

## Presentation of the “Parma Scale” for treatment evaluation in offenders with mental disorders

### Presentazione della “Scala di Parma” per la valutazione evolutiva del paziente psichiatrico autore di reato

Lorenzo Pelizza | Pietro Pellegrini | Giuseppina Paulillo  
Cecilia Paraggio | Ilaria De Amicis | Emanuela Leuci

OPEN ACCESS

Double blind peer review

**How to cite this article:** Pelizza L., et al. (2022). Presentation of the “Parma Scale” for treatment evaluation in offenders with mental disorders. *Rassegna Italiana di Criminologia*, XVI, 4, 261-270. <https://doi.org/10.7347/RIC-042022-p261>

**Corresponding Author:** Lorenzo Pelizza  
email [lorpelizza@ausl.pr.it](mailto:lorpelizza@ausl.pr.it)

**Copyright:** © 2022 Author(s). This is an open access, peer-reviewed article published by Pensa Multimedia and distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited. *Rassegna Italiana di Criminologia* is the official journal of Italian Society of Criminology.

**Received:** 27.03.2022

**Accepted:** 30.11.2022

**Published:** 31.12.2022

Pensa MultiMedia  
ISSN 1121-1717 (print)  
ISSN 2240-8053 (on line)  
[doi10.7347/RIC-042022-p261](https://doi.org/10.7347/RIC-042022-p261)

#### Abstract

Routine treatment evaluation is still poorly implemented in the Italian forensic psychiatric practice. This is also a lack of reliable instruments, especially those sufficiently specific and sensitive to longitudinally measure behavioral and functional changes. Moreover, among the very few assessment tools specifically designed to investigate treatment progress of offenders with mental disorders and the changeability of their problematic/protective behaviors, the vast majority were developed in non-Italian countries and cultures. Therefore, given the high specificity of the Italian forensic psychiatric framework, the aim of this paper was to present a new Italian instrument, the “Parma Scale” for treatment evaluation of offenders with mental disorders, which was developed as a quick and easy forensic tool specifically designed for a dynamic assessment of treatment plans (supported by hope and oriented towards a functional, personal and social recovery) and for an accurate application in different forensic psychiatric settings.

**Keywords:** forensic psychiatry, treatment evaluation, routine outcome monitoring, prison, Italy.

#### Riassunto

La valutazione routinaria degli esiti di trattamento con i pazienti psichiatrici autori di reato è una prassi ancora scarsamente attuata nella pratica forense italiana. Ciò è dovuto anche alla mancanza di strumenti valutativi affidabili, in particolare di scale sufficientemente sensibili e specifiche per misurare i cambiamenti clinici, comportamentali e funzionali longitudinali, ovvero in corso di trattamento. Inoltre, sebbene siano pochissimi gli strumenti di valutazione specificatamente progettati per indagare l'andamento temporale del trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato e l'impatto degli interventi sui loro comportamenti problematici/protettivi, la stragrande maggioranza di essi è stata sviluppata in paesi e culture non italiane, ove sono tuttora presenti ospedali psichiatrici giudiziari. Pertanto, data l'elevata specificità del quadro psichiatrico-forense italiano, obiettivo di questo lavoro è quello di presentare la “Scala di Parma” per la valutazione evolutiva dei pazienti psichiatrici autori di reato, da intendersi come strumento forense di facile e rapida somministrazione, specificamente progettato per una valutazione dinamica dei piani di trattamento (sostenuti dalla speranza ed orientati alla recovery funzionale, personale e sociale) e per una puntuale applicazione nei molteplici contesti psichiatrico-forensi attuali (cioè carcere, REMS, paziente in percorso territoriale).

**Parole chiave:** psichiatria forense, valutazione evolutiva del trattamento forense, routine outcome monitoring, REMS, Italia.

**Lorenzo Pelizza**, Department of Biomedical and Neuromotor Science, Alma Mater Studiorum, University of Bologna. Department of Mental Health and Pathological Addiction, AUSL di Parma | **Pietro Pellegrini**, Department of Mental Health and Pathological Addiction, AUSL di Parma | **Giuseppina Paulillo**, Department of Mental Health and Pathological Addiction, AUSL di Parma | **Cecilia Paraggio**, Department of Mental Health and Pathological Addiction, AUSL di Parma | **Ilaria De Amicis**, Department of Mental Health and Pathological Addiction, AUSL di Parma | **Emanuela Leuci**, Department of Mental Health and Pathological Addiction, AUSL di Parma.

## Presentation of the “Parma Scale” for treatment evaluation in offenders with mental disorders

### Introduzione

In Italia, con l’approvazione delle Leggi 9/2012 e 81/2014, si è dato completamento ad un percorso di definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), sopravvissuti alla legge 180 del 1978 che aveva disposto la chiusura degli Ospedali Psichiatrici civili (OP). Dal 1 aprile 2015, i sei OPG italiani sono stati progressivamente chiusi e sostituiti dal sistema di welfare sociale e sanitario di comunità di cui fanno parte i Dipartimenti di Salute Mentale, all’interno dei quali operano le Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS). Tuttavia, si è trattato di una riforma incompleta, in quanto non sono stati riformati né il codice penale relativamente ad imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza, né il codice di procedura penale che ancora consente di disporre misure di sicurezza detentive provvisorie con una finalità cautelare a fronte di una persona con (sospetto) disturbo mentale che dovrebbe trovare, per questo, un diverso approccio diagnostico e terapeutico (Pellegrini, 2016). In sostanza, le nuove norme si confrontano con la persistenza di leggi e prassi ancora incentrate su culture custodiali, legate a luoghi piuttosto che ad un impianto medico-forense orientato alle cure e alla definizione di percorsi di trattamento. Non mancano, tuttavia, interessanti proposte di riforma a riguardo, a cominciare dal concetto stesso di imputabilità (Corleone, 2019).

