

## Sex offenders: valutazione del rischio e rischi della valutazione

### Sex offenders: risk assessment and risk in assessment

Carla Maria Xella

#### Abstract

Sex offenders treatment, aimed to prevent recidivism, is performed in many Countries. In Italy, so far, punishment is the only way to manage this issue. No scientific evaluation of recidivism risk is performed as well, every assessment being referred to clinical judgment. The recidivism risk is not the same for all sex offenders, as well as their criminogenic needs. For this reason, it is important to evaluate each risk profile, to design a sound, individual treatment program. Most diffused sex offenders' assessment tools are presented, some of which have been or are being validated for Italy: Risk Matrix 2000, Static-99R and STABLE 2007. The risks of a risk assessment performed per se, i.e. used to classify and not as a guideline to treatment, are also explained.

**Key words:** sexual crimes, sex offenders, risk of recidivism, risk assessment tools

#### Riassunto

I trattamenti per la prevenzione della recidiva negli autori di reati sessuali sono una realtà in molti Paesi, mentre in Italia non abbiamo che iniziative isolate e mal finanziate. La risposta del sistema giudiziario è prevalentemente retributiva e la valutazione del rischio di recidiva viene effettuata solo sulla base del giudizio clinico, notoriamente poco predittivo. Poiché i sex offenders non presentano tutti lo stesso rischio di ripetere il reato, in molti Paesi si è cercato di affinare la valutazione del rischio di recidiva usando strumenti validi e predittivi, anche allo scopo di effettuare un trattamento mirato ai fattori criminogeni. Vengono qui presentati gli strumenti più utilizzati nel mondo, con particolare attenzione per quelli già validati per l'Italia (Risk Matrix 2000) o in corso di validazione (Static-99R e STABLE 2007).

**Parole chiave:** Reati sessuali, autori di reati sessuali, rischio di recidiva, strumenti di valutazione del rischio

---

**Per corrispondenza:** Carla Xella, e-mail: [carla.xella@gmail.com](mailto:carla.xella@gmail.com)

Carla XELLA: Psicologa, Psicodiagnosta e Psicoterapeuta. Responsabile del CIPM (Centro Italiano per la Promozione della Mediazione) per Roma e il Lazio.

## 1. La valutazione del rischio di recidiva per gli autori di reati sessuali in Italia

La prassi della valutazione scientifica del rischio di recidiva per i reati sessuali, reati di così grande impatto sociale e con conseguenze così gravi sulle vittime, fa ormai parte della routine giudiziaria di molti Paesi europei, oltre che di Canada e Stati Uniti, dove la valutazione scientifica del rischio è nata e si è sviluppata. La valutazione del rischio di recidiva, con gli interventi che ne conseguono, è considerata un asse portante della prevenzione di ulteriori reati e quindi della protezione della società.

In Italia invece, a un costante clima di allarme, quando non di vera e propria caccia all'“orco”, si accompagna l'assenza di qualunque misura di prevenzione, essendo l'inasprimento delle pene l'unico approccio fin qui utilizzato per accostarsi al problema.

In teoria, il Legislatore ha previsto la possibilità, per i condannati per reati sessuali (L. 78/2013), alla partecipazione a “un trattamento psicologico con finalità di recupero e di sostegno”. La recente Legge 69/2019, nota con il nome di Codice Rosso, oltre a inasprire nuovamente le pene, ha anche introdotto per costoro la possibilità di “*seguire percorsi di reinserimento nella società e di recupero presso enti o associazioni che si occupano di prevenzione, assistenza psicologica e recupero di soggetti condannati per i medesimi reati*” e addirittura la possibilità di ottenere la sospensione condizionale qualora accettino di partecipare (a proprie spese) a “*percorsi di recupero presso enti e associazioni che si occupano di prevenzione, assistenza psicologica e recupero di soggetti condannati per i medesimi reati*”.

In pratica però le cose stanno molto diversamente: i finanziamenti per i programmi trattamentali sono in genere erogati da Enti locali o privati o dipendono da progetti europei che non possono garantirne la continuità; quanto alla sospensione condizionale, è molto raro che sia applicabile per questo genere di reati, per i quali, come abbiamo detto, vengono comminate pene sempre più lunghe. Ma, cosa ancora più grave, nel nostro Paese non esiste alcuna presa in carico specifica dopo l'uscita dal carcere, né nel caso della concessione di misure alternative alla detenzione, né tantomeno dopo la scarcerazione: non si prevedono percorsi di reinserimento sociale per i casi meno a rischio, supervisione prolungata per i casi realmente problematici, men che meno obbligo di trattamento per i casi più gravi.

