



Conscious project is co-funded by the Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union (2014-2020) under the agreement n. 810588

CONSCIOUS

An inter-systemic model for preventing reoffending by perpetrators guilty of sexual abuse and domestic violence

Start date of project: 22st October 2018.

Duration: 20 months

D 4.6 Feasibility study (ita)	
WP n° and title	WP 4 Evaluation and follow up of the Conscious Model
WP leader	Regione Lazio
Responsible Author(s)	Regione Lazio (Università degli Studi di Torino – Department of Law Giovanni Torrente, Perla Arianna Allegri).
Contributors	Antonella D’ambrosi (Asl Frosinone)
Peer reviewer	Alessandro Dattilo (Asl Frosinone)
Planned delivery date	M20 21 th June
Actual delivery date	M20 20 th June
Reporting period	1

Dissemination Level		
PU	Public	X
PP	Restricted to other programme participants (including the Commission Services)	
RE	Restricted to a group specified by the consortium (including the Commission Services)	
CO	Confidential, only for members of the consortium (including the Commission Services)	

The research leading to these publication has received funding from the Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union (2014-2020) under the agreement n. 810588 ”

This publication reflects only the author’s view and the European Commission is not responsible for any use that may be made of the information it contains.

Document information	
Keywords	feasibility study, model transferability

Document history			
Version	Date	Reviewed paragraphs	Short description
0.1	05.06.2020	First release	Drafting First release
0.2	10.06.2020	All	Peer review request implementation to meet GA description.
0.3	17.06.2020	All	Peer review request implementation to meet GA description.
0.4	19.06.2020	N.6	Peer review - Second release
1.0	20.06.2020	Final version	Final version

STUDIO DI FATTIBILITÀ SULLA TRASFERIBILITÀ DEL MODELLO CONSCIOUS AD ALTRI CONTESTI A LIVELLO EUROPEO.

Indice

Premessa

- 1) Analisi del contesto normativo italiano in tema di trattamento degli autori di reato a sfondo sessuale
- 2) I sistemi penitenziari europei
 - 2.1 Il contesto italiano
 - 2.2 Il sistema penitenziario in Francia
 - 2.3 Il sistema penitenziario in Grecia
 - 2.4 Il sistema penitenziario in Polonia
 - 2.5 Il sistema penitenziario in Spagna
 - 2.6 Il sistema penitenziario in Portogallo
 - 2.7 Il sistema penitenziario nel Regno Unito
 - 2.8 Il sistema penitenziario in Germania
 - 2.9 Il sistema penitenziario in Austria
- 3) Carceri in Europa: panoramica e tendenze dei servizi sanitari
- 4) La circuitazione interna nel contesto italiano
- 5) Il trattamento degli autori di reato
- 6) Limiti e prospettive della trasferibilità del trattamento degli autori di reato all'interno del contesto penitenziario
- 7) Analisi della fattibilità e trasferibilità del progetto CONSCIOUS

Conclusioni

Bibliografia di riferimento

Premessa

Attraverso questo documento s'intende proporre un'analisi preliminare allo studio di fattibilità per l'adattamento del modello d'intervento CONSCIOUS ad altri contesti a livello europeo.

La partnership con WWP European Network, sviluppata all'interno del progetto CONSCIOUS, di concerto con lo European Forum for Restorative Justice rappresenterà la rete di diffusione dello studio di fattibilità a tutti gli stakeholders istituzionali e non.

Nella prima parte di questo studio ci si propone di offrire una lettura ragionata del contesto legislativo, penitenziario e delle *best practices* in tema di trattamento degli autori di reato presenti in area europea, attraverso la lente della letteratura specializzata sul tema.

Nella seconda parte verranno analizzate alcune condizioni considerabili necessarie ai fini della presentazione di un modello replicabile non solo in ambito europeo ma anche localmente in altri contesti nazionali.

1) Analisi del contesto normativo italiano in tema di trattamento degli autori di reati a sfondo sessuale

Negli ultimi anni, le condotte ed i comportamenti devianti che vedono implicate vittime aggredite sessualmente – soprattutto donne e minori - hanno suscitato grande interesse nella comunità scientifica (Reid, Dorr, Walker e Bonner, 1986).

Il fenomeno dei crimini a sfondo sessuale ci obbliga ad un'analisi multisetoriale, che muova dal portato legislativo, al contesto penitenziario e a quello clinico-sociale, per una riflessione che abbia una visione globale del fenomeno (De Leo *et al*, 2011).

L'Italia, da sempre, è considerato uno dei Paesi più all'avanguardia in tema di tutela contro i reati sessuali, soprattutto a danno di minori. Negli ultimi anni si è infatti assistito non solo alla previsione di nuove fattispecie di reato ma anche ad una promozione della tutela delle vittime di reato. Dal punto di vista normativo, i principi sovranazionali hanno imposto all'Italia un attento bilanciamento tra i diritti delle vittime e la necessità di trattare gli autori di reato.

Con la legge nr. 172 del 1 ottobre del 2012 è stata ratificata la Convenzione di Lanzarote per la protezione dei minori dall'abuso e dallo sfruttamento sessuale, adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa il 12 luglio 2007. La Convenzione di Lanzarote rappresenta il primo strumento vincolante, a livello europeo, che impone agli Stati che l'hanno ratificata di prevenire e criminalizzare ogni

forma di abuso e sfruttamento sessuale sui bambini, imponendo perciò modifiche al codice penale, di procedura penale e all'Ordinamento penitenziario¹.

Con la Risoluzione del 5 aprile 2011, anche il Parlamento Europeo ribadisce, in tema di contrasto alla violenza sulle donne, la necessità di lavorare tanto con le vittime quanto con gli aggressori, al fine di responsabilizzare maggiormente questi ultimi ed aiutare a modificare stereotipi e credenze radicate nella società che aiutano a perpetuare le condizioni che generano questo tipo di violenza e l'accettazione della stessa.

Nella stessa direzione ha operato anche la legge nr. 77 del 27 giugno 2013 che, ratificando la Convenzione di Istanbul del Consiglio di Europa, ha riconosciuto espressamente all'art. 16² la necessità di intraprendere ed implementare programmi di trattamento rivolti agli uomini.