Anche le prassi professionali hanno risentito di questa impostazione culturale. Dopo una lunga fase di abbandono degli OPG frequentati quasi esclusivamente dai periti e da pochi psichiatri motivati o “costretti” ad operarvi, la psichiatria di comunità italiana ha ripreso interesse per i pazienti autori di reato e si è realizzato un riavvicinamento disciplinare tra psichiatria clinica, medicina legale, psichiatria forense e criminologia. Una grande occasione di crescita professionale, scientifica e culturale, che spesso resta inespressa sotto il peso dei problemi gestionali (quali, ad esempio, l’impropria collocazione per ragioni giudiziarie dei pazienti autori di reato nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, le lunghe liste di attesa per le REMS). Sebbene diverse siano le riflessioni in atto sul sistema organizzativo, sono rimaste in secondo piano le prassi operative e la questione degli strumenti tecnici e valutativi (Pellegrini, 2017). Queste sono, infatti, ancora in parte derivate dall’OPG, specie nei rapporti con la magistratura, sebbene il modello operativo delle REMS sia stato in larga misura costruito mettendo insieme le competenze maturate nella psichiatria di comunità (es., responsabilizzazione, empowerment, recovery) (Pellegrini et al., 2020a; Pelizza et al., 2021a), arricchite da una cre-

sciente attenzione ai diritti, alle questioni sociali, ai problemi connessi con la migrazione, alle molteplici culture e religioni (Paulillo et al., 2017). Si è anche sviluppato un lavoro sul reato, sulla sua comprensione ed elaborazione, fino a prassi incentrate sulla conciliazione e sulla possibile riparazione (Murro, 2016). Si è evidenziata la cruciale necessità di operare sia con la persona, che con la sua famiglia e la comunità di riferimento (Pelizza et al., 2021b). Al contempo, si è posta con forza la questione del “doppio patto” che la persona deve realizzare: uno per la cura e l’altro con la giustizia. Un’impostazione che richiede il reciproco rispetto di punti di vista, culture, metodologie e strumenti peculiari per ciascun ambito, nella consapevolezza che l’azione di cura ha la necessità di essere sempre preservata, tutelata e sostenuta.

Per rendere l’attività diagnostica più accurata, nelle REMS sono stati adottati strumenti di valutazione per lo più costruiti in altre culture e contesti, ove spesso sono ancora attivi OP ed OPG. La cultura della Legge 180 ha infatti rilevato la scarsa scientificità dei concetti di “imputabilità” e “pericolosità sociale”, ma non ha favorito la nascita di strumenti specifici in contesti operativi dove la pratica psicodiagnostica deve restare incentrata soprattutto sulla relazione. Consapevoli di queste premesse e delle relative limitazioni, l’obiettivo di questo articolo è quello di presentare uno strumento di assessment, la “Scala di Parma” per la valutazione evolutiva del paziente psichiatrico autore di reato, che si inserisca nelle attuali prassi operative incentrate sull’accoglienza, sulla responsabilizzazione, su una valutazione dinamica e progettuale, sostenuta dalla speranza ed orientata alla recovery.

### Strumenti di valutazione

Già si è detto della scarsa scientificità e dei limiti delle metodiche di accertamento e di valutazione della “pericolosità sociale”. Attualmente, infatti, è preferibile fare riferimento ad altri concetti, come, ad esempio, quello di “rischio di recidiva” nei reati, il quale può essere valutato con strumenti diversi, che si sono evoluti nel tempo:

- I generazione: approccio clinico e non strutturato;
- II generazione: approccio attuariale e statistico (es. “Level of Service Inventory-Revised” [LSI-R], “Psychopathy Checklist-Revised” [PCL-R]) (Andrews & Bonta, 1995; Hare et al., 2000);
- III generazione: approccio professionale strutturato (es. “Historical, Clinical and Risk management – version 3” [HCR 20-V3], il “Dendrum Quartet”) (Kennedy et al., 2010; Douglas & Belfrage, 2014);
- IV generazione: approccio professionale strutturato di

valutazione del rischio (es. “Checklist per la Valutazione del Rischio di Recidiva” [C-VRR], “the Forensic Violence Oxford” [FoVOx] tool”, “the Oxford Mental Illness and Suicide [OxMIS] tool”) (Zara, 2016; Wolf et al., 2018; Fazel et al., 2019).

La valutazione, anziché statica, deve, infatti, essere relazionale e dinamica, e deve tenere conto anche delle risposte e dei trattamenti. A questo proposito, si può fare riferimento al “*Good Lives Model*” (GLM) (Ward & Brown, 2004), che in Italia è stato sperimentato prevalentemente in ambito di giustizia minorile. Questo tipo di intervento è fondato sul presupposto che gli individui commettano reati soprattutto per mancanza di opportunità e di capacità di realizzare i propri obiettivi in modo socialmente accettabile. Il GLM ridefinisce i “criminogenic needs”, sottolineando quanto sia importante distinguere i bisogni veri e propri (come il bisogno di avere un valore sociale) dai problemi o dai modi inadeguati per soddisfare tali bisogni (come l’impulsività). Di conseguenza, quando si progetta un trattamento psichiatrico-forense, occorre soprattutto domandarsi che cosa può aiutare una persona autrice di reato a migliorare la propria vita e a crescere, presupponendo che proprio il raggiungimento di questi obiettivi porterà ad una riduzione del rischio di recidiva nei reati. È stato osservato che questa prospettiva aumenta l’alleanza con il minore sottoposto a procedimenti penali e favorisce il suo coinvolgimento attivo nel trattamento (Maggiolini et al., 2018).