D'altra parte, non è prevista né per gli operatori carcerari, né per gli operatori deputati all'esecuzione penale esterna (UEPE) una formazione specialistica sulla presa in carico degli autori di reati sessuali: tanto che è a “enti e associazioni” esperte che si delega ogni eventuale trattamento.

Quanto alla valutazione del rischio, è noto che, per es-

sero ammessi a permessi e misure alternative alla detenzione i detenuti per reati sessuali devono sottoporsi a un anno di osservazione, in genere effettuato del cosiddetto Gruppo di Osservazione e Trattamento (GOT) composto dal Direttore dell'Istituto in cui sono ristretti, dall'educatore di riferimento, dall'assistente sociale incaricato del caso, dall'ispettore comandante della Polizia Penitenziaria e da uno psicologo. Da tale osservazione dovrebbe dedursi anche quanto sia probabile una reiterazione del reato una volta che il detenuto venga rimesso in libertà, e infatti il termine “rischio di recidiva” appare spesso nei documenti prodotti dal GOT, così come in altri documenti legali.

Ma come viene effettuata questa valutazione? In Italia, ad onta del costante allarme relativo a questo genere di reati, non esistono strumenti validi di misurazione e quindi la valutazione viene condotta unicamente basandosi sul giudizio degli operatori che sono a contatto con il reo. Un tipo di giudizio che, come vedremo, non dà alcuna garanzia di attendibilità.

## 2. Perché una valutazione scientifica del rischio di recidiva

La percezione del rischio per ogni tipo di reato sessuale è – non solo in Italia – estremamente elevata: per il grande pubblico, anche colto, e perfino per gli operatori del settore, il rischio di recidiva per questi reati è stimato come molto elevato, in una percentuale che va dal 62% (Pham & Ducro, 2006) al 75% (Levenson, et al., 2007). Il rischio reale potrebbe però essere stato sovrastimato. Una delle ricerche più complete in questo campo (Hanson & Bussière, 1998), una meta-analisi di 61 studi di follow-up su un numero complessivo di 23.393 soggetti basata su un criterio restrittivo di *recidiva*, cioè la presenza di una nuova condanna, ha rilevato difatti che il tasso di recidiva medio nei 5 anni successivi alla rimessa in libertà dopo una prima condanna per reati sessuali è solo del 13,4%. Il che indicherebbe che l'86,96% del campione non ha commesso un reato sessuale nei 5 anni successivi alla scarcerazione o quantomeno non ha subito condanne per quel tipo di reato.

Questi dati hanno trovato conferma in studi successivi (Harris & Hanson, 2010; Hanson et al., 2012; Beech, 2009; Garombo et al., 2015; Olver et al., 2013), così come è stata confermata l'utilità dei programmi di prevenzione della recidiva, che questo rischio riducono della metà (Yates, 2013; Olver et al., 2013; Marshall, 2010; Grady et al., 2015). È importante peraltro rilevare che si tratta di un rischio di recidiva *medio*: vi sono quindi alcuni autori di reato il cui rischio di recidiva è quasi nullo ed altri per i quali la recidiva è relativamente probabile.

A titolo di esempio, nella tabella che segue sono riportati (in percentuale) i tassi di recidiva risultanti da una meta-analisi su un numero complessivo di 7.740 *sex offender* (Harris e Hanson, 2004):

	5 anni	10 anni
Gruppo misto	10-15	15-20
Vittime adulte (stupro)	14	21
Vittime infantili familiari (incesto)	6	9
Vittime infantili extrafamiliari (femmine)	9	13
Vittime infantili extrafamiliari (maschi)	23	28

Proprio questa disomogeneità ha reso evidente alla comunità scientifica quanto fosse urgente la costruzione di strumenti *validi* per la misurazione del rischio di recidiva, sessuale e generica, per coloro i quali avevano commesso un reato di natura sessuale. Assodato che coloro che commettono questo tipo di reati non sono tutti uguali, diventa essenziale individuare, monitorare e possibilmente trattare coloro che hanno maggiori probabilità di passare di nuovo all'atto.

Su questa base si fonda infatti il principio *Risk-Need-Responsivity* (RNR) enunciato per la prima volta da Andrews e Bonta et al. (1990) in relazione agli autori di crimini generici, poi rielaborato in ricerche e studi successivi (Bonta 1996; Andrews & Bonta, 2003; Bonta & Andrews, 2007; Andrews, Bonta & Wormith, 2011). In base al principio RNR, i programmi di prevenzione della recidiva criminale, per essere efficaci, devono essere differenziati rispetto a:

- *Rischio*: ogni autore di reato deve ricevere un trattamento di intensità proporzionale al rischio personale di commettere di nuovo un reato;
- *Bisogni*: i fattori o bisogni criminogeni devono essere individuati chiaramente e il trattamento dev'essere mirato su di essi;
- *Responsività*: la possibilità di imparare dal trattamento va massimizzata attraverso l'impiego di programmi di tipo cognitivo-comportamentale, commisurati alla motivazione, alle capacità e alle risorse dei soggetti.