È stato poi l'intervento del legislatore, con la legge nr. 119 del 15 ottobre del 2013, a stabilire l'assoluta urgenza di promuovere azioni per il recupero degli autori di violenza. L'articolo 282-quater comma 1 del codice di procedura penale, così modificato, prevede che quando l'imputato si sottoponga positivamente ad un programma di prevenzione della violenza organizzato dai servizi socio-assistenziali del territorio, il responsabile del servizio ne dovrà dare comunicazione al pubblico ministero e al giudice ai fini della valutazione ai sensi dell'articolo 299, comma 2, per la sostituzione della misura in forma meno gravosa.

Spostando l'attenzione su un piano di soft law, accanto a questi interventi legislativi è opportuno segnalare i Piani d'azione straordinari contro la violenza sessuale e di genere 2015-2017 e 2017-2020, che hanno la finalità di promuovere lo sviluppo e l'istituzione, su tutto il territorio nazionale, di azioni basate su metodologie consolidate e coerenti con le linee guida specifiche, volte a riabilitare e sostenere gli autori di comportamenti violenti all'interno di stretti rapporti, al fine di promuoverne la riabilitazione e limitare la recidiva, immaginando procedure di coordinamento tra la rete dei centri di supporto per le donne nel loro percorso e tutti i centri di trattamento per gli uomini con condotte di genere violente.

Il piano 2017-2020 è poi di fondamentale importanza perché presume la predisposizione di un protocollo nazionale di intervento e l'individuazione dei più efficaci modelli di trattamento intramurale, nonché insiste sulla formazione degli operatori direttamente coinvolti nella loro applicazione, partendo dal

¹ Le modifiche all'Ordinamento penitenziario hanno riguardato l'esclusione dalla possibilità di accedere ai benefici penitenziari per autori di reato di cui agli artt. 600, 600 bis, primo comma, 600 ter, primo e secondo comma, 601, 602, 609 octies e 630 del codice penale,

² L'articolo 16 rubricato "Programmi di intervento di carattere preventivo e di trattamento" enuncia che
"1- Le Parti adottano le misure legislative e di altro tipo necessarie per istituire o sostenere programmi rivolti agli autori di atti di violenza domestica, per incoraggiarli ad adottare comportamenti non violenti nelle relazioni interpersonali, al fine di prevenire nuove violenze e modificare i modelli comportamentali violenti.
2- Le Parti adottano le misure legislative o di altro tipo necessarie per istituire o sostenere programmi di trattamento per prevenire la recidiva, in particolare per i reati di natura sessuale.
3- Nell'adottare le misure di cui ai paragrafi 1 e 2, le Parti si accertano che la sicurezza, il supporto e i diritti umani delle vittime siano una priorità e che tali programmi, se del caso, siano stabiliti ed attuati in stretto coordinamento con i servizi specializzati di sostegno alle vittime."

presupposto che la strategia del Piano debba necessariamente impennarsi sul principio del pieno coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti richiedendo al Dipartimento per le pari opportunità e a tutte le Amministrazioni pubbliche coinvolte una piena responsabilizzazione e sinergia, con un impegno che non sia esclusivamente finanziario ma anche - e soprattutto - culturalmente orientato alla costruzione di reti di funzionamento intrasistemiche nella lotta alla violenza contro le donne.

2. I sistemi penitenziari europei

Nell'analisi delle condizioni necessarie o, per meglio dire, auspicabili ai fini della trasmissibilità del modello CONSCIOUS in altri contesti europei è di fondamentale importanza un'analisi approfondita dell'operatività dell'ambito penitenziario che comprenda una generale descrizione dei principali sistemi penitenziari europei: Italia, Francia, Inghilterra, Grecia, Portogallo, Polonia, Spagna, Germania e Austria.

Le attività del modello CONSCIOUS operano proprio a livello intramurario nel trattamento dei sex offenders ed è quindi necessario identificare le caratteristiche principali dei sistemi penitenziari europei per poter individuare i limiti e le condizioni di trasferibilità del modello all'interno del contesto europeo.

2.1. Il contesto italiano

Alla luce del contesto normativo poc'anzi descritto è necessario illustrare brevemente il funzionamento del sistema penitenziario italiano, regolato dalla legge nr. 354 del 1975 definita Ordinamento penitenziario, una legge che nel corso degli anni ha subito varie modifiche, l'ultima delle quali avvenuta nel 2018 e che ha condizionato alcuni aspetti tra cui l'assistenza sanitaria, la quotidianità detentiva e l'accesso al lavoro per la popolazione detenuta.

L'Ordinamento penitenziario trova il suo fondamento nel concetto di trattamento penitenziario finalizzato alla rieducazione. L'osservazione scientifica della personalità, praticata dagli operatori penitenziari, ha lo scopo di identificare il miglior percorso individuale per reintegrare il detenuto all'interno della società. La pena irrogata in sede di giudizio può venire ridotta nel caso il detenuto si attenga al Regolamento del carcere e al trattamento. Trattamento e sicurezza sono due facce della stessa medaglia e rappresentano la quotidianità detentiva dei nostri istituti penitenziari: la polizia penitenziaria è incaricata di entrambi ed è dipendente del Ministero della Giustizia. Gli educatori penitenziari³ e gli assistenti sociali sono invece incaricati dell'osservazione trattamentale sono anch'essi dipendenti del Ministero della Giustizia. Gli educatori compongono l'area pedagogico-trattamentale e lavorano all'interno degli istituti, gli assistenti sociali lavorano all'esterno e si occupano della relazione tra i detenuti e le famiglie e con la comunità del territorio. Gli psicologi, in alcuni casi, sono dipendenti del Ministero della Giustizia, in tutti gli

³ Oggi definiti funzionari giuridico pedagogici

altri casi sono dipendenti del Sistema Sanitario Nazionale. Gli insegnanti sono dipendenti del Ministero dell'Istruzione, mentre tutti gli altri operatori sono lavoratori occasionali in servizio presso cooperative o servizi locali.

Il sistema penitenziario è unico, ma articolato per regioni e si compone di 190 istituti penitenziari sul territorio italiano.