Un altro interessante modello operativo è quello denominato “*Risk-Need-Responsivity*” (R-N-R) (Andrews et al., 2011), che individua tre principi operativi fondamentali:

- valutare il livello di rischio di recidiva (principio del rischio);
- individuare i bisogni che sono alla base del reato, i cosiddetti “criminogenic needs” (principio dei bisogni); e
- prendere in considerazione la responsività dell’autore di reato, la sua possibilità di collaborare in modo attivo all’intervento (principio della responsività).

In questo modello, il coinvolgimento attivo del paziente, la sua responsabilizzazione diventano la chiave dell’intervento. Ne deriva che accanto alla perizia psichiatrica, risultano importanti anche le perizie psicologica e criminologica sull’imputato, vietate dal codice di procedura penale del 1988 (art. 220), come già sancito dall’art. 314, secondo comma, del codice di procedura penale del 1930. Infatti, proprio per le persone con disturbi mentali, potrebbe essere utile un’analisi più accurata già nella fase di cognizione, oltre che ai fine dell’esecuzione della pena o della misura di sicurezza. In altre parole, le perizie psichiatriche dovrebbero essere iscritte in un quadro più ampio, ove vengono prese in considerazione tutte le variabili biologiche, psicologiche e sociali al fine di stabilire rischi di recidiva nei reati, l’abitudine o la professionalità

nel reato, la tendenza a delinquere, le condizioni di vita, il carattere e la personalità dell’imputato e, in genere, le qualità psichiche anche indipendenti da cause patologiche e psicopatologiche.

### “Scala di Parma” per la valutazione evolutiva del paziente psichiatrico autore di reato

Tenendo conto del fatto che la valutazione routinaria degli esiti dei trattamenti psichiatrico-forensi non è ancora una prassi consolidata e particolarmente diffusa nel contesto italiano e che più spesso si ricorre all’utilizzo di questionari psicometrici sviluppati in culture e tradizioni non italiane (dove tuttora spesso operano OP ed OPG), il Dipartimento di Salute Mentale dell’AUSL di Parma si è proposto di costruire un nuovo strumento (la “*Scala di Parma*”) di facile e rapida somministrazione al fine di giungere ad una valutazione sensibile, specifica e dinamica dell’appropriatezza/efficacia e degli esiti dei programmi individuali di trattamento erogati ai pazienti psichiatrici autori di reato. La Scala di Parma vuole, altresì, proporsi per una puntuale applicazione in tutti i molteplici setting attuali della psichiatria forense italiana (ovvero carcere, REMS e pazienti in detenzione domiciliare).

La Scala di Parma è stata sviluppata tenendo conto della rilevanza clinica dell’approccio ROM (“*Routine Outcome Monitoring*”) (van der Veeken et al., 2018) e dei modelli teorici GLM ed R-N-R. La sua preparazione si è ispirata ad alcuni tra i più diffusi strumenti psicometrici utilizzati nella prassi psichiatrico-forense italiana ed europea (in particolare l’HCR-20-V3, l’HKT-R [“*Historical, Clinical and Future – Revision*”] e l’IFTE [“*Instrument for Forensic Treatment Evaluation*”]) (Spreen et al., 2014; Schuringa et al., 2014). La selezione degli item inclusi nella versione finale della Scala di Parma (Appendice 1) è stata il frutto di un’analisi approfondita delle voci contenute nei suddetti strumenti psicometrici internazionali da parte di un “focus group” di professionisti esperti su tematiche inerenti la psichiatria forense italiana, appartenenti al Dipartimento di Salute Mentale dell’AUSL di Parma. In particolare, basandosi sul buon senso clinico e sulla preziosa esperienza pratica maturata nel corso di questi ultimi anni nei diversi setting psichiatrico-forensi dell’AUSL parmigiana (REMS, carcere, programmi di reinserimento territoriale di pazienti psichiatrici autori di reato), sono stati selezionati/modificati gli item di questionari esistenti ritenuti più adeguati allo specifico contesto italiano, tenendo conto anche della loro rilevanza pratica in termini di indicatori clinici utili alla valutazione dei trattamenti erogati, potenziale modificabilità longitudinale ed influenza sugli esiti degli interventi e sul rischio di recidiva del reato. Ad esempio, negli item 1 e 2 della Scala di Parma, si è deciso di distinguere l’omicidio dalle lesioni personali gravissime in relazione al suo maggior potenziale di pena previsto dal vigente codice penale italiano. Si è deciso, inoltre, di graduare dettagliatamente la presenza di un disturbo grave della personalità (item

7) in termini di discontrollo comportamentale e condotte antisociali (vedi Appendice 1 per i dettagli), senza, tuttavia, avere avuto alcuna pretesa di proporre uno strumento psicometrico di supporto alla valutazione dell'imputabilità.

La "Scala di Parma" è composta di 20 item, suddivisi in tre aree principali: Anamnesticca, Osservativa e Progettuale (Pellegrini et al., 2020b).