In altre parole, il principio RNR consiglia di impiegare nel modo migliore le risorse disponibili, indirizzandole soprattutto su persone ad alto rischio di recidiva, concentrandosi sui fattori personali che determinano tale rischio, utilizzando strategie trattamentali di comprovata efficacia e tenendo conto delle differenze individuali.

Perché questo principio abbia un senso, bisogna quindi aver chiaro:

- Quali sono i fattori *effettivamente* collegati alla recidiva;
- In che misura un soggetto presenta tali fattori.

### 3. I principali strumenti

Alla fine degli anni '90, l'unico metodo utilizzato per valutare il rischio di recidiva era il giudizio clinico non strutturato, ossia una valutazione effettuata dall'operatore in base alla propria esperienza clinica e alle proprie conoscenze professionali. Purtroppo, come abbiamo detto più sopra, in Italia questo è ancora l'unico metodo utilizzato in ambito penitenziario e su di esso si basano le decisioni relative a ogni detenuto, per esempio la concessione o meno di permessi premio e di misure alternative alla detenzione. Si consideri che il giudizio clinico non strutturato ha una capacità predittiva molto bassa ( $r=.10$ ) (Hanson e Bussière, 1998).

Proprio a causa della scarsa predittività del metodo "classico" di valutazione, Hanson e Bussière hanno individuato nella loro meta-analisi i fattori che più correlavano con la recidiva sessuale. I fattori individuati erano più di 70, ma per costruire i primi strumenti si privilegiarono quelli che maggiormente correlavano con il rischio di recidiva e che potevano essere misurati in maniera relativamente semplice. Si trattava dei fattori *statici*, non modificabili nel tempo, in particolare: variabili demografiche, come l'età e lo stato civile; variabili legate alla storia criminale, come la presenza o meno di precedenti; variabili legate al tipo di vittima scelta.

Come si è detto, i fattori individuati erano più numerosi, e vedremo più avanti che saranno presi in considerazione grazie ad altri strumenti di *assessment*, ma è interessante per ora notare come nello studio di Hanson e Bussière si evidenzia la mancanza di correlazione con la recidiva di alcuni fattori che, nel sentire comune e nel giudizio clinico dei valutatori, assumono invece grande importanza predittiva: la mancanza di empatia per le vittime, ad esempio o l'assunzione di responsabilità per il proprio reato. L'importanza delle implicazioni criminologiche ed etiche di questi risultati non è da sottovalutare. Qui c'è da aggiungere però che secondo gli stessi autori "l'accuratezza predittiva della maggior parte delle variabili singole è bassa (.10 - .20)": il passo successivo diventa quindi quello di combinare tra loro le variabili che appaiono più significative, con lo scopo di ottenere strumenti che abbiano migliore efficacia predittiva.

Sulla base dello studio citato, e combinando tra loro i fattori che apparivano più correlati con la recidiva, sono stati sviluppati gli strumenti *attuariali* di valutazione del rischio: *Sex Offenders Risk Appraisal Guide* (SORAG, Quinsey et al., 2006), *Minnesota Sex Offender Screening Tool* (MnSOST, Epperson, Kaul e Hesselton, 1998), *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20) (Boer et al., 1997), *Rapid Risk Assessment for Sex Offenders Recidivism* (RRASOR) (Hanson, 1997), *Structured Anchored Clinical Judgment* (SACJ) (Thornton, 1997) poi divenuto SACJ-*Min*.

La combinazione di queste ultime due scale ha dato origine alla Static-99, poi divenuta Static-99R e Static 2002. Nel Regno Unito, la scala Risk Matrix 2000 ha sostituito nell'uso comune il SACJ-*Min*.

È bene precisare che tutti questi strumenti, così come quelli di cui parleremo più oltre, sono stati validati per una popolazione di soggetti *maschi* e *adulti* (maggiori di 18

anni), arrestati per almeno un reato di natura sessuale che implicasse il contatto diretto con la vittima. Nessuno di questi strumenti è quindi utilizzabile per donne, adolescenti o autori di reati senza contatto (per esempio detenzione e diffusione di pedopornografia) o per persone che non siano state mai arrestate.

Nel caso delle donne, il tasso di recidiva molto basso (inferiore al 5%) (Cortoni, Hanson & Coache, 2010; Cortoni, 2016) non ha finora incoraggiato la ricerca di strumenti specifici; per quanto riguarda i fruitori di pedopornografia, sono allo studio modifiche degli strumenti finora in uso (Seto & Eke, 2011); nel caso degli adolescenti, le linee guida internazionali (ATSA, 2017) raccomandano una valutazione quanto più possibile ampia e accurata a ogni livello che riguarda la vita del ragazzo, oltre all'uso di uno strumento specifico per l'*assessment* del rischio di recidiva come il J-SOAP-II (Prentky & Righthand, 2003).

