare o impegnarsi in un rapporto con persone con uno stile di vita criminale e/o antisociale è considerato rischioso. Inoltre avere un genitore che tolleri o incoraggi un comportamento criminale può essere considerato un fattore di rischio.

Talvolta la rete di conoscenze appartiene a una subcultura dominata da influenze negative. Subculture dei: teppisti; estremisti politici; appartenenti a culti distruttivi; soggetti dediti alla detenzione e scambio organizzati di pedo-pornografia; tifosi violenti.

ISTRUZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

- Determinare quali persone sono state importanti nella vita del soggetto nel corso della propria vita.
- Determinare quali persone hanno avuto un'influenza prosociale o antisociale sul soggetto.
- Determinare in che misura e da chi il soggetto è stato influenzato.
- Per i soggetti che hanno ricevuto un supporto prosociale (per es. la famiglia che ha voluto aiutarlo), ma non ne hanno beneficiato, assegnare un punteggio di almeno 3.
- Per i soggetti che non sono stati influenzati dal proprio ambiente caratterizzato da valori prosociali, assegnare un punteggio di almeno 3.

Compilare "l'indicatore H05" sul registro secondo la seguente classificazione:

- 0** – Il soggetto ha avuto un orientamento prosociale e/o una rete prosociale.
- 1** – Tra 0 e 2.
- 2** – Il soggetto è stato influenzato in parte negativamente da una rete di conoscenze criminali o antisociali, il soggetto è stato anche in parte positivamente influenzato da una rete di conoscenze prosociali.
- 3** – Tra 2 e 4.
- 4** – Il soggetto è stato coinvolto principalmente in una rete di conoscenze criminale o antisociale che ha influenzato negativamente il proprio comportamento criminale.

H06 PROBLEMI COMPORTAMENTALI PRIMA DEI DODICI ANNI (DISTURBI DELLA CONDOTTA)

Questo indicatore fa riferimento alla misura in cui il soggetto ha manifestato problemi comportamentali prima dei dodici anni, ciò secondo diversi riscontri situazionali. Si considerano comportamenti specifici, quali l'assenteismo scolastico, le sospensioni, la ripetizione di alcune classi, impulsi comportamentali violenti, furti, incontrollabilità, problemi di sindrome da deficit di attenzione e iperattività, bullismo e comportamenti sessualmente devianti.

ISTRUZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

- Determinare se la manifestazione del comportamento problematico è avvenuto durante i primi dodici anni di vita del soggetto e a quali conseguenze abbia portato.
- L'interiorizzazione e i problemi ossessivi quali timidezza, ansia sociale e bassa autostima non vengono valutati.

Compilare "l'indicatore H06" sul registro secondo la seguente classificazione:

- 0** – Nessun problema comportamentale è stato riscontrato durante i primi dodici anni del soggetto.
- 1** – Sono stati segnalati problemi comportamentali, ma non sono stati riferiti ulteriori dettagli.
- 2** – Si sono verificati problemi comportamentali, non violenti, ma comportamenti verbalmente ostili.
- 3** – Si sono verificati problemi comportamentali (con o senza violenza) che hanno portato a seri problemi nei rapporti con gli altri, ad esempio a scuola o in famiglia.
- 4** – Si sono verificati seri problemi comportamentali (con o senza violenza) fino a richiedere un interesse dei Servizi Sociali e/o un allontanamento da casa.

H07 VITTIMA DI VIOLENZA DURANTE L'INFANZIA (PRIMA DEI 18 ANNI)

Anche in presenza di problemi comportamentali specifici durante l'infanzia (vedi H06), è importante determinare i casi in cui il soggetto, durante i primi diciotto anni di vita, sia stato vittimizzato attraverso: abusi, trascuratezza, incurie e abusi assistiti.

Questa conoscenza è importante per comprendere la qualità delle relazioni attuali del soggetto.

Tale informazione ha anche un valore predittivo sul futuro comportamento antisociale e/o violento.

ISTRUZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

- L'abuso viene definito come un comportamento che travalica i limiti dal punto di vista emozionale, fisico o sessuale a danno del soggetto.
- L'incuria viene definita come incuria fisica, emotiva o pedagogica da parte di chi ha accudito il soggetto. L'incuria si verifica quando non sono state soddisfatte le necessità di base del soggetto. Ne sono esempio i casi dei bambini abbandonati a se stessi a casa in giovane età; dei bambini che sono stati nutriti in modo sostanzialmente insufficiente, male o in modo irregolare; dei bambini che sono stati vestiti con abiti laceri o della taglia sbagliata; dei bambini che hanno ricevuto cure mediche insufficienti o sono stati sistematicamente deprivati di attenzioni o affetti. Tuttavia è da tenersi in considerazione che anche l'estrema tolleranza di chi ha accudito il bambino o l'assenza di fissazione di limiti nei suoi confronti, sono considerati quali incuria.

- La sottoposizione a lungo e/o di frequente del soggetto ad atti di bullismo può essere interpretata come una forma di abuso.
- Se il soggetto ha assistito in diverse occasioni ad atti di violenza, o di violenza sessuale, può essere considerato un abusato cronico.
- Determinare se il soggetto sia stato vittima di abuso e/o incuria durante l'infanzia (fino all'età di diciotto anni).

Compilare "l'indicatore H07" sul registro secondo la seguente classificazione:

- 0** – Fino all'età di diciotto anni il soggetto non è mai stato vittima o testimone di violenza.
- 1** – Si sono verificati incuria e/o abusi fino ai diciotto anni.
- 2** – Si è verificata incuria cronica (probabilmente con abusi connessi) fino ai diciotto anni.
- 3** – Si è verificato abuso cronico (probabilmente con incuria connessa) fino ai diciotto anni.
- 4** – Si sono verificati incuria cronica e abuso cronico fino ai diciotto anni.

H08 PRECEDENTI PER ASSISTENZA SOCIALE E SANITARIA

Le cure somministrate sono considerate in relazione alla gravità e cronicità dei problemi sociali e psichici del soggetto. La gravità è in parte determinata dalla natura (ambulatoriale/ricovero) e/o dal numero di ricoveri in reparti psichiatrici, in REMS, in istituti per la cura delle dipendenze.

È utile prestare attenzione ai contatti con le Strutture/Servizi di diagnosi e cura in merito ai problemi comportamentali o di adattamento (disturbi dell'attenzione, impulsività, disturbi della concentrazione, ecc).

Il contatto e il ricovero per patologie fisiche non sono classificati.

ISTRUZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

- Registrare sia i contatti ambulatoriali sia quelli intra moenia con le istituzioni di cura nel corso della vita del soggetto. Per contatti ambulatoriali si intende che il soggetto resta a casa propria e che visita con frequenza il Servizio di cura dal quale riceve la terapia. Per assistenza intra moenia si intende che il soggetto è stato ammesso presso una struttura dalla quale riceve la terapia (ricovero clinico).
- Distinguere tra contatto d'assistenza volontario e obbligatorio. Il soggetto si considera affidato all'assistenza volontaria quando cerca l'aiuto di un istituto/servizio di sua spontanea volontà. Il soggetto si considera affidato all'assistenza obbligatoria quando un ordine della amministrazione o del magistrato lo costringe a ricevere la terapia (es. TSO).

Per questo indicatore non ha importanza se il soggetto ha terminato il programma di assistenza sanitaria volontaria o obbligatoria.

Compilare "l'indicatore H08" sul registro secondo la seguente classificazione:

- 0** – Non ci sono stati nel passato contatti con strutture/ servizi d'assistenza.
- 1** – In passato ci sono stati solo contatti d'assistenza volontari (ambulatoriali e/o intra moenia).
- 2** – In passato ci sono stati contatti d'assistenza obbligatori ambulatoriali o intra moenia (ma non entrambi). In aggiunta ci sono stati anche contatti d'assistenza volontari.
- 3** – In passato ci sono stati contatti d'assistenza obbligatori sia ambulatoriali sia intra moenia. In aggiunta ci sono stati anche contatti d'assistenza volontari.
- 4** – In passato ci sono stati solo contatti d'assistenza obbligatori (ambulatoriali e/o intra moenia).

H09 STORIA LAVORATIVA

La storia lavorativa indica il grado della funzionalità (o disfunzionalità) della vita del soggetto a livello sociale. La storia lavorativa è importante in quanto fa riferimento al fatto che il soggetto sia o meno in grado di sostenere impegni lavorativi a lungo termine e che il soggetto sia in grado di guadagnarsi da vivere in modo indipendente e procurarsi mezzi di sostentamento. I problemi a questo livello costituiscono un forte predittore per la recidiva dopo la liberazione.

ISTRUZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

- Determinare la storia professionale nel corso della vita del soggetto, fino al momento in cui il reato è stato commesso.
- Con lavoro si intende: un lavoro subordinato, un lavoro da libero professionista o imprenditore o volontariato con orari e compiti stabiliti. Per i minorenni, il punteggio può essere determinato dalla storia scolastica; i problemi al lavoro possono essere aggiunti.
- I problemi lavorativi sono definiti come problemi al lavoro e/o problemi a scuola (nel caso in cui il soggetto sia molto giovane) provocati dal comportamento del soggetto.
- La gravità dei problemi lavorativi può essere determinata con le seguenti domande:
 - Il soggetto ha incontrato la soddisfazione dei suoi datori di lavoro?
 - Il soggetto ha avuto problemi con (numerosi) datori di lavoro, ad esempio: frequenti ritardi, conflitti (fisici) con i sovraordinati e/o i colleghi e/o i clienti?

- Il soggetto ha cambiato spesso lavoro perché lo trovava troppo noioso e/o monotono?
- Il soggetto è stato spesso licenziato a causa del proprio comportamento problematico?
- Il soggetto ha avviato numerose attività in proprio che poi sono fallite?

- Se il soggetto non ha mai lavorato, assegnare un punteggio di 4 a meno che non sia ancora a scuola.
- Se il soggetto non è in grado di lavorare a causa di un handicap fisico o mentale assegnare un punteggio di 0.

Compilare "l'indicatore H09" sul registro secondo la seguente classificazione:

- 0** – Il soggetto non ha avuto problemi nella propria storia lavorativa (storia scolastica).
- 1** – A un certo punto si sono verificati problemi lavorativi (problemi al lavoro o problemi a scuola), benché non abbiano causato un cambio di lavoro (datore di lavoro)/scuola.
- 2** – Talvolta si sono verificati problemi di lavoro, qualche volta hanno portato alle dimissioni del soggetto e/o a un periodo di disoccupazione (non attribuibile al mercato occupazionale) o problemi scolastici che hanno portato alla sospensione e/o a lunghi periodi di assenza.
- 3** – Si sono verificati frequenti problemi di lavoro che hanno portato al cambio di lavoro e/o a diversi periodi di disoccupazione (diversi cambi di scuola per colpa propria, ripetute assenze).
- 4** – Una storia lavorativa molto problematica e discontinua (una carriera scolastica molto problematica e interrotta).

H10 STORIA DI DIPENDENZA

La storia di dipendenza del soggetto è tracciata mediante quattro sotto-indicatori:

- alcol (H10A),
- droghe leggere (H10B),
- droghe pesanti (H10C)
- altre dipendenze (H10D), come ad esempio dipendenza da gioco d'azzardo, dipendenza dal sesso, dipendenza da internet e dipendenza da farmaci.

Ciascun indicatore riguarda la frequenza d'uso e gli effetti negativi che ne conseguono. Si realizza una diagnosi nell'arco della vita, dalla prima occasione di uso del soggetto fino al momento dell'accertamento del fatto. Inoltre, è necessario prendere in considerazione anche gli effetti da abuso di sostanze sul comportamento sociale dell'individuo.

ISTRUZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

- Ci sono tre tipi di sostanze: alcol (H10A), droghe leggere (H10B) e droghe pesanti (H10C). I farmaci possono causare dipendenza, ma appartengono all'indicatore altre dipendenze (H10D).
 - L'unica droga leggera è la cannabis. Altri nomi per indicare la cannabis sono marijuana, Maria, ganja, erba e fumo. La cannabis viene solitamente fumata.
 - Le seguenti sono considerate droghe pesanti:
 - oppioidi, come ad esempio eroina, morfina, metadone e altri oppiacei;
 - psicostimolanti, come cocaina, amfetamina e altre sostanze stimolanti;
 - Allucinogeni, come MDMA, LSD, PCP, funghi psichedelici, GHB e altri allucinogeni;
 - Altre sostanze.
 - Le altre dipendenze comprendono qualsiasi dipendenza che sia stata diagnosticata o presa in considerazione all'interno del piano di trattamento del soggetto. Si include tra queste dipendenze:
 - dipendenza da farmaci (benzodiazepine, sonniferi, antipsicotici e altri farmaci);
 - dipendenza da gioco d'azzardo;
 - dipendenza sessuale;
 - dipendenza da internet;
 - altro.
- Somma i punti dei sotto-indicatori H10A, B, C e D (vedi pagina 28) e compila l'Indicatore H10' nella scheda dei risultati secondo la seguente classificazione:
- 0** – La somma dei quattro indicatori di dipendenza è 0.
 - 1** – La somma dei quattro indicatori di dipendenza è 1, 2 o 3.
 - 2** – La somma dei quattro indicatori di dipendenza è 4, 5 o 6.
 - 3** – La somma dei quattro indicatori di dipendenza è 7, 8, 9, 10 o 11.
 - 4** – La somma dei quattro indicatori di dipendenza è 12 o più di 12.

H10A ALCOL

- 0** – Il soggetto non ha fatto uso di alcol.
- 1** – Il soggetto ha assunto alcol, ma questo uso non ha condotto ad alcun problema.
- 2** – Il soggetto occasionalmente ha avuto problemi causati dall'uso di alcol.
- 3** – L'uso di alcol da parte del soggetto ha spesso condotto a comportamenti socialmente pericolosi (disordine finanziario, violenza verbale e disturbo della quiete pubblica) ma NON a violenza fisica nei confronti di altre persone.
- 4** – L'uso di alcol da parte del soggetto è chiaramente legato ad un comportamento violento fisico.

H10B DROGHE LEGGERE

- 0** – Il soggetto non ha fatto uso di droghe leggere.
- 1** – Il soggetto ha assunto droghe leggere, ma questo non ha condotto ad alcun problema.
- 2** – Il soggetto occasionalmente ha avuto problemi causati dall'uso di droghe leggere.
- 3** – L'uso di droghe leggere da parte del soggetto ha spesso condotto a comportamenti socialmente pericolosi (disordine finanziario, violenza verbale e disturbo della quiete pubblica) ma NON a violenza fisica nei confronti di altre persone.
- 4** – L'uso di droghe leggere da parte del soggetto era chiaramente legato ad un comportamento violento fisico.

H10C DROGHE PESANTI

- 0** – Il soggetto non ha fatto uso di droghe pesanti.
- 1** – Il soggetto ha assunto droghe pesanti, ma questo non ha condotto ad alcun problema.
- 2** – Il soggetto occasionalmente ha avuto problemi causati dall'uso di droghe pesanti.
- 3** – L'uso di droghe pesanti da parte del soggetto ha spesso condotto a comportamenti socialmente pericolosi (disordine finanziario, violenza verbale e disturbo della quiete pubblica) ma NON a violenza fisica nei confronti di altre persone.
- 4** – L'uso di droghe pesanti da parte del soggetto era chiaramente legato ad un comportamento violento fisico.

H10D ALTRE DIPENDENZE

- 0** – Il soggetto non presenta alcuna altra dipendenza.
- 1** – L'altra dipendenza del soggetto ha condotto ad alcuni problemi di natura lieve.
- 2** – L'altra dipendenza del soggetto ha spesso condotto a comportamenti socialmente pericolosi (disordine finanziario, violenza verbale e disturbo della quiete pubblica) ma NON a violenza fisica nei confronti di altre persone.
- 3** – L'altra dipendenza del soggetto è indirettamente legata ad un comportamento violento fisico.
- 4** – L'altra dipendenza del soggetto è chiaramente legata ad un comportamento violento fisico.

H11 INSTABILITÀ RELATIVA ALLE CONDIZIONI DI VITA

L'instabilità delle condizioni di vita va interpretata come indicatore della gravità e cronicità dei problemi sociali e psichici della persona. L'instabilità implica, ad esempio, che il soggetto sia stato senzatetto a causa del proprio comportamento.

ISTRUZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

- Le passate condizioni di vita sono, da principio, esaminate dal diciottesimo anno di vita del soggetto. Nel caso il soggetto già vivesse autonomamente (con o senza assistenza) prima di quell'età, le condizioni di vita passate del soggetto vanno esaminate a partire dall'anno in cui questo ha cominciato a vivere autonomamente.
 - L'instabilità relativa alle condizioni di vita si manifesta in periodi nei quali il soggetto è senza fissa dimora o si trova costretto a (frequente) trasferimento dovuto a comportamenti problematici.
 - La gravità dei problemi legati alle condizioni di vita può essere determinata tramite le seguenti domande:
 - Il soggetto ha vissuto autonomamente dall'età di diciotto anni senza alcun problema?
 - Il soggetto ha avuto problemi di sfratto, di liti con il vicinato, di disturbi nel quartiere, di mancati pagamenti del canone di locazione dell'appartamento e morosità nel pagamento delle spese condominiali, di condizioni di vita ant igieniche?
 - Il soggetto cambia spesso casa a causa del suo comportamento, per impulso o desiderio di fuga dal quartiere?
- Il soggetto ha avuto periodi in cui è stato senzatetto?
 - Il soggetto ha trascorso la notte in un rifugio per i senzatetto?
 - Il soggetto spesso passa la notte da conoscenti?
- La diagnosi psichiatrica del soggetto non è presa in considerazione nel determinare la gravità dei problemi legati alle condizioni di vita. L'instabilità di condizioni di vita passate rientra nei risultati quando è causata da disordine psichiatrico, cioè per soggetti inclini a psicosi o soggetti con disturbo borderline di personalità.

Compila l'Indicatore H11' nella scheda dei risultati secondo la seguente classificazione:

- 0** – Il soggetto non ha avuto alcun problema riguardo le sue condizioni di vita.
- 1** – Il soggetto ha avuto problemi riguardo le sue condizioni di vita durante un certo periodo, ma questo non ha condotto alla condizione di senzatetto o a trasferimenti di residenza.
- 2** – Il soggetto ha avuto sporadici problemi legati alle sue condizioni di vita. In alcuni casi questo ha portato per un periodo alla condizione di senzatetto e/o a trasferimenti di residenza.
- 3** – Il soggetto ha trascorso diversi periodi da senzatetto e/o si ha trasferito la residenza parecchie volte, a causa del suo comportamento problematico.
- 4** – Il soggetto ha avuto condizioni di vita estremamente problematiche e discontinue; il soggetto non era in grado di vivere autonomamente.

H12 INSTABILITÀ PATRIMONIALE

L'instabilità patrimoniale nel passato va interpretata come indicatore della gravità e cronicità dei problemi sociali e psichici del soggetto. L'instabilità implica che il soggetto sia trovato in circostanze stressanti a causa della propria mancanza di capacità di gestire il proprio patrimonio.

ISTRUZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PUNTEGGIO

- Il passato patrimoniale va esaminato a partire dal momento in cui il soggetto compie il diciottesimo anno di età.
- L'instabilità patrimoniale coincide con l'aumento della esposizione debitoria dovuta a comportamento irresponsabile.
- La gravità dei problemi finanziari può essere determinata tramite le seguenti domande:
 - Il soggetto ha contratto debiti dall'età di diciotto anni?
 - Il soggetto ha preso in prestito una quantità di denaro senza restituirlo?
 - Il soggetto ha acquistato su impulso?
 - Il soggetto ha fatto investimenti in maniera irresponsabile?
 - Il soggetto ha contratto debiti a causa di una dipendenza?
 - Il soggetto ha pagato regolarmente spese come canone di locazione, spese condominiali e assicurazioni obbligatorie (es. R.C.A.)?
- La diagnosi psichiatrica del soggetto non è presa in considerazione nel determinare la gravità dei problemi patrimoniali. La passata instabilità

patrimoniale rientra nei risultati quando è causata da disordine psichiatrico, cioè per soggetti inclini a psicosi o soggetti con disturbo borderline di personalità.

Compila l'Indicatore H12' nella scheda dei risultati secondo la seguente classificazione:

- 0** – Il soggetto non ha avuto alcun problema patrimoniale.
- 1** – Il soggetto ha avuto problemi trascurabili in campo patrimoniale.
- 2** – Il soggetto ha avuto solo sporadici problemi in campo patrimoniale.
- 3** – Il soggetto ha avuto problemi in campo patrimoniale.
- 4** – Il soggetto ha avuto problemi molto gravi in campo patrimoniale.

Dominio del tempo K

Il Dominio Clinico

Tutti gli indicatori del dominio clinico (da K01 a K14 incluso) si riferiscono al comportamento del soggetto durante i dodici mesi precedenti.

K01 COMPrensione del Problema

L'indicatore "comprensione dei problemi" è relativo al grado di consapevolezza (insight) del soggetto durante i dodici mesi precedenti riguardo i propri specifici fattori di rischio e segnali di comportamento pericoloso in situazioni pericolose (= consapevolezza dei problemi). Inoltre, il modo in cui il soggetto si comporta rispetto a questa intuizione e conoscenza (= comprensione dei problemi) è importante per determinare questo indicatore. I fattori considerati all'interno della valutazione del rischio possono essere: lo scenario del reato, il programma di trattamento, la prevenzione di recidiva, la gestione del rischio e/o la segnalazione dei problemi connessi all'applicazione di permessi di rilascio e benefici. Un soggetto che abbia completa comprensione dei propri problemi conosce gli effetti del proprio comportamento, le proprie insidie, quali situazioni sono pericolose per sé e possono essere causa di ricadute. La comprensione dei problemi implica che il soggetto riesca a regolare appropriatamente il proprio comportamento in base a questa conoscenza.

Un soggetto con un'adeguata comprensione dei propri problemi, conosce i propri specifici fattori di rischio e le situazioni per lui rischiose (intuizione dei problemi) che potrebbero portarlo ad una recidiva. A partire da questa consapevolezza, è necessario comprendere se è in grado di agire opportunamente per evitare ricadute.

Un soggetto con una moderata comprensione del problema ha conoscenza dei fattori di rischio e delle situazioni di rischio specifici per lui (problema consapevolezza), ma non riesce a comportarsi in modo appropriato rispetto ad essi.

Un soggetto con mancanza di comprensione dei propri problemi non conosce le proprie insidie e i propri rischi e quindi non sa che comportamento seguire per stare alla larga dai problemi. Per evitarli, egli è dipendente da indicazione e controllo esterni.

QUESITI PER AIUTARE A DETERMINARE IL GRADO DI INTUIZIONE E COMPrensione DEI PROBLEMI SONO, TRA GLI ALTRI:

- Cosa dice il soggetto riguardo il motivo che lo ha portato ad intraprendere un programma trattamentale?
- Il soggetto riesce ad identificare i propri fattori di rischio?
- Il soggetto riconosce tutti i propri fattori di rischio come campi problematici?
- Fino a che punto il soggetto è in grado di richiedere aiuto in tempo quando si verifica un problema riguardante i propri fattori di rischio?
- Il soggetto collabora nel redigere il piano di segnalazione dei problemi?
- Nel caso in cui ci siano problemi legati all'assunzione di sostanze: il soggetto riesce a identificare l'effetto della sostanza sui propri pensieri e sul proprio comportamento?
- Il soggetto riesce ad identificare quali fattori aumentino e diminuiscano il rischio di mettersi nei guai?
- Cosa fa il soggetto quando prevede di ricadere in situazioni pericolose? (Ad esempio: richiede una seduta terapeutica o richiede un trattamento farmacologico).