- *Area Anamnesticca*: è composta da 5 item che valutano la gravità del reato, la presenza di precedenti condotte antisociali, esperienze di vita sfavorevoli nell'infanzia, la tipologia dell'attaccamento, l'uso di sostanze psicoattive e l'esito di precedenti interventi terapeutico-riabilitativi. Sulla base delle evidenze emerse in letteratura, tutti questi sono punti estremamente rilevanti anche in termini predittivi, potendo, infatti, condizionare fortemente l'evoluzione clinico-funzionale del soggetto ed i suoi progetti futuri (Bogaerts et al., 2018).
- *Area di Osservazione*: comprende 10 item, di cui 5 "clinici" (che valutano la presenza di sintomi psicotici positivi, disturbi gravi della personalità ed uso di sostanze, deficit cognitivi, condotte eteroaggressive e rischio suicidario) e 5 incentrati sulle risorse della persona (quali strategie di coping, livelli di motivazione, abilità, capacità di adattamento, consapevolezza ed alleanza terapeutica, riferita in particolar modo all'adesione ai programmi di cura). In quest'area osservativa, vengono valutati sia la qualità, gravità e persistenza dei disturbi, che la loro trattabilità. Infatti, non è detto che i disturbi correlino linearmente con il funzionamento dell'individuo, in quanto, come sappiamo, risultano essere altrettanto rilevanti le risorse della persona, intese come abilità, consapevolezza ed alleanza terapeutica (Pelizza et al., 2021c). Quindi, una valutazione non solo oggettiva, ma relazionale, che diviene ancora più evidente nell'area progettuale.
- *Area della Progettualità*: si compone di 5 item che analizzano gli elementi progettuali relativamente a risorse personali, familiari e sociali (in particolare reddito, formazione-lavoro, alloggio) e alla qualità dei programmi terapeutici predisposti dai Dipartimenti di Salute Mentale.

Obiettivo principale della "Scala di Parma" è quello di cogliere la possibilità evolutiva della persona, la quale dipende da molteplici fattori, in parte anamnesticci e immutabili, in parte modificabili e dipendenti anche dall'insieme delle risposte prodotte dal paziente e del sistema familiare, sociale e sanitario della sua comunità di appartenenza. Pertanto, il punteggio non dipende solo da una oggettivazione di caratteristiche della persona, dalle sue patologie e dal loro trattamento, ma anche dai diritti e dalle opportunità.

Il punteggio totale della scala deriva da una strutturazione degli item in base alla quale i valori maggiori sono, in linea di massima, espressione di una maggiore possibi-

lità evolutiva. Tuttavia, vanno tenuti presenti anche i risultati relativi a ciascuna area (che può anche essere valutata come a se stante) ed il rapporto fra le aree, da cui possono derivare sia profili di gravità che gli ambiti sui quali occorre al più presto intervenire per bilanciare o rinforzare le funzioni individuali di maggiore fragilità o più compromesse. Quindi, obiettivo della "Scala di Parma" non è tanto quello di individuare le persone con basso potenziale evolutivo, ma di comprendere come e con quali interventi elevare questo potenziale.

## Conclusioni

In conclusione, visto che la valutazione routinaria degli esiti di trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato non è ancora una prassi così ampiamente diffusa nella pratica psichiatrico-forense italiana, data la carenza di strumenti valutativi sufficientemente sensibili e specifici per misurare i cambiamenti clinici, comportamentali e funzionali longitudinali dei pazienti (ovvero in corso di trattamento) e data l'elevata specificità del quadro psichiatrico-forense italiano, la "Scala di Parma" si propone, pertanto, quale potenziale strumento di facile e rapida somministrazione per una valutazione dinamica dei programmi di trattamento e per una puntuale applicazione in tutti gli attuali molteplici contesti psichiatrico-forensi italiani (ovvero carcere, REMS, percorsi territoriali).

Nel prossimo futuro, si procederà ad effettuare la validazione della Scala di Parma in un campione di almeno un centinaio di pazienti psichiatrici autori di reato ospiti della REMS di Parma o detenuti negli Istituti Penitenziari di Parma, al fine di analizzare in dettaglio le sue proprietà psicometriche (affidabilità, attendibilità, validità). In particolare, della Scala di Parma, verranno esaminate l'inter-rater reliability, la test-retest reliability, la consistenza interna, la validità concorrente, la struttura fattoriale (attraverso un'analisi fattoriale esplorativa) e la sensibilità degli item al cambiamento longitudinale dei loro punteggi.

## Riferimenti bibliografici

- Andrews, D. A., & Bonta, J. (1995). *The Level of Service Inventory-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bogaerts, S., Spreen, M., Ter Horst, & P. Gerslma, C. (2018). Predictive validity of the HKT-R risk assessment tool: two and 5-year violent recidivism in a nationwide sample of dutch forensic psychiatric patients. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 2259-2270.
- Corleone F. (2019). *Il muro dell'imputabilità: dopo la chiusura dell'OPG, una scelta radicale*. Firenze: Fondazione Michelucci Press.
- Douglas, K.S., & Belfrage, H. (2014). Interrater reliability and concurrent validity of the HCR-20 Version 3. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 130-139.
- Fazel, S., Wolf, A., Larsson, H., Mallett, S., & Fanshawe, T.R. (2019). The prediction of suicide in severe mental illness:

- development and validation of a clinical prediction rule (OxMIS). *Translational Psychiatry*, 9, 98.
- Hare, R.D., Clark, D., Grann, M., & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behavioral Science and the Law*, 18, 623-645.
- Kennedy, H.G., O'Neill, C., Flynn, G., & Gill, P. (2010). *Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual (the Dendrum Quartet)*. Dublin: Trinity College Press.
- Maggiolini, A., Leoni, A., & Picasso, M. (2018). L'efficacia degli interventi penali con gli adolescenti. *Rivista Minotauro*, 8, 81-97.
- Murro, O. (2016). *Riparazione del danno ed estinzione del reato*. Padova: CEDAM.
- Paulillo, G., Molinaro, V.I., & Pellegrini, P. (2017). The quality perceived by the patients of Casale di Mezzani REMS (PR). *Rassegna Italiana di Criminologia*, 3, 213-219.
- Pelizza, L., Leuci, E., Landi, G., Maestri, D., Paulillo, G., Ceroni, P., Soncini, C., Daolio, M.C., Quattrone, E., & Pellegrini, P. (2021a). Personal Health Budget as a new rehabilitation model for severe mental illness within a caring community: an Italian evaluation study of beneficial effects. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 55, 602-612.
- Pelizza, L., Zaimovic, A., Veneri, B., Urbani, B., Cutrino, S., Gran Dall'Olio, D., Verdoliva, G., Maestri, D., Zambelli, U., Rossi, E., De Amicis, I., Paraggio, C., Adriani, A., Bertoli, S., Paulillo, G., Palmisano, D., Leuci, E., & Pellegrini, P. (2021c). The Parma integrated model for intervention on pathological addictions in an Italian prison: process description and preliminary findings. *Acta Biomedica*, 92, e2021223.
- Pelizza, L., Zambelli, U., Rossi, E., Verdoliva, G., Maestri, D., De Amicis, I., Paraggio, C., Zaimovic, A., Veneri, B., Urbani, B., Gran Dall'Olio, D., Adriani, A., Cutrino, S., Bertoli, S., Paulillo, G., & Pellegrini, P. (2021b). Mental health interventions in an Italian prison: the Parma integrated approach. *International Journal of Prisoner Health*, 17, 520-532.
- Pellegrini P. (2016). *Per una psichiatria senza ospedali psichiatrici giudiziari*. Milano: Franco Angeli.
- Pellegrini, P. (2017). *Liberarsi dalla necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari: quasi un manuale*. Merano (BZ): Alfabeta verlag.
- Pellegrini, P., Paulillo, G., Paraggio, C., De Amicis, I., Leuci, E., & Pelizza, L. (2020b). *Scala di Parma per la valutazione evolutiva del paziente psichiatrico autore di reato*. Parma: Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Ausl di Parma.
- Pellegrini, P., Paulillo, G., Pellegrini, C., Barone, R., & Cecconi, S. (2020a). First data of survey on inpatients in REMS (Execution of Security Measures) at the time of Covid. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 295-299.
- Schuringa, E., Spreen, M., & Bogaerts, S. (2014). Inter-rater and test-retest reliability, internal consistency and factorial structure of the Instrument for Forensic Treatment Evaluation. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 14, 127-144.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). *Guidelines and methodological research of the HKT-R – Historical, Clinical and Future – Revision*. Groningen: Dr. Van Mesdag Klinieke Press.
- van der Veeke, F.C.A., Bogaerts, S., & Lucieer, J. (2018). The Instrument for Forensic Treatment Evaluation: reliability, factorial structure and sensitivity to measure behavioral changes. *Journal of Forensic Psychology Research and Practice*, 18, 229-253.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10, 243-257.
- Wolf, A., Fanshawe, T.R., Sariaslan, A., Cornish, R., Larsson, H., & Fazel, S. (2018). Prediction of violent crime on discharge from security psychiatric hospitals: a clinical prediction rule (FoOx). *European Psychiatry*, 47, 88-93.
- Zara, G. (2016). *Valutare il rischio in ambito criminologico: procedure e strumenti per l'assessment psicologico*. Bologna: Il Mulino.

**Appendice 1 – “Scala di Parma” per per la valutazione evolutiva del paziente psichiatrico autore di reato.**

**A- Area Anamnestica**

1. Gravità Reato

4	3	2	1	0
Molto lieve	lieve	moderato	grave	gravissimo

2. Precedenti condotte antisociali

4	3	2	2	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

3. Uso di sostanze

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

4. Precedenti esperienze traumatiche/ instabilità relazioni/ disturbo della condotta nell’infanzia

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

5. Precedenti insuccessi di progetti terapeutico riabilitativi

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

**B- Area Osservazione**

6. Presenza di sintomi psicotici positivi

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

7. Presenza di disturbi gravi della personalità /compulsione ad uso sostanze

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

8. Presenza di deficit cognitivi

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

9. Presenza di comportamenti disturbanti ed aggressivi

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	grave	gravissimo

10. Rischio suicidario

4	3	2	1	0
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

11. Utilizzo di strategie di coping/motivazione al cambiamento

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

12. Abilità nelle attività di vita quotidiana/lavorative/ relazione sociale

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

13. capacità di adattamento, rispetto delle regole/ adesione al programma di cura

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

14. Consapevolezza di malattia e della propria situazione giuridica

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

15. Adesione alla terapia farmacologica

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

### C- Area Progettualità

16. Presenza di una rete familiare adeguata

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

17. Presenza di una rete sociale di supporto

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

18. Presenza di risorse economiche/reddito/lavoro

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

19. Presenza di opportunità abitative (strutture socio-sanitarie, abitazione autonoma, rientro in famiglia)

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

20. Atteggiamento del DSMDP. Possibilità di attivazione di un progetto Personalizzato con Budget di Salute

0	1	2	3	4
assente	lieve	moderato	elevato	molto elevato

### LEGENDA

#### A - AREA ANAMNESTICA

**1 Reato per il quale il paziente è attualmente in struttura/domicilio (carcere, REMS, ecc.):**

Punteggi

- 4 reati bagatellari, (oltraggio in corso di TSO ecc.)
- 3 furto, detenzione sostanze
- 2 maltrattamenti in famiglia, traffico di stupefacenti (se ripetuti)
- 1 lesioni personali gravissime, violenza sessuale, rapina armata
- 0 omicidio

**2. Precedenti condotte di comportamento antisociale**

Punteggi

- 4 nessuno.
- 3 furto, detenzione di sostanze, reati bagatellari, oltraggio in corso di TSO, ecc.