La Static-99R, in base a un recente sondaggio effettuato dall'ATSA (*Association for the Treatment of Sexual Abusers*) (Kelley *et al.*, 2017) appare essere lo strumento attuariale più utilizzato nel mondo, con la sola eccezione del Regno Unito dove invece è comunemente utilizzata la scala Risk Matrix 2000. La capacità predittiva dei due strumenti è abbastanza simile, con un lieve vantaggio per la Static-99R secondo alcune ricerche (Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Kingston *et al.*, 2008; Helmus *et al.*, 2013).

La Risk Matrix 2000 è per ora l'unico strumento tradotto in italiano. La scala è stata oggetto di uno studio di validazione interna da parte di Garombo *et al.* (2015) e viene utilizzata come strumento di valutazione del rischio presso la Casa Circondariale di Vercelli. Purtroppo, manca invece una validazione *esterna* dello strumento. Come osservano gli autori, in Italia non esistono dati sulla recidiva dei reati sessuali, né esiste un sistema di monitoraggio dell'autore di reato una volta che questi è uscito dal carcere. Diventa quindi praticamente impossibile verificare se e quando si sia verificata una recidiva e con che grado di attendibilità questa sia stata prevista dallo strumento.

La Risk Matrix 2000 consiste di tre scale predittive del rischio di recidiva: la RM 2000/S, per la recidiva sessuale, la RM 2000/V per la recidiva violenta, la RM 2000/C che è una combinazione delle prime due scale e ha lo scopo di predire sia la recidiva sessuale che quella violenta. I fattori considerati sono: Età al momento del rilascio, Accuse per reati sessuali, Accuse per reati violenti, Vittime di sesso maschile, Vittime sconosciute, Assenza di relazioni a carattere coniugale, Reati sessuali senza contatto, Furti con scasso. Il punteggio varia tra 0 e 6 punti e le categorie di rischio sono 4: basso, medio, alto e molto alto.

I fattori considerati dalla Static-99R sono simili a quelli della Risk Matrix 2000.

- Convivenze (costituiscono un fattore protettivo)
- Tendenza ad esercitare violenza anche non sessuale: la presenza di reati di violenza non sessuale nell'attuale condanna o reati violenti precedenti;
- Presenza nel fascicolo personale di reati sessuali precedenti e presenza di reati sessuali senza contatto.
- Numero di condanne riportate per qualsiasi reato

- Tipo di vittime: l'aver fatto vittime extrafamiliari, o sconosciute, o di sesso maschile aumenta il rischio di recidiva.

I dati necessari alla compilazione della scala vengono desunti principalmente dal fascicolo giudiziario del soggetto. È altamente consigliabile che l'operatore si limiti ai dati acquisiti, e non "arricchisca" il responso della scala con sue valutazioni personali, che ne diminuiscono l'attendibilità. Nella revisione del 2016, è stata apportata una modifica per quanto riguarda le categorie di rischio.

A differenza della Risk Matrix 2000, la Static produce 5 categorie di rischio: molto basso, sotto la media, medio, superiore alla media e molto superiore alla media. Data la disparità dei risultati delle diverse ricerche, e dato anche il fatto che il tasso di recidiva varia da un Paese all'altro e anche nel corso del tempo, nell'ultima revisione della scala (2016) si è scelto di optare per una definizione di rischio *relativo*, vale a dire misurato in base allo scostamento dal tasso *medio*, che viene definito sulla base dei tassi effettivi di recidiva dei reati sessuali, aggiornati periodicamente.

Come si è detto, in Italia non esistono dati sui quali potersi basare, la scala può quindi essere usata a titolo puramente indicativo e sperimentale.

La Static-99R possiede una buona predittività fra i diversi strumenti utilizzati, anche se non ottimale (ROC = .77), ma ha il difetto di essere, appunto, statica, cioè di non dare alcuna indicazione clinica su come maneggiare il rischio: essendo basata sulla storia passata del soggetto, non si può che prendere atto del suo maggiore o minore rischio di recidiva al momento in cui viene rimesso in libertà.

Nei sistemi giudiziari che prevedono un intervento di reinserimento nella società e di prevenzione della recidiva per gli autori di reato sessuale (*risk management*), è stato quindi indispensabile dotarsi di strumenti diversi: strumenti che consentano di identificare fattori sui quali sia possibile intervenire.