La Costituzione italiana afferma che la pena dovrebbe tendere alla rieducazione dei detenuti, ma le carceri italiane hanno standard differenziati: in ogni singolo istituto la qualità e la quantità di attività organizzate dipendono da vari fattori come la direzione dei direttori incaricati, la dedizione degli operatori, l'atteggiamento delle istituzioni locali, la presenza di volontari e cooperative all'interno. Esistono invero istituti dove le attività sono molte e ben organizzate, mentre ci sono carceri dove la popolazione detenuta è costretta a permanere all'interno delle celle o a camminare all'interno della sezione perché non esistono attività educative o formative.

Dal 2008 i servizi medici in carcere sono strutturati all'interno del Servizio sanitario nazionale. La legge istitutiva è ispirata al principio di universalità dello stesso trattamento sanitario a cui hanno diritto le persone libere.

Purtroppo occorre segnalare che i servizi medici, chirurgici e psichiatrici sono insufficienti, in alcuni istituti non è nemmeno presente un medico per tutte le 24 ore della giornata.

La mancanza di prevenzione, diagnosi e terapia rappresentano alcune delle criticità maggiori dell'assistenza sanitaria negli istituti italiani.

È previsto l'ingresso di alcuni specialisti (psichiatri, psicologi, pneumologi, dermatologi, infettivologi), ma i casi più gravi vengono gestiti presso gli ospedali più vicini territorialmente.

2.2 Il sistema penitenziario in Francia

Il sistema carcerario francese fa capo al Ministero della Giustizia ed è regolato da una legge del 1987, modificata nel novembre 2009. Prima della riforma, la maggior parte delle disposizioni relative ai detenuti e al funzionamento delle carceri erano regolamentate da leggi di rango inferiore. Secondo la normativa francese, l'applicazione delle sentenze di condanna dovrebbe migliorare l'integrazione o il reinserimento dei detenuti e prevenire la recidiva, nel rispetto degli interessi della società e dei diritti delle vittime. In linea di principio, il sistema penitenziario dovrebbe essere rivolto al reinserimento. Tuttavia, la missione di controllo affidata all'amministrazione penitenziaria ha ancora la precedenza su questo.

Il territorio francese comprende 190 istituti penitenziari suddivise tra territorio principale e territori d'oltremare. Gli istituti sono divisi in diverse categorie:

- strutture giovanili per minori (6)

- strutture di custodia cautelare (*maisons d'arrêt*), per persone in custodia cautelare e condannate a meno di due anni (98)
- carceri di sicurezza (*maison centrales*), previste per detenuti a lungo termine, vale a dire oltre 10 anni (6)
- centri di detenzione (*centres de détention*), strutture per condannati a pene medie (25)
- centri di congedo diurno (*centres de semi-liberté*), agevolazioni per le persone che ricevono un adeguamento della pena (11)

Inoltre, i *centres pénitentiaires* comprendono diverse categorie: carcere di custodia cautelare e centro di detenzione e, se del caso, carcere di sicurezza o centro di congedo diurno (44).

Questo tipo di strutture "ibride" è in forte espansione, le ultime carceri costruite sono praticamente tutte di questa tipologia. Molte delle carceri francesi sono state costruite nel XIX secolo, le ultime costruite negli anni '80 rientrano nel "joint management": servizi come la lavanderia, il servizio di vitto, la formazione professionale ed il lavoro sono delegate a società private. Molte compagnie private, negli ultimi anni, gestiscono anche la costruzione e la manutenzione degli edifici penitenziari: esse sono proprietarie degli edifici per un periodo di 27 anni, durante il quale il governo paga l'affitto.

A partire dal 2000 c'è stato un cambiamento del regime della quotidianità detentiva negli istituti riservati a detenuti con pene a medio e lungo termine. Il regime comune era un regime di "porte aperte", sostituito *in pejus* da un sistema chiuso che non permette alle persone ristrette di lasciare la cella se non accompagnati dal personale penitenziario ed esclusivamente per concedergli la partecipazione ad un'attività previamente programmata. Il sistema aperto viene riservato, in un'ottica di premialità, solo ai detenuti che mantengono una buona condotta.

In Francia, così come in Italia, solo 2 carceri sono interamente riservate alle donne, in tutti gli altri casi esse sono collocate in unità specifiche all'interno delle carceri maschili (in circa 50 istituti).

Per quanto concerne il trattamento, il regime carcerario offre un programma di attività con l'obiettivo di riabilitazione in base all'età, alle competenze, alle disabilità e ai tratti personali del singolo detenuto. Le attività sono di tipo culturale, sportivo, educativo o professionale. Tuttavia, tutte le carceri non offrono un ampio spettro di attività. L'offerta di lavoro e di formazione è ridotta e il numero di attività socioculturali è troppo limitato rispetto al numero dei soggetti detenuti.

Facendo riferimento alla gestione sanitaria, dal 1994 la responsabilità di fornire assistenza sanitaria in carcere è gestita dal Ministero della Salute. I servizi medici sono forniti dal personale sanitario assegnato all'istituto penitenziario. In linea di principio, i detenuti dovrebbero poter beneficiare della stessa assistenza sanitaria come il resto della popolazione, tuttavia non tutti i tipi di cure sono accessibili all'interno delle carceri. Le unità mediche all'interno delle carceri assicurano l'assistenza medica di base (medicina generale), servizi di dipendenza, follow-up psichiatrici, servizi odontoiatrici ed esami di laboratorio e di radiologia necessari per ulteriori diagnosi. In alcuni casi -che variano da un istituto all'altro - le unità

mediche forniscono ugualmente consulti specializzati nei settori della dermatologia, della pneumologia, della cardiologia, dell'oftalmologia, ecc. Gli specialisti, tuttavia, non intervengono regolarmente; i tempi di attesa attuali sono significativi (fino a diversi mesi). Il tempo di attesa comprende anche consulti psichiatrici o psicologici (di almeno sei mesi) è particolarmente significativo in quanto mostra la mancanza di forza lavoro che non è sufficiente rispetto al numero di detenuti. Quando l'assistenza medica non può essere fornita in carcere essa viene somministrata in ospedale, come ad esempio per i consulti specializzati, gli interventi chirurgici e la riabilitazione.

2.3 Il sistema penitenziario in Grecia

Gli istituti penitenziari fungono da unità amministrative sotto il controllo del Ministero di Giustizia, assistito dal Directorate for Prisons Operational Capability and Crisis, istituito nel 2015, e dal General Directorate for Crime and Penitentiary Policy.