- 2 maltrattamenti in famiglia, traffico di stupefacenti.
- 1 lesioni personali gravissime, violenza sessuale, rapina armata, reati prima dei 10 anni.
- 0 omicidio.

#### 3. Uso di sostanze

Punteggi

- 4 Nessun problema particolare legato all'assunzione di alcol e/o di droghe o ad altre dipendenze.
- 3 Conseguenze psicologiche o sintomi di astinenza e di altro tipo dovute al consumo di alcol o di droghe, notabili solo dagli operatori che conoscono meglio il pz.
- 2 Conseguenze psicologiche o sintomi di astinenza e di altro tipo evidenti a tutti gli operatori.
- 1 Conseguenze psicologiche (ad esempio compulsione per la sostanza) o sintomi di astinenza gravi o invalidanti o difficili da controllare, ma non così gravi come nel punto 0.
- 0 Dipendenza grave: La vita del paziente è completamente dominata dalle conseguenze del consumo precedente di alcol o di droghe e/o dalla bramosia per la sostanza.

#### 4. Precedenti esperienze traumatiche/ instabilità relazioni

Punteggi

- 4 Nessuna evidenza di eventi traumatici.
- 3 Lutti improvvisi e abbandoni in età adulta.
- 2 Lutti improvvisi, abbandoni, trascuratezza nell'età evolutiva.
- 1 Trascuratezze gravi, violenze fisiche, allontanamento dalla famiglia in età evolutiva.
- 0 Gravissime violenze fisiche e sessuali.

#### 5. Precedenti insuccessi di progetti terapeutico riabilitativi

Punteggi

- 4 Nessun insuccesso.
- 3 N. 1 insuccesso, reato/violazione lieve.
- 2 N. 2 insuccessi di cui 1 non attribuibile solo al paziente e reato/violazione lieve.
- 1 N. 3 insuccessi di progetti ritenuti adeguati, reato grave.
- 0 più di 4 insuccessi, reato gravissimo.

#### B - AREA OSSERVAZIONE (periodo ultimo mese)

##### 6. Presenza di sintomi psicotici positivi

Punteggi

- 4 Nessuna evidenza di deliri o di allucinazioni nel periodo considerato.
- 3 Credenze lievemente eccentriche o bizzarre, al di fuori delle comuni convinzioni; il paziente ha visioni, ma con modesto distress; manifesta comportamenti bizzarri solo per brevi periodi e non conformi alle norme culturali del gruppo etnico in cui il paziente si riconosce.

- 2 Deliri ed allucinazioni sicuramente presenti (ad es. sente voci clamorose).
- 1 Deliri ed allucinazioni accompagnati da severo distress o angoscia, ma non per la maggior parte del tempo e/o comportamenti evidentemente bizzarri prolungati e vistosi, ma non dannosi.
- 0 il paziente è assorbito per la maggior parte del tempo in deliri ed allucinazioni e/o ha comportamenti ispirati da deliri ed allucinazioni che sono sicuramente dannosi per il paziente e/o per altri (NB. Considerare nell'item 2 gli agiti aggressivi pregressi).

#### **7. Presenza di disturbi gravi della personalità /compulsione ad usare sostanze**

##### Punteggi

- 4 Nessun disturbo della personalità. Nessun problema particolare legato all'assunzione di alcol e/o di droghe o ad altre dipendenze. Riesce a mantenere gli impegni e ad adattarsi alle regole.
- 3 Tratti di personalità patologici, ma clinicamente secondari. Scarsa compulsione al consumo di alcol o di droghe. Riesce ad adattarsi, anche se a volte è inconstante.
- 2 Disturbo della personalità. Presenza di impulsività, instabilità, difficoltà di adattamento alle regole, ma senza gravi violazioni sociali.
- 1 Grave disturbo della Personalità. Presenza di compulsione per le sostanze, instabilità impulsività. In situazioni di stress, peggiorano i comportamenti impulsivi e a rischio con possibile violazione delle regole sociali (specie in corso di abuso).
- 0 Gravissimo disturbo della Personalità (ed. antisociale, borderline, ecc.). Gravissima compulsione, instabilità, impulsività. La vita del paziente è dominata dalla compulsione verso il consumo di alcol o di droghe. Ha stabilmente comportamenti incontrollati che mettono a rischio la sicurezza e la salute. Violazione grave e ripetuta delle regole sociali (anche al di fuori di episodi di abuso).

#### **8. Presenza di deficit cognitivi**

##### Punteggi

- 4 Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato. Intelligenza nella norma o superiore.
- 3 Problemi lievi di memoria (ad esempio dimentica più frequentemente della norma i nomi) o di comprensione. Intelligenza nella norma
- 2 Problemi di memoria e di comprensione evidenti, ma non gravi come nei livelli 0 e 1 (ad esempio, si è perso in una località nota o non ha riconosciuto occasionalmente una persona a lui familiare; o qualche volta appare perplesso di fronte a decisioni semplici). Intelligenza nella norma o ai limiti della norma.
- 1 Disorientamento marcato nel tempo, nello spazio e nel riconoscimento di persone, ma non così gravi come al punto 0; appare perplesso di fronte ad eventi di tutti i giorni; il discorso è talora slegato e frammentario; rallentamento del pensiero (*basta la presenza di*

*una sola di queste caratteristiche*). Ritardo mentale lieve-medio.

- 0 Disorientamento o disorganizzazione del pensiero gravi (ad esempio, sistematicamente è incapace di riconoscere i parenti più stretti, confonde i momenti della giornata, non si ricorda di aver mangiato, i discorsi sono incomprensibili, obnubilamento grave dello stato di coscienza) (*basta la presenza di una sola di queste caratteristiche*). Ritardo mentale grave. Le problematiche di questo tipo sono tali da mettere il paziente a rischio di incidenti.