Nei dodici mesi precedenti, il soggetto ha mostrato:

- 0** – un adeguato grado di intuizione e comprensione dei fattori determinanti il proprio comportamento pericoloso e si è comportato di conseguenza.
- 1** – Tra 0 e 2.
- 2** – Intuizione dei problemi, ma non si è comportato di conseguenza, nessuna comprensione dei problemi.
- 3** – Tra 2 e 4.
- 4** – Né intuizione né comprensione dei problemi.

K02 SINTOMI PSICOTICI

L'indicatore "sintomi psicotici" è relativo ai sintomi psicotici attivi del soggetto durante i dodici mesi precedenti. Altri fattori importanti sono la gravità di questi sintomi e fino a che punto abbiano influenzato un comportamento violento. La ricerca ha più volte mostrato un legame tra sintomi psicotici e comportamento violento, in particolare per sintomi di Minaccia/Perdita di Controllo (TCO Symptoms). Questi sono sintomi psicotici specifici che minacciano il soggetto, causando ansietà e pensieri imminenti (intrusioni) per cui il controllo del soggetto viene scavalcato. Esempi di sintomi psicotici attivi sono deliri (concezioni che non corrispondono alla realtà) e allucinazioni (percezioni sensoriali che non corrispondono a realtà, come sentire voci). Particolare attenzione dev'essere data ai sintomi psicotici o deliri con un contenuto violento, paranoico e/o con aspetti di controllo dell'ansietà. Alcuni esempi di sintomi psicotici negativi sono: il soggetto ha problemi di concentrazione, mancanza di energia, non mostra molta iniziativa, evita contatti sociali o prova sentimenti in maniera apatica.

QUESITI PER AIUTARE A DETERMINARE LA GRAVITÀ DI QUESTI SINTOMI E LA LORO INFLUENZA SU UN POSSIBILE COMPORTAMENTO VIOLENTO SONO, TRA GLI ALTRI:

- Il soggetto durante l'anno precedente ha prodotto discorsi e affermazioni non obiettivi, di origine psicotica, senza alcun legame con un possibile comportamento violento?
 - Il soggetto durante l'anno precedente ha riferito di aver sentito delle voci, senza tuttavia aver provato sofferenza?
 - Il soggetto durante l'anno precedente ha mostrato un comportamento incontrollato inaccettabile (urla incontrollate, insulti, lancio di cose) a causa di una percezione psicotica?
 - Il soggetto durante l'anno precedente ha proferito minaccia verbale controllata e/o un comportamento aggressivo fisico relativamente leggero (spinte, prese)?
 - Il soggetto durante l'anno precedente ha mostrato sintomi di Minaccia/Perdita di Controllo (come ad esempio ricevere ordini dalla televisione per attaccare qualcuno), legati ad un comportamento possibilmente violento?
 - Il soggetto durante l'anno precedente è sembrato insensibile di fronte a un comportamento violento?
 - Il soggetto durante l'anno precedente ha mostrato un comportamento violento grave causato dal suo comportamento psicotico?
- Durante i dodici mesi precedenti, il soggetto ha mostrato:
- 0** – Nessun sintomo psicotico o negativo.
 - 1** – Uno o più episodi psicotici o sintomi psicotici prolungati non legati ad un comportamento violento.
 - 2** – Uno o più episodi psicotici o sintomi psicotici prolungati, che hanno condotto ad un comportamento incontrollato inaccettabile.
 - 3** – Uno o più episodi psicotici o sintomi psicotici prolungati, che hanno condotto ad un comportamento violento relativamente leggero controllato.
 - 4** – Uno o più episodi psicotici o sintomi psicotici prolungati, che hanno condotto ad un comportamento violento grave e/o il soggetto si è comportato in maniera talmente insensibile da aver sfiorato il rischio di comportamento violento.

K03 DIPENDENZA

L'indicatore "dipendenza" comprende quattro sotto-indicatori: alcol (K03A), droghe leggere (K03B), droghe pesanti (K03C) e altre dipendenze (K03D). L'unica droga leggera è la cannabis. Altri nomi per indicare la cannabis sono marijuana, Maria, ganjia, erba e fumo. La cannabis viene solitamente fumata. Le altre sostanze sono considerate droghe pesanti. Ad esempio gli oppioidi, come eroina, morfina, metadone e altri oppiacei; psicostimolanti, come cocaina, anfetamina e altre sostanze stimolanti; allucinogeni, come MDMA, LSD, PCP, funghi allucinogeni, GHB e altri allucinogeni; altre sostanze. Nel caso in cui dipendenze diverse – come dipendenza da farmaci, gioco d'azzardo, sesso o internet – siano parte del programma di trattamento, questi rientrano nell'indicatore "Altre dipendenze" (K03D).

I tre sotto-indicatori alcol, droghe leggere e droghe pesanti riguardano la frequenza d'uso di alcol, droghe leggere e/o droghe pesanti da parte del soggetto in violazione delle regole durante i dodici mesi precedenti. Viene considerata assunzione di sostanze in violazione delle regole qualsiasi utilizzo in disaccordo con il percorso di trattamento. Nel caso in cui l'uso limitato di sostanze sia stato accordato dal Servizio di cura (ad esempio durante un'assenza), non avviene violazione delle regole. Il rifiuto al test dell'etilometro o all'esame delle urine o la consegna di campioni di urina annacquata è tenuto in considerazione per il risultato solamente se si ritiene sia legato ad un effettivo mascheramento dell'assunzione di sostanze. Nel caso in cui il soggetto indichi di aver assunto sostanze senza essere stato "beccato", questo viene interpretato positivamente nel test.

NOTA BENE: Inserisci il punteggio massimo relativo ai quattro sotto-indicatori (vedi pagina 37) come risultato finale.

K03 A ALCOL

Nei dodici mesi precedenti, il soggetto:

- 0** – non ha assunto alcol in violazione alle regole.
- 1** – non è risultato positivo ma ha rifiutato i controlli.
- 2** – È risultato positivo 1 volta e può aver rifiutato i controlli.
- 3** – È risultato positivo almeno 2 volte senza mai rifiutare i controlli.
- 4** – È risultato positivo almeno 2 volte e ha rifiutato i controlli.

K03B DROGHE LEGGERE

Nei dodici mesi precedenti, il soggetto:

- 0** – non ha assunto droghe leggere in violazione delle regole.
- 1** – non è risultato positivo ma ha rifiutato i controlli.
- 2** – È risultato positivo 1 volta e può aver rifiutato i controlli.
- 3** – È risultato positivo almeno 2 volte senza mai rifiutare i controlli.
- 4** – È risultato positivo almeno 2 volte ed ha rifiutato i controlli.

K03C DROGHE PESANTI

Nei dodici mesi precedenti, il soggetto:

- 0** – non ha assunto droghe pesanti in violazione delle regole.
- 1** – non è risultato positivo ma ha rifiutato i controlli.
- 2** – È risultato positivo 1 volta e può aver rifiutato i controlli.
- 3** – È risultato positivo almeno 2 volte senza mai rifiutare i controlli.
- 4** – È risultato positivo almeno 2 volte ed ha rifiutato i controlli.

K03D ALTRE DIPENDENZE

Nei dodici mesi precedenti:

- 0** – il soggetto non ha presentato alcuna altra dipendenza.
- 1** – l'altra dipendenza del soggetto ha causato solo raramente problemi.
- 2** – l'altra dipendenza del soggetto ha (diverse volte) condotto ad un comportamento problematico (ad esempio: incapacità di gestione finanziaria e comportamento verbale ostile) ma non a violenza fisica nei confronti di altre persone.
- 3** – l'altra dipendenza del soggetto è stata indirettamente legata ad atti di violenza fisica.
- 4** – l'altra dipendenza del soggetto è stata direttamente legata ad atti di violenza fisica.

K04 IMPULSIVITÀ

L'indicatore "impulsività" è relativo al grado con cui il soggetto ha agito senza riflettere e/o in maniera imprevedibile, disturbando sia sé stesso che gli altri. Impulsività significa instabilità comportamentale, atteggiamento che può essere descritto come "agire prima di pensare". Il comportamento impulsivo di un soggetto può manifestarsi come irascibile/suscettibile, incontrollato, legato all'immediata soddisfazione dei bisogni (acquisti impulsivi, impulsivo abbandono di una terapia o del lavoro, ecc.) o in un modo di vivere caotico (in cui i problemi con gli altri accadono a causa di mancanza di pianificazione). Il comportamento impulsivo può manifestarsi in diversi campi della vita – in base al contesto individuale – come ad esempio cattiva gestione finanziaria, scontri nelle relazioni, assenza di pianificazione e partecipazione alle terapie.

QUESITI PER AIUTARE A DETERMINARE IL GRADO DI IMPULSIVITÀ SONO, TRA GLI ALTRI:

- Il comportamento del soggetto ha fortemente oscillato durante i mesi precedenti? Se sì, quanto spesso (giornalmente, settimanalmente, mensilmente)?
- Questo comportamento ha avuto un impatto negativo sul programma di trattamento?
- Quali aspetti del comportamento erano negativi?
- In che tipo di situazioni, il personale ha dovuto intervenire per prevenire un problema grave o un incidente?

Nei dodici mesi precedenti, il soggetto ha mostrato:

- 0** – Nessun comportamento impulsivo.
- 1** – Gravità tra 0 e 2.
- 2** – Qualche comportamento impulsivo, ma è stato in grado di controllare le proprie azioni quando ha ricevuto assistenza.
- 3** – Gravità tra 2 e 4.
- 4** – Frequente e/o grave comportamento impulsivo.

K05 COMPORTAMENTO ANTISOCIALE

L'indicatore "comportamento antisociale" è relativo al grado in cui il soggetto nei dodici mesi precedenti ha perseguito il proprio interesse senza tenere in considerazione i sentimenti o gli interessi altrui o le circostanze. A causa di ciò, il soggetto sempre più rapidamente e/o più spesso è finito in situazioni di conflitto, che possono averlo condotto ad agire violenza. Esempi di comportamento antisociale sono: non aiutare mai gli altri, non mostrare mai interesse negli altri, non fare mai niente per gli altri senza aspettarsi qualcosa in cambio, badare solo a ciò che si vuole per sé, lasciare tutto il lavoro agli altri (tutte le incombenze noiose).

Al momento di valutare questo indicatore, non si consideri solo il grado di comportamento antisociale del soggetto, ma si tenga in considerazione anche fino a che punto il suo comportamento antisociale lo ha portato ad un atteggiamento inaccettabile nei confronti di altre persone.

NOTA BENE: Nel momento in cui si valuta questo indicatore, si consideri il comportamento effettivo del soggetto, senza tenere in considerazione la sua possibile patologia (autismo, disabilità mentale, disturbo antisociale di personalità) che potrebbe spiegare il comportamento.

QUESITI PER AIUTARE A DETERMINARE IL GRADO DI COMPORTAMENTO ANTISOCIALE SONO, TRA GLI ALTRI:

- In quali campi il soggetto si comporta in maniera antisociale o egoista? Ne sono esempi: mangiare il cibo altrui, interrompere la conversazione di un'altra persona per poi velocemente "organizzare qualcosa da solo" e ostacolare un operatore che sta fornendo

aiuto nei confronti di altri individui, in quanto il soggetto pensa che "non sia loro turno" in quel particolare momento.

- Il soggetto sorvola sulla perdita o sulla malattia di altri individui perché, secondo lui, ci sono cose più importanti in quel particolare momento?
- Fino a che grado il soggetto è capace di regolare il proprio comportamento antisociale e/o egoista in base alle istruzioni date dal personale che lo ha in carico? Fino a che grado il comportamento antisociale del soggetto ha condotto a situazioni problematiche, come ad esempio conflitti o violenza fisica nei confronti di altre persone?

Nei dodici mesi precedenti:

- 0 – il soggetto non ha mostrato alcun atteggiamento antisociale.
- 1 – il soggetto si è dimostrato occasionalmente antisociale (almeno mensilmente), infastidendo gli altri, seppur senza comportamenti verbali o fisici inaccettabili.
- 2 – il soggetto si è dimostrato occasionalmente antisociale (almeno mensilmente), infastidendo gli altri, comportamenti verbali o fisici inaccettabili inclusi, e/o causando conflitti.
- 3 – il soggetto si è dimostrato regolarmente antisociale (almeno settimanalmente), infastidendo gli altri, comportamenti verbali o fisici inaccettabili inclusi, e/o causando conflitti.
- 4 – il soggetto ha costantemente (almeno giornalmente) mostrato un modello comportamentale antisociale, infastidendo gli altri, comportamenti verbali o fisici inaccettabili inclusi, e/o causando conflitti.

K06 OSTILITÀ

Il presente indicatore misura il livello di ostilità espresso dal soggetto negli ultimi dodici mesi. Spesso i pazienti attribuiscono la causa dei propri atteggiamenti ostili ad altre persone, sistemi o istituzioni. Per questo tendono a reagire impulsivamente, assumendo atteggiamenti di rabbia o irritazione. Sono convinti di essere un bersaglio degli altri o del sistema. L'ostilità può manifestarsi sotto forma di osservazioni violente, aggressione passiva, cinismo, irritazione e a volte con aggressioni verbali o addirittura fisiche. Dichiarazioni tipiche delle persone con problemi di ostilità sono, tra le altre: "i terapeuti sono solo dei buffoni", "tutti ingannano e usano gli altri", "ce l'hanno tutti con me", "se si avvicinano, glielo farò vedere io", "tutti cercano di darmi contro".

Episodi isolati di rabbia o aggressione non sono necessariamente sintomi di ostilità. Tuttavia, quando si comincia a reagire frequentemente con irritazione, negatività e diffidenza di fronte a comuni inconvenienti si sta parlando di ostilità.

ATTENZIONE: Il comportamento effettivo del soggetto è analizzato attraverso il presente indicatore, non considerando possibili patologie, come autismo, disabilità intellettiva o disturbi antisociali, che ne potrebbero essere la causa scatenante.

ALCUNE DELLE DOMANDE POSSIBILI CHE POTREBBERO AIUTARE A DETERMINARE IL LIVELLO DI OSTILITÀ SONO:

- Quanto spesso il soggetto si mostra eccessivamente contrariato, irritato o arrabbiato (giornalmente, settimanalmente, mensilmente)?
- La causa degli atteggiamenti di ira costanti del soggetto sono sempre gli stessi problemi o possono essere molteplici?
- In che modo il soggetto dimostra il proprio stato di insoddisfazione, rabbia o irritazione? Con commenti, lettere o atteggiamenti aggressivi?
- In che modo il comportamento del soggetto si ripercuote sull'ambiente che lo circonda? Il soggetto è evitato dagli altri pazienti?

Negli ultimi dodici mesi il soggetto ha mostrato:

- 0 – Nessun caso di osservazione e/o atteggiamento ostile.
- 1 – Lieve ostilità. Manifesta irritazione, rabbia, impreca o si esprime negativamente solo occasionalmente.
- 2 – Eccessiva ostilità. Manifesta irritazione, rabbia, impreca o si esprime negativamente con regolarità.
- 3 – Forte ostilità. Aggredisce le altre persone verbalmente spaventandole e/o agisce violentemente contro gli oggetti (tirando cose, sbattendo porte, ecc.).
- 4 – Forte ostilità. Aggredisce fisicamente altre persone.

K07 COMPETENZE SOCIALI

Attraverso questo indicatore è possibile valutare fino a che punto il soggetto, monitorato negli ultimi dodici mesi, è stato capace di mantenere contatti in modo accettabile e soddisfacente all'interno del suo ambiente abitativo e lavorativo. Competenze sociali adeguate consentono al soggetto di mantenere rapporti con persone e istituzioni in modo accettabile e soddisfacente in ogni ambito sociale. Alcune di queste competenze sono: abilità comunicativa, capacità di mantenere una condotta adeguata e di gestire le relazioni di potere, consapevolezza nel riconoscere comportamenti che possono ferire o provocare le altre persone, costanza appropriata nei rapporti e facoltà di mantenere le giuste distanze dagli altri durante le conversazioni (prossemica).

ATTENZIONE: Il presente indicatore analizza le abilità sociali del soggetto, senza tenere conto di possibili patologie (come autismo, disabilità intellettiva, disturbi antisociali o vulnerabilità psicotiche, ecc.) che ne potrebbero invece spiegare il comportamento. Questo indicatore riguarda le abilità sociali che il soggetto dimostra.

ALCUNE DELLE DOMANDE POSSIBILI CHE POTREBBERO AIUTARE A DETERMINARE IL LIVELLO DI COMPETENZA SOCIALE SONO, TRA LE ALTRE:

- Il soggetto interagisce bene con gli altri individui e con il personale o si avvicina con essi in modo diverso?
 - Il soggetto è in grado di regolare in modo appropriato il volume della sua voce e la sua intonazione in base alla situazione?
 - Il soggetto è in grado di mantenere una distanza adeguata dal suo interlocutore durante la conversazione?
 - Il soggetto è in grado di iniziare e terminare una conversazione in modo appropriato?
 - Il soggetto interrompe spesso gli altri?
- Negli ultimi dodici mesi:
- 0 – Il soggetto ha dimostrato buone abilità sociali in diverse situazioni.
 - 1 – Il soggetto è stato in grado di mantenere in modo appropriato contatti con il proprio ambiente.
 - 2 – Il soggetto ha mostrato di avere occasionalmente problemi a causa di scarse abilità sociali.
 - 3 – Il soggetto ha mostrato di avere regolarmente problemi a causa di scarse abilità sociali.
 - 4 – Il soggetto ha mostrato di avere costantemente problemi a causa di scarse abilità sociali.

K08 AUTOSUFFICIENZA

La cura personale è la capacità che il soggetto ha di svolgere le mansioni giornaliere. Tali mansioni vengono anche denominate Attività di Vita Quotidiana (AVQ o ADL) e riguardano l'igiene personale, la gestione del denaro, le abitudini alimentari, la gestione delle ore di sonno, il rapporto con gli altri e la capacità di chiedere sostegno medico.

La cura personale va classificata in base alla capacità di prendersi cura di sé nella attuale situazione.

ATTENZIONE: Va analizzato il comportamento effettivo del soggetto. Possibili patologie come autismo, disabilità intellettiva, disturbi antisociali, vulnerabilità psicotica ecc., non vanno tenute in considerazione poiché potrebbero influire nella valutazione del livello delle abilità relative alla cura personale. Questo indicatore riguarda l'abilità di prendersi cura di sé che il soggetto dimostra.

ALCUNE DELLE DOMANDE POSSIBILI CHE POTREBBERO AIUTARE A DETERMINARE IL LIVELLO DI CURA PERSONALE SONO, TRA LE ALTRE:

- Il soggetto è sovrappeso? Segue una dieta?
- Le altre persone a lui vicino o i membri della famiglia mantengono le distanze poiché il soggetto non si lava adeguatamente (emana cattivi odori), lava raramente i propri indumenti o la sua camera è sporca o disordinata?
- Il soggetto rifiuta di assumere medicinali o di

sottoporsi a cure mediche per disturbi somatici?

- Il soggetto segue un regime di indennità, protezione, gestione dei debiti?
- Il soggetto dorme a sufficienza?

Negli ultimi dodici mesi il soggetto ha mostrato:

- 0** – Nessuna mancanza nella cura personale.
- 1** – Alcune carenze nella cura personale.
- 2** – Carenze nella cura personale che non comportano problematiche nell'ambiente che lo circonda.
- 3** – Carenze nella cura personale che comportano alcune problematiche nell'ambiente che lo circonda.
- 4** – Carenze nella cura personale che comportano gravi problemi di salute e/o di sicurezza per il soggetto stesso o l'ambiente circostante.

K09 ADERENZA AL TRATTAMENTO

Tale indicatore esamina l'impegno che il soggetto mostra nel migliorare e fare progressi nel percorso di trattamento. L'impegno del soggetto nel fare progressi può variare nel tempo. L'impegno del soggetto è evidenziato da alcuni comportamenti come: la volontà di cooperazione mostrata, la partecipazione durante le diverse fasi del trattamento, l'accettazione delle regole, la sua apertura verso nuove strategie cognitive e comportamentali e la costanza nell'assunzione dei medicinali prescritti. Di fronte ad un sospetto di accettazione solo apparente (ovvero falsa volontà di partecipare attivamente alla cura) verrà attribuito un punteggio di 3.

Alcuni pazienti mostrano atteggiamenti negativi verso il trattamento. Alcuni di questi atteggiamenti si verificano quando il soggetto fa resistenza al trattamento non presentandosi alle sessioni/sedute o rifiutandosi di firmare il piano di cura, quando esso si lamenta esageratamente e non rispetta le regole nonostante ciò si ripercuota poi sulle sue libertà.

ATTENZIONE: Va analizzato il comportamento effettivo del soggetto. Non tenere in considerazione possibili patologie come autismo, disabilità intellettiva, disturbi antisociali, vulnerabilità psicotica ecc. Questo indicatore riguarda la volontà di cooperare che il soggetto dimostra.

ALCUNE DELLE DOMANDE POSSIBILI CHE POTREBBERO AIUTARE A DETERMINARE IL LIVELLO DI COOPERAZIONE SONO, TRA LE ALTRE:

- Il soggetto si mostra favorevole verso gli obiettivi, gli accordi e i regolamenti previsti dal trattamento?
- In che misura il soggetto si attiene alle regole? (ovvero: quanto è disponibile, rispetta il programma terapeutico, mostra iniziativa propria, segue e rispetta i consigli del personale)?
- Il soggetto è determinato ad assumere i medicinali prescritti? Come li assume? (sotto supervisione o autonomamente)?
- Il soggetto riconosce la necessità dei trattamenti a cui viene sottoposto o sostiene che il periodo di ricovero in clinica sia stato già sufficiente?

Negli ultimi dodici mesi:

- 0** – Il soggetto ha preso parte attivamente al programma di trattamento.
- 1** – Il soggetto ha generalmente partecipato attivamente al programma di trattamento mostrando solo in alcuni casi atteggiamenti di ostinazione o indifferenza.
- 2** – La cooperazione mostrata dal soggetto non è stata costante e il programma proposto è stato seguito passivamente.
- 3** – La motivazione del soggetto a partecipare al programma di trattamento non era reale e vi ha preso parte parzialmente o scarsamente (fingendo di adeguarsi).
- 4** – Il soggetto ha rifiutato tutti i trattamenti o ha opposto palesemente resistenza.

K10 ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ RISPETTO AL REATO

Tale indicatore rivela quanto il soggetto sia consapevole del reato commesso e quanto sia disposto ad assumersene la responsabilità. Il soggetto può rinnegare le proprie responsabilità regolarmente e abitualmente o solo nel caso del crimine commesso, giustificando le sue azioni con circostanze come abuso di alcol o droghe ("Ho bevuto così tanto da non essere consapevole di cosa stessi facendo"), la possibilità che al crimine abbiano partecipato altre persone o enfatizzando la compartecipazione/consenso della vittima stessa. La banalizzazione della gravità del reato e delle conseguenze arretrate poi alla vittima o alla famiglia da parte del soggetto va seriamente considerata quando si esamina la situazione secondo il presente indicatore. Il riconoscimento delle proprie responsabilità per il reato commesso è un passaggio fondamentale che dà il via al percorso di trattamento. Nelle fasi successive del trattamento la responsabilità non sarà più un argomento centrale di conversazione. In tal caso, è possibile analizzare le informazioni dell'ultimo referto/relazione.

NOTA: Gli aspetti esaminati relativi al suddetto indicatore vengono specificatamente richiesti nella richiesta di permesso, di misure alternative o benefici.

ALCUNE DELLE DOMANDE POSSIBILI CHE POTREBBERO AIUTARE A DETERMINARE IL LIVELLO DI RESPONSABILITÀ SONO, TRA LE ALTRE:

- Qual è la posizione del soggetto nei confronti del reato commesso? (È stato giusto? È stato sbagliato? Non è mai successo?).
- Cosa è accaduto secondo la versione del soggetto e quanto i fatti da lui riportati corrispondono al fascicolo giudiziario?
- Che cosa dice il soggetto circa la gravità e le conseguenze per le vittime o le rispettive famiglie?
- Il soggetto ha scritto una lettera o ha cercato in qualche modo di mettersi in contatto con le vittime o le loro famiglie?
- Il soggetto si è scusato per il crimine commesso?