Attualmente, tutte le istituzioni di custodia sono classificate nelle seguenti categorie generali (25 istituti):

- terapeutiche (3 istituti);
- speciali (7 istituti).

Gli istituti generali sono ulteriormente suddivisi tra tipo A (condanne a breve termine e detenuti in attesa di giudizio) e tipo B (condanne di a lungo termine). Le carceri speciali includono unità rurali, la centrale unità produttiva (panetterie), istituti giovanili e centri di semi-libertà che non sono più funzionanti. I minori (di età compresa tra 15 e 18 anni) sono assegnati in uno stabilimento specifico (formalmente generale, istituzione di tipo A, che in realtà è un'istituzione speciale per i giovani) e giovani adulti (18-21 anni e, eccezionalmente, per motivi educativi, fino a 25 anni) sono detenuti in istituti speciali. Le istituzioni terapeutiche sono costituite da ospedali psichiatrici e centri di disintossicazione dalle droghe.

Il personale penitenziario è impiegato pubblico e tradizionalmente rientrava in due categorie principali: il personale di custodia e il personale amministrativo, svolgendo attività di supervisione dei detenuti e tenuta dei registri, rispettivamente. A partire dal 2017 il Ministero della Giustizia, Trasparenza e Diritti Umani, ha quadripartito il personale penitenziario in personale di custodia, agenti di sicurezza perimetrali, segreteria e funzionari dei servizi finanziari.

In sette istituti sono presenti dipartimenti di assistenza sociale, nelle quattro carceri rurali sono presenti invece dipartimenti tecnici e nell'unico istituto terapeutico per i detenuti tossicodipendenti esiste un dipartimento di programmi terapeutici.

Gli assistenti sociali sono stati nominati in carcere dal 1973 e da allora 2000 altri tipi di specialisti (sociologi, psicologi, psichiatri) sono stati nominati come parte integrante del personale.

In totale tutti gli specialisti sono circa 120 su totale di circa 4500 membri del personale.

Appare evidente come manchino specialisti in molte strutture. Di conseguenza, in una recente gara pubblica per la selezione di futuri dipendenti ha incluso anche specialisti come medici, assistenti sociali, psicologi e infermieri.

Molte decisioni importanti riguardanti la quotidianità detentiva dei detenuti (lavoro, congedi, controllo disciplinare, contatti sociali) sono presi dai Consigli penitenziari (Consiglio penitenziario, Consiglio disciplinare, Consiglio di lavoro), organi composti da tre a cinque membri e presieduti dal direttore della struttura o da un pubblico ministero.

Sul territorio greco, il problema del sovraffollamento è stato complicato per diversi anni, nonostante il numero di detenuti sia calato appena al di sopra della capacità massima, in ragione della legislazione introdotta nell'ultimo anno che ha portato al rilascio anticipato di diversi detenuti, molte strutture sono ancora sovrappopolate. Le ragioni di questo fenomeno includono la mancanza di investimenti nelle infrastrutture, specialmente durante gli anni della crisi greca, l'occasionale inasprimento delle leggi e delle pratiche di condanna e l'elevato numero di detenuti in custodia cautelare, in particolare gli stranieri e/o immigrati che a causa della mancanza di una determinata residenza entrano più facilmente in custodia cautelare.

Altre questioni croniche del sistema penitenziario greco, rafforzate durante la crisi greca, comprendono la mancanza di personale ed una formazione inadeguata dello stesso che ovviamente inficiano la qualità del sistema penitenziario: non tutte le strutture sono in grado di offrire la stessa quantità di programmi sostenibili e duraturi destinati ai detenuti. Nonostante gli obblighi legali come imposti dal CPT, a cui sono seguiti una serie di miglioramenti in questo senso, la mancanza di attività trattamentali rimane uno dei problemi fondamentali che le strutture carcerarie devono ancora affrontare.

I servizi medici penitenziari in linea di principio appartengono alla struttura amministrativa del carcere e storicamente i loro standard (in alcune strutture) sono stati motivo di preoccupazione, come osservato sia da CPT che dalle decisioni del Corte europea dei diritti dell'uomo. Tuttavia e ai sensi della legge, l'ospedale generale per detenuti della struttura di Korydallos è stato integrato nel sistema sanitario nazionale (ΕΣΥ) e si prevede la sua piena integrazione nei mesi a venire, così come dovrebbe avvenire per l'ospedale psichiatrico di Korydallos. Per quanto riguarda gli altri casi, le strutture carcerarie e il Ministero della Giustizia hanno accordi di cooperazione firmati con ospedali e servizi sanitari.

Nonostante il principio generale secondo cui i detenuti dovrebbero godere di servizi sanitari simili a quelli esistenti per la società civile, la Corte europea per i diritti umani, il CPT, l'Ombudsman, i detenuti stessi sostengono che non è così: nella maggior parte delle carceri greche, anche in quelle centrali, non vi è personale medico che copra le 24 ore. Di solito i problemi di salute vengono affrontati da medici a contratto e le mansioni infermieristiche sono svolte da membri del personale penitenziario (area di sicurezza), molte volte viene assegnato ai detenuti il compito di assistenza infermieristica nei confronti di altri detenuti a causa della mancanza di infermieri professionisti.

Nella maggior parte degli istituti non esiste nemmeno un medico generico, i detenuti sono esaminati da medici in visita che normalmente offrono i loro servizi per due ore ogni settimana, hanno però il diritto di chiamare un medico privato pagandolo a proprie spese. Solo di recente si stanno compiendo sforzi per coprire le esigenze di assistenza sanitaria dei detenuti con l'aiuto di medici che lavorano nel Sistema sanitario nazionale e che hanno cominciato a visitare gli istituti penitenziari quotidianamente.

2.4. Il sistema penitenziario in Polonia

Il documento di base che organizza il funzionamento del sistema penitenziario polacco in materia di diritti e doveri dei detenuti è il codice penale esecutivo penale (ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny Wykonawczy). Tuttavia, le disposizioni che regolano la struttura penitenziaria è l'atto del 9 aprile 2010 sul servizio penitenziario (ustawa z dnia 9 kwietnia 2010 r. O Służbie Więziennej). L'elaborazione e l'integrazione delle disposizioni del codice esecutivo penale sono reperibili nell'ordinanza del ministro della giustizia sulle norme organizzative dell'esecuzione della reclusione e nell'ordinanza sulle norme organizzative della custodia cautelare. Regole più precise sulle condizioni per scontare una pena sono emanate dai direttori delle unità penitenziarie in speciali disposizioni interne (note come "Porządki wewnętrzne Zakładu Karnego").