#### **9. Presenza di comportamenti disturbanti e aggressivi**

##### Punteggi

- 4 Assenza di problemi particolari durante il periodo considerato.
- 3 Irritabilità esagerata, litigiosità, e/o irrequietezza, ma meno gravi che nei livelli successivi; espressioni di minaccia non ripetute (al massimo 2) e che non è probabile che portino all'agito aggressivo.
- 2 Espressioni di minaccia ripetute (gestuali e/o verbali); atti di molestia fisica ripetuti, che è molto improbabile che possano dare luogo a lesioni (ad esempio "prese" fisiche o spintoni); danni di modesta entità alle cose (ad esempio, rottura di suppellettili o di vetri); iperattività ed agitazione evidenti e prolungate, ma non particolarmente disturbanti per familiari, conviventi e amici e che il paziente riesce, almeno in parte, a controllare.
- 1 Uno o più attacchi fisici a persone o animali, tali da avere causato o potere causare traumi non gravi (cioè con pochi giorni di prognosi [non più di 5]); danneggiamento di cose più grave che al livello 2, ma non tali da mettere in pericolo l'incolumità di persone o animali; atti osceni ripetuti, non presenti però nella maggior parte dei giorni; iperattività evidentemente disturbante, non controllabile.
- 0 Uno o più attacchi fisici a persone o animali; comportamenti evidentemente minacciosi o osceni presenti nella maggior parte dei giorni; atti evidentemente distruttivi e potenzialmente pericolosi per l'incolumità di persone e animali.

#### **10. Rischio suicidario**

##### Punteggi

- 4 Nessun problema di questo tipo durante il periodo considerato.
- 3 Rischio lieve. Pensieri passeggeri di farla finita, ma senza reale convinzione; pensieri anche protratti di procurarsi una lesione, ma nessun gesto autolesivo.
- 2 Rischio di modesta entità. Ha pensato più volte e/o a lungo ad uccidersi, ma senza progettare in dettaglio il suicidio; ha compiuto gesti autolesivi non pericolosi e non menomanti (ad esempio, si è spento le sigarette sulle mani, si è fatto tagli superficiali ai polsi).
- 1 Rischio evidente. Ha progettato il suicidio in dettaglio; ha compiuto degli atti preparatori (ad esempio, ha im-



magazzinato pillole e/o ha commesso un tentativo di suicidio più grave di quello del livello 2, ma ancora con scarsa lesività e possibilità di riuscita).

- 0 Tentativo di suicidio serio, con pericolo evidente di riuscita; gesto autolesivo intenzionale grave con esito in menomazione o con evidente pericolo di menomazione o morte.

### 11. Utilizzo di strategie di coping/motivazione al cambiamento

Punteggi

- 4 È molto motivato; investe fortemente negli impegni formativi, lavorativi, nelle attività. Piena tenuta comportamentale. Si sente in colpa per quanto è accaduto ed è empatico.
- 3 È motivato; investe negli impegni; si controlla, ma con qualche problema di tenuta. Il senso di colpa è modesto, ma riconosce di avere provocato un danno e di doverne rispondere.
- 2 La motivazione è presente, ma instabile, e la tenuta comportamentale è appena sufficiente. Non ha senso di colpa, ma riconosce di avere provocato danni.
- 1 Scarsa motivazione al cambiamento; progetti molto vaghi e tenuta comportamentale inadeguata. Tende a dare la colpa agli altri per quanto accaduto e non considera il danno provocato.
- 0 Gravi problemi di tenuta comportamentale; nessun motivazione. Nessun senso di colpa e nessun riconoscimento del danno. Indifferenza verso il benessere degli altri.

### 12. Abilità nelle attività di vita quotidiana/lavorative/relazione sociale

Punteggi

- 4 È molto abile, attivo e adeguato nelle attività della vita quotidiana; collabora positivamente alle attività. Può studiare o lavorare all'esterno (se autorizzato). Ottimo comportamento con gli altri.
- 3 È abile, motivato e partecipa alla vita quotidiana. Può lavorare all'esterno. Si controlla, ma con necessità di qualche sostegno.
- 2 Collabora alle attività quotidiane in modo sufficiente, ma è instabile. Può lavorare o studiare solo con sostegni.
- 1 Scarsa collaborazione alle attività di vita quotidiana. Va costantemente sollecitato.
- 0 Gravi problemi di tenuta comportamentale; scarsissima o nessuna collaborazione.

### 13. Capacità di adattamento, rispetto delle regole/adesione al programma di cura

Punteggi

- 4 Il paziente collabora bene con gli operatori e ha definito degli obiettivi personali (compreso che interventi effettuare in caso di crisi). Piena comprensione e rispetto delle misure di sicurezza.
- 3 Il paziente è capace di adattarsi; è dotato di insight e non pone particolari problemi di adesione alla pro-

gramma di cura e al rispetto delle misure di sicurezza.

- 2 Qualche problema di rapporto con gli operatori, ma segue il programma in modo "passivo".
- 1 Richieste maggiori rispetto alla maggior parte dei pazienti col suo quadro clinico; maggiori difficoltà a collaborare e ad accettare le indicazioni e i consigli, e ad aderire al programma di cura. Scarsa comprensione delle misure di sicurezza, che gli vanno ricordate per evitare la sua tendenza alle violazioni.
- 0 Richieste eccessive, atteggiamenti oppositivi, incoerenza nei comportamenti tali da determinare quasi costantemente maggiori sforzi da parte degli operatori e loro frustrazione. Totale incomprensione delle misure di sicurezza e possibili violazioni attive.