Negli ultimi dodici mesi:

- 0 – Il soggetto ha riconosciuto il reato commesso e si è assunto le responsabilità delle sue azioni.
- 1 – Il soggetto ha riconosciuto il reato commesso e si è a grandi linee assunto le responsabilità delle sue azioni.
- 2 – Il soggetto ha parzialmente riconosciuto il reato commesso; tuttavia ha tentato di giustificarsi facendo riferimento a circostanze scusanti o all'intervento di possibili complici.
- 3 – Il soggetto si è dimostrato superficiale o distaccato verso il reato commesso, banalizzando o negando le conseguenze delle sue azioni.
- 4 – Il soggetto ha completamente negato la propria partecipazione al reato commesso.

K11 STRATEGIE DI COPING

Tale indicatore tiene in considerazione le capacità che ha il soggetto, se richiesto dalle circostanze, di risolvere correttamente determinate situazioni. Un soggetto con capacità di coping inadeguate non è in grado di affrontare i problemi nel modo giusto. Esempi di capacità a risolvere i problemi, a seconda della situazione specifica, possono essere: introdursi in una conversazione con calma, distaccarsi dalla situazione, chiedere aiuto o cercare possibili distrazioni. Esempi di incapacità di coping possono essere: necessità di risolvere i conflitti fisicamente, di allontanarsi dalla realtà attraverso l'abuso di sostanze o di sfuggire ai conflitti.

L'ambiente circostante può avere un ruolo importante per il soggetto privo di capacità di coping. Bisogna pensare a come organizzare dunque l'ambiente, modificando il reparto o l'unità, imponendo più regole, aumentando i controlli e il personale, stabilendo degli orari. In questo modo le abilità di coping del soggetto potranno essere adeguate alle circostanze e all'ambiente. Tuttavia, in un ambiente differente le sue capacità potrebbero risultare inadeguate.

POSSIBILI DOMANDE PER DETERMINARE IL LIVELLO DI CAPACITÀ DI COPING SONO, TRA LE ALTRE:

- Quanto spesso e in quali circostanze, stress o emozioni forti destabilizzano il soggetto?
- In che modo il soggetto affronta situazioni più o meno problematiche? In che modo il soggetto affronta conflitti o ostacoli? (fugge, ricorre alle droghe, ascolta la musica, riporta sintomi somatici, si auto-lesiona, aggredisce, richiede il sostegno

della socioterapia, ecc.).

- Quanto sono appropriate ed efficaci tali strategie?
- Di quanto supporto necessita il soggetto? (per esempio da parte del personale, dei farmaci o della struttura/servizio).

Negli ultimi dodici mesi:

- 0** – Il soggetto ha mostrato capacità di coping adeguate che gli consentono di risolvere i problemi correttamente.
- 1** – Il soggetto ha mostrato sufficienti capacità di coping. Generalmente i problemi sono stati risolti in modo soddisfacente.
- 2** – Il soggetto ha dimostrato capacità di coping limitate, ma ha accettato di essere aiutato.
- 3** – Il soggetto ha mostrato insufficienti capacità di coping, nonostante il sostegno ricevuto. Ciò ha occasionalmente causato problemi.
- 4** – Le capacità di coping del soggetto si sono rivelate chiaramente insufficienti. Questo ha regolarmente causato problemi.

K12 VIOLAZIONE DELLE REGOLE E DEGLI ACCORDI

Durante il processo trattamentale vengono stabili accordi e regole relativamente al periodo di trattamento e ai giorni di congedo/rilascio. Per quei soggetti che si trovano a una fase del trattamento che ancora non consente loro di vivere al di fuori della struttura o dell'ambulatorio il servizio/istituto prevede regolamenti come: orario stabilito per la sveglia, attività domestiche o cucina, andare al lavoro regolarmente. Il presente indicatore dovrebbe tenere sotto controllo le violazioni delle regole e degli accordi previsti dal programma di trattamento da parte del soggetto negli ultimi dodici mesi. Vanno considerati specialmente la gravità e la frequenza delle violazioni delle regole stabilite dall'istituto/servizio e degli accordi concernenti il permesso di rilascio del soggetto.

Le violazioni possono essere considerate lievi o gravi.

SONO RICONOSCIUTE VIOLAZIONI LIEVI:

- Non rispettare quegli accordi meno importanti previsti dal trattamento.
- Non rispettare il regolamento dell'istituto che riguarda l'organizzazione delle attività quotidiane (diurne e notturne).
- Non essere disposti a lavorare.
- Non rispettare il regolamento dell'istituto che riguarda l'abbigliamento o il cibo.
- Il rifiuto dei medicinali necessari (antipsicotici, farmaci per la riduzione della libido e per la tossicodipendenza).
- Lieve disturbo della tranquillità.
- Prolungamento dei giorni di congedo permessi

ingiustificato (Assenza Non Autorizzata).

- Possesso di oggetti non autorizzati (tuttavia non pericolosi) come cellulare provvisto di connessione internet, strumenti elettronici, oggetti di natura sessuale o pornografica).

SONO RICONOSCIUTE VIOLAZIONI GRAVI:

- Interruzione della supervisione.
- Grave disobbedienza.
- Gravi aggressioni verbali.
- Gravi aggressioni fisiche.
- Possesso di oggetti pericolosi (ad esempio armi).
- Droga o altri traffici illegali.
- (Tentativi di) fuga o presa in ostaggio di una persona.
- Intenzione di o effettiva commissione di reato.

ATTENZIONE: L'uso di sostanze stupefacenti è segnalato dall'indicatore K03.

Negli ultimi dodici mesi il soggetto ha commesso:

- 0** - Nessuna **violazione** delle regole e degli accordi.
- 1** – Una **violazione** identificabile come lieve.
- 2** – Diverse **violazioni** lievi.
- 3** – Una **violazione** grave e altre eventuali **violazioni** lievi.
- 4** – Diverse **violazioni** gravi e altre eventuali **violazioni** lievi.

K13 COMPETENZE PROFESSIONALI

Con l'aiuto di questo indicatore è possibile valutare se il soggetto ha lavorato in modo soddisfacente negli ultimi dodici mesi. Con "lavoro" s'intende: attività svolte all'interno dell'istituto, impiego retribuito o attività di volontariato con compiti e orari stabiliti. Per alcuni soggetti (ad esempio quelli con disabilità intellettive o gravi complicanze fisiche) le attività di lavoro retribuito o di volontariato non sono alternativa. Infatti è necessario valutare se i suddetti individui sono in grado di pianificare adeguatamente le proprie attività quotidiane.

Ai soggetti che risultano disoccupati non a causa loro andrebbe assegnato un punteggio pari a 0 (a meno che non risultino in grado di pianificare tranquillamente la propria giornata).

ALCUNE DELLE DOMANDE POSSIBILI CHE POTREBBERO AIUTARE A DETERMINARE IL LIVELLO DI CAPACITÀ LAVORATIVE SONO, TRA LE ALTRE:

- Il soggetto soddisfa le aspettative del datore di lavoro?
- Il soggetto rispetta gli orari lavorativi?
- Il soggetto avvisa di eventuali ritardi o assenze in modo adeguato?
- Il soggetto capisce e svolge le istruzioni impartitegli?
- Il soggetto, quando necessario, è in grado di collaborare con colleghi?
- Il soggetto si presenta e si abbiglia in modo adeguato all'ambiente lavorativo?

Negli ultimi dodici mesi il soggetto ha mostrato:

- 0** – Nessun problema per quanto riguarda le competenze di gestione delle attività quotidiane e/o lavorative. Le competenze del soggetto risultano dunque adeguate.
- 1** – Qualche problema per quanto riguarda le competenze di gestione delle attività quotidiane e/o lavorative. Le competenze del soggetto risultano però sufficienti.
- 2** – Qualche problema nella gestione delle attività quotidiane e/o lavorative. Il soggetto non ha rispettato il programma di lavoro o il suo impegno è risultato scarso. Si sono verificati alcuni conflitti con colleghi o con il capo.
- 3** – Molti problemi nella gestione delle attività quotidiane e/o lavorative. Le competenze del soggetto risultano dunque scarse.
- 4** – È risultato incapace di mantenere il posto di lavoro o di rispettare i piani giornalieri a causa del proprio atteggiamento o delle scarse capacità.

K14 INFLUENZA DI PERSONE PROTETTIVE E/O RISCHIOSE NEL AMBIENTE DI VITA DEL SOGGETTO

Grazie a questo indicatore è possibile valutare se e da quali persone (o subculture) il soggetto ha ricevuto influenze negli ultimi dodici mesi. Questo indicatore non tiene in esame gli assistenti/caregiver professionali, ma gli altri individui con cui vive, i membri della famiglia, gli amici ecc. Le persone (o le subculture) che fanno parte della vita del soggetto possono avere un'influenza protettiva e/o di propensione al rischio. Le persone (o le subculture) protettive possono e sono intenzionate ad aiutare il soggetto affinché segua e rispetti gli accordi e le regole del programma di trattamento. Le persone pericolose (o le subculture), invece, seguendo una condotta antisociale o criminale, possono indurre il soggetto ad affrontare situazioni rischiose o ad assumere atteggiamenti oltraggiosi. Le persone definite come protettive o rischiose possono trovarsi sia all'interno che all'esterno dell'istituto. Durante il periodo intramurario dovrebbe essere considerato quanto i progressi del soggetto siano positivamente o negativamente influenzati dagli altri.

Esempi di influenze protettive sono: coetanei, gruppi di amici e istituzioni religiose.

Esempi di influenze pericolose, spesso associate a episodi di violenza, sono: bande criminali, gruppi di mafiosi, Hells Angels, ambientalisti radicali, aderenti a culti distruttivi, naziskin, hooligans, bande giovanili, drogati e pedofili.

Il punteggio per i soggetti che non hanno subito influenze negli ultimi dodici mesi verrà valutato in base ad un'appropriata analisi sulla possibilità o meno che il soggetto sviluppi problematiche in questo ambito.

ALCUNE DELLE DOMANDE POSSIBILI CHE POTREBBERO AIUTARE A DETERMINARE IL LIVELLO DI INFLUENZA DA PARTE DI ALTRE PERSONE SONO, TRA LE ALTRE:

- Il soggetto ha socializzato con persone che potrebbero trascinarlo in situazioni problematiche?
- Il soggetto è stato influenzato positivamente da persone che rispettano la politica dell'istituto/ servizio? (per esempio per quanto riguarda l'assunzione dei farmaci prescritti o i requisiti per il congedo).
- Il soggetto è stato influenzato negativamente da persone che mettono a repentaglio possibili progressi durante il programma di trattamento (ad esempio fare uso di droghe o indurre il soggetto a non assumere i farmaci prescritti)?

Negli ultimi dodici mesi:

- 0** – Il soggetto si è concentrato su persone protettive che ha influenzato positivamente il programma trattamentale.
- 1** – tra 0 e 2.
- 2** – Il soggetto si è parzialmente concentrato su persone intorno a lui che approvano o concepiscono l'uso della violenza o di stili di vita criminali; tuttavia il programma trattamentale non ne è stato influenzato negativamente.
- 3** – tra 2 e 4.
- 4** – Il soggetto si è maggiormente concentrato su persone e/o subculture intorno a lui che approvano o concepiscono l'uso della violenza o di stili di vita criminali e il programma trattamentale ne è stato negativamente influenzato.

Dominio T

Dominio Futuro

Tutti gli indicatori temporali qui presentati (dal T01 al T07) sono utili a stabilire se gli aspetti pratici relativi alla condizione di follow-up del soggetto sono stati organizzati in maniera adeguata e/o se il soggetto ha sufficienti capacità per evitare situazioni di rischio nella specifica condizione.

Gli indicatori vanno valutati sulla base di due condizioni standard di follow-up:
(è possibile fare una valutazione anche in riferimento)

Con supervisione e/o supporto da parte di professionisti;
Senza supervisione da parte di professionisti, in condizione di completa libertà.

T01 ACCORDI SULLE MISURE PER LA PREVENZIONE DI RECIDIVA DI REATO

Questo indicatore serve a verificare se tra il soggetto e l'operatore siano state definite misure e condizioni formali per la prevenzione della recidiva di reato e se la persona è da considerarsi in grado di attenersi alle disposizioni concordate. Le parti coinvolte in questa fase organizzativa possono variare, in base al contesto e allo stadio del programma di trattamento. Potrebbe essere necessario concordare misure con le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) o con gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE), ma anche prendere accordi con il soggetto stesso allo scopo di prevenire il crimine. Per esempio, in merito al periodo successivo alle dimissioni definitive.

LE SEGUENTI DOMANDE PERMETTONO DI VALUTARE SE È STATO RAGGIUNTO UN ACCORDO CIRCA LE MISURE DA ADOTTARE E LA PROBABILITÀ CHE LA PERSONA VI SI ATTENGA:

- Sono stati presi accordi col soggetto circa la sua partecipazione (volontaria) e in merito all'applicazione di misure per la riduzione del rischio di condotte recidivanti, come il rispetto della terapia, l'uso corretto dei medicinali, la messa in atto delle strategie apprese per la prevenzione delle ricadute, la richiesta di aiuto al sorgere di problematiche e un possibile ricovero/terapia (volontari)?
- C'è fiducia in merito al fatto che il soggetto si attenga alle disposizioni concordate?
 - Il soggetto è abbastanza motivato da attenersi alle disposizioni?
 - Il soggetto ha capacità adeguate per attenersi alle disposizioni?

- In che misura la situazione futura può influenzare la motivazione e le capacità del soggetto?

- Che caratteristiche ha il percorso di follow-up concordato?
- Sono stati organizzati tutti gli aspetti riguardanti l'alloggio, l'assistenza, le cure, i controlli, le caratteristiche e supporti del follow-up?
- Il soggetto condivide questa pianificazione ed è motivato ad attenersi ad essa?
- Il soggetto ritiene che avrà ancora bisogno di misure di sicurezza durante il periodo di follow-up?
- La sua opinione è in linea con quella dell'équipe?

N.B.: L'indicatore è da considerarsi in base al contesto della valutazione.

Pertanto:

- 0 – Le disposizioni per la prevenzione di recidiva di reato sono sufficienti e chiare e ci si aspetta che il soggetto le rispetterà.
- 1 – Le disposizioni sono sufficienti e chiare, ma ci sono dubbi sul fatto che il soggetto possa e/o voglia rispettarle.
- 2 – Non sono stati presi (ancora) accordi in maniera chiara e sufficientemente dettagliata, ma ci si aspetta che il soggetto possa e/o voglia attenersi.
- 3 – Non sono state definite misure, o quelle definite sono insufficienti e ci sono dubbi sul fatto che il soggetto possa e/o voglia attenersi.
- 4 – Basandosi sull'esperienza, non è possibile definire delle misure alle quali il soggetto possa e/o voglia attenersi.

T02 SITUAZIONE ABITATIVA

Questo indicatore valuta il livello di organizzazione e adeguatezza della futura condizione abitativa del soggetto, oltre a considerare le capacità dello stesso di vivere in maniera accettabile. La futura condizione abitativa del soggetto potrà essere supervisionata, assistita o indipendente. La condizione abitativa viene considerata adeguata quando il soggetto è in grado di vivere in modo socialmente accettabile, sia in maniera sorvegliata che non. Talvolta vivere in aree problematiche o in prossimità di complici o (parenti di) vittime potrebbe determinare un incremento della probabilità di rischio. Questo fattore è da tenere in considerazione per valutare l'adeguatezza della futura condizione abitativa.

Tale indicatore non fa unicamente riferimento alla tipologia abitativa, ma anche alle capacità del soggetto di vivere in maniera socialmente accettabile. È necessario quindi valutare la capacità del soggetto di socializzare senza conflitti con altri condomini (ove ve ne siano), vicini, ecc. e di gestire la propria casa. Qualora il soggetto viva invece sotto supervisione o assistenza, è necessario valutare la sua capacità di vivere in questa struttura. Quindi, se il soggetto vive in una situazione adeguata, viene supervisionato in modo continuativo ed è in grado di mantenere questa situazione abitativa nel proprio contesto sociale senza problemi, assegnare il punteggio 0. In caso di dubbio riguardo a dette capacità assegnare il punteggio 1.

SARÀ POSSIBILE VALUTARE IL GRADO DI ADEGUATEZZA DELLA FUTURA CONDIZIONE ABITATIVA E LE NECESSARIE CAPACITÀ DEL SOGGETTO CON L'AUSILIO DELLE SEGUENTI DOMANDE:

- La futura situazione abitativa del soggetto è già stata definita?

- La futura condizione abitativa è adeguata ai problemi specifici del soggetto?
- Il soggetto dispone di capacità sufficienti a gestire adeguatamente la propria condizione abitativa? A chi/dove potrà rivolgersi in caso di problemi, nel caso risieda al di fuori di un presidio socio-sanitario?
- Il soggetto è in grado di mantenere la propria casa in buone condizioni?

N.B.: Determinare questo indicatore in base al contesto in cui la persona si trova a vivere.

La condizione abitativa del soggetto è da ritenersi:

- 0** – Standard e adeguata: il soggetto dispone di sufficienti capacità e motivazioni per creare per sé una condizione abitativa accettabile.
- 1** – Standard e adeguata, anche se le capacità e/o motivazioni del soggetto di creare per sé una condizione abitativa accettabile risultano discutibili.
- 2** – Non ancora standard: il soggetto dispone tuttavia di sufficienti capacità e motivazioni per creare per sé una condizione abitativa accettabile.
- 3** – Non ancora standard: le capacità e/o motivazioni del soggetto per creare per sé una condizione abitativa accettabile sono discutibili.
- 4** – Non ancora standard: il soggetto non dispone in alcun modo di sufficienti capacità e/o motivazioni per creare per sé una condizione abitativa accettabile.

T03 SITUAZIONE ECONOMICA

Questo indicatore riguarda il grado di adeguatezza della futura condizione finanziaria del soggetto. Si tiene inoltre in considerazione la misura in cui il soggetto sia in grado di occuparsi in maniera responsabile delle proprie finanze. La futura condizione finanziaria del soggetto è ritenuta adeguata se le fonti di reddito previste sono definite e se queste sono proporzionate allo stile di vita previsto per il soggetto. Qualora sia richiesta una consulenza continuativa nella gestione finanziaria, è necessario determinare in che misura il soggetto sia in grado di rispettare gli accordi stipulati. La situazione finanziaria del soggetto è definita, se questo riceve una consulenza finanziaria continuativa e dispone delle capacità per gestire le proprie finanze in maniera responsabile grazie a questo supporto, assegnare il punteggio 0. In caso di dubbio riguardo a dette capacità assegnare il punteggio 1.

Qualora si preveda che il soggetto possa ricevere un reddito da fonti illecite in aggiunta a quello fisso e legale, o che il reddito necessario a supportare il proprio stile di vita provenga principalmente da attività criminali, assegnare il punteggio 4.

L'ADEGUATEZZA DELLA FUTURA CONDIZIONE FINANZIARIA E LE NECESSARIE CAPACITÀ DEL SOGGETTO POTRANNO ESSERE DETERMINATE CON L'AUSILIO DELLE SEGUENTI DOMANDE:

- Quali sono le fonti di reddito che si prevedono per il soggetto (ad es. reddito da lavoro, sussidio o attività criminali)?
- Si tratta di fonti di reddito legali, stabili e ben definite?
- Sulla base del proprio stile di vita, il soggetto sarà in grado di sostenersi solo con tale reddito?
- Il soggetto dispone di abilità sufficienti a gestire in modo responsabile le proprie finanze? Si trova in una situazione debitoria? Chi gestisce tale debito?
- Il soggetto possiede le abilità e la volontà per gestire se stesso?
- Il soggetto è disposto ad accettare la supervisione o il supporto di un familiare o amministratore anche nel futuro?

N.B.: Determinare questo indicatore in base al contesto in cui la persona si trova a vivere.

La futura condizione finanziaria del soggetto risulta:

- 0 – Adeguata: il soggetto dispone di sufficienti capacità e/o motivazioni per gestire le proprie finanze in modo responsabile.
- 1 – Adeguata, anche se le capacità e/o motivazioni del soggetto di gestire le proprie finanze in modo responsabile sono discutibili.
- 2 – Non adeguata o indeterminata, il soggetto dispone tuttavia di sufficienti capacità e/o motivazioni per gestire le proprie finanze in modo responsabile.
- 3 – Non adeguata o indeterminata, anche le capacità e/o motivazioni per gestire le proprie finanze in modo responsabile risultano alquanto discutibili.
- 4 – Molto inadeguata o indeterminata: il soggetto non dispone in alcun modo di capacità e/o motivazioni per gestire le proprie finanze in modo responsabile.

T04 SITUAZIONE LAVORATIVA

Questo indicatore riguarda il grado di adeguatezza della futura condizione lavorativa del soggetto. Viene tenuta in considerazione anche la capacità del soggetto di potersi inserire in un contesto lavorativo in maniera accettabile.

Le modalità lavorative considerate sono: lavoro pagato, volontariato, corsi di formazione, lavori domestici, cura prestate ai familiari.

La condizione lavorativa (futura) viene ritenuta adeguata se è adatta al soggetto e se questo dispone delle capacità per inserirsi con buon esito nel contesto lavorativo. Nel caso di contesti lavorativi assistiti, è necessario valutare in quale misura il soggetto disponga delle abilità necessarie per svolgere e mantenere le proprie mansioni senza problemi. Quindi se la situazione lavorativa (futura) del soggetto risulta definita, è disponibile un contesto assistito (continuativo) e il soggetto dispone delle capacità per mantenere il proprio lavoro senza problemi grazie a questa assistenza, assegnare il punteggio 0. In caso di dubbio sulle capacità del soggetto, assegnare il punteggio 1.

L'ADEGUATEZZA DELLA FUTURA CONDIZIONE LAVORATIVA E LE NECESSARIE CAPACITÀ DEL SOGGETTO POTRANNO ESSERE DETERMINATE CON L'AUSILIO DELLE SEGUENTI DOMANDE:

- Il soggetto dispone di un lavoro pagato, volontariato, corsi di formazione, lavori domestici, cure prestate ai familiari?
 - La condizione lavorativa prevista risulta stabile e ben definita?
 - La condizione lavorativa prevista risulta adatta ai mezzi economici del soggetto?
 - Il soggetto dispone delle capacità sufficienti per gestire la propria occupazione in maniera responsabile?
 - Sono presenti accordi per un impiego pagato o volontario che prevedono la possibilità di una realtà continuativa?
- In quale misura si ritiene che il soggetto disponga delle capacità e/o motivazioni per gestire autonomamente una giornata lavorativa adeguata, nel caso in cui questa non preveda l'assistenza di professionisti?

NOTA: le attività quali pesca, artigianato, passeggiate, pittura, ciclismo, ascolto o produzione musicale, qualora previste (ad esempio se il soggetto ha diritto a una pensione), potranno essere considerate anch'esse come attività lavorative adeguate.

N.B.: Determinare questo indicatore in base al contesto in cui la persona si trova a vivere.

La condizione lavorativa futura del soggetto risulta:

- 0 – Adeguata: il soggetto dispone di sufficienti capacità e motivazioni per gestire la propria attività lavorativa in modo accettabile.
- 1 – Adeguata, anche se le capacità e/o motivazioni del soggetto per salvaguardare la propria attività lavorativa in modo accettabile sono discutibili.
- 2 – Non adeguata o indeterminata, sconosciuta o non ancora definita, il soggetto dispone tuttavia di sufficienti capacità e/o motivazioni per salvaguardare la propria attività lavorativa in modo responsabile.
- 3 – Non adeguata o indeterminata, sconosciuta o non ancora definita: le capacità e/o le motivazioni per gestire l'attività lavorativa in modo accettabile risultano discutibili.
- 4 – Non adeguata o indeterminata, sconosciuta o non ancora definita: il soggetto non dispone in alcun modo di capacità e/o motivazioni per gestire la propria attività lavorativa in modo accettabile.