Il sistema penitenziario polacco è governato dal Ministro della giustizia, il quale è anche responsabile del Servizio Penitenziario (Prison Service) - una formazione militare - governata dal direttore generale del Prison Service (Dyrektor Generalny Służby Więziennej). Il direttore generale del servizio penitenziario dirige un consiglio centrale del servizio penitenziario ed è altresì responsabile di 15 ispettori dei circuiti del servizio penitenziario che sono responsabili delle unità penitenziarie nella loro giurisdizione. Le unità penitenziarie sono gestite da amministratori nominati dal direttore generale del servizio penitenziario su richiesta del direttore del circuito competente.

In Polonia ci sono 156 istituti penitenziari. Il più grande ha 1.620 posti (Areszt Śledczy Warszawa - Białołęka), il più piccolo ne ha 56 (Areszt Śledczy in inowinoujście).

La maggior parte degli edifici penitenziari fu costruita nel XIX e XX secolo. L'ultima unità penitenziaria è stata istituita nel 2009 (Opole Lubelskie). Questa unità è di tipo chiuso per quei soggetti che scontano la pena detentiva per la prima volta e per i giovani autori di reato con due divisioni separate per i detenuti in custodia cautelare.

I detenuti in Polonia sono divisi nelle varie unità penitenziarie a seconda che siano:

- 1) giovani adulti
- 2) soggetti che scontano una condanna per la prima volta
- 3) recidivi

Queste unità possono perciò essere suddivise in:

- 1) unità di tipo chiuso;
- 2) unità di tipo semi aperto;
- 3) unità di tipo aperto

Le differenze più importanti tra questi tipi sono il livello di sicurezza, il livello di isolamento dei detenuti e i loro diritti e doveri connessi alle loro opportunità di muoversi all'interno e all'esterno dell'Unità. Queste questioni sono regolate da un codice di esecuzione criminale.

Secondo il Codice penale esecutivo, i detenuti dovrebbero ricevere varie attività trattamentali, come il lavoro, l'istruzione, le attività socioculturali e le attività di legame familiare. Nella pratica, i detenuti raramente hanno la possibilità di partecipare a tali attività, per di più non esiste un unico standard previsto dalla legge polacca, ogni istituto infatti - nei suoi regolamenti interni - determina il tempo concesso per le attività culturali e sportive.

L'assistenza sanitaria nelle carceri polacche è organizzata in modo diverso rispetto all'assistenza sanitaria pubblica, essa è infatti sotto il controllo del Ministero della Giustizia. I servizi medici per i detenuti sono forniti principalmente dal sistema sanitario del carcere che si compone di 57 cliniche ambulatoriali e di 17 ospedali. Le strutture sanitarie pubbliche cooperano con le unità penitenziarie nel fornire servizi medici, in particolare nei casi in cui è messa in pericolo la vita o la salute del condannato, conducendo esami specialistici, cure e riabilitazioni e fornendo anche servizi di assistenza sanitaria per i detenuti che sono temporaneamente dimessi o che beneficiano di un temporaneo permesso. Ai detenuti è fornita assistenza sanitaria gratuitamente.

2.5 Il sistema penitenziario in Portogallo

Il Portogallo presenta 51 carceri di diverso tipo: 15 penitenziari ("carceri centrali", normalmente più grandi) per detenuti condannati a scontare pene oltre i 6 mesi; 31 penitenziari ("carceri regionali") per i detenuti con condanne inferiori ai 6 mesi; e cinque penitenziari ("carceri speciali") per i detenuti che necessitano di un'attenzione speciale, come donne, giovani, ex appartenenti alle forze armate e soggetti infermi.

Il primo tipo di penitenziario ha sezioni di sicurezza per fornire un isolamento più rigoroso ai detenuti problematici in casi specifici di regime disciplinare. In generale il sistema si articola in tre tipi di regime di sicurezza generali: medio, alto e speciale.

A partire dagli anni '80, il sistema penitenziario portoghese è caratterizzato dal crescente peso politico dell'unione degli agenti penitenziari, i problemi continuano poi con una difficile cooperazione tra il Ministero e il Direttore Generale, tra il Direttore Generale e il corpo di polizia penitenziaria e tra direttori e agenti penitenziari. Disconnessa dal Ministero, la Direzione Generale è spesso lasciata sola ad elaborare

non solo le politiche penitenziarie ma anche a rendere conto pubblicamente di ciò che accade all'interno degli istituti penitenziari.

Il fatto che ogni carcere abbia le sue regole definite localmente e non venga intrapresa alcuna forma di standardizzazione tramite mezzi amministrativi o legislativi può condurre a un sistema in cui il rispetto della legalità non è assicurato da entità giurisdizionali, tribunali o forze di polizia.

Lo statuto penitenziario prevede la possibilità per l'amministrazione di determinare i programmi delle attività trattamentali (sia in attività di gruppo che individualmente) come parte del suo programma di riabilitazione. Nella pratica però queste coincidono con attività sportive come la palestra, le uscite nei cortili, la televisione, pochissime sono le attività organizzate. Occasionalmente vengono forniti programmi perlopiù legati ad attività isolate, in particolare quelle offerte da volontari appartenenti alla società civile.

La legge portoghese afferma che un detenuto ha il diritto di accedere ai servizi sanitari nazionali in condizioni identiche a quelle garantiti a tutti i cittadini. Nel 2007 è stato avviato un processo di integrazione dei servizi sanitari nelle carceri nei servizi sanitari nazionali; questa integrazione è stata frutto di un processo complesso i cui risultati pratici sono tuttora difficili da definire a causa della mancanza di rapporti ufficiali sul suo stato dell'arte. La tendenza degli ultimi anni è stata verso l'outsourcing, l'assistenza sanitaria è stata affidata ad appalti privati: il Ministero della Giustizia ha completato il processo di esternalizzazione di una parte sostanziale della fornitura dei servizi di assistenza sanitaria a una società privata. Parte del personale medico è tuttora impiegato dal Ministero della Giustizia, ma un numero crescente è fornito dall'appaltatore privato. Se l'outsourcing ha portato alcuni miglioramenti in termini di costi, è anche vero che ha però provocato alti livelli di fluttuazione del personale all'interno degli istituti penitenziari, con un impatto negativo sulla condivisione delle informazioni e sulle relazioni personale-paziente.