### 14. Consapevolezza di malattia e della propria condizione giuridica

Punteggi

- 4 Consapevolezza piena e ottima collaborazione.
- 3 Fornisce una spiegazione adeguata e ragionevole; mostra discreta collaborazione.
- 2 Fornisce spiegazioni instabili, a volte coerenti e a volte incoerenti; mostra sufficiente collaborazione.
- 1 Fornisce spiegazioni molto confuse, molto vaghe (es. "non so").
- 0 Fornisce spiegazioni deliranti; nessuna consapevolezza.

### 15. Adesione alla terapia farmacologica/alleanza terapeutica

Punteggi

- 4. Ottima collaborazione alla terapia farmacologica, che assume spontaneamente e con consapevolezza del bisogno. È certa l'assunzione alla dimissione/termine di un progetto terapeutico forense.
- 3 Assume regolarmente la terapia farmacologica con una buona collaborazione; è altamente probabile l'assunzione alla dimissione/termine di un progetto terapeutico forense.
- 2 Accetta passivamente la terapia, senza particolari opposizioni, ma con modesta convinzione. È incerta l'assunzione alla dimissione/termine di un progetto terapeutico forense.
- 1 Rifiuta passivamente la terapia farmacologica. Accetta solo in presenza di operatori e/o acconsente di praticare esclusivamente il farmaco long-acting. Una volta dimesso/terminato un progetto terapeutico forense, è altamente probabile la non assunzione.
- 0 Rifiuta attivamente la terapia farmacologica. Anche la somministrazione del farmaco long-acting risulta molto difficoltosa. Una volta dimesso/terminato un progetto terapeutico forense, non la assumerà.

## C - AREA PROGETTUALITÀ

### 16. Presenza di una rete familiare adeguata

Punteggi

- 4 Tutti i familiari, di cui si è potuto accertare l'atteggia-

mento, guardano con favore alle dimissioni/ termine di un progetto terapeutico forense del paziente, anche nel lungo periodo. Possono essere presenti piccole preoccupazioni.

- 3 Tutti i familiari guardano con favore alle dimissioni/termine di un progetto terapeutico forense, ma preferirebbero che avvenissero dopo diversi mesi.
- 2 Alcuni familiari sono ambivalenti o disinteressati.
- 1 Familiari molto preoccupati, allarmati dalla dimissione/termine di un progetto terapeutico forense del paziente.
- 0 Familiari ostili e rifiutanti.

### 17. Presenza di una positiva rete sociale di supporto

Punteggi

- 4 La rete sociale è presente, ricca e guarda con favore alle dimissioni/termine di un progetto terapeutico forense del paziente.
- 3 La rete sociale è presente, accetta le dimissioni/termine di un progetto terapeutico forense, ma esprime timori comprensibili.
- 2 La rete sociale è appena sufficiente, ma debole e poco supportiva.
- 1 Rete sociale ambivalente o disinteressata o sfuggente, poco coinvolgibile; rete sociale scarsa o molto preoccupata, allarmata dalla dimissione/termine di un progetto terapeutico forense del paziente.
- 0 Rete sociale assente, ostile, rifiutante, rivendicativa.

### 18. Presenza di risorse economiche (reddito, lavoro, ecc.)

Punteggi

- 4 Risorse economiche molto elevate e disponibili per i progetti del paziente.
- 3 Risorse economiche buone e disponibili.
- 2 Risorse economiche appena sufficienti; necessità di supporti pubblici.
- 1 Risorse economiche minime o sotto il minimo vitale, necessità di supporti pubblici straordinari.
- 0 Risorse economiche assenti.

### 19. Presenza di opportunità abitative (strutture socio-sanitarie, abitazione autonoma, rientro in famiglia)

Punteggi

- 4 Tutte le opportunità abitative sono presenti: alloggio proprio, in famiglia, strutture socio-sanitarie; la persona può scegliere.
- 3 Sono presenti almeno due diverse possibilità abitative.
- 2 È presente solo una possibilità alloggiativa.
- 1 È disponibile solo la possibilità abitativa in strutture socio sanitarie.
- 0 Nessuna disponibilità.

### 20. Atteggiamento del DSM-DP. Possibilità di attivazione di un progetto personalizzato con Budget di Salute orientato alla recovery.

Punteggi

- 4 IL DSM-DP è presente e molto attivo. Tutte le componenti del Budget di salute sono presenti (paziente, famiglia, rete sociale, volontariato, cooperazione, ente locale, ausl) ed è possibile un interventi su tutti gli assi funzionali (abitare, formazione-lavoro, relazioni sociali).
- 3 Il DSM-DP è collaborativo. Per il progetto Budget di salute sono presenti solo paziente, famiglia, ente locale ed Ausl.
- 2 Il DSM-DP è presente, ma i progetti sono scarsamente realizzabili. I servizi sociali sono assenti. Sono presenti solo paziente, famiglia ed Ausl.
- 1 Il DSM-DP è passivo e formula proposte poco realizzabili. Al momento il Budget di salute non è disponibile, ma potrà esserlo in futuro.
- 0 Nessuna reale disponibilità del DSM-DP.

### Punteggio

Area Anamnestica (item 1-5): ...../20  
 Area Osservazione (item 6-15): ...../40  
 Area Progettualità (item 16-20): ...../20  
 Punteggio complessivo (item 1-20): ...../80

### Profili

Area Anamnestica	Area Osservazione	Area Progettualità
0-5 molto grave	0-10 molto grave	0-5 molto bassa
6-10 grave	11-20 grave	6-10 bassa
11-15 discreta	21-30 discreta	11-15 buona
16-20 lieve	31-40 lieve	16-20 alta