Per questo motivo la nuova generazione degli strumenti di valutazione del rischio è stata quella dei predittori *dinamici*: si intendono con questo termine caratteristiche di personalità relativamente stabili, ma suscettibili di trattamento e quindi di cambiamento. In base al principio RNR, su questi fattori è necessario indirizzare gli sforzi per ottenere risultati positivi. Harris e Hanson nel loro lavoro condotto nel 2000 (Hanson *et al.*, 2002) per conto del Ministero della Giustizia della Columbia Britannica, hanno individuato alcuni fattori sicuramente legati, su base statistica, al rischio di recidiva e hanno costruito (Hanson *et al.*, 2007) le scale STABLE-2000 e STABLE-2007. Si tratta di una intervista semi-strutturata che mira a definire un profilo personale di rischio per ciascun soggetto.

I 13 item della scala sono raggruppati in 5 cluster:

- Influenze sociali significative
- Deficit di intimità (capacità di relazioni stabili, identificazione emotiva con i bambini, ostilità verso le donne, rifiuto sociale/solitudine, mancanza di interesse per gli altri)
- Autocontrollo generale (impulsività, scarse capacità di *problem solving*, emozioni negative/ostilità)

- Autocontrollo sessuale (ipersessualità, uso del sesso come strategia di coping, interessi sessuali devianti)
- Collaborazione con la supervisione.

Il punteggio di ogni item va da 0 a 2 e anche qui le categorie di rischio variano da bassa (punteggio 0-2) ad alta (>13). Se i dati della Static-99R vengono integrati con quelli della STABLE, la predittività migliora fino a .81.

Una terza scala, la scala ACUTE (Hanson *et al.* 2002; Hanson & Harris, 2010) completa la serie ed è strutturata con lo scopo di segnalare agli operatori che hanno in carico l'autore di reato sul territorio i fattori di rischio acuti e contingenti. Mentre la STABLE identifica i fattori di rischio più rilevanti, la ACUTE valuta se tali fattori sono al momento attivi. Quindi la STABLE è pensata per poter essere ripetuta a una distanza di almeno un anno – per poter valutare gli eventuali cambiamenti – mentre la ACUTE può essere utilizzata anche a distanza di una settimana: si tratta infatti più di una griglia di osservazione che di una intervista vera e propria.

Una corretta siglatura della STABLE 2007 richiede che vengano raccolte in modo adeguato le informazioni necessarie. Lo strumento è quindi corredato sia di un manuale, che viene costantemente aggiornato sulla base dei nuovi dati di ricerca, sia di una guida all'intervista strutturata.

Come per la Static, è fondamentale che l'intervista con il soggetto non sia l'unica fonte di informazione a disposizione dell'operatore: per alcuni item (ad esempio il rapporto con le donne, o l'impulsività, o la capacità di *problem solving*) è consigliabile servirsi anche di altre fonti: operatori, familiari, dati di archivio.

La Static-99R e la STABLE vengono utilizzate in Italia esclusivamente in via sperimentale e indicativa, non avendo ancora una traduzione e una standardizzazione italiana. Data però la loro diffusione e i risultati in termini di predittività verificati in molti paesi del mondo, un gruppo di clinici e ricercatori del C.I.P.M. (Centro Italiano per la Promozione della Mediazione), in collaborazione con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e con il Dipartimento di Giustizia Minorile e di Comunità, ha intrapreso un progetto di traduzione e validazione dello strumento. Il C.I.P.M. gestisce dal 2005 una Unità di Trattamento Intensificato per gli autori di reati sessuali e un Presidio Criminologico convenzionato con il Comune di Milano, che costituisce idealmente una prosecuzione del trattamento intramurario e un progetto di presa in carico clinico-criminologica (Giulini & Emiletti, 2018; Garbarino & Giulini, 2018). Sono attualmente operanti varie sedi decentrate a Roma, Firenze, Cagliari, Piacenza, Pavia, Genova. Gli operatori del C.I.P.M. hanno effettuato una formazione a distanza sulla siglatura di entrambi gli strumenti e a breve potranno formare altri operatori. Nel progetto è previsto che il DAP possa fornire anche i dati sulla recidiva a tutt'oggi mancanti.

#### 4. I rischi della valutazione

Da quanto abbiamo visto fin qui, appare chiaro che la valutazione scientifica del rischio di recidiva per gli autori di

reati sessuali ha, nel corso del tempo, acquisito soprattutto il carattere di linea guida per il trattamento, sia in contesto carcerario che sul territorio. E questo è appunto ciò che accade, o quanto meno, quanto è stabilito per legge in altri Paesi come il Canada, gli Stati Uniti, l'Inghilterra, la Lettonia, i Paesi Bassi, la Danimarca.