T05 TEMPO LIBERO

Questo indicatore valuta il futuro tempo libero del soggetto, riscontrandone il grado di adeguatezza. Occorre tenere in considerazione anche in quale misura il soggetto disponga delle capacità per trascorrere il tempo libero in maniera positiva.

Trascorrere il tempo libero in modo soddisfacente può avere un'influenza protettiva e potrebbe limitare le possibilità di reiterare il crimine. Anche far parte di un'associazione può avere un effetto protettivo. Un futuro impiego del tempo libero viene se contribuisce al benessere del soggetto e alla sua stabilità. A parte l'utilizzo del tempo libero in sé, viene anche tenuta in considerazione la possibilità di creare e mantenere il contatto pro-sociale offerto da tali attività. Per determinare tale indicatore si tiene in considerazione inoltre la misura in cui il soggetto sia in grado di fare un uso accettabile del proprio tempo libero in maniera costante.

L'ADEGUEZZA DELL'UTILIZZO DEL FUTURO TEMPO LIBERO E LE NECESSARIE CAPACITÀ DEL SOGGETTO POTRANNO ESSERE DETERMINATE CON L'AUSILIO DELLE SEGUENTI DOMANDE:

- Il soggetto prevede di fare un uso pro-sociale del proprio tempo libero?
- L'utilizzo del tempo libero previsto è costante e soddisfacente per il soggetto?
- L'utilizzo del tempo libero previsto è sufficiente per il soggetto per mantenere una stabilità pro-sociale?
- Il soggetto dispone di sufficienti capacità per continuare a gestire il tempo libero in modo responsabile?

N.B.: Determinare questo indicatore in base al contesto in cui la persona si trova a vivere.

L'utilizzo del tempo libero futuro del soggetto risulta:

- 0** – Adeguato: il soggetto dispone di sufficienti capacità e motivazioni per trascorrere positivamente il tempo libero.
- 1** – Adeguato, anche se le capacità e/o le motivazioni del soggetto per trascorrere positivamente il tempo libero sono discutibili.
- 2** – Non adeguato o indeterminato, sconosciuto o non ancora definito, il soggetto dispone tuttavia di sufficienti capacità e/o motivazioni per trascorrere positivamente il tempo libero.
- 3** – Non adeguato o indeterminato, sconosciuto o non ancora definito: le capacità e/o motivazioni per trascorrere positivamente il tempo libero risultano discutibili.
- 4** – Non adeguato o indeterminato, sconosciuto o non ancora definito: il soggetto non dispone in alcun modo di sufficienti capacità e/o motivazioni per trascorrere positivamente il tempo libero.

T06 RETE SOCIALE

Questo indicatore valuta in quale misura i membri della futura rete sociale del soggetto potrebbero metterlo a rischio o proteggerlo. Si tiene in considerazione la misura in cui il soggetto è influenzabile dai membri della sua rete sociale.

La composizione della rete sociale e il grado di sostegno che i suoi membri sono disposti e in grado di fornirgli, rivestono una grande importanza nel consentirgli di crearsi una vita accettabile. La (futura) rete sociale del soggetto può comprendere membri che rivestono un ruolo protettivo, ma anche membri che accrescono il livello di rischio per esso. I membri protettivi sono persone che dispongono di volontà e capacità per supportare il soggetto nel mantenere e metter in pratica i trattamenti concordati e le regole di vita; sono persone che continueranno a supportarlo nel prevenire comportamenti criminosi anche dopo il rilascio. I membri della rete sociale che accrescono il livello di rischio sono invece coloro che ci si aspetta possano spingere il soggetto verso situazioni rischiose.

La rete sociale del soggetto dopo il rilascio consiste di tutte quelle persone che hanno relazioni non superficiali con stesso, quali famiglia, colleghi o vicini di casa. Se il soggetto si trova sotto una supervisione professionale, anche gli stessi operatori sociali e sanitari, possono essere considerati parte della rete sociale. Un soggetto sprovvisto di una rete sociale (o con solo pochi contatti superficiali) e per il quale questo aspetto sia considerato un rischio, ottiene il punteggio 3. Un soggetto con una rete sociale protettiva dalla quale non si lasci però influenzare, ottiene il punteggio 4 (qualora tale situazione venga considerata un rischio). Se invece si ritiene che tale situazione non ponga rischi, assegnare il punteggio 0.

SARÀ POSSIBILE DETERMINARE IL GRADO DI RISCHIO RELATIVO ALLA COMPOSIZIONE DELLA RETE SOCIALE E LA MISURA IN CUI SI RITENGA CHE IL SOGGETTO POSSA ESSERNE INFLUENZATO, CON L'AUSILIO DELLE SEGUENTI DOMANDE:

- Di quali persone consiste la rete sociale del soggetto?
- Quali sono i membri che svolgono un ruolo protettivo e quelli che accrescono il livello di rischio?
- Quali membri della rete sociale influenzano il soggetto? Hanno un'influenza protettiva o accrescono il rischio?
- Il soggetto è in grado di non essere influenzato dai membri che possono accrescere il livello di rischio?

N.B.: Determinare questo indicatore in base al contesto in cui la persona si trova a vivere.

Il network futuro del soggetto risulta composto:

- 0** – In grande misura o completamente da membri con ruolo protettivo che hanno un'influenza positiva sul soggetto.
- 1** – Sia da membri che svolgono un ruolo protettivo sia da membri che accrescono il livello di rischio per il soggetto, il quale dispone di capacità sufficienti per non essere influenzato negativamente.
- 2** – Sia da membri che svolgono un ruolo protettivo sia da membri che accrescono il livello di rischio per il soggetto. La misura in cui questo disponga di sufficienti capacità per non esserne influenzato negativamente è discutibile.
- 3** – Sia da membri che svolgono un ruolo protettivo sia da membri che accrescono il livello di rischio per il soggetto, il quale non dispone delle capacità necessarie per non essere influenzato negativamente.
- 4** – Principalmente da membri che accrescono il livello di rischio per il soggetto, che non dispone delle capacità necessarie per non essere influenzato negativamente.

T07 CIRCOSTANZE STRESSOGENE

Questo indicatore riguarda le modalità con cui il soggetto sarà in grado di affrontare eventuali situazioni stressanti, nonché le possibilità che queste possano di conseguenza destabilizzare il soggetto (perdita di equilibrio, coinvolgimento in situazioni di pericolo).

Si tenga presente che l'indicatore fa riferimento allo stress provato dal soggetto stesso. Non deve necessariamente essere riferito allo stress in senso oggettivo. Alcune persone potrebbero incorrere (in senso oggettivo) in situazioni di stress, come ad esempio nel caso di un'esperienza di rifiuto causata dal proprio passato o problemi in ambito lavorativo, affettivo o abitativo. Anche il passaggio dalla vita in istituto alla vita nella società potrebbe risultare una fonte di stress per il soggetto. L'indicatore evidenzia lo stress che ci si aspetta dal soggetto e la sua reazione al ritorno nella società.

È POSSIBILE DETERMINARE IL RISCHIO DI DESTABILIZZAZIONE ASSOCIATO A FUTURE CIRCOSTANZE STRESSANTI CON L'AUSILIO DELLE SEGUENTI DOMANDE:

- In quale circostanza illecita o potenzialmente fonte di stress potrebbe imbattersi il soggetto? Con quale probabilità potrebbero verificarsi tali circostanze e quando?
- Qualora il soggetto dovesse in futuro affrontare situazioni correlate a una circostanza illecita e/o fonte di stress, sarebbe in grado di affrontarle o ne risulterebbe disorientato e destabilizzato?
- Quali eventi o influenze potrebbero causare tensione al soggetto (ad es. la sensazione di non essere compreso, cambiamenti nella propria routine quotidiana o del personale di assistenza,

uso di sostanze stupefacenti, interruzione di trattamento farmacologico, problemi relazionali o preoccupazioni concernenti un membro della famiglia)?

- Il soggetto dispone di supporto sufficiente (ad es. dalla propria rete sociale, da personale medico, da personale del servizio sociale o tramite l'assunzione di farmaci) o è in grado di disporre in tempo utile per ridurre l'eventuale stress?

N.B.: Determinare questo indicatore in base al contesto in cui la persona si trova a vivere.

In caso di circostanze future di stress:

- 0** – Non si prevede una destabilizzazione.
- 1** – Sussiste un lieve rischio di destabilizzazione.
- 2** – Sussiste un rischio di destabilizzazione.
- 3** – Sussiste un forte rischio di destabilizzazione.
- 4** – Si verificherà quasi sicuramente una destabilizzazione.

Schede di Scoring HKT-R

Dati personali del paziente

Dominio Storico

Dominio Clinico

Dominio Futuro

Risultato finale e assessment

DATI PERSONALI DEL PAZIENTE

Punteggio registrato da:			
Ruolo:			
Data del punteggio:			
Fase attuale del trattamento in cui si trova il soggetto:			
Condizioni attuali per la dimissione del paziente:			
Nome del paziente:			
Data di nascita:			
Sesso:			
Paese di nascita:			
Cittadinanza:			
Tipo del reato:			
Provvedimento:			
Data del reato:		età del soggetto alla prima sottoposizione a misure di Polizia:	
		età del soggetto alla prima condanna:	
Data di inizio del provvedimento:			
Data di inizio del programma di trattamento:			
Diagnosi principale:			
DSM asse I - diagnosi:			
DSM asse II - diagnosi:			
T IQ (Total Intelligence)		VIQ (Verbal Intelligence)	
		PIQ (Perfomal Intelligence)	
		Lista:	
		Data:	

Valutazione finale:	A con assistenza:	
	B senza assistenza:	

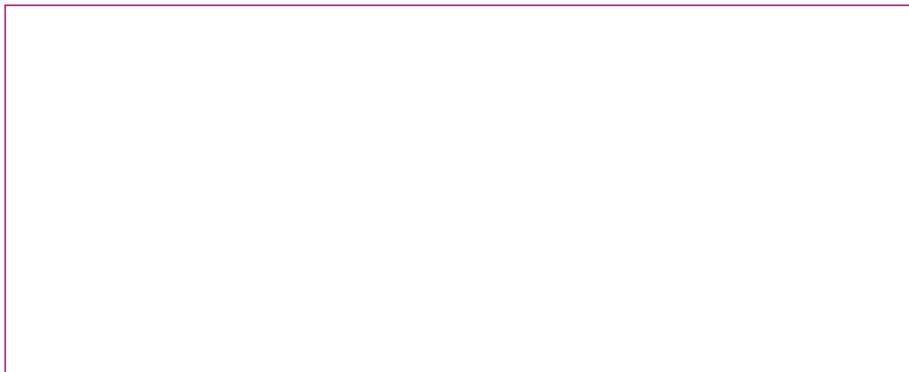
DOMINIO STORICO

H01 Precedenti penali

Punteggio: 

Categoria 1:	Reati alla guida, reati legati a disordine, indisciplinazione e molestia.	
Categoria 2:	Reati legati alla droga	
Categoria 3:	Reati di danneggiamento	
Categoria 4:	Reati contro il patrimonio e reati collegati e funzionali alla commissione di reati contro il patrimonio	
Categoria 5:	Reati che riguardano l'ordine pubblico e le armi	
Categoria 6:	Reati contro il patrimonio mediante violenza e minaccia	
Categoria 7:	Reati che si realizzano attraverso aggressione	
Categoria 8:	Reati che offendono la libertà sessuale	
Categoria 9:	Reati che offendono la libertà sessuale e che coinvolgono minori	
Categoria 10:	Reati contro la vita	
Categoria 11:	Reati che si realizzano attraverso incendio e fuoco	
Categoria 12:	Reati contro la vita aggravati	

H01 Argomentazioni



DOMINIO STORICO

H02 Violazioni del provvedimento e osservazione

Punteggio:

Tipo 1: Allontanamento e fuga

Tipo 2: Rifiuto

Tipo 3: Sostanze

Tipo 4: Accordi e convocazioni

Tipo 5: Disturbo

Tipo 6: Messa in prova

Tipo 7: Altre violazioni

H02 Argomentazioni

H03 Età alla prima condanna:

Punteggio:

H03 Argomentazioni

DOMINIO STORICO

H04 Tipo di vittima

Punteggio:

Numero di vittime conosciute:

Numero di vittime non conosciute:

H04 Argomentazioni

H05 Rete sociale

Punteggio:

Numero di legami sociali positivi:

Numero di contatti legati a criminalità o antisocialità:

H05 Argomentazioni

DOMINIO STORICO

**H06 Problemi comportamentali prima dell'età
di 12 anni**

Punteggio:

H06 Argomentazioni

**H07 Vittima di violenza durante l'infanzia
(fino a 18 anni)**

Punteggio:

H07 Argomentazioni

DOMINIO STORICO

H08 Precedenti per assistenza sociale e sanitaria

Punteggio:

Cure ambulatoriali

Ricovero in struttura

Trattamento obbligatorio/forzato

H08 Argomentazioni

H09 Storia lavorativa

Punteggio: *H09 Argomentazioni*

DOMINIO STORICO

H10 Storia di dipendenza	Punteggio: <input style="width: 50px;" type="text"/>
H10A Alcol	<input style="width: 50px;" type="text"/>
+	
H10B Droghe leggere	<input style="width: 50px;" type="text"/>
+	
H10C Droghe pesanti	<input style="width: 50px;" type="text"/>
+	
H10D Altre dipendenze	<input style="width: 50px;" type="text"/>

H10 Argomentazioni

H11 Instabilità relativa alle condizioni di vita	Punteggio: <input style="width: 50px;" type="text"/>
---	--

H11 Argomentazioni

DOMINIO STORICO

H12 Instabilità patrimoniale

Punteggio:

H12 Argomentazioni

DOMINIO CLINICO

K01 Comprensione del problema

PGR

K01 Punteggio:

K02 Sintomi psicotici

PGR

K02 Punteggio:

K03 Dipendenza

PGR

K03 Punteggio:

Alcol

A

Droghe leggere

DL

Droghe pesanti

DP

Altre dipendenze

AD

DOMINIO CLINICO

K04 Impulsività

PGR

K04 Punteggio:

K05 Comportamento antisociale

PGR

K05 Punteggio:

K06 Ostilità

PGR

K06 Punteggio:

K07 Competenze sociali

PGR

K07 Punteggio:

DOMINIO CLINICO

K08 Autosufficienza

PGR

K08 Punteggio:

K09 Aderenza al trattamento

PGR

K09 Punteggio:

**K10 Assunzione di responsabilità
rispetto al reato**

PGR

K10 Punteggio:

K11 Strategie di coping

PGR

K11 Punteggio:

DOMINIO CLINICO

**K12 Violazione delle regole
e degli accordi**

PGR

K12 Punteggio:

K13 Competenze professionali

PGR

K13 Punteggio:

**K14 Influenza di persone
protettive e/o rischiose nell'ambiente
di vita del soggetto**

PGR

K14 Punteggio:

DOMINIO FUTURO

T01 Accordo sulle misure per la prevenzione di recidiva di reato

PGR A | PGR B | T01 Punteggio A | T01 Punteggio B

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T02 Situazione abitativa

PGR A | PGR B | T02 Punteggio A | T02 Punteggio B

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T03 Situazione economica

PGR A | PGR B | T03 Punteggio A | T03 Punteggio B

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T04 Situazione lavorativa

PGR A | PGR B | T04 Punteggio A | T04 Punteggio B

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DOMINIO FUTURO

T05 Tempo libero

PGR A | PGR B | T05 Punteggio A | T05 Punteggio B

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T06 Rete sociale

PGR A | PGR B | T06 Punteggio A | T06 Punteggio B

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

T07 Circostanze stressogene

PGR A | PGR B | T07 Punteggio A | T07 Punteggio B

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

PANORAMICA DEL PUNTEGGIO FINALE E VALUTAZIONE CLINICA

Indicatori storici

Punteggio:

H01	Precedenti penali	H01	<input type="text"/>
H02	Violazioni concernenti le prescrizioni fissate dalla Autorità Giudiziaria o da altra Autorità o Servizio	H02	<input type="text"/>
H03	Età della prima condanna	H03	<input type="text"/>
H04	Tipologia di vittima	H04	<input type="text"/>
H05	Rete sociale	H05	<input type="text"/>
H06	Problemi comportamentali prima dell'età dei 12 anni	H06	<input type="text"/>
H07	Vittima di violenza durante l'infanzia (fino a 18 anni)	H07	<input type="text"/>
H08	Precedenti per assistenza sociale e sanitaria	H08	<input type="text"/>
H09	Storia lavorativa	H09	<input type="text"/>
H10	Storia di dipendenze	H10	<input type="text"/>
H11	Instabilità relativa alle condizioni di vita	H11	<input type="text"/>
H12	Instabilità patrimoniale	H12	<input type="text"/>
		Totale H	<input type="text"/>

Punteggio degli indicatori clinici

Punteggio:

	PGR*		
K01	<input type="text"/>	Comprensione del problema	K01 <input type="text"/>
K02	<input type="text"/>	Sintomi psicotici	K02 <input type="text"/>
K03	<input type="text"/>	Dipendenza	K03 <input type="text"/>
K04	<input type="text"/>	Impulsività	K04 <input type="text"/>
K05	<input type="text"/>	Comportamento antisociale	K05 <input type="text"/>
K06	<input type="text"/>	Ostilità	K06 <input type="text"/>
K07	<input type="text"/>	Competenze sociali	K07 <input type="text"/>
K08	<input type="text"/>	Autosufficienza	K08 <input type="text"/>
K09	<input type="text"/>	Aderenza al trattamento	K09 <input type="text"/>
K10	<input type="text"/>	Assunzione di responsabilità rispetto al reato	K10 <input type="text"/>
K11	<input type="text"/>	Strategie di coping	K11 <input type="text"/>
K12	<input type="text"/>	Violazione delle regole e degli accordi	K12 <input type="text"/>
K13	<input type="text"/>	Competenze professionali	K13 <input type="text"/>
K14	<input type="text"/>	Influenza di persone protettive e/o rischiose nell'ambiente di vita del soggetto	K14 <input type="text"/>
		Totale K	<input type="text"/>

PANORAMICA DEL PUNTEGGIO FE DELLA VALUTAZIONE FINALE

Indicatori futuri					
	PGR*	A B		A con assistenza	B senza assistenza
T01			Accordo sulle misure per la prevenzione di recidiva di reato	T01	
T02			Situazione abitativa	T02	
T03			Situazione economica	T03	
T04			Situazione lavorativa	T04	
T05			Tempo libero	T05	
T06			Rete sociale	T06	
T07			Circostanze stressogene	T07	
			Totale T		

	A con assistenza	B senza assistenza
Punteggio totale (H + K + T nel caso A e nel caso B)		
Punteggio finale clinicamente testato (basso, medio/basso, medio, medio/alto, alto)		

*Posizione nella Gestione del Rischio (reati che devono essere trattati / gestite con misure più o meno severe in base al comportamento della persona). Eventuali fattori protettivi saranno contrassegnati con la lettera 'B' per distinguerli dai fattori di rischio.

Interpretazione del punteggio totale	
Confrontato con il punteggio finale della valutazione clinica	
Punteggio totale HKT-R	Categoria
0 - 42	Basso
43 - 54	Medio
Da 55	Alto

ABBREVIAZIONI

LETTERATURA HKT

CONTATTI PER SESSIONI FORMATIVE

ABBREVIAZIONI

ADHD	Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività
ADL	Attività Quotidiane
BOPZ	Ammissione Speciale all'Ospedale Psichiatrico
CAD	Centro di Consulenza per Alcol e Droghe (SERD)
DIJ	Istituzioni di Custodia
FPA	Dipartimento di Psichiatria Forense (REMS Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza)
FPC	Centro di Psichiatria Forense
GHB	Acido Gamma - Idrossibutirrico
HKT-30	(Indicatore) Storico, Clinico e Futuro - 30
IBS	Presenza in Custodia
ISD	Struttura per Criminali recidivi
LSD	Dietilamide dell'acido lisergico
OTS	Ordine di custodia
PCP	Fenciclidina Cloridrato
PIJ	Collocamento in un Centro Psichiatrico Giovanile
RM	Autorizzazione giudiziaria
ROM	Monitoraggio Routinario degli Outcomes
TBS	Collocamento in ospedale Psichiatrico
TCO	Minaccia/Perdita di Controllo
UC	Controllo delle Urine
UJD	Casellario Giudiziale
UR	Rilascio Incondizionato
WODC	Centro di Ricerca e Documentazione
XTC	Ecstasy

HKT LETTERATURA SULLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO, VERIFICA, DECISIONE CLINICA E VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO

- Bogaerts, S., Willems, M., Spreen, M., Schuringa, E. & Ter Horst, P. (2013). **Van HKT-30 naar HKT-R. (Dal HKT-30 verso il HKT-R)** Tilburg: Tilburg University Press.
- Brand, E.F.J.M., Horst, P.R.M. ter, Lammers, S.S.M. & Spreen, M. (2010). **Handleiding HKT-EX. Historische Klinische en Toekomst items voor Diagnostiek, Risicotaxatie en Behandelbeoordeling, experimentele versie. (Manuale di HKT-EX. Storico clinico e futuro elementi per la Diagnosi, la valutazione del rischio e del trattamento, versione sperimentale).** Den Haag: Dienst Justitiële inrichtingen.
- Brand, E., Ter Horst, P. & Spreen, M. **Risicotaxatie van de toekomst. Verbinden in de keten. Forensisch psychiatrisch toezicht bekeken. (Valutazione del rischio per il futuro. Legare la catena. Sorveglianza psichiatrica forense rivisitata)** Amsterdam: SWP; 2012. p 85 – 96.
- Brand, E., Ter Horst, P. & Spreen, M. **Behandelbeoordeling met behulp van klinische risicotaxatie. Leefklimaat in de klinische forensische zorg. (Valutazione del trattamento con l'aiuto della valutazione del rischio clinico. L'attenzione all'ambiente nella clinica forense)** Amsterdam: SWP; 2013. p. 328 – 340.
- Brink, R. van de, **Routine Violence Risk Assessment in Community Forensic Mental Healthcare. (Valutazione del rischio della violenza nella routine all'interno della comunità forense per l'assistenza sanitaria mentale)** Behavioral Sciences and the Law; 2010. 28, 396–410.
- Canton, W.J. **Gerapporteerd... en dan? Academisch proefschrift Universiteit Amsterdam. (Rapporto... e poi? Saggio accademico dell'Università di Amsterdam)** Breda: Twintype; 2004.
- Hildebrand, M., Hesper, B.L. Spreen, M. & Nijman, H.L.I. **De waarde van gestructureerde risicotaxatie van de diagnose psychopathie. (Il valore di una valutazione di rischio strutturata della diagnosi di psicopatologia)** Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2005.
- Hildebrand, M., Spreen, M., Schonberger, H.J.M., Augustines, F. & Hesper, B.L. **Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen en recidives tijdens de TBS-behandeling in de jaren 2000 - 2005. (Revoche di permesso, fughe e recidivi per il trattamento TBS negli anni 2000-2005)** Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2006.
- Hummelen, K. Zuidan, Y. van, Ter Horst, P. & Noorthoorn, E. **Teambrede risico-gerelateerde behandelbeoordeling: van bespreking naar discussie. (Valutazione ad ampio raggio del trattamento in relazione al rischio: dal dibattito alla discussione)** In: Oei K. De forensische psychiatrie geanalyseerd. Apeldoorn: Maklu; 2011. p. 89 – 93.
- Jonge, E. de, Nijman, H.L.I. & Lammers, S.M.M. **Gedagsveranderingen tijdens TBS behandeling: een multicenteronderzoek. (Cambi di comportamento per il trattamento TBS: una ricerca policentrica)** Tijdschrift voor psychiatrie; 2009.51. 4, p. 205 – 215.