2.6 Il sistema penitenziario in Spagna

Il sistema carcerario spagnolo è regolato da una legge del 1979, la prima legge dopo la Costituzione, insieme ad un Decreto del 1981. La legge e il decreto si basano sul concetto di trattamento penitenziario diretto alla rieducazione, l'osservazione della personalità di ciascun detenuto dovrebbe avere luogo per identificare il miglior percorso individuale al fine di reintegrare la persona nella società. Il sistema penitenziario spagnolo si compone di due diverse amministrazioni penitenziarie: amministrazione catalana - che dipende dal Dipartimento di Giustizia catalano - e l'amministrazione spagnola, del resto del paese, che

dipende dal Ministero degli Interni a far data dal 1992. Quindi, sul territorio spagnolo, vige un solo codice penitenziario ma coesistono due diverse amministrazioni indipendenti.

Sono presenti 68 carceri spagnole e 14 carceri catalane. Il sistema penitenziario è diviso in 4 gradi penitenziari che corrispondono a diversi regimi di quotidianità detentiva:

- regime chiuso (primo grado),
- semi-aperto (secondo grado: i detenuti possono iniziare a ottenere benefici penitenziari)
- terzo grado (regime aperto: i detenuti dormono solo all'interno dell'istituto)
- *parole*

Con la riforma del codice penale nel 2015 è stata introdotta la "*prisión permanente revisable*", per tutta una serie di delitti di estrema gravità, criticata da numerosi giuristi per la presunzione di rappresentare un ergastolo celato.

La crisi economica ha inciso notevolmente sul sistema penitenziario spagnolo: si è assistito (e si assiste) ad una forte riduzione dell'assistenza legale e del servizio di difesa per i detenuti in alcune delle Comunità autonome spagnole; accanto a questo, alcuni servizi sanitari (come i nuovi trattamenti per l'epatite C) sono stati dismessi e sono stati effettuati tagli sui programmi di trattamento in diverse carceri della Catalogna.

Secondo l'Ordinamento penitenziario spagnolo (artt. 110 e 118) l'amministrazione penitenziaria progetta la formazione e le attività per sviluppare le capacità dei detenuti, arricchire le loro conoscenze, migliorare le loro tecniche o capacità professionali e compensare le loro carenze. Vengono usati programmi e tecniche psicosociali che mirano a migliorare le capacità dei detenuti ad affrontare questioni specifiche che potrebbero aver influenzato il loro precedente comportamento criminale. Le attività educative, formative, culturali e sportive sono determinate dalla Direzione tenendo conto dei piani d'azione del Centro Direttivo, a partire dai singoli programmi sviluppati dalla commissione di trattamento. I detenuti stranieri possono, per legge, accedere completamente sia alla formazione che all'istruzione. I detenuti in custodia cautelare non possono partecipare alle attività e, genericamente, la popolazione detenuta lamenta la mancanza di programmi trattamentali.

Nel 2003 è stata approvata una legge che ha statuito che i servizi sanitari che dipendevano dall'amministrazione penitenziaria avrebbero dovuto essere integrati nei sistemi sanitari di ciascuna delle Comunità autonome. Nel caso della Catalogna, questo trasferimento è stato efficace dal 2006 e non vi è alcuna differenza tra i detenuti e le persone al di fuori del carcere per quanto riguarda l'accesso alla salute pubblica.

Un problema importante del sistema carcerario spagnolo e catalano è il crescente numero di detenuti con problemi psichiatrici, l'amministrazione penitenziaria ha ospedali psichiatrici e programmi e moduli per questo tipo di detenuti ma risultano totalmente insufficienti. La stessa amministrazione ha riconosciuto pubblicamente che oltre il 40% dei detenuti in Spagna soffre di una qualche forma di disturbo mentale e il 4% di loro soffre di una grave malattia mentale.

2.7 Il sistema penitenziario nel Regno Unito

Sistemi penitenziari differenti operano nelle tre giurisdizioni che compongono il Regno Unito: Inghilterra e Galles, Scozia e Irlanda del Nord. Ogni giurisdizione ha il proprio servizio penitenziario, ispettorato e difensore civico. Al momento sono presenti 130 istituti penitenziari in Inghilterra e Galles, 16 in Scozia e 3 in Irlanda del Nord. Ogni carcere è gestito da un direttore, con un numero di membri del personale, che vanno dalla polizia penitenziaria, ai medici, agli operatori trattamentali. Le carceri possono essere di proprietà e gestione pubblica, di proprietà pubblica ma gestite privatamente o, in alcuni casi, sia costruite che gestite privatamente. La polizia penitenziaria non è militarizzata ed è sindacalizzata. In Inghilterra e nel Galles, ai detenuti adulti maschi viene assegnata una categoria di sicurezza basata su una combinazione del tipo di reato commesso, la durata della pena, la probabilità di fuga e la pericolosità sociale in caso di fuga. Le carceri sono classificate come "chiuse" o "aperte", a seconda dei soggetti detenuti che devono detenere. Le categorie di detenuti si suddividono in:

- Categoria A: coloro la cui fuga è considerata altamente pericolosa per la sicurezza pubblica o nazionale.
- Categoria B: coloro che non richiedono la massima sicurezza, ma per i quali la fuga deve essere resa molto difficile.
- Categoria C: coloro dei quali non ci si può fidare in condizioni di apertura ma che difficilmente tenteranno di scappare.
- Categoria D: coloro di cui ci si può ragionevolmente fidare perché non vi è pericolo di fuga hanno il privilegio di accedere ad un carcere aperto, dove sono consentite interazioni limitate con il pubblico, come un congedo di famiglia o avere un impiego.

Le strutture che detengono i detenuti di categoria A-C sono considerati istituti "chiusi". I detenuti di categoria A sono ulteriormente suddivisi in livelli di rischio, in base alla probabilità di fuga. I soggetti in custodia cautelare sono generalmente detenuti in condizioni di categoria B.