Gli scopi principali sono due: il primo, quello di individuare i soggetti veramente ad alto rischio e su questi concentrare gli sforzi di prevenzione, sia per maggior protezione della società, sia per offrire anche ad essi l'opportunità di un trattamento – come dal testo della Raccomandazione CM Rec (2014) 3 del Consiglio dei Ministri degli Stati Membri – secondo il principio RNR (più trattamento ai soggetti più ad alto rischio), risparmiando quindi risorse preziose. Il secondo, quello di strutturare programmi individualizzati, i soli realmente efficaci (Hanson *et al.*, 2009), che considerino in maniera prioritaria i personali fattori criminogeni dell'individuo, valorizzandone i fattori di protezione.

Gli strumenti che abbiamo descritto, in particolar modo la STABLE, consentono infatti di tracciare, per ogni soggetto, un personale profilo di rischio.

Non tutti i fattori sui quali è costruita la STABLE sono infatti presenti in egual misura in ciascun soggetto: per alcuni, la presenza di interessi sessuali devianti sarà il principale fattore di rischio, per altri lo sarà l'isolamento sociale, per altri ancora l'impulsività generalizzata. Sia nel trattamento individuale che in quello di gruppo, questi saranno gli obiettivi sui quali indirizzare il lavoro.

Il trattamento “taglia unica” si è dimostrato infatti non solo poco utile, ma addirittura controproducente: in Gran Bretagna, il programma statale di trattamento per autori di reati sessuali (SOTP), uguale per tutti e basato sulla rigida osservanza dei manuali guida, è stato completamente rivisto dopo i risultati negativi evidenziati nel 2017 dal Ministero della Giustizia (un aumento di recidive nei detenuti trattati rispetto a quelli non trattati) (Mews *et al.*, 2017).

Oggi i programmi sono differenziati in base ai diversi livelli di rischio dei partecipanti e tengono conto in modo assai più deciso dei fattori protettivi presenti nella vita di ognuno.

Gli strumenti di valutazione del rischio sono quindi un utile strumento a disposizione di chi si occupa del trattamento di questo tipo di rei.

I rischi di un loro uso improprio sono però sempre presenti. Innanzi tutto, per applicare le scale di valutazione è necessaria, come si è detto, formazione specifica, effettuata da trainer riconosciuti con vasta esperienza nel campo e, almeno per i primi tempi, è opportuna una supervisione periodica.

È necessario poi avere *tempo*, sia per raccogliere i dati dal fascicolo giudiziario, sia per effettuare l'intervista semi-strutturata. Soprattutto, è necessario utilizzare i dati così raccolti in maniera corretta, per lo scopo che ha guidato gli autori delle scale e che ispira anche la nostra legislazione in materia di esecuzione penale (L.354/75): la pianificazione di un trattamento individualizzato, misurato sui reali fattori criminogeni dell'autore di reato.

Queste condizioni sono molto difficilmente realizzabili

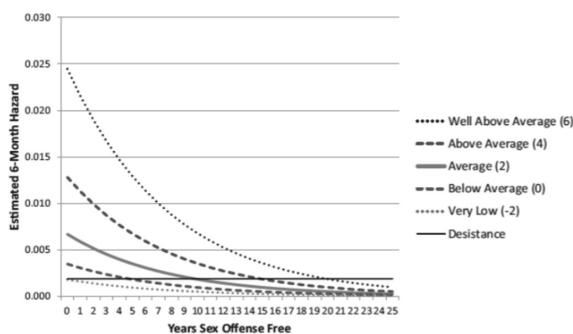
in Italia. Del fatto che gli operatori (educatori e/o psicologi) preposti all'osservazione dei detenuti autori di reati sessuali o della loro supervisione sul territorio non ricevono alcuna formazione specifica abbiamo già detto. Né è un mistero che il loro carico di lavoro sia già molto imponente. Soprattutto in Italia non è previsto alcun trattamento per cui questi strumenti possano divenire una sorta di linea guida.

Il primo rischio è quindi che la valutazione, una volta che si riesca a farla, finisca per essere null'altro che un ulteriore stigma per l'autore di reato.

I livelli di rischio di Static e STABLE sono dati *relativi*, che vengono confrontati con la probabilità di recidiva dell'autore di reato sessuale *medio*. Se però, come in Italia, manca qualsiasi dato sulla recidiva, ha poco senso parlare di rischio basso, medio o elevato: basso, medio o elevato rispetto a cosa? È molto probabile invece che questo venga letto come un dato *assoluto*, che evoca la probabilità assolutamente irrealistiche che abbiamo citato più sopra.