Singh, J. P., Serper, M., Reinharth, J. & Fazel, S. (2011). **Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments.** (Valutazione struttura del rischio di violenza nella schizofrenia e altri disturbi psichiatrici: una recensione sistematica della validità, affidabilità e contenuto di 10 strumenti disponibili) Schizophrenia Bulletin, 37(5), 899–912.

Spreen, M., Horst, P.R.M. ter, Bogaerts, S., Lammers, S.M.M., Hochstenbach, J., Soe-Agnie, e.a. **Risicotaxatie aan de hand van de HCR-20 en de HKT-30: een vergelijking tussen beide instrumenten.** (Valutazione del rischio basato su HCR-20 e HKT-30: una comparazione tra i due strumenti) In: Oei T. Forensische psychiatrie en haar grensgebieden. Alphen aan de Rijn: Kluwer; 2009. p. 459 – 476.

Ter Horst, P.Ham, M. van, Spreen, M. & Bogaerts, S. **Behandelevaluatie en klinische besluitvorming met behulp van HKT-30 ROM.** (Valutazione del trattamento e attività decisionale clinica con l'aiuto del HKT-30 ROM) Tijdschrift voor Psychiatrie 2014; 56: 228 – 236.

Ter Horst, P. & Zuidam, Y. van, **Begrippenkader-eenduidig referentiekader en consensusscore.** (Cornice concettuale univoca, contesto di riferimento e raggiungimento del consenso) In: Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. red. Van weten naar meten: ROM in de GGZ. Amersfoort: GGZ Nederland; 2011.

Ter Horst, P. **Risicotaxatie in Excel: helder gemakkelijk en snel.** (Valutazione del rischio in Excel: chiara facile e veloce) Psychopraxis 2006b; 2: 84 – 87.

Vries, K. de & Spreen, M. **De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een TBS-behandeling.** (Lo HKT-30 come strumento per i momenti decisionali nel trattamento TBS) Tijdschrift voor Psychiatrie 2012; 54: 429 – 436.

Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie. **Handleiding HKT-30: risicotaxatie in de forensische psychiatrie.** (Trattamento HKT-30: valutazione del rischio nella psichiatria forense) Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen; 2002.

CONTATTI PER SESSIONI FORMATIVE

Maggiori informazioni sul training HKT-R possono essere ricavate dai seguenti FPK e FPC:

- Eindhoven Paul Ter Horst: *prm.ter.horst@dewoenselsepoort.nl*
- Groningen Marinus Spreen: *M.Spreen@fpcvanmesdag.nl*
- Rotterdam Stefan Bogaerts: *Stefan.Bogaerts@kijvelanden.nl* or *s.bogaerts@uvt.nl*
- Mantova Angelo Puccia: *criminologia@istitutofde.it* o *presidenza@associazionelibra.com*

Allegato

**Dall'HKT-30 all'HKT-R
Ragioni metodologiche**

INDICE

- 3** 1. Introduzione
- 4** 2. Procedura
- 6** 3. Ricerca di validazione nazionale HKT-R (Olanda)
 - 3.1. Setting
 - 3.2. Descrizione della popolazione della ricerca
 - 3.3. Prevalenza della recidiva violenta
- 10** 4. L'HKT-R
 - 4.1. Cambiamenti in relazione all'HKT-30
 - 4.2. Caratteristiche psicometriche dell'HKT-R
 - 4.2.1. Coerenza interna
 - 4.2.2. Inter-rater reliability
 - 4.2.3. Validità predittiva
 - 4.3. Analisi di sopravvivenza
- 22** 5. La valutazione di efficacia del trattamento mediante l'HKT-R
 - 5.1. Cambiamenti durante il processo di dimissione
 - 5.2. Strumento di valutazione strutturato per il team di trattamento
 - 5.3. Valutazione della ricerca sull'HKT-R
 - 5.4. Novità a riguardo dell'HKT-R
- 31** 6. Referenze

1 INTRODUZIONE

Su commissione e con il supporto della *Custodial Institutions Agency (DJI)*¹ e del *Forensic Psychiatry Expertise Centre (EFP)*², alcuni ricercatori afferenti ai diversi Centri di Psichiatria Forense olandesi hanno cominciato, nel 2006, a lavorare alla revisione dello strumento di valutazione clinica dei rischi, il cosiddetto Historical Clinical Future (HKT)-30³. Tale revisione aveva due obiettivi. Il primo era quello di esaminare nuove conoscenze scientifiche (inter)nazionali in materia di ricerca sulla recidiva con riferimento all'HKT. A tal fine è stato preso in considerazione il contesto psichiatrico-forense olandese, migliorato in seguito alla obbligatorietà della valutazione dei rischi, a partire dal 2004. Nel processo di revisione è stata dedicata particolare attenzione alle conoscenze pratiche dei professionisti coinvolti, al fine di garantire l'efficacia del nuovo strumento nella pratica. Il secondo obiettivo era quello di (ri)formulare gli indicatori Clinici al fine di includere l'idoneità della valutazione del trattamento per scopi legati al ROM (Routine Outcome Monitoring - Monitoraggio Costante dei Risultati).

Il presente allegato offre un resoconto metodologico sullo strumento per la valutazione del rischio di recidiva

HKT-R (dove R sta per revisione). Nella prima parte, viene descritto brevemente il processo di sviluppo "dall'HKT-30 all'HKT-R". In seguito vengono illustrati il setting e i risultati della ricerca retrospettiva sulla base delle seguenti caratteristiche psicometriche: coerenza interna, l'inter-rater reliability (affidabilità tra valutatori) e la validità predittiva.

Successivamente verrà descritta la compatibilità di parametri C dell'HKT-R per scopi (ROM) relativi alla valutazione del trattamento. Ciò include anche un'analisi dei dati retrospettivi e prospettivi. Infine, viene descritta in breve la valutazione della ricerca.

¹ Il gruppo di revisione HKT era inizialmente formato da ricercatori provenienti dai centri FPC Dr. S. van Mesdag (a capo del progetto), FPK De Woenselse Poort, FPC Hoeve Boschoord, FPC Oldenkotte, FPC De Rooyse Wissel, dal CIA e dall'EFP. Al progetto di revisione hanno aderito anche il FPC De Kijvelanden e l'Università di Tilburg (dipartimento di psicologia forense).

² Vedi Newsletter EFP, Maggio 2007.

³ Work group Risk assessment Forensic Psychiatry (2002). *HKT-30 Manual: risk assessment in forensic psychiatry*. The Hague: Custodial Institutions Agency.

2. PROCEDURA

La procedura adottata dal gruppo di lavoro per la revisione HKT si è svolta come segue.

- Da settembre 2006 a maggio 2008, il gruppo di lavoro addetto alla revisione HKT ha dapprima valutato la letteratura scientifica e le carenze dell'HKT-30. I professionisti in ambito settore forense erano tenuti a riferire al gruppo di lavoro ogni incertezza pratica che riguardasse l'utilizzo dello strumento. Inoltre, ai professionisti era stato chiesto quali indicatori mancassero a loro parere. In seguito a questa prima valutazione dei professionisti, il gruppo di lavoro ha incominciato a discutere i contenuti di tutti i 30 indicatori, prendendo in considerazione argomentazioni sostanziali, teoriche, statistiche e pratiche. Tali considerazioni sono poi diventate oggetto della revisione dell'HKT 2008, che è stata diffusa tramite e-mail a livello nazionale all'interno dei professionisti in campo forense (vedi figura 1 per il testo della e-mail).
- Da giugno 2008 a settembre 2009, il gruppo di lavoro ha iniziato a considerare anche il peso di osservazioni e commenti. Le opinioni più importanti sulla lettura sono state elaborate nella versione della ricerca HKT 2008. In questa versione, alcuni parametri sono stati adattati e adeguati per scopi di ricerca, sulla base dei commenti e della letteratura scientifica. Inoltre, sono stati aggiunti diversi parametri sperimentali. Tali modifiche hanno poi costituito la versione della ricerca: la HKT-EX. In seguito, è stata depositata una richiesta di finanziamento presso il fondo del DJI
- Innovation, concentrandosi sullo studio di coorte nazionale retrospettivo. Dal momento che il gruppo di coorte nazionale più aggiornato era quello formato da soggetti ricoverati in ospedale psichiatrico forense dimessi nel periodo tra il 2004 e il 2008, nella richiesta è stata selezionata questo gruppo come popolazione di ricerca. La ricerca venne approvata dal DJI il 15 settembre 2009. A fine 2009, la ricerca ha incluso anche il FPC De Kijvelanden e l'Università di Tilburg.
- Lo studio di validazione si è svolto nel periodo compreso tra il 2010 e il 2012. L'HKT-EX è stato valutato a posteriori, sulla base di informazioni provenienti dai dati sui soggetti sottoposti a misura di sicurezza presso un ospedale psichiatrico forense, all'interno del gruppo dei dimessi tra il 2004 e il 2008. I dati sono stati forniti da WODC.
- Al termine della raccolta dei dati a fine 2012 e in seguito all'analisi degli stessi, è nato il nuovo HKT, ossia l'HKT-R.

Figura 1. Mail di richiesta per osservazioni e commenti sulla Lettura HKT 2008.

Da: Spreen, Marinus - Data invio: giovedì 7 maggio 2008 17:14 - Oggetto: lettura HKT 2008

Gentile Collega,

circa 5 anni fa è stata introdotta la versione HKT-30 del 2002 per migliorare la valutazione dei rischi del soggetto nella psichiatria forense. Da allora, sono apparsi diversi studi con l'HKT-30 nella letteratura scientifica olandese. Canton (2004) ha esaminato 755 rapporti Pro-Justitia redatti dalla giurisdizione di Den Bosch, Arnhem e Zutphen dal 1993, 1994 e 1995. Sulla base di 123 rapporti, Canton ha collegato una prima versione dell'HKT-30 2002 a gravi casi di recidiva penale (crimine violento, con esclusione di aggressione non aggravata e atti di vandalismo, violenza sessuale con esclusione di indecenza sessuale o omicidio/omicidio colposo). Per i casi gravi di recidiva ha trovato un valore AUC totale pari a 0,72. È stato sorprendente vedere come 7 parametri clinici su 12 avessero un valore AUC così significativo, assieme ai 6 elementi futuri. Uno studio retrospettivo dell'EPF (Hildebrand et al., 2005) ha mostrato come 152 cartelle della popolazione nazionale dei ricoverati, dimessi da 8 istituti di psichiatria forense nel periodo dal 1992 al 2001, corrispondessero alla versione HKT-30 2002. Il valore AUC del punteggio totale per la recidiva violenta era di 0,72. Tale ricerca ha inoltre dimostrato che 8 parametri clinici su 13 e 5 dei 6 futuri si sono rilevati importanti. Nella ricerca EPF (Hildebrand et al., 2006, 2007) su pazienti che si sono sottratti alla cura sotto la supervisione della commissione di Visser, sono stati usati allo stesso modo alcuni parametri clinici della versione HKT-30 2002. Anche questa ricerca ha dimostrato come molti parametri C fossero correlati con entrambi i rischi di abbandono e di recidiva violenta dopo essersi sottratti alla cura. Inoltre, tre cliniche (Oostvaarderkliniek, De Kijvelanden e Oldenkotte) hanno raccolto i loro punteggi ottenuti con l'utilizzo ripetuto dell'HKT-30 (De Jonge, Nijman & Lammers, in stampa). Hanno trovato così una riduzione della gravità durante la durata della loro permanenza in una clinica di psichiatria forense.

L'HKT-30 è uno strumento in fase di sviluppo. Dal momento che diverse cliniche hanno già utilizzato l'HKT-30 nella versione 2002 per 5 anni, un numero di ricercatori, quali Farid Chakhssi (De Rooyse Wissel), Paul Ter Horst (GGzE), Hanneke Schonberger (EPF), Bernadette Lutjenhuis (Hoeve Boschoord), Eddy Brand (CIA), Sylvia Lammers (Oldenkotte) e Marinus Spreen (Mesdag/EPF) hanno pensato che fosse il momento adatto per revisionare e implementare la versione 2002 dell'HKT-30. In primo luogo, hanno fatto una stima dei problemi pratici e delle incongruenze riscontrate dagli operatori al momento della compilazione della versione HKT-30 2002, informandosi anche sugli elementi mancanti. In seguito a tale stima, il gruppo di revisione ha analizzato ogni elemento, considerandone e aggiungendone di nuovi. Per il momento il risultato è stato la lettura della versione HKT 2008.

In questo momento, la versione HKT 2008 non è da considerare come una versione finale completa del manuale. Questa versione comprende principalmente la ridefinizione dei punti fissi, così come l'introduzione di diversi nuovi elementi. La versione finale sarà completa di testi di copertina e referenze. A questo punto, vorremmo chiederle:

1. di rivedere con occhio critico la nuova versione dell'HKT-30
2. i punti fissi sono abbastanza chiari e coerenti?
3. crede che vi siano elementi mancanti di grande importanza per la valutazione del rischio di recidiva?

Questa lettura verrà diffusa (tra ricercatori, medici e policy maker) per garantire di poter adattare lo strumento finale nel migliore dei modi alle pratiche cliniche attuali e alla situazione odierna nella ricerca scientifica. In seguito all'elaborazione di commenti e note critiche nazionali, abbiamo deciso di testare la versione 2008 su un campione nazionale di soggetti rilasciati (sia rilascio senza condizionale che in uno stadio successivo) durante il periodo 2002 - 2007. Presenteremo una proposta del progetto al CIA. Solamente con i risultati di questa ricerca di validazione potremo stabilire se c'è stato un miglioramento nella versione revisionata. È possibile spedire commenti e consigli a M.Spreen@fpcvanmesdag.nl fino al 31 Maggio 2008.

PS: POTREBBE DIFFONDERE LA PRESENTE LETTURA TRA I SUOI COLLEGHI ADDETTI ALLA VALUTAZIONE DEI RISCHI?

La ringraziamo per la collaborazione. Distinti saluti,

Eddy Brand (CIA) - Farid Chakhssi (FPC De Rooyse Wissel) - Paul Ter Horst (GGzEindhoven) - Bernadette Lutjenhuis (Hoeve Boschoord) - Sylvia Lammers (FPC Oldenkotte) - Hanneke Schonberger (EPF) - Marinus Spreen (chairman) (FPC Dr. S. van Mesdag/EPF)

3 RICERCA DI VALIDAZIONE NAZIONALE HKT-R

3.1 Setting

La popolazione della ricerca era pari a N= 347 individui condannati dal giudice ad una misura di sicurezza presso un ospedale psichiatrico forense olandese. I soggetti del campione sono stati tutti dimessi senza condizionale da uno dei dodici Centri di Psichiatria Forense (FPC) olandesi tra il 2004 e il 2008. La recidiva di reato all'interno di questo gruppo di coorte nel periodo successivo al 2008 è stata monitorata dal National Recidivism Monitor del WODC⁴. Il gruppo nazionale di persone rilasciate tra il 2004 e il 2008 è pari a N= 411 individui provenienti da una misura di sicurezza in ospedale psichiatrico forense. I pazienti ricoverati su ordine dell'ospedale con condizioni o con ordine massimo non sono inclusi nella ricerca.

Le cartelle relative a tutti i N=347 individui che in passato sono stati ricoverati su ordine ospedaliero o giudiziario, sono stati raccolti da due studenti del master in Psicologia Clinica e Forense. Dal momento che i soggetti del gruppo di coorte dimessi tra il 2004 e il 2008 era il più recente, i file contengono in generale informazioni dettagliate sul background e sui precedenti penali del soggetto, rapporti Pro-Justitia, piani sulle cure, richieste di dimissione e estensioni consigliate. Gli studenti hanno precedentemente ricevuto un training intensivo protocollato di due settimane. Durante il training sono venuti a conoscenza dei diversi fattori dell'HKT-EX e hanno così potuto fare pratica nella raccolta di punteggi su casi attuali. Dopo la valutazione individuale, i punteggi degli studenti sono stati messi a confronto, discutendo degli argomenti alla base degli stessi per raggiungere un accordo sul punteggio.

Per segnare il punteggio dei parametrici clinici, ogni file era stato suddiviso in cinque fasi: tutte le informazioni inerenti a oltre 12 mesi prima del reato che ha portato al ricovero giudiziario (periodo Pro Justitia), i primi dodici mesi successivi all'ammissione, i dodici mesi precedenti alla prima richiesta di dimissione senza sorveglianza, i dodici mesi precedenti alla richiesta di dimissione su libertà vigilata e i dodici mesi precedenti il rilascio incondizionato (UR - Uncoditional Release). Gli studenti hanno fatto una stima dei periodi senza avere mai a disposizione documenti scritti (informazioni specifiche o conoscenze successive che avrebbero potuto influire sulla loro opinione). I fattori storici sono stati valutati utilizzando parte dei documenti penali riferiti alla fase fino al periodo Pro-Justitia. I fattori futuri sono stati valutati solamente per la situazione U.R. Per determinare la inter-rater reliability, ossia l'affidabilità tra i valutatori, i file di 60 pazienti (12 per ognuno dei cinque anni di dimissione tra il 2004 e il 2008) sono stati valutati due volte da due diversi incaricati. Dopo aver raccolto i punteggi di 347 file dei pazienti, il WODC del Ministero di Sicurezza e Giustizia olandese⁵ ha richiesto i dati sulla recidiva. La banca dati del WODC conteneva informazioni su tutti i pazienti che, fino all'11 luglio 2011, avevano reiterato il reato dopo essere stati dimessi su ordine dell'ospedale psichiatrico. La ricerca è rivelata particolarmente interessante per il legame tra violenza e recidiva. La recidiva violenta era considerata come "una condanna per un nuovo reato in cui la violenza era stata usata contro altre persone o come mezzo di minaccia". A tal fine sono stati utilizzati i metodi BOOG⁶ (vedi figura 2). La recidiva violenta è un reato di categoria 5 o superiore.

4 Bregman, I. M. & Wartna, B. S. J. (2011). Recidivism hospital order 1974 - 2008. Developments in criminal recidivism of those formerly place under hospital order. The Hague: WODC. Fact sheet 2011-6.

5 Un ringraziamento dell'autore va a Dr. Wartna del WODC per la sua collaborazione.

6 Classificazione sulla base di Brand, E.F.J.M. (2005). Research report Juvenile Files 2003C. The Hague, CIA.B-8

Figura 2. Le categorie di recidiva violenta nei metodi BOOG.

Categoria 5: Reati che riguardano l'ordine pubblico e le armi

Questa categoria include tutte le condanne per violenza moderata, come membro di un'organizzazione criminale (140), violenza commessa in luogo pubblico con altri trasgressori nei confronti di cose o persone (141), incendio doloso con conseguente rischio per la proprietà (157 par. 1), opposizione alle forze dell'ordine con conseguenti ferite (181 par. 1, 182 par. 1, 182 par. 2), favoreggiamento della fuga (191), minaccia (284), minaccia con violenza, aggressione o abuso (285), aggressione non aggravata (300 par. 1), distruzione di strutture o veicoli (352). Questa categoria include anche tutte le condanne per crimini legati al Firearms Acts (FAA), come possesso illegale e traffico di armi.

Categoria 6: Reati contro il patrimonio mediante violenza e minaccia

Questa categoria include reati violenti contro la proprietà, come furto per mezzo di violenza o minacce (312) ed estorsione per mezzo di violenza o minacce (317).

Categoria 7: Reati che si realizzano attraverso aggressione

Questa categoria include reati di violenza grave, come opposizione alle forze dell'ordine con conseguenti ferite (181 par. 2 e 3), presa in ostaggio (282), aggressione con conseguenti ferite gravi (300 par. 2 e 3), provocazione intenzionale di gravi ferite fisiche (302), aggressione aggravata (302), aggressione aggravata premeditata (303).

Categoria 8: Reati che offendono la libertà sessuale

Questa categoria include reati sessuali con vittime adulte, come stupro (242), rapporto intercorso con persona inconsapevole o con disturbi mentali (243), aggressione con violenza o minacce (246), seduzione di persona incapace di resistere al fine di avere o permettere adulterio (247), reato sessuale con ferite fisiche (248).

Categoria 9: Reati che offendono la libertà sessuale e che coinvolgono minori

Questa categoria include reti sessuali con vittime minorenni, come rapporto con un minore di età inferiore a 12 anni (244), rapporto con minore di età compresa tra 12 e 16 anni, rapporto con minore (249) e rapporto con minore al fine di atti sessuali con un terzo (250).

Categoria 10: Reati contro la vita

Questa categoria include condanne per omicidio colposo (omicidio intenzionale di una persona) (287).

Categoria 11: Reati che si realizzano attraverso incendio e fuoco

Questa categoria include condanne per incendio doloso con conseguente rischio per persone (157 par. 2) e possibile morte della vittima (157 par. 3).

Categoria 12: Reati contro la vita aggravati

Questa categoria include condanne per omicidio colposo in concorso con fuga premeditata (288) e omicidio premeditato (289).

3.2 Descrizione della popolazione della ricerca

La maggior parte dei pazienti nel gruppo di coorte 2004 - 2008 era di sesso maschile (N= 317, 91,4%); quella femminile era in minoranza (N= 30, 8,6%). La maggioranza dei pazienti era nata nei Paesi Bassi (N= 265, 76,4%). Il resto dei pazienti, era nato in Suriname (N= 31, 8,9%), nelle Antille Olandesi (N= 19, 5,5%) o altrove (N= 32, 9,2%).

L'età media in cui è stato commesso il primo reato era di 21,02 anni (SD 8,38, raggio 5,10 - 59,06) e l'età media in cui è stato commesso il reato che ha portato alla misura di sicurezza presso l'ospedale psichiatrico forense era di 29,03 (SD 8,82, raggio 16,32 - 64,81). I reati (in successione ascendente) sono: omicidio colposo (N= 109, 31,4%), omicidio (N= 60, 17,3%), reato sessuale (N= 51, 14,7%), incendio doloso con rischio di vita (N=41, 11,8%), aggressione grave (N=26, 7,5%) e altri reati violenti (N= 19, 5,5%). La maggior parte dei pazienti (N= 289, 83,3%) aveva già ricevuto una condanna, mentre una minima parte (N=58, 16,7%) non aveva condanne precedenti.

L'età media dei pazienti sottoposti a misura penale (in ricovero ospedaliero con cura inclusa) era di 30,31 anni (SD 8,85, raggio 16,85 - 65,38). La maggioranza dei pazienti (N= 277, 79,8%) aveva ricevuto una sentenza consecutiva, mentre un quinto dei pazienti (N=70, 20,2%) aveva ricevuto una sentenza solamente per il ricovero su ordine ospedaliero, cura inclusa. L'età media per l'inizio del ricovero o della cura era di 32,12 anni (SD 8,84, raggio 17,39 - 65,95).

La diagnosi⁷ di DSM-IV più comune al momento dell'inizio della cura ospedaliera era quella relativa ad un disturbo della personalità.

⁷ American Psychiatric Association (2001). *Concise manual for the Diagnostic Criteria of the DSM IV-TR*. Pearson Assessment and Information B.V., Amsterdam.

Non Altrimenti Specificato (N= 178, 51,3%), disturbi correlati a sostanze (N= 119, 34,3%), disturbi della personalità del cluster B (N= 96, 27,7%) e schizofrenia o altri disturbi psicotici (N= 75, 21,6%).

Molti pazienti soffrivano di disturbi legati alla comorbidità. Il QI medio del gruppo di ricerca era di 98,20 (SD 15,62, raggio 52 - 139).