Le detenute adulte sono classificate in quattro categorie e detenute di conseguenza:

- Status ristretto (simile alla categoria A per uomini)
- Chiuso: donne per cui sussiste il pericolo di fuga
- Semi-aperto: coloro che difficilmente tenteranno di scappare
- Aperto: coloro per cui non si ravvisa pericolo di fuga

I giovani adulti (di età inferiore ai 21 anni e di entrambi i sessi) possono essere inviati a diversi tipi di istituto equiparabili a quelli per minori.

In Scozia i detenuti sono assegnati a una delle tre categorie:

- Alta supervisione: persone per le quali tutte le attività e i movimenti devono essere autorizzati, supervisionati e monitorati dal personale penitenziario;
- Supervisione media: dove attività e movimenti sono soggetti a supervisione e restrizioni limitate;
- Bassa supervisione: attività e movimenti sono soggetti a supervisione e restrizioni minime. I detenuti con bassa supervisione possono avere il diritto di uscire con licenza temporanea a svolgere attività non supervisionate nella comunità.

Il servizio carcerario nell'Irlanda del Nord ha cercato da poco tempo a questa parte di passare da un sistema principalmente progettato per occuparsi dei detenuti politici a uno più "*mainstream*".

Le recenti tendenze nel Regno Unito sono state caratterizzate da una popolazione carceraria in aumento, unita a risorse in diminuzione per gestirla. Queste tendenze hanno una serie di effetti, non solo sui servizi che le carceri sono in grado di fornire (riabilitazione, trattamento farmacologico, cure per la salute mentale ecc.) ma anche nelle condizioni detentive dei detenuti (sovraffollamento, riduzione del tempo al di fuori delle celle, aumento della violenza e autolesionismo, etc.)

La popolazione carceraria è caratterizzata da alti livelli di persone con problemi legati alla droga o all'alcol e con necessità di cure mentali. I soggetti con un'età superiore ai 60 anni sono il gruppo in più rapida crescita e il sistema non è ben attrezzato per far fronte all'invecchiamento della popolazione. Anche il numero di donne in carcere è aumentato notevolmente dalla metà degli anni '90 fino ad oggi. Sebbene rappresentino solo il 5% della popolazione carceraria totale in Inghilterra e Galles, le detenute rappresentano un terzo di tutti i casi di autolesionismo. Nonostante il numero dei minori in carcere sia diminuito, quelli che rimangono in stato di detenzione sono i più problematici e vulnerabili: un'alta percentuale sperimenta un'alta incidenza di atti di autolesionismo e cattivi rapporti con il personale.

Facendo riferimento alle attività trattamentali, i detenuti devono impegnarsi in una serie di attività durante il loro periodo di detenzione, al fine di facilitare "l'ordine e il controllo, la riabilitazione e il reinserimento". Tra le attività figurano: l'apprendimento di alcune competenze, l'uso della palestra, programmi sul comportamento criminale, servizi di riabilitazione, attività lavorative.

In Scozia le regole stabiliscono che un istituto deve fornire una serie di attività che, per quanto ragionevolmente possibile, tengano conto degli interessi e delle necessità dei detenuti. Le regole scozzesi specificano che il carcere deve compilare un report sui bisogni e sui desideri particolari di ogni detenuto in materia di lavoro e istruzione subito dopo l'ingresso dello stesso in istituto. A seguito del ricevimento di questo report, il Direttore deve stabilire un programma di lavoro, attività educative e consulenza per ciascun detenuto con l'obiettivo di migliorare le prospettive di successo del reinserimento del detenuto nella comunità. Salvo giustificazione per motivi di salute o altri motivi, i detenuti in Scozia sono tenuti a svolgere lavoro, istruzione o consulenza per un massimo di 40 ore settimanali. Tuttavia, il movimento di

detenuti spesso influisce sulla fornitura di attività trattamentali nel Regno Unito in generale: i casi di detenuti rinchiusi nelle loro celle per lunghi periodi e una mancanza di attività trattamentali sono numerosi.

I detenuti hanno diritto alla stessa fornitura del Servizio sanitario nazionale (NHS), compresi i servizi di salute mentale. Medici, dentisti, farmacisti e infermieri qualificati forniscono assistenza sanitaria in carcere. In caso di problemi medici che non possono essere affrontati dal personale medico all'interno del carcere, può essere portato uno specialista esterno, il detenuto può essere trasferito in un altro carcere dove sono disponibili diverse strutture o trasferito in un ospedale NHS locale.

In generale però l'elevata prevalenza di problemi di salute mentale e autolesionismo tra i detenuti rende difficile per i servizi raggiungere efficacemente i bisogni. In Inghilterra e Galles i detenuti con problemi di salute mentale più complessi hanno avuto accesso, tramite il personale sanitario specializzato in salute mentale, ai servizi specifici per problemi di salute mentale. In alcune carceri però i servizi di supporto terapeutico e l'accesso alla consulenza sono limitati.

2.8 Il sistema penitenziario in Germania

La Germania è strutturata secondo un sistema federale. Ci sono 16 Länder (stati federali), che hanno una propria amministrazione per il sistema carcerario. I pubblici ministeri sono ulteriormente suddivisi: 16 Länder, e quindi 16 Ministeri della giustizia, sono responsabili di una popolazione carceraria di oltre 62.000 persone e 16 Ministeri della sanità pubblica ospitano oltre 11.000 persone nelle istituzioni penali.

Un aspetto essenziale del sistema carcerario tedesco è il "sistema a doppio binario" delle sanzioni.

Da un lato, la reclusione è considerata innanzitutto come punizione, dall'altro ci sono delle misure di sicurezza che possono privare una persona della libertà sulla base della commissione di un reato:

- Trattamento in istituti psichiatrici (art. 63 Codice penale)
- Trattamento di droga e alcool (art. 64 Codice penale)
- Detenzione preventiva (art. 66 e ss. Codice penale)

Soprattutto quest'ultima è controversa perché consente il contenimento della persona anche dopo la fine della pena detentiva effettiva e sebbene sia definita come misura preventiva, viene percepita come una pena. La detenzione preventiva può essere ordinata nel caso in cui un trasgressore sia considerato a rischio elevato di recidiva.