Aggiungiamo a questa un'altra criticità: la valutazione andrebbe ripetuta nel tempo, perché il rischio di recidiva può cambiare: ad esempio, dopo 5 anni trascorsi senza commettere reati diminuisce drasticamente. Nei contesti in cui esiste una presa in carico dell'autore di reato, si tendono quindi a perpetuare restrizioni, obblighi, iscrizione negli appositi registri e trattamenti che non hanno più una vera ragione di essere (K. Hanson, 2018; K. Hanson & Thornton, 2019). Una ricerca longitudinale su 7000 soggetti seguiti per 25 anni ha mostrato come, dopo 5 anni trascorsi senza commettere reati, i profili di soggetti a rischio molto alto e quelli a basso rischio tendono ad avvicinarsi, fino a sovrapporsi nel corso dei 25 anni di osservazione.

#### Years to Desistance According to Initial Risk Levels



Fonte: Hanson 2018

In un contesto come quello italiano, senza programmi trattamentali specifici dentro e fuori dal carcere, senza operatori che sappiano come interpretare i dati delle scale, il 'rischio' principale è che la valutazione sia un ulteriore marchio negativo o, nel migliore dei casi, che resti semplicemente lettera morta.

## 5. Conclusioni

Perché, quindi, tradurre e adattare Static-99R e STABLE 2007 per il contesto italiano?

Perché un uso alternativo, più corretto, è possibile.

Il C.I.P.M. di Milano utilizza la Static-99R e la STABLE 2007 per la valutazione del rischio di recidiva sia nell'Unità di trattamento Intensificato attiva presso la CR di Milano-Bollate, sia nel Presidio Criminologico Territoriale del Comune di Milano, che gestisce dal 2005 (Giulini & Xella, 2011). Le due scale sono state anche usate nel corso del progetto europeo ACSE, che ha permesso negli anni 2014 e 2015 lo sviluppo di un programma trattamentale anche presso la C.C. di Rebibbia Nuovo Complesso, a Roma. Qui, la scala STABLE è stata utilizzata per strutturare un piano di gestione del rischio individuale per ogni detenuto e continua ad esserlo come guida del trattamento presso il Presidio Criminologico Territoriale gestito a Roma dal C.I.P.M. - Lazio romano (Xella, 2014, 2017).

Uno studio di validazione, quantomeno interna, di questi due strumenti può quindi offrire uno stimolo per sviluppare quei programmi trattamentali individualizzati che compaiono nella nostra legislazione fin dal 1975 (L.354/75).

La sfida dei prossimi anni, per quanto riguarda questo settore, sarà poi quella di formare adeguatamente gli operatori ad un loro uso che sia veramente proficuo ed efficace, per una maggior sicurezza della società.

## Riferimenti bibliografici

- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). *Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology*. In *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Wormith, J. S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does Adding the Good Lives Model Contribute to Effective Crime Prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735-755. <http://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- ATSA. (2017, April 24). Practice Guidelines.
- Beech, A. (2009). Risk Assessment in the 21st Century: Toward an Integrative Model of Risk in Sexual Offending.
- Boer, D. P., Hart, S. D., Kropp, P. R. & Webster, C. D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk - 20: Professional Guidelines for Assessing Risk of Sexual Violence*. The Mental Health, Lawe Policy Institute, Vancouver.
- Bonta, J. (1996). Risk-needs assessment and treatment. In A. T. Harland (Ed.), *Choosing correctional options that work: Defining the demand and evaluating the supply* (pp. 18-32). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bonta, J. & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6.
- Cortoni, F., Hanson, R. K. & Coache, M. E. (2010). The recidivism rates of female sexual offenders are low: a meta-analysis. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 22(4), 387-401. <http://doi.org/10.1177/1079063210372142>
- Cortoni F. & Gannon, T.A. (2016) The assessment of female sexual offenders. In: Boer, Douglas P., ed. *The Wiley Handbook on*