La prima richiesta di libertà non vigilata che è stata accettata, era stata inoltrata in seguito a una cura dalla durata media di 2,92 anni (SD 2,13, raggio 0,16 - 23,61); la prima richiesta di libertà vigilata che è stata accettata, era stata inoltrata in seguito a una media di 5,92 anni (SD 2,79, raggio 0,8 - 24,39) successivi all'inizio della cura. In seguito a una cura completa della durata media di 8,22 (SD 3,25%, raggio 2,63 - 27,68), l'età media per la dimissione su ordine ospedaliero, cura inclusa, era di 40,33 anni (SD 9,18, raggio 24,76 - 70,95). Dopo l'UR, la maggior parte dei pazienti (N= 245, 70,6%) era riuscita a reintegrarsi indipendentemente nella società, mentre il resto dei pazienti ha continuato a ricevere sorveglianza, come assistenza domestica (N= 75, 21,6%), accesso clinico in psichiatria generale (N= 16, 4,6%), enti per persone con difficoltà mentali (N= 8, 2,3%) e residenze sanitarie (N= 3, 0,9%).

3.3 Prevalenza di recidiva violenta

Non è stato possibile tracciare dati sulla recidiva di 5 pazienti, e di 10 pazienti che sono morti nell'arco dei due anni successivi alla dimissione dell'ospedale o alla fine della cura. Si è deciso di non includere questi 15 pazienti nelle analisi. Le analisi sono quindi state effettuate sul resto dei pazienti (N= 332).

La prevalenza della recidiva violenta è calcolata in base al periodo di "time at risk" nell'arco dei primi due anni di dimissioni e nei cinque anni successivi e oltre. Si è proceduto in questo modo in quanto l'intera popolazione di ricerca era stata dimessa su rilascio incondizionato dall'ospedale o per altre misure per almeno due anni, e una parte di questa era già stata dimessa su rilascio incondizionato per cinque o più anni. La tabella 1 mostra la prevalenza di diversi gruppi target e disturbi psichiatrici. La tabella attesta che non è avvenuto nessun atto di recidiva violenta tra le donne e autori di reati di pedofilia.

Tabella 1.
Prevalenza di recidiva violenta in seguito a dimissioni su ordine o misure ospedaliere, sulla base dei dati WODC sulla coorte 2004 – 2008.

	Recidiva violenta nei due anni successivi alla dimissione		Recidiva violenta nei cinque anni successivi alla dimissione	
	Percentuale	N	Percentuale	N
Sesso				
Femminile	0,0	27	0,0	13
Maschile	13,4	305	21	174
Reati (donne escluse)				
Atti osceni in luogo pubblico	9,3	54	21,2*	33
Atti sessuali su bambini	0,0	22	0,0	12
Reati violenti (esclusa pubblica decenza)	15,3	236	21,8	133
DSM-IV (donne escluse)				
Asse di diagnosi I	15,6	192	19,6	107
Dipendenza da sostanze	21,7	106	27,3	55
Disturbi psicotici	9,4	64	15,8	38
Altro Asse I	13,2	76	15	40
Dipendenza da sostanze e disturbi psicotici	16,7	18	22,2	9
Asse di Diagnosi II	15	253	23	142
Cluster B	16,9	83	27,5	51
Non Altrimenti Descritto	13,2	159	21,6	88
Altro Asse II	14,7	34	18,8	16
Asse di diagnosi I e Asse II	18,2	148	22,5	80
Dipendenza da sostanze e cluster B	23,7	38	31,6	19
Dipendenza da sostanze e NAO	22	50	25	24
Disturbi psicotici e cluster B	15,4	13	14,3	7
Disturbi psicotici e NAO	16,7	18	25	12

4 L'HKT-R

Le seguenti tabelle (2-5) utilizzano il test del chi quadrato per misurare la correlazione invariata di 33 parametri in relazione alla recidiva violenta. Tale scelta è stata fatta in base all'ampio livello ordinale degli indicatori (cinque classi). Un'analisi dei rischi clinici strutturata su un soggetto mostra alcuni punti in comune con la selezione delle variabili per la regressione multivariata. In un'analisi dei rischi strutturata, tutti i parametri sono completati. Successivamente vengono determinati quali parametri (in combinazione) sono a rischio per la protezione del soggetto. Nel modello di selezione per la regressione multivariata, tutte le variabili che restano invariate vengono dapprima testate in associazione con le variabili dipendenti. Dal momento che le variabili invariate associate genericamente possono essere significative se combinate con altre variabili, la soglia di significatività per testare queste variabili invariate viene definita in maniera meno rigida⁸. Per questo, i parametri per i rischi associati genericamente alla recidiva violenta a livello di gruppo possono essere importanti a livello individuale. La soglia di significatività è indicata a $p < .10$ della presente ricerca. Per i parametri clinici, la correlazione invariata tra recidiva violenta era stata revisionata anche al momento dell'ammissione. Un parametro clinico che non ha nessuna differenza tra "recidivo" e "non recidivo" durante l'UR, bensì durante l'assunzione, risulta essere un fattore importante per la valutazione della cura, per la prescrizione di una cura e/o per la prognosi di permesso.

⁸ Hosmer e Lemeshow consigliano $p < .25$ come soglia di screening per la regressione logistica. Vista la natura individuale dell'analisi dei rischi, abbiamo usato un livello più rigido. Vedi capitolo 4 di Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression John Wiley and Sons, INC, New York, second edition.*

La presente analisi non mostra nessuna distinzione tra il periodo di "time at risk" di due e cinque anni. Sono stati considerati tutti i pazienti ricoverati in precedenza su ordine dell'ospedale. Dopo un "time at risk" medio di 5,21 anni (SD 1,41, raggio 2,12 - 7,51), 69 pazienti (20,8%) hanno ricevuto una nuova condanna per un reato connesso a condotte violente.

Tabella 2. Punteggi medi e correlazione di parametri individuali con recidiva violenta

Parametri storici	Nessuna recidiva	Recidiva	Indice di probabilità chi quadrato; df
H01 Precedenti penali (N= 332)	2,11 (1,45)	3,17 (1,14)	33,93**** ; df= 4
H02 Violazione del provvedimento e osservazione (N= 332)	0,80 (1,10)	1,55 (1,44)	20,00**** ; df= 4
H03 Età della prima condanna (N= 327)	1,64 (1,15)	2,25 (1,12)	20,62**** ; df= 4
H04 Tipologia vittima (N= 331)	2,44 (1,33)	3,19 (0,99)	23,41**** ; df= 4
H05 Influenze sociali (N= 323)	1,32 (1,57)	2,22 (1,57)	18,38**** ; df= 4
H06 Problemi comportamentali prima del dodicesimo anno di vita (N= 319)	1,46 (1,40)	1,88 (1,51)	8,25** ; df= 4
H07 Vittime di violenza infantile (fino a 18 anni) (N= 327)	1,92 (1,17)	2,19 (1,24)	3,95; df= 4
H08 Precedenti per assistenza sociale e sanitaria (N= 332)	1,99 (1,39)	2,41 (1,35)	11,96*** ; df= 4
H09 Storia lavorativa (N= 327)	2,54 (1,21)	3,01 (1,22)	14,49**** ; df= 4
H10 Storia di dipendenza (N= 309)	1,76 (1,12)	2,49 (0,99)	22,41**** ; df= 4
H11 Instabilità relativa alle condizioni di vita (N= 327)	1,43 (1,37)	2,16 (1,42)	14,78**** ; df= 4
H12 Instabilità economica (N= 282)	1,65 (1,49)	1,98 (1,57)	7,00* ; df= 4

****p < .001, p < .01***, p < .05**, p < .10*

Tabella 3. Punteggi medi e correlazione di parametri individuali con recidiva violenta dei parametri K durante il primo anno di ricovero ospedaliero

Parametri clinici	Nessuna recidiva	Recidiva	Indice di probabilità chi quadrato; df
K01 Comprensione del problema (insight) (N= 263)	2,48 (1,02)	2,54 (0,99)	1,52; df= 4
K02 Sintomi psicotici (N= 293)	0,34 (0,70)	0,26 (0,65)	2,39; df= 3
K03 Dipendenza (N= 290)	0,32 (0,82)	1,28 (1,8)	39,46**** ; df= 4
K04 Impulsività (N= 262)	1,96 (1,29)	2,46 (1,37)	11,16*** ; df= 4
K05 Comportamento asociale (N= 263)	1,25 (1,37)	1,75 (1,54)	8,57** ; df= 4
K06 Ostilità (N= 255)	1,28 (1,08)	1,75 (1,07)	9,15** ; df= 4
K07 Competenze sociali (N= 275)	1,97 (0,97)	2,25 (0,90)	4,33; df= 4
K08 Autosufficienza	0,51 (0,91)	0,32 (0,75)	4,71; df= 4
K09 Aderenza al trattamento (N= 291)	1,38 (1,23)	1,72 (1,12)	9,22** ; df= 4
K10 Assunzione di responsabilità rispetto al reato (N= 194)	2,16 (1,13)	2,46 (0,95)	4,61; df= 4
K11 Strategie di coping (N= 264)	2,66 (0,90)	2,88 (0,92)	3,88; df= 4
K12 Violazione degli accordi	0,91 (1,25)	1,57 (1,60)	21,65**** ; df= 4
K13 Competenze professionali (N= 230)	1,07 (1,29)	1,20 (1,17)	7,01* ; df= 4
K14 Influenza di persone protettive e/o rischiose nell'ambiente di vita del soggetto (N= 268)	0,09 (0,40)	0,43 (1,00)	12,30*** ; df= 4

****p < .001, p < .01***, p < .05**, p < .10*

Tabella 4. Valori medi e coerenza dei singoli indicatori con la recidività violenta degli indicatori K nel corso dell'ultimo anno di trattamento.

Indicatori clinici	N. recidive	Recidive	Distribuzione x2 (k)
K01 Comprensione del problema (insight) (N= 285)	1,10(0,95)	1,28(1,21)	6,66* ; df = 4
K02 Sintomi psicotici (N= 323)	0,14(0,40)	0,09(0,34)	1,33; df = 2
K03 Dipendenza (N= 390)	0,33(0,85)	0,71(1,24)	13,65**** ; df = 4
K04 Impulsività (N= 289)	0,86(1,02)	1,33(1,19)	9,20** ; df = 4
K05 Comportamento asociale (N= 292)	0,43(0,84)	0,78(1,23)	8,03** ; df = 4
K06 Ostilità (N= 276)	0,37(0,72)	0,86(0,99)	18,33**** ; df = 4
K07 Competenze sociali (N= 296)	0,86(0,94)	1,02(1,04)	4,98; df = 4
K08 Autosufficienza (N= 305)	0,30(0,67)	0,23(0,69)	5,24* ; df = 3
K09 Aderenza al trattamento (N= 323)	0,53(0,89)	1,00(1,16)	13,34**** ; df = 4
K10 Assunzione di responsabilità rispetto al reato (N= 189)	1,26(1,31)	1,65(1,30)	3,81; df = 4
K11 Strategie di coping (N= 299)	1,27(1,02)	1,37(1,07)	3,14; df = 4
K12 Violazione degli accordi (N= 329)	0,31(0,86)	0,74(1,24)	13,69**** ; df = 4
K13 Competenze professionali (N= 304)	0,46(0,84)	0,92(1,17)	11,81*** ; df = 4
K14 Influenza di persone protettive e/o rischiose nell'ambiente di vita del soggetto (N= 315)	0,06(0,28)	0,09(0,45)	5,12* ; df = 3

****p < ,001, p < ,01***, p < ,05**, p < ,10*

Tabella 5. Valori medi e coerenza dei singoli indicatori con recidiva violenta degli indicatori T.

Indicatori futuri	N. Recidive	Recidive	Distribuzione x2 (k)
T01 Accordo sulle misure per la prevenzione di recidiva di reato (N= 314)	0,70(0,99)	0,90(0,99)	12,05**** ; df = 4
T02 Situazione abitativa (N= 326)	0,36(0,71)	0,64(0,92)	6,27* ; df = 4
T03 Situazione economica (N= 282)	0,52(0,83)	1,00(1,27)	10,80** ; df = 4
T04 Situazione lavorativa (N= 316)	0,89(1,29)	1,50(1,27)	13,60**** ; df = 4
T05 Tempo libero (N= 285)	0,96(1,23)	1,71(1,38)	6,93* ; df = 4
T06 Rete sociale (N= 322)	1,76(0,99)	1,91(0,70)	0,83; df = 4
T07 Circostanze stressogene (N= 326)	1,55(0,99)	2,00(0,78)	9,28** ; df = 4

****p < .001, p < .01***, p < .05**, p < .10*

Le tabelle (2-5) mostrano che la maggioranza dei parametri sono associati con un rischio maggiore di recidiva violenta. 12 parametri su 13 della scala H mostrano abbastanza precisamente l'associazione invariata con la recidiva violenta. I parametri 8 e 10 dei 14 indicatori della scala K, analizzati rispettivamente un anno dopo l'inizio del trattamento e un anno prima dell'U.R. (rilascio incondizionato), mostrano una correlazione invariata con la recidiva violenta. Infine, 6 parametri T su 7 sono associati con la recidiva violenta. I parametri con nessuna correlazione invariata alla recidiva violenta sono tuttavia stati conservati come parametri nell'HKT-R, in quanto ritenuti importanti dal personale ai fini del trattamento forense.

4.1 Cambiamenti in relazione all'HKT-30

La tabella 2 mostra l'aggiunta di cinque nuovi indicatori H all'HKT-R: H03 - Età alla prima condanna, H04 Tipo di vittima, H05 Reti sociali, H11 Instabilità relativa alle condizioni di vita e H12 Instabilità patrimoniale. Sulla base di ragioni sostanziali e cliniche, i parametri diagnostico-psichiatrici storici dell'HKT-30, come H8 Disturbi psicotici, H9 Disturbi della personalità, H10 Psicopatia e H11 Deviazione sessuale, non sono stati inclusi nel nuovo HKT-R. Dal momento che l'HKT-R è uno strumento per l'analisi dei rischi personalizzati, tali contrassegni psichiatrici non sono abbastanza accurati (ad es. una persona reitera perché portato da certi stimoli a reagire impulsivamente in certe circostanze, piuttosto perché presenta un disturbo della personalità) per scopi mirati all'analisi dei rischi individuali. I parametri diagnostici sono ora registrati sulla scheda "Patient personal details" (dettagli personali del soggetto). Sebbene N= 37 pazienti, in precedenza ricoverati

solamente per un disturbo di Asse I, abbiano reiterato meno (11%) rispetto agli altri due gruppi, un'analisi del chi-quadro mostra statisticamente che questi soggetti recidivano sufficientemente meno rispetto ai N= 148 pazienti ricoverati per un disturbo di Asse II (25%) e ai N= 105 pazienti ricoverati per un disturbo di Asse I e uno di Asse II (26%) (vedi tabella 6).

Tabella 6. Associazione tra diagnosi e recidiva violenta in seguito al trattamento.

	Nessuna recidiva	Recidiva	Totale
Diagnosi con un solo disordine di Asse I	89% (N=33)	11% (N=4)	N=37
Diagnosi con un solo disordine di Asse II	75% (N=111)	25% (N=37)	N=148
Diagnosi con un disordine di Asse I e un disordine di Asse II	74% (N=78)	26% (N=27)	N=105

$$\chi^2 = 3,79; df = 2; p = 0.15$$

Analisi più dettagliate delle odds ratio⁹ dai diversi punti di vista diagnostici, mostrano che una diagnosi psichiatrica è un antecedente storico poco rilevante per la recidiva violenta nel gruppo di studio 2004 - 2008 (vedi tabella 7).

Tabella 7. Odds ratio in relazione alla recidiva violenta per le diagnosi DSM-IV più frequenti nel gruppo di studio 2004-2008

	Odds ratio	95% BI	Sig
Disturbo legato a sostanze (N= 305)	1,75	1,00 - 3,00	.05
Disturbi psicotici (N= 305)	0,66	0,32 - 1,34	.25
Altri disturbi di Asse I (N= 305)	0,76	0,38 - 1,51	.45
Disturbi della personalità del cluster B (N= 305)	1,34	0,75 - 2,41	.32
Disturbi della personalità NAO (N= 305)	1,36	0,79 - 2,33	.27

La tabella 7 mostra che solo le diagnosi dei disturbi legati all'uso di sostanze hanno un rischio maggiore di recidiva violenta in seguito al trattamento. Tale diagnosi è inclusa nell'H¹⁰ Storia di dipendenza. Le tabelle 6 e 7 danno supporto statistico all'esclusione della diagnosi psichiatrica come parametro storico. Anche questi parametri non sono stati associati con recidiva violenta¹⁰ in una precedente ricerca sull'analisi dei rischi con l'HKT-30.

⁹ Con odds ratio si fa qui riferimento alla relazione tra il numero di soggetti recidivi con una certa diagnosi e il numero di soggetti recidivi con altre diagnosi.

¹⁰ Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., Nijman, H.L.I. (2005). Il Valore dell'Analisi Strutturata dei Rischi nella Diagnosi di Psicopatia. Utrecht: Expertise Centre Forensic.

Un'eccezione era quella del punteggio di psicopatia. Il concetto di psicopatia (in particolare il fattore Stile di vita antisociale) è incluso essenzialmente nei parametri H01, H02, H03, H09, H10, H11 e H12. L'esclusione della diagnosi psichiatrica come parametro di rischio non è determinante per la determinazione del valore del dominio storico dell'HKT-R.

Alla scala clinica vengono aggiunti tre parametri, quali: K12 - Violazione degli accordi e delle regole, K13 - Competenze professionali e K14 - Influenza di persone protettive e/o rischiose nel ambiente di vita del soggetto. Questi tre parametri sono stati aggiunti perché considerati importanti per il trattamento e la risocializzazione. I parametri dell'HKT30 K9 - Problemi di acculturazione e K12 - Preoccupazioni sessuali non sono citati nell'HKT-R. Tali parametri non sono stati discriminanti anche nella precedente ricerca nazionale HKT-30¹¹. Questi parametri sono inclusi essenzialmente e rispettivamente nel K12 - Violazione degli accordi e delle regole e C14 - Influenza di persone protettive e/o rischiose nel ambiente di vita del soggetto.

I parametri della scala T (futuro) nell'HKT-R sono essenzialmente mirati alla reintegrazione sociale e alle opzioni di gestione dei rischi in Olanda. La scala T può essere considerata come una check-list per le opzioni di reintegrazione sociale. Sono stati presi provvedimenti in materia di Abitazione (T02), Finanze (T03), Lavoro (T04), Tempo libero (T05) e Rete sociale (T06)? Il soggetto possiede le competenze adeguate per gestire un'esistenza sociale (con o) senza assistenza (T07)?

¹¹ Vedi nota 10.

4.2 Caratteristiche psicometriche dell'HKT-R12

4.2.1 Coerenza interna

La coerenza interna indica fino a che punto i parametri dell'HKT-R siano correlati e descrive la formazione di un processo psicologico e di principi comportamentale generalizzati. La coerenza interna è determinata generalmente dall'alpha di Cornbach (α). Linee guida per il significato dell'altezza dell' α : $<.50$ = inaccettabile, $50 - 59$ = scarso, $60 - 69$ = discutibile, $70 - 79$ = accettabile $80 - 89$ = buono e ≥ 90 = eccellente¹³. I risultati hanno mostrato una buona coerenza interna per i domini Storico ($\alpha = .80$), Clinico ($\alpha = .86$) e Futuro ($\alpha = .81$).

4.2.2 Inter-rater reliability

Come già detto in precedenza, i file generici di 60 pazienti (12 per ognuno dei cinque anni di dimissione tra il 2004 e il 2008) sono stati valutati due volte da due diversi incaricati. L'inter-rate reliability indica fino a che punto i due valutatori conferiscono lo stesso punteggio allo stesso soggetto durante la valutazione. L'affidabilità tra valutatori dell'HKT-R è stata valutata sulla base del "one-way random" e in base al coefficiente di correlazione interclasse (ICC). I valori ICC di $<.40$ sono di solito ritenuti bassi; i valori ICC da $.40$ a $.74$ sono considerati buoni, mentre quelli da $\geq .75$ molto buoni¹⁴.

Dal momento che la mancanza di distribuzione di dati

(limitazione raggio) può influire negativamente sull'ICC, la percentuale di accordo esatto e quella di accordo adiacente è stata calcolata anche per i parametri individuali dell'HKT-R. La percentuale di accordo esatto mostra la percentuale di casi in cui due valutatori hanno assegnato lo stesso punteggio per lo stesso soggetto per un certo parametro. La percentuale di accordo adiacente mostra la percentuale di casi in cui due valutatori assegnano un punteggio diverso, in cui la differenza non è maggiore di un punto (ad es. quando il valutatore 1 assegna un punteggio di 3 e il valutatore 2 un punteggio di 4). Le seguenti linee guida sono state usate per capire le percentuali di accordo esatto e adiacente: $<.70$ = scarso, $.70 - .79$ = ragionevole, $.80 - .89$ = buono e $\geq .90$ = eccellente¹⁵ (Stemler, 2004). L'inter-rater reliability delle diverse sezioni dell'HKT-R è illustrata in tabella 8 (pagina 16).

12 Il valore N varia nelle diverse analisi a causa di informazioni mancanti.

13 George, D. & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update (4th ed.)*. Boston: Allyn & Bacon.

14 Fleiss, J.L. (1986). *The Design and Analysis of Clinical Experiments*. New York: Wiley.

15 Stemler, S.E. (2004). *A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. Practical Assessment, Research & Evaluation, 9(4)*.

	Misure singole One-way random ICC* (95% BI)	Proporzione di accordo assoluto (95% BI*)	Proporzione di accordo assoluto e adiacente (95% BI)
H01 Precedenti penali	.90 (.84, .94)	.76 (.64, .85)	.97 (.89, .99)
H02 Violazioni del provvedimento e osservazione	.77 (.64, .85)	.71 (.58, .81)	.90 (.80, .95)
H03 Età della prima condanna	.69 (.53, .80)	.69 (.56, .79)	.93 (.84, .97)
H04 Tipo di vittima	.77 (.64, .85)	.69 (.56, .79)	.83 (.71, .90)
H05 Rete sociale	.58 (.38, .73)	.54 (.41, .66)	.77 (.65, .86)
H06 Problemi comportamentali prima dei dodici anni	.70 (.54, .81)	.48 (.36, .61)	.84 (.73, .91)
H07 Vittima di violenza durante l'infanzia (prima dei 18 anni)	.66 (.49, .78)	.55 (.42, .67)	.84 (.73, .91)
H08 Precedenti per assistenza sociale e sanitaria	.41 (.17, .60)	.51 (.39, .63)	.73 (.61, .83)
H09 Storia lavorativa	.53 (.32, .70)	.37 (.26, .50)	.79 (.67, .88)
H10 Storia di dipendenza	.83 (.73, .90)	.61 (.48, .73)	1.00 (.94, 1.0)
H11 Instabilità relativa alle condizioni di vita	.51 (.29, .68)	.40 (.28, .53)	.69 (.56, .80)
H12 Instabilità patrimoniale	.46 (.20, .66)	.33 (.21, .47)	.67 (.53, .79)
Dominio storico - H	.80 (.66, .89)	---	---
K01 Comprensione del problema	.62 (.41, .77)	.56 (.42, .69)	.98 (.89, 1.0)
K02 Sintomi psicotici	-.01 (-.26, .25)	.97 (.89, .99)	1.00 (.94, 1.0)
K03 Dipendenza	.80 (.68, .88)	.93 (.83, .97)	.97 (.89, .99)
K04 Impulsività	.51 (.27, .69)	.55 (.42, .68)	.92 (.81, .97)
K05 Comportamento asociale	.35 (.09, .56)	.58 (.45, .70)	.87 (.75, .94)
K06 Ostilità	.41 (.16, .61)	.62 (.48, .74)	.96 (.87, .99)
K07 Competenze sociali	.45 (.21, .64)	.37 (.25, .51)	.96 (.87, .99)
K08 Autosufficienza	.43 (.19, .62)	.80 (.68, .88)	.96 (.87, .99)
K09 Aderenza al trattamento	.51 (.30, .68)	.59 (.46, .71)	.88 (.77, .94)
K10 Assunzione di responsabilità rispetto al reato	.83 (.69, .92)	.65 (.47, .79)	.90 (.75, .96)
K11 Strategie di coping	.58 (.37, .73)	.46 (.33, .59)	.96 (.87, .99)
K12 Violazione delle regole e degli accordi	.40 (.17, .60)	.80 (.68, .88)	.93 (.84, .97)
K13 Competenze professionali	.74 (.60, .84)	.71 (.58, .81)	.98 (.90, 1.0)
K14 Influenza di persone protettive e/o rischiose nell'ambiente di vita del soggetto	.36 (.11, .56)	.91 (.81, .96)	.98 (.90, 1.0)
Dominio clinico - K	.85 (.67, .94)	---	---
T01 Accordo sulle misure per la prevenzione di recidiva di reato	.31 (.05, .53)	.61 (.48, .73)	.82 (.70, .90)
T02 Situazione abitativa	.54 (.33, .70)	.73 (.61, .83)	.95 (.86, .98)
T03 Situazione economica	.39 (.11, .61)	.53 (.39, .67)	.84 (.71, .92)
T04 Situazione lavorativa	.47 (.23, .66)	.62 (.48, .74)	.85 (.73, .92)
T05 Tempo libero	.49 (.23, .68)	.57 (.43, .71)	.82 (.68, .91)
T06 Rete sociale	.37 (.13, .58)	.46 (.34, .59)	.84 (.72, .91)
T07 Circostanze stressogene	.35 (.10, .55)	.33 (.22, .46)	.84 (.72, .91)
Dominio futuro - T	.42 (.09, .67)	---	---
Punteggio totale HKT-R	.62 (.41, .77)	---	---

Come è possibile dedurre dalla tabella 8, l'inter-rater reliability dei parametri individuali dell'HKT-R variano considerevolmente. Il punteggio si è dimostrato indipendente sul metodo di misurazione usato. Guardando alle proporzioni di accordo esatto e adiacente, l'inter-rater reliability su quasi tutti i parametri individuali Storici, Clinici e Futuri si è dimostrata da buona a eccellente.

Si è avuta un'inter-rater reliability eccellente su entrambi i livelli di dominio Storici (ICC= .80) e Clinico (ICC= .85). Nel dominio Futuro (ICC= 42.) l'inter-rater reliability era ragionevole. Ciò era dovuto principalmente alla mancanza di distribuzione dei parametri T individuali (limitazione di raggio). La gran maggioranza di punteggio per i parametri Tera in un raggio 0-2 (T01 96%; T02 97%; T03 92%; T04 94%; T05 90%; T06 88% e T07 94%). Su una scala da 0 a 28, la differenza media tra il punteggio totale T tra i due valutatori indipendenti era di 0,96 (test-t appaiato: $t=-1,2$; $df=31$; $p=0,24$). Possiamo qui vedere l'influenza di diverse azioni giudiziarie sulla coorte di soggetti in dimissione 2004 - 2008. Questi pazienti non sono stati dimessi

prima che i parametri futuri (T) fossero stati disposti adeguatamente. Il punteggio totale dell'HKT-R aveva un'inter-rater reliability buono.

4.2.3. Validità predittiva

Nell'analisi di valutazione dei rischi, la validità predittiva (ossia quanto è accurato uno strumento di misurazione per la classificazione dei soggetti recidivi?) può essere vista in due modi¹⁶. La tabella 9 mostra la differenza media tra recidivi violenti e non recidivi per i tre totali sub-scala e il punteggio totale dell'HKT-R.

La tabella 9 dimostra che il punteggio dei recidivi violenti è nettamente superiore a quello dei non recidivi sui tre totali sub-scala e il punteggio totale.

¹⁶ Singh, J.P., Desmarais, S.L. & Dorn, R.A. van (2013). *Measurement of Predictive Validity in Violence Risk Assessment Studies: A Second-Order Systematic Review*. Behavioural Sciences and the Law, 31, 55-73.

Tabella 9. Test-t di un gruppo misto di recidivi violenti e non recidivi

Scala	Nessuna recidiva	Recidiva	Differenza media	Valore T; df
Scala H (N= 305)	21,69 (8,45)	28,56 (8,40)	-6,87***	T=-5,95 ; df= 303
Scala K - primo anno di trattamento psichiatrico-forense (N= 237)	18,47 (8,21)	22,42 (10,04)	-3,95**	T=-2,96 ; df= 235
Scala K - ultimo anno di trattamento psichiatrico-forense (N= 304)	7,97 (6,96)	11,63 (9,64)	-3,67**	T=-2,94 ; df= 89,73
Scala T (N= 292)	5,79 (4,69)	8,26 (6,08)	-2,46**	T=-3,02; df= 86,93
Punteggio totale HKT-R (N= 262)	34,39 (14,99)	48,98 (18,87)	-14,59***	T=-5,42; df= 78,58

$p < .001***$, $p < .01**$, $p < .05*$

Un altro modo per analizzare la validità predittiva è includere informazioni specifiche sul tasso base di recidiva violenta. Secondo il monitor del WODC¹⁷, la prevalenza media di recidiva che grava nella coorte 2004 - 2008 in seguito a un "time at risk" di cinque anni o più dopo le dimissioni predisposte dall'ospedale psichiatrico-forense è approssimativamente del 30%. Questo numero può essere trovato anche nella coorte WODC 1999 - 2003 (pazienti ricoverati su ordine ospedaliero con UR). In teoria, uno strumento per la valutazione dei rischi perfetto dovrebbe avere come risultato un percentuale del 30% di recidivi con punteggio alto. Tuttavia, non è questo il caso. La percentuale dei recidivi con un punteggio inferiore a quello massimo del 30% può essere considerato un punto di forza per la validità predittiva del punteggio totale dell'HKT-R. Sulla base di tale ragionamento, il 15% dei punteggi massimi totali dell'HKT-R è definito come ALTO, il seguente 15% come MEDIO e il restante 70% come BASSO.

¹⁷ Bregman, I. M. & Wartna, B. (2011). Recidivism hospital order 1974 - 2008. Development in criminal recidivism of those formerly place under hospital order. The Hague: WODC. Fact sheet 2011-6.

I limiti di categoria sono stabiliti da un campione bootstrap bias-corrected e accelerato di N= 1000. Il limite di categoria trovato riporta il valore più basso del 99% per l'intervallo di fiducia dell'85° e 70° percentile (punteggi altri tra top 15% e 30%). Ciò significa che sussiste il 99% di probabilità di trovare i limiti di categoria in questo intervallo¹⁸.

Di conseguenza, si considera la percentuale di recidiva violenta in queste tre categorie. La tabella 10 mostra la percentuale di recidiva violenta per categorie a rischio nella coorte oggetto della ricerca dei soggetti dimessi al giorno 11 luglio 2011, con una media di 5,2 anni senza aver subito nuove misure di restrizione o ricoveri.

Nell'analisi per la valutazione dei rischi HKT-R, la tabella 10 svolge una funzione di supporto e di guida per permettere al singolo valutatore di raggiungere una conclusione individualizzata, ponderata e strutturata.

Tabella 10. Rischio attuariale della coorte 2004 - 2008 sulla base del punteggio totale HKT-R.

¹⁸ Vedi: Good, P.I. (2006) Resampling Methods. A Practical Guide to data Analysis. Birkhäuser Boston, 3rd edition.

Tabella 10. Rischio attuariale della coorte 2004 - 2008 sulla base del punteggio totale HKT-R

Categorie	Punteggio totale HKT-R	Percentuale recidivi (n)	Numero soggetti
Basso	0 - 42	16 (N= 26)	162
Medio	43 - 54	26 (N=10)	38
Alto	55 o maggiore	52 (N=22)	42
Totale		24 (N=58)	242

Come leggere la tabella 10: Se il punteggio totale è inferiore a 43, dei N= 162 dei autori di reato violento di sesso maschile (inclusi i reati sessuali con adulti) della corte 2004-2008, il 16% (N= 26) ha reiterato un reato violento. Tra i trasgressori della categoria più moderati il 26%, pari a 10 autori maschi su 38 hanno ricomesso un reato violento, e nella categoria Alto si ha una recidiva violenta per il 52% (N= 22) dei 42 soggetti violenti.

Ciò significa che se un soggetto dovesse essere valutato al momento dell'ammissione con un punteggio totale HKT-R di 40, il suo rischio è basso sulla base del profilo di rilascio della coorte 2004 - 2008. In conclusione, il valutatore è tenuto a verificare la ragione per cui determinate circostanze individuali e contestuali possano mettere il soggetto ad alto rischio.

La tabella 11 mostra i valori dell'Area Sotto la Curva (AUC) del punteggio totale HKT-R per recidiva violenta dopo due anni di "time at risk" e dopo almeno cinque anni di "time at risk". Un valore AUC di .50 indica che il valore predittivo è uguale alla probabilità, mentre un valore AUC di 1.0 rappresenta una previsione perfetta.

Tabella 11. Valori AUC del punteggio totale HKT-R suddiviso tra vari gruppi target

	Recidiva violenta due anni dopo la dimissione		Recidiva violenta cinque anni dopo la dimissione	
	N	Valore AUC Punteggio totale HKT-R	N	Valore AUC Punteggio totale HKT-R
Popolazione maschile totale	305	0,71 (0,62 - 0,81)	174	0,77 (0,67 - 0,86)
Reati (donne escluse):				
Crimini sessuali adulti	54	0,69 (0,40 - 0,97)	33	0,75 (0,46 - 1,00)
Crimini violenti, esclusi crimini sessuali	236	0,71 (0,61 - 0,81)	133	0,76 (0,66 - 0,87)
Crimini violenti, tra cui crimini sessuali adulti, esclusi crimini sessuali infantili	290	0,71 (0,61 - 0,80)	130	0,76 (0,66 - 0,86)
DSM-IV (donne escluse)				
Asse di diagnosi I	192	0,72 (0,61 - 0,83)	107	0,82 (0,71 - 0,93)
Dipendenza da sostanze	106	0,71 (0,58 - 0,84)	55	0,74 (0,56 - 0,91)
Disturbi psicotici	64	0,73 (0,55 - 0,91)	38	0,78 (0,60 - 0,97)
Altro Asse I	76	0,73 (0,55 - 0,92)	40	0,89 (0,78 - 1,00)
Asse di diagnosi II	253	0,73 (0,64 - 0,82)	142	0,76 (0,65 - 0,87)
Cluster B	83	0,81 (0,68 - 0,94)	51	0,67 (0,50 - 0,87)
Non Altrimenti Descritto	159	0,70 (0,58 - 0,83)	88	0,80 (0,66 - 0,93)
Altro Asse II	34	0,48 (0,19 - 0,78)	16	---
Asse di diagnosi I e II	148	0,75 (0,65 - 0,86)	80	0,82 (0,70 - 0,94)
Dipendenza da sostanze e cluster B	38	0,72 (0,50 - 0,94)	19	---
Dipendenza da sostanze e NAO	50	0,72 (0,53 - 0,91)	24	---

I valori AUC intermedi possono essere interpretati come segue: .51 - .60 basso; .60 - .70 medio; .70 - .80 ragionevole; .80 - .90 buono; >.90 alto¹⁹.

Dal momento che sia le donne che avevano commesso un reato che i responsabili di reati di pedofilia non hanno reiterato un crimine violento, questi due gruppi sono stati esclusi dall'analisi. Il valore AUC non è stato calcolato per una sub-popolazione inferiore a 30 membri.

La tabella 11 mostra che il punteggio totale HKT-R di tutti i gruppi varia da ragionevole a eccellente, fatta eccezione per i "reati sessuali con adulti" e "altro Asse I". È stato fatto un confronto esplorativo per avere un'idea di come questi valori AUC possano riferirsi a valori internazionali ottenuti con altri strumenti di valutazione dei rischi. Facendo un confronto tra i valori AUC in tabella 11 e i valori AUC medi trovati in una revisione sistematica internazionale di dieci strumenti strutturati per la valutazione dei rischi clinici, il livello dei valori AUC trovati risulterebbe generalmente maggiore rispetto ai valori medi internazionali registrati²⁰. Tuttavia, fare un confronto tra altri strumenti in contesti internazionali diversi e popolazioni nettamente differenti sarebbe molto complesso e da gestire con cautela.

¹⁹ Sjöstedt, G. & Grann, M. (2002). Risk assessment: What is being predicted by actuarial prediction instruments? *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 179-184.

²⁰ Vedi Tabella 5 in: Singh, J.P., Serper, M., Reinharth, J. & Fazel, S. (2011). Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability and Item Content of 10 Available Instruments. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 5, 899 – 912.B-22

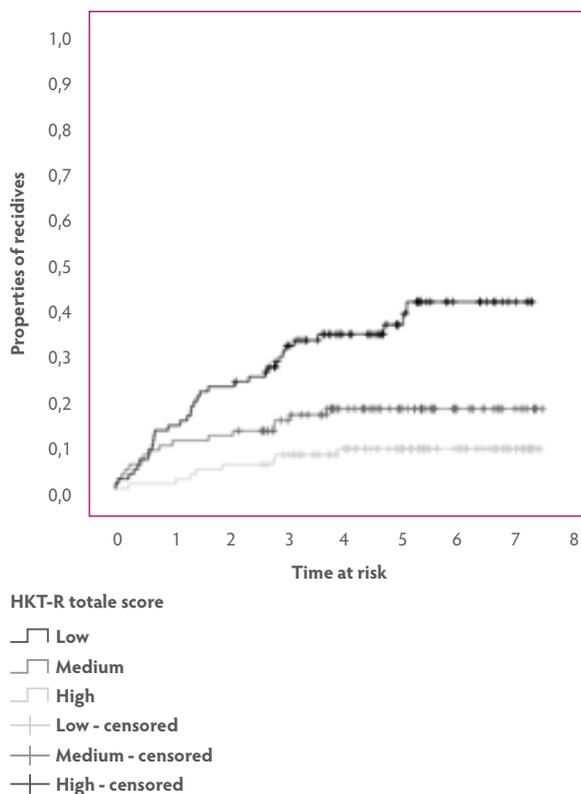
4.3 Analisi di sopravvivenza

La differenza tra i gruppi in termini di durata e frequenza di un risultato (in questo caso: recidiva) può essere rivista utilizzando lo stimatore di Kaplan-Meier per la funzione di sopravvivenza. Esso considera le differenze nella durata di follow-up (ad esempio, i pazienti che erano stati dimessi su rilascio incondizionato dell'ospedale nel 2008, avevano "meno tempo" per reiterare rispetto ai pazienti dimessi su rilascio incondizionato dell'ospedale nel 2004). I gruppi di pazienti sono stati messi a confronto in base all'altezza del loro punteggio totale HKT-R.

Punteggio totale HKT-R

I pazienti erano stati innanzitutto suddivisi in tre gruppi della stessa grandezza, sulla base del loro punteggio totale HKT-R: "basso", "medio" e "alto". In merito alla recidiva violenta, i soggetti con un punteggio totale HKT-R alto si erano ritrovati a reiterare molto prima e con più frequenza rispetto ai soggetti con un punteggio totale HKT-R basso ($\chi^2 = 23.62$, $p = <.001$) o medio ($\chi^2 = 9.52$, $p = .004$). I soggetti con un punteggio totale HKT-R medio hanno reiterato prima e con più frequenza rispetto ai soggetti con un punteggio totale basso ($\chi^2 = 3.24$, $p = .07$). Tale differenza si è rilevata poco significativa. La figura 3 mostra la proporzione di recidivi nel corso del tempo all'interno dei tre gruppi, sulla base del punteggio totale HKT-R.

Figura 3. Tempo trascorso negli anni fino al primo nuovo reato violento, sulla base del punteggio totale HKT-R.



5. VALUTAZIONE DEL TRATTAMENTO ATTRAVERSO L'HKT-R

Come detto in precedenza, uno degli obiettivi della revisione dell'HKT-30 era quello di garantire la possibilità di utilizzare i parametri K per la valutazione della cura anche a scopi (ROM). Ciò significa che i parametri K dell'HKT-R devono essere abbastanza sensibili da poter misurare i cambiamenti per tutta la durata della cura (dall'ammissione alla dimissione). Tuttavia, il solo monitoraggio dei cambiamenti a livello di gruppo usando parametri K basati su tempi determinati per misurare o revisionare il rilascio, non è sufficiente ai fini del trattamento. Durante il periodo ospedaliero, i team addetti alle cure vogliono sapere se il loro soggetto ha avuto cambiamenti (positivi) in merito a sé stesso rispetto al periodo precedente. Il professionista ha bisogno di uno strumento per la valutazione del trattamento che sia in grado di supportare le decisioni cliniche per casi individualizzati. Ciò richiede un metodo di decisione formale. In questo paragrafo viene fornita un'analisi che valuta fino a che punto i parametri K dell'HKT-R sono sensibili per misurare i cambiamenti comportamentali durante il processo di rilascio dei soggetti sottoposti a misura restrittiva in ospedale psichiatrico-forense²¹.

²¹ Anche se il periodo Pro Justita non è parte formale nel processo di rilascio, includiamo questo periodo nel concetto di processo di

A tal fine è stata utilizzata la coorte di rilascio 2004 - 2008 valutata in modalità retrospettiva. I primi intervalli di valutazione nel processo di rilascio di questa coorte sono coperti dal periodo Pro-Justita, dal primo anno di cura ospedaliera, dall'anno precedente alla richiesta di dimissioni su libertà non vigilata, dall'anno precedente alla richiesta di dimissioni su libertà vigilata e dall'anno precedente alla dimissione²². Successivamente, si discutono i risultati di uno studio prospettivo dell'utilizzo dei parametri K dell'HKT-R per la valutazione del trattamento.

5.1 Cambiamenti durante il processo di rilascio

Nella coorte di soggetti dimessi 2004 - 2008, non tutti i pazienti ricoverati in precedenza su ordine ospedaliero hanno dovuto effettuare tutti gli stadi del processo. La tabella 12 mostra la divisione di due diversi processi di rilascio, distinguendo tra recidivi e non recidivi.

lascio a scopi di chiarezza.

²² NB. Il periodo di "Richiesta di dimissioni vigilate" non era incluso nella presente ricerca.

Tabella 12. Processo di rilascio della coorte 2004 - 2008, distinguendo tra recidivi e non recidivi

Processo di rilascio	% Nessuna recidiva (N)	% Recidiva (N)	Numero pazienti
Tutti gli stadi del processo	81% (N= 130)	19% (N= 31)	161
Dimissioni non vigilate	78% (N= 7)	22% (N= 2)	9
Nessuna libertà vigilata	69% (N= 71)	31% (N= 32)	103
Nessuna richiesta di libertà vigilata o non vigilata	60% (N= 6)	40% (N= 4)	10
N totale	214	69	283

La Tavola 12 mostra che N= 122 (43%) di N= 283 con precedenti ordini di ricovero ospedaliero non ha completato la procedura di rilascio. È evidente che la prevalenza di violenza recidiva nel gruppo di coloro con precedenti ordini di ricovero ospedaliero con una procedura di rilascio incompleta è maggiore rispetto al gruppo che è passato attraverso tutti i passaggi della procedura (31% contro il 19%).

La misurazione, secondo cui la durata del trattamento varia tra coloro che hanno avuto precedenti ordini di ricovero ospedaliero, che hanno completato o meno la procedura di rilascio e tra i recidivi e i non recidivi, è stata effettuata in base alla regressione multipla²³. È stata creata una variabile dicotomica, con la quale si determina la distinzione tra coloro con precedenti ordini di ricovero ospedaliero che hanno completato tutte le fasi di controllo per il rilascio e coloro con una procedura di rilascio incompleta. La durata media del trattamento (tempo espresso in anni tra ammissione e il rilascio) è stata di 8,2 anni per l'intera popolazione maschile, escludendo i reati sessuali sui bambini (DS 3,00).

Tavola 13. Regressione multipla della procedura di rilascio e della recidività nella durata del trattamento
Variabile dipendente: Durata del trattamento; N = 293.

Modelli di regressione	Beta	T	sig
Procedura di rilascio	-.17	-2,91	.004
Procedura di rilascio	-.14	-2,38	.02
Recidività	-.02	-.25	.80
Procedura di rilascio	-.18	-2,61	.009
Recidività	-.22	-1,18	.24
Procedura di rilascio* Recidività	.23	1,16	.25

²³ Si veda il capitolo 14 di Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L., Muller, K.E. & Nizam, A. (1998). *Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods*. Duxbury Press, Pacific Grove, 3rd edition.

Dall'analisi in base alla regressione multipla (metodo Enter) si evince che la durata del trattamento per coloro con precedenti ordini di ricovero ospedaliero con una procedura di rilascio completa è stata di circa un anno più lunga rispetto agli individui con una procedura di rilascio incompleta (7,6 anni per coloro con una procedura di rilascio incompleta contro gli 8,6 anni per coloro con una procedura di rilascio dimissioni completa). I recidivi e i non recidivi non differiscono nella durata del trattamento per entrambe le procedure di rilascio (completa e incompleta) (si veda la Tavola 13).

La somma degli Indicatori Storici e Clinici (somma HK) è utilizzata per analizzare la misurazione secondo cui gli indicatori K sono sensibili al cambiamento di misurazione durante le procedure di rilascio dei pazienti con ordine di ricovero ospedaliero. La motivazione di questo procedimento è dovuta all'impossibilità di considerare i potenziali cambiamenti negli indicatori clinici di un soggetto senza la sua storia (punteggio della somma H). La somma HK viene analizzata utilizzando misurazioni a due fattori ripetute ANOVA, in cui i momenti del rilascio costituiscono il fattore tempo (variabili all'interno del soggetto) e i 'recidivi' o 'non recidivi' formano il gruppo (variabile tra i soggetti). Le misurazioni a due fattori ripetute ANOVA vengono applicate alla popolazione formata da coloro con precedenti ordini di ricovero ospedaliero che sono passati attraverso tutte le cinque fasi della procedura di dimissioni e alla popolazione formata da coloro con precedenti ordini di ricovero ospedaliero per i quali l'analisi è terminata senza aver completato la procedura di rilascio.

Le figure 4a e 4b mostrano la rappresentazione grafica della traiettoria di rilascio del gruppo dei soggetti che hanno completato tutte le fasi di rilascio (N = 99) e del gruppo dei soggetti che non hanno completato la traiettoria di dimissioni (in questo caso senza la fase di rilascio di prova) (N = 75). All'interno di entrambi i gruppi, i 'recidivi' e i non 'recidivi' si distinguono tra loro nei punteggi della somma HK.

Nelle figure 4a e 4b i 'recidivi' si distinguono dai 'non recidivi' in ogni momento della misurazione nelle somme HK. I punteggi dei recidivi calano statisticamente alla stessa velocità di quelli dei non recidivi. Il cambiamento in altezza dei punteggi totali di HK fra entrambi i gruppi tuttavia rimane dalla fase Pro-Justitia²⁴ fino al loro rilascio. Dalle misurazioni a due fattori ripetute ANOVA, (Tavole 14a e 14b) emerge che la somma HK (e, insieme ad essa, il livello di rischio) decresce notevolmente durante la traiettoria di rilascio, ma la somma HK dei recidivi è notevolmente più alta di quella dei non recidivi in ogni momento della misurazione (modalità di rilascio).