- the Theories, Assessment and Treatment of Sexual Offending. Wiley-Blackwell, Chichester, UK.
- Garbarino F & Giulini P. (2018). Il lavoro con i familiari dei sex offender come strumento trattamentale. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 254-261.
- Garombo, M. F., Salvadori, S., Contarino, A., Castellino, N., Molinaro, S., & Garofano, P., et al. (2015). Factorial analysis of risk matrix 2000 on an Italian sample of sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression*, 22(2), 137-146. <http://doi.org/10.1080/13552600.2015.1047908>
- Giulini & Xella (eds.) (2011). *Buttare la chiave? la sfida del trattamento per autori di reati sessuali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Giulini P & Emiletti L. (2018). Il trattamento dei reati sessuali in carcere. L'esperienza dell'Unità di Trattamento Intensificato nella Casa di Reclusione di Milano-Bollate. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 247-253
- Grady, M. D., Edwards, D. e Pettus-Davis, C. (2015). A Longitudinal Outcome Evaluation of a Prison-Based Sex Offender Treatment Program. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 1-28. <http://doi.org/10.1177/1079063215585731>
- Hanson, K.R. (1997). *The Development of a Brief Actuarial Risk Scale for Sexual Offense Recidivism. (User Report No. 1997-04)*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hanson, K.R. (2018). How Much Intervention is Enough? (pp. 1-9). Presented at the th ATSA Conference Vancouver - ott.
- Hanson, K.R., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891.
- Hanson, R.K e Bussière, M. (1998). Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348-362.
- Hanson, R.K e Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163. doi:10.1037/0022-006X.73.6.1154
- Hanson, K.R. & Thornton, D. (2019). Improving Risk Assessments for Sex Offenders: A Comparison of Three Actuarial Scales. in *Law and Human Behavior*, 24(1), 119-136.
- Hanson, K.R., Babchishin, K. M., Helmus, L. e Thornton, D. (2012). Quantifying the Relative Risk of Sex Offenders. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 25(5), 482-515. <http://doi.org/10.1177/1079063212469060>
- Hanson, K.R., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. e Seto, M. C. (2002). First Report of the Collaborative Outcome Data Project on the Effectiveness of Psychological Treatment for Sex Offenders. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 14(169-194), 1-26.
- Harris, A. J. R. & Hanson, K.R. (2004). *Sex Offender Recidivism: A Simple Question 2004-03* (pp. 1-29). Public Safety Canada.
- Harris, A. J. R. & Hanson, K.R. (2010). Clinical, actuarial and dynamic risk assessment of sexual offenders: Why do things keep changing? *Journal of Sexual Aggression*, 16(3), 296-310.
- Helmus, L. Babchishin K. & Hanson R.K. (2013) The predictive accuracy of the Risk Matrix 2000: A Meta-Analysis. *Sexual Offenders Treatment*, 8, 2.
- Kelley S., Barahal R., Thornton, D. & Ambroziak, G. (2017). How Do Professionals Assess Sexual Recidivism Risk? An International Survey of Practices. *ATSA Forum*, XXXIX, 1.
- Kingston D., Yates P., Babchishin K., Bradford J., & Firestone P. (2008) Long-Term Predictive Validity of the Risk Matrix 2000. A Comparison with the Static-99 and the Sex Offender Risk Appraisal Guide. *Sexual Abuse: A Journal of Reserch and Treatment*, 20, 4. 466-484.
- Levenson, J. S., Brannon, Y. N., Fortney, T. & Baker, J. (2007). Public Perceptions About Sex Offenders and Community Protection Policies. *Analyses of Social Issues and Public Policy*, 0(0), 070619081026002-???. <http://doi.org/10.1111/j.1530-2415.2007.00119.x>
- Marshall, W.L. (2010, November 7). Treatment of Sexual Offenders and Its Effects. *13rd International Training Course*.
- Mews A., Di Bella L. & Purver M. (2017) Impact evaluation of the prison-based Core Sex Offender Treatment Programme. *Ministry of Justice Analytical Series*.
- Olver, M. E., Nicholaichuk, T. P., & Gu De Wong, S. C. P. (2013). Sex offender treatment outcome, actuarial risk, and the aging sex offender in Canadian corrections: a long-term follow-up. *Sexual Abuse: a Journal of Research and Treatment*, 25(4), 396-422. <http://doi.org/10.1177/1079063212464399>
- Pham Th. & Ducro C. (2006) *Évaluation du risque de récidive*. In Pham Th (ed.), *L'évaluation diagnostique des agresseurs sexuels*.
- Prentky, R. & Righthand, S. (2003). Juvenile Sex Offender Assessment Protocol-I J-SOAP-II.
- Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E. & Cormier, C.A. (2006) *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*, 2nd ed. APA, Washington DC.
- Seto, M. C. & Eke, A. W. (2013). *Predicting recidivism among adult male child pornography offenders*. Paper presented at the annual conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, Chicago, IL.
- Seto, M. C. e Eke, A. W. (2014). Internet Pornography and Sexual Offending. In Carich, M.S. e Mussack, S.E., *Handbook of Sexual Abuser Assessment and Treatment*. Safer Society Press, Brandon, Vermont.
- Thornton, D. (1997). *Structured anchor clinical judgment risk assessment (SACJ)*. Proceedings of a NOTA conference, Brighton.
- Xella, C. M. (2014). La valutazione del rischio di recidiva per gli autori di reati sessuali. *Rivista Italiana Di Medicina Legale*, XXXV (4-2013), 1-20.
- Xella C.M. (2017). L'application du Good Lives Model en milieu carcéral: une expérience italienne. In Dieu E. (a cura di) *Les innovations criminologiques*. L'Harmattan, Paris.
- Yates, P.M. (2013). Treatment of Sexual Offenders: Research, Best Practices, and Emerging Models. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 8(3-4), 1-7.