Tavola 14a. Tavola misurazioni ripetute ANOVA di un gruppo con traiettoria di trattamento completo

Fonte	D.f.	Media aritmetica	F
Tra soggetti recidivi	1	4828,17	8,89 (p=.00)
Nei soggetti			
Traiettoria di rilascio	4	2013,77	102,93(p=.00)
Procedura di rilascio* recidività	4	5,20	266 (p=.90)

²⁴ Rapporto Pro-Justitia: un esame della personalità del soggetto ordinata da un magistrato o da un pubblico ministero condotta da psichiatri o psicologi indipendenti. (nota del traduttore)

Figura 4a e 4b. Rappresentazione grafica delle traiettorie nel trattamento completo

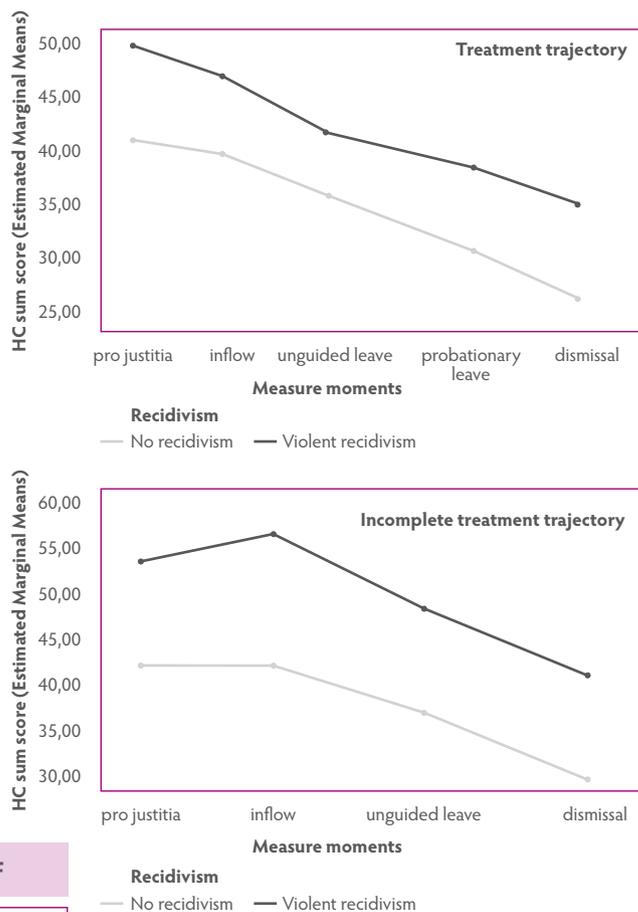


Tavola 14b. Tavola misurazioni ripetute ANOVA di un gruppo con traiettoria di trattamento incompleto

Fonte	D.f.	Media aritmetica	F
Recidività tra i soggetti	1	10650,50	19,74 (p=.00)
Nell'ambito dei soggetti			
Traiettoria di rilascio	3	1676,71	63,7 (p=.00)
Procedura di rilascio* recidività	3	7,87	0,30 (p=.83)

Per concludere, le Tavole 14a e 14b mostrano che la somma HK è sufficientemente sensibile alla misurazione di un cambiamento del comportamento durante un trattamento psichiatrico-forense in media di otto anni. È inoltre possibile distinguere statisticamente i 'recidivi' dai 'non recidivi' nei momenti diversi di decisione forense basati sulla somma HK. Questo implica che l'HKT-R può essere usato essenzialmente per l'osservazione ai fini della concessione di benefici o misure alternative. È consigliabile, tuttavia, la scelta di uno strumento di valutazione del trattamento più sensibile. Le figure 4a e 4b mostrano che il calo dei punteggi della somma HK entro le cinque fasi è lieve e offre quindi un controllo insufficiente per il singolo operatore. Pertanto, la sezione seguente si focalizza sullo Strumento per la Valutazione del Trattamento Forense (IFTE).

5.2 Strumento di valutazione del trattamento forense strutturato e individualizzato compilato dal team (ROM)

Gli indicatori K possono essere usati anche ai fini della valutazione del trattamento forense. I 14 indicatori K dell'HKT-R sono stati usati dal 2010 come strumenti di

valutazione del trattamento nei sistemi ROM al FPC Dr. S. van Mesdag, FPC de Kijvelanden, FPC 2Landen e FPU Zuidlaren (da Giugno 2012). I 14 indicatori K sono parte dello Strumento per la Valutazione del Trattamento Forense (IFTE) (si veda la Figura 5). Questo è uno strumento di osservazione (team) che viene compilato ogni metà anno da tutti i membri del team multidisciplinare indipendentemente e serve come input per le discussioni sul trattamento.

Assegnando il punteggio agli indicatori clinici dell'HKT-R ogni metà anno, è possibile eseguire un follow-up del corso del trattamento in termini di indicatori di rischio forensi. In un sistema di follow-up orientato individualmente su un soggetto, uno strumento ROM non dovrebbe essere usato solo per effettuare un follow-up immediato su un soggetto, ma anche come base per potenziali decisioni cliniche. Dovrebbe fungere da supporto delle decisioni cliniche per trattamenti multidisciplinari, il livello di funzionalità, la misurazione della conformità tra i diversi professionisti e i cambiamenti clinici e statistici mappati dal N= 1-statistico²⁵.

Al FPC De Woensele Poort è stato sviluppato un metodo di intervento speciale per discutere sugli indicatori K e i cambiamenti in questi indicatori con i pazienti²⁶.

²⁵ Spreen, M., Timmerman, M. E., Horst, P. ter & Schuringa, E. (2010). *Formalizing Clinical Decisions in Individual Treatments: Some First Steps*. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(4), 285-299.

²⁶ Ter Horst, P., Ham, M. van, Spreen, M. & Bogaerts, S. *Behandelevaluatie en klinische besluitvorming met behulp van HKT-30 ROM*. *Tijdschrift Psychiatrie*. 2014; 56: 228 – 236.

Figura 5. Strumento per la Valutazione del Trattamento Forense

HKT-R Clinico	Aggiunti
K01 Comprensione del problema	K15 Comportamento manipolatorio
K02 Sintomi psicotici	K16 Utilizzo equilibrato della giornata
K03 Dipendenza	K17 Abilità finanziaria
K04 Impulsività	K18 Comportamento sessuale deviato
K05 Comportamento asociale	K19 Utilizzo di farmaci
K06 Ostilità	K20 Abilità nell'evitare droghe e alcol
K07 Competenze sociali	K21 Abilità nell'evitare comportamenti aggressivi
K08 Autosufficienza	K22 Abilità nell'evitare comportamenti sessuali al limite
K09 Aderenza al trattamento	
K10 Assunzione di responsabilità rispetto al reato	
K11 Strategie di coping	
K12 Violazione degli accordi e delle regole	
K13 Competenze professionali	
K14 Influenza di persone protettivee/o rischiose nell'ambiente di vita del soggetto	

Gli indicatori K della scala IFTE è di 17 punti invece che 5. Ciò è dovuto alla necessità di misurare cambiamenti di comportamento più sensibili in media in un periodo di tempo di sei mesi (il tempo che intercorre tra due discussioni sul trattamento).

L'affidabilità inter-rater degli indicatori K della scala IFTE è stata testata su 177 coppie di osservatori nel sistema di follow-up dei pazienti dell'FPC Dr. S. van Mesdag, che ha compilato l'IFTE per N= 232 pazienti. Le coppie erano composte da socioterapisti della stessa squadra di trattamento, poiché erano in grado di osservare i pazienti approssimativamente per la stessa durata di tempo nelle stesse circostanze. La Tavola 15 mostra l'affidabilità inter-rater degli indicatori K della scala IFTE utilizzando dati potenziali. La durata media del ricovero della popolazione presa in esame è stata di 35,69 mesi (DS 38,61; limiti 3 - 303).

In questa popolazione il 47% è stata diagnosticato con schizofrenia o disturbi psicotici, il 13% con disturbi dell'umore o ansiosi e il 26% con un disturbo dello sviluppo. Ai N= 167 (72%) pazienti sono stati diagnosticati abusi di sostanze. Al 16% della popolazione esaminata è stata diagnosticata pedofilia o parafilia e il 10% ha ricevuto una diversa diagnosi sull'Asse I. Sull'Asse II, il 2% è stato diagnosticato con un disordine della personalità di gruppo A, il 35% con un disordine della personalità di gruppo B e l'1% con un disordine della personalità di gruppo C; il 33% è stato diagnosticato con un disordine della personalità NOS e per il 10% la diagnosi sull'Asse II è stata rimandata. Un handicap mentale è stato diagnosticato nel 2% dei pazienti mentre al 13% è stata effettuata una diagnosi differente sull'Asse II. I pazienti sono stati divisi in tutte le fasi del trattamento: il 31% era in ingresso, il 57% lungo il percorso e il 12% all'uscita.

Affidabilità della stima degli indicatori K della scala IFTE e affidabilità Test-Retest

	N (coppie di osservatori)	Misure in media, random bidirezionale ICC (95% BI)	N (pazienti)	Alpha di Chronbach (95% BI)	Oscillazione di cambiamento su scala a 17 punti
K01 Comprensione del problema	165	.83 (.77-.88)	232	.85 (.81-.87)	-11.00-8.17
K02 Sintomi psicotici	110	.89 (.84-.93)	175	.82 (.75-.87)	-10.00-10.83
K03 Dipendenza	115	.92 (.88-.94)	195	.83 (.78-.87)	-12.67-10.33
K04 Impulsività	168	.69 (.58-.77)	232	.80 (.74-.85)	-8.25-9.17
K05 Comportamento antisociale	172	.69 (.59-.77)	232	.76 (.69-.81)	-8.00-10.00
K06 Ostilità	172	.76 (.68-.83)	232	.78 (.71-.83)	-8.67-7.67
K07 Competenze sociali	176	.70 (.59-.77)	232	.81 (.75-.85)	-8.08-7.33
K08 Autosufficienza	176	.80 (.74-.85)	232	.91 (.88-.93)	-6.33-5.33
K09 Aderenza al trattamento	175	.80 (.73-.85)	232	.82 (.77-.86)	-10.67-8.33
K10 Assunzione di responsabilità rispetto al reato	143	.78 (.70-.85)	228	.87 (.83-.90)	-10.00-10.00
K11 Strategie di coping	170	.71 (.61-.79)	232	.80 (.74-.85)	7.17-7.25
K12 Violazione degli accordi e delle regole	172	.78 (.70-.83)	232	.72 (.64-.79)	-8.00-12.00
K13 Competenze professionali	140	.82 (.75-.87)	224	.84 (.79-.87)	-11.00-13.00
K14 Influenza di persone protettive e/o rischiose nell'ambiente di vita del soggetto	152	.68 (.56-.77)	229	.71 (.63-.78)	-15.50-9.33
K-Somma ¹	177	.75 (.67-.82)	232	.87 (.83-.90)	-5.63 -5.69
K-Somma ²	45	.78 (.61-.88)	146	.88 (.84-.92)	-5.63-4.07

La dimensione degli ICC calcolati potenzialmente nella Tavola 15 sono complessivamente migliori degli ICC calcolati in retrospettiva nella Tavola 8. L'ICC per la somma K di 0,75 è eccellente. Pertanto, gli indicatori K possono essere calcolati in modo affidabile dai membri del team di trattamento che osservano il soggetto nelle medesime circostanze. Anche questo su scala a 17 punti.

Tuttavia, questo non significa che una bassa corrispondenza tra gli osservatori su un indicatore K implichi inaffidabilità. Al contrario, una bassa corrispondenza può indicare che un soggetto si comporta in maniera differente in diversi luoghi. Questo può essere un prezioso input per una discussione sul trattamento. Gli indicatori K sono calcolati in media ogni metà anno. Nella pratica, piccoli cambiamenti negli indicatori K verranno osservati entro sei mesi a livello d'insieme.

Sulla base di questo presupposto, l'affidabilità di un test-retest può essere determinata calcolando l'alfa di Chronbach per gli indicatori K e la somma K tra i due tempi di misurazione. L'affidabilità del test-retest è misurata nella popolazione di pazienti ove sono state effettuate due misurazioni (N= 232²⁷).

La durata del ricovero medio della popolazione presa in esame è stata di 7.91 mesi (DS 3,66; limiti 3 - 34). La Tavola 15 mostra che l'affidabilità del test-retest degli indicatori K è molto buona. Osservando l'oscillazione dei cambiamenti nell'ambito degli indicatori K nello specifico, sembra che vi siano notevoli differenze nel corso di metà anno. Questo dimostra che gli elementi sono molto dinamici.

Per il sistema ROM è stato sviluppato un test statistico per determinare, sulla base delle osservazioni del team per l'indicatore K, se statisticamente vi siano stati sufficienti cambiamenti rispetto al periodo precedente²⁸. Questo test è basato sul test Mann-Whitney e sui valori AUC²⁹ e possiede un punteggio di cut-off supportato da una simulazione di studio³⁰.

²⁷ Il numero di coppie di osservatori (N= 177) si differenzia dal numero di pazienti (N= 232), poiché coppie di socioterapisti partecipano alla discussione multidisciplinare di numerosi pazienti nella loro unità.

²⁸ Spreen, M., Timmerman, M. E., Horst, P. ter & Schuringa, E. (2010). *Formalizing Clinical Decisions in Individual Treatments: Some First Steps*. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10(4), 285-299.

²⁹ Parker, R.I. & Vannest, K. (2009). *An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs*. *Behavior Therapy*, 40, 357-367.

³⁰ Spreen, M. & Bogaerts, S. (2012). *GeRommel in de marge?* In: Mesdag Wetenschappelijk. Tien jaar wetenschappelijk onderzoek in FPC Dr. S. van Mesdag onder redactie van Swanny Kremer en Petra de Maar. Internal issue FPC Dr. S. van Mesdag.

Questo punteggio di cut-off è stato usato nella discussione sul trattamento come limite decisionale per classificare i cambiamenti significativi degli indicatori. La Tavola 16 mostra le proporzioni dei cambiamenti significativi tra due momenti di misurazione per indicatore. La Tavola 16 dimostra che il test statistico rileva cambiamenti sufficienti dopo un periodo di trattamento medio di circa otto mesi. A causa del breve periodo di trattamento questo cambiamento è praticamente casuale (secondo il team, approssimativamente lo stesso numero di pazienti mostra un cambiamento negativo, nessun cambiamento o un cambiamento positivo). In periodi di misurazione più estesi ci si aspetta dalla maggior parte dei pazienti un cambiamento positivo, come appare dall'analisi della ricerca retrospettiva (Tavola 4a e 4b).

Tavola 16. Proporzioni di cambiamento degli indicatori K della scala IFTE

	N	Proporzione di peggioramento	Proporzione di uguaglianza	Proporzione di progresso
K01 Comprensione del problema	232	28%	35%	37%
K02 Sintomi psicotici	175	18%	61%	21%
K03 Dipendenza	195	17%	67%	15%
K04 Impulsività	232	32%	29%	39%
K05 Comportamento antisociale	232	28%	35%	37%
K06 Ostilità	232	31%	37%	32%
K07 Competenze sociali	232	30%	32%	38%
K08 Autosufficienza	232	27%	44%	29%
K09 Aderenza al trattamento	232	38%	25%	37%
K10 Assunzione di responsabilità rispetto al reato	228	34%	33%	34%
K11 Strategie di coping	232	36%	30%	34%
K12 Violazione degli accordi e delle regole	232	32%	33%	35%
K13 Abilità lavorative	224	32%	39%	29%
K14 Influenza di persone protettive e/o rischiose nell'ambiente di vita del soggetto	229	31%	45%	25%

5.3 Valutazione della ricerca sull'HKT-R

Esattamente come l'HKT-30, l'HKT-R è stato convalidato in una ricerca nazionale multicentrica. La ricerca HKT-30³¹, tuttavia, è stata effettuata su un campione di N= 156 ex pazienti maschi provenienti da otto cliniche psichiatrico-forensi. Nella ricerca HKT-R è stato preso in esame l'intero gruppo di N= 347 ex pazienti psichiatrico-forensi maschi e femmine. Ciò che rende questa ricerca unica è che quel punteggio non solo è stato registrato prima della situazione di rilascio, ma anche (retrospettivamente) prima della fase pro-justitia e dei momenti standard del rilascio nell'ambito del sistema psichiatrico-forense olandese. Grazie alla fruibilità dell'HKT-R ai fini dell'osservazione (pro-justitia), potrebbero essere analizzate richieste di libertà vigilata e non guidata. Inoltre è servita a visualizzare se i cambiamenti nel comportamento sono stati misurati negli indicatori K durante un trattamento. Aggiungendo gli indicatori K al ROM all'FPC Dr. S. van Mesdag, FPC de Kijvelanden e FPU Zuidlaren, è diventato possibile analizzare in prospettiva le più importanti caratteristiche psicometriche degli indicatori K.

Le più importanti conclusioni psicometriche:

- L'affidabilità di stima degli indicatori HKT-R è buona. La coerenza interna dei domini Storici, Clinici e Futuri è buona.
- La validità predittiva del punteggio totale dell'HKT-R, espresso in valori AUC è buona per la maggior parte dei gruppi target. Comparati con i

livelli dei valori AUC nella ricerca internazionale, i valori HKT-R-AUC rendono oltre la media.

- È stato dimostrato che gli indicatori K sono sensibili alla misurazione dei cambiamenti nel comportamento durante un trattamento psichiatrico-forense.
- È stato dimostrato che gli indicatori K possono essere compilati prospetticamente in modo affidabile.

5.4 Cosa c'è di nuovo sull'HKT-R?

- Le diagnosi psichiatriche sono state tolte dal dominio H. Le analisi hanno dimostrato che l'assessment forense fatto durante la fase di ammissione è rimasto invariato nei recidivi dopo il rilascio. Anche nello studio di validazione nazionale sull'HKT-30 le diagnosi psichiatriche non apparivano predittive per la recidività. Le diagnosi sono state ora aggiunte come variabile nel modulo di punteggio che appartiene all'HKT-R.
- La tavola con la classificazione basso-moderato-alto è stata realizzata poiché l'intera coorte 2004-2008 è stata presa in esame. La tavola è intesa come punto focale per una discussione strutturata sul rischio di recidività.
- Gli indicatori K possono essere utilizzati in un sistema ROM forense.
- Il manuale propone diversi esempi di domande che nella pratica possono essere prese in considerazione per declinare un punteggio. Queste domande sono state fornite da numerosi professionisti di diverse cliniche.

³¹ Hildebrand M., Hesper B.L., Spreen M. & Nijman, H.L.I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie van de diagnose psychopathie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

6 REFERENZE

American Psychiatric Association (2001). **Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR**. Pearson Assessment and Information B.V., Amsterdam.

Brand, E.F.J.M. (2005). **Onderzoeksrapport PIJ-Dossiers 2003C**. Den Haag, DJI.

Bregman, I.M. & Wartna, B. (2011) **Recidive TBS 1974 – 2008. Ontwikkeling in de straf-rechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden**. Den Haag: WODC. Fact sheet 2011-6.

Fleiss, J.L. (1986). **The Design and Analysis of Clinical Experiments**. New York: Wiley.

George, D. & Mallery, P. (2003). **SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11,0 update (4th 6. d.)**. Boston: Allyn & Bacon.

Good, P. I. (2006). **Resampling Methods. A Practical Guide to data Analysis**. Birkhäuser Boston, 3rd edition.

Hildebrand M., Hesper, B.L., Spreen, M. & Nijman, H.L.I. (2005). **De waarde van gestructureerde risicotaxatie van de diagnose psychopathie**. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). **Applied Logistic Regression**. John Wiley and Sons, INC, New York, second edition.

Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L., Muller, K.E. & Nizam, A. (1998). **Applied Regression Analysis and Other Multivariable Methods**. Duxbury Press, Pacific Grove, 3rd edition.

Parker, R.I. & Vannest, K. (2009). **An Improved Effect Size for Single-Case Research: Nonoverlap of All Pairs**. Behavior Therapy, 40, 357-367.

Pomp, L., Spreen, M., Bogaerts, S., & Volker, B. (in press). **The personal social networks of personality disordered forensic psychiatric patients**. Journal of Social Work. DOI: 10,1177/1468017314537425

Schuringa, E., Spreen, M., & Bogaerts, S. (2014). **Inter-rater and test-retest reliability, internal consistency and factorial structure of the Dutch Instrument for Forensic Treatment Evaluation.** Journal of Forensic Psychology Practice, 14(2), 127-144. DOI: 10.1080/15228932.2014.897536

Singh, J.P., Desmarais, S.L. & Dorn, R.A. van (2013). **Measurement of Predictive Validity in Violence Risk Assessment Studies: A Second-Order Systematic Review.** Behavioral Sciences and the Law, 31, 55-73.

Singh, J.P., Serper, M., Reinharth, J. & Fazel, S. (2011). **Structured Assessment of Violence Risk in Schizophrenia and Other Psychiatric Disorders: A Systematic Review of the Validity, Reliability, and Item Content of 10 Available Instruments.** Schizophrenia Bulletin, 37,5, 899 – 912.

Sjöstedt, G. & Grann, M. (2002). **Risk assessment: What is being predicted by actuarial prediction instruments?** International Journal of Forensic Mental Health, 1, 179-184.

Spreen, M. & Bogaerts, S. (2012). **GeRommel in de marge?** In: Mesdag Wetenschappelijk. Tien jaar wetenschappelijk onderzoek in FPC Dr. S. van Mesdag onder redactie van Swanny Kremer en Petra de Maar. Interne issue FPC Dr. S. van Mesdag.

Spreen, M., Timmerman, M. E., Horst, P. ter & Schuringa, E. (2010). **Formalizing Clinical Decisions in Individual Treatments: Some First Steps.** Journal of forensic psychology practice, 10(4), 285-299.

Stemler, S.E. (2004). **A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability.** Practical Assessment, Research & Evaluation, 9(4).

Ter Horst, P., Ham, M. van, Spreen, M. & Bogaerts, S. (2014) **Behandelevaluatie en klinische besluitvorming met behulp van HKT-30 ROM.** Tijdschrift voor Psychiatrie, 56: 228 – 236.

Vries, K. de, Spreen, M. (2012). **De HKT-30 als instrument voor beslismomenten binnen een TBS-behandeling.** Tijdschrift Psychiatrie, 54: 429 – 436.

COLOPHON

Testo

Marinus Spreen – Forensic Psychiatric Center Dr. S. van Mesdag, Groningen
Eddy Brand – Judicial Institutions Service (DJI: Dienst Justitiële Instellingen), Den Haag
Paul Ter Horst – Forensic Psychiatric Center De Woenselse Poort, Eindhoven
Stefan Bogaerts – Tilburg University. Forensic Psychiatric Center De Kijvelanden, Rotterdam

Con l'assistenza di:

Sylvia Lammers – FPC Oldenkotte, Rekken
Bernadette Lutjenhuis – FPC de Beuken – Trajectum, Boschoord
Farid Chakhssi – FPC De Rooyse Wissel, Venray
Hanneke Schönberger – EFP, Utrecht
Erwin Schuringa – FPC Dr. S. van Mesdag, Groningen
Michelle Willems – University of Tilburg

Traduzione e adattamento versione italiana

Mauro Bardi – FDE Institute of Criminology, Mantova
Angelo Puccia – LIBRA Onlus Association, Mantova

Con l'assistenza di:

Elisa Corbari – LIBRA Onlus Association, Mantova
Elena Bassi - FDE Institute of Criminology, Mantova
Stefano Barlati - FDE Institute of Criminology, Mantova
Laura M. Gagliardi – LIBRA Onlus Association, Mantova

Redazione e Design

Sara Balzanelli - LIBRA Onlus Association, Mantova

Editore

FDE Institute Press – Mantova (Italy)
ISBN 9788897378150

© Dicembre 2016 FDE Institute Press

Segreteria di redazione
Via Sandro Pertini n. 6
46100 Mantova
T 0039 0376 415683
E info@istitutofde.it

Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta e/o resa pubblica a fini di stampa, copia, riproduzione, diffusione internet o qualsiasi altro scopo senza previo permesso scritto dell'editor