Varie attività sono offerte sia dal personale del carcere sia da organizzazioni esterne e volontari. L'offerta copre una vasta gamma di attività che sono perlopiù di intrattenimento come sport e giochi da tavolo. I detenuti hanno il diritto di stare insieme durante il tempo libero, la finestra temporale per il tempo libero è definita nelle regole di ogni singolo istituto

Secondo l'art. 98 LandesR, l'assistenza sanitaria deve essere eseguita da dipendenti che hanno un permesso ai sensi del Nursing Act. Può anche essere impiegato personale infermieristico anche senza che

abbia necessariamente terminato il periodo formativo, paramedici, assistenti medici, medici, assistenti tecnici e fisioterapisti devono invece aver terminato la formazione.

In Baviera, Bassa Sassonia, Sassonia-Anhalt e Schleswig-Holstein, le forze dell'ordine sono obbligate a garantire assistenza medica da parte dei medici: le carceri usano spesso contratti part-time o medici a chiamata. In linea di principio, gli stessi servizi disponibili nella comunità sono disponibili all'interno delle carceri o in un ospedale dell'istituto penitenziario, il detenuto può essere trasferito in un ospedale esterno per ricevere ulteriore assistenza se necessario.

2.9 Il sistema penitenziario in Austria

La base giuridica principale per il sistema penale in Austria è la legge sui servizi penali del 1969. La responsabilità del sistema penitenziario rientra nel Ministero della Giustizia in quanto massima autorità ed è sostenuto dalla direzione generale per l'amministrazione delle sentenze di condanna e delle misure di custodia che coinvolgono più in generale la privazione della libertà (Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsbeschränkender Maßnahmen).

Attualmente sono presenti 28 istituti penitenziari (Justizanstalten) con 12 filiali aggiuntive e una media di 8.800 detenuti in Austria. Sono divisi in sette carceri per uomini con pene superiori a 18 mesi, un carcere minorile, un carcere femminile, tre istituti di collocamento forense (Massnahmenvollzug) e 15 carceri giudiziarie nei siti dei tribunali regionali responsabili di procedimenti penali. Le condizioni materiali e di sicurezza delle istituzioni penitenziarie nel complesso soddisfano gli standard moderni. I due istituti più recenti sono stati costruiti nel 2015 e nel 2012 e quelli più vecchi vengono continuamente rinnovati e ampliati. Il sistema giuridico austriaco distingue tre tipi di detenzione:

- Custodia cautelare;
- Servizio penale;
- Misure preventive

Il principale requisito legale per il sistema penitenziario è scritto nel §20 della legge sui servizi penali (Strafvollzugsgesetz, StVG): la reclusione deve sostenere la persona reclusa affinché possa vivere secondo le esigenze della società ed al fine di prevenire ulteriori comportamenti devianti. L'obiettivo principale è quindi la risocializzazione, che può essere raggiunta solo attraverso trattamenti e cure personalizzate. Ciò si riflette anche nella comprensione del ruolo del personale penitenziario, responsabile sia della sicurezza che dell'assistenza.

Per quanto concerne il trattamento penitenziario, nel loro tempo non lavorativo i detenuti sono autorizzati a fare ulteriori attività come dipingere o disegnare, leggere e scrivere e almeno una volta ogni 3 mesi deve essere fornito un evento educativo, artistico o di intrattenimento. Il personale penitenziario è invitato a motivare i detenuti a utilizzare il loro tempo libero in modo utile. Il regime per i detenuti in

custodia cautelare in alcune carceri è invece estremamente povero dal punto di vista trattamentale, solo alcuni di essi hanno la possibilità di lavorare e anche le attività sportive e ricreative sono limitate rispetto a quelle del resto della popolazione detenuta.

Il servizio medico nelle carceri segue le procedure di equivalenza e di parità di trattamento, il che significa che i servizi sono simili a quelli forniti al di fuori delle carceri. La figura del supervisore medico garantisce regolarmente la conformità degli standard igienici nelle celle ed assicura che i detenuti vengano visitati almeno una volta all'anno da un medico. I principali punti critici includono la mancanza di privacy nella relazione medico e paziente a causa della presenza degli agenti penitenziari, la mancanza di accesso a interpreti qualificati per detenuti di lingua non tedesca.

Se le cure mediche necessarie non possono essere fornite dal medico all'interno dell'istituzione, il medico è responsabile affinché il detenuto riceva le cure mediche necessarie, comprese le cure specialistiche. Se il servizio non può essere fornito all'interno dell'istituzione, il ristretto verrà portato in un istituto idoneo compresi gli ospedali ed i centri psichiatrici.

Tra i nodi critici della sanità austriaca si rileva una scarsa disponibilità degli specialisti della psichiatria: l'assistenza psichiatrica è infatti disponibile per un monte ore davvero contenuto alla settimana così come anche il trattamento psicologico risulta insufficiente.

3) Carceri in Europa: panoramica e tendenze dei servizi sanitari

Nell'ottica di dare una panoramica degli elementi raccolti, è opportuno specificare che questi sono stati raccolti utilizzando come riferimento principale quello delle [Prison Rules \(Consiglio d'Europa. Raccomandazione Rec \(2006\) 2, adottata l'11 gennaio 2006\)](#), e attraverso il prezioso contributo dello [European Prison Observatory](#) che raccoglie le informazioni dei paesi monitorati sulle condizioni carcerarie, descrivendo ogni sistema penitenziario nazionale e concentrandosi in particolare sul suo rispetto delle norme penitenziarie europee.

Per quanto riguarda l'organizzazione dell'assistenza sanitaria penitenziaria, le Regole penitenziarie europee affermano che " *medical services in prison shall be organised in close relationship with the general health administration of the community or nation*"(40.1) e " *health policy in prison shall be integrated into, and compatible with, national health policy*"(40.2).

È chiaro che la maggior parte delle persone detenute prima o poi farà ritorno alla società dei liberi, questo fa sì che le loro condizioni di salute siano a tutti gli effetti da intendere come una questione di salute

pubblica e che le malattie contratte - o aggravate all'interno delle carceri - abbiano un impatto anche sull'esterno, esattamente come la gestione degli aspetti psicologici.

Questo concetto è alla base di gran parte delle riforme di legge che nei paesi occidentali hanno determinato il trasferimento della competenza sulla sanità penitenziaria dalle amministrazioni penitenziarie alle autorità responsabili dei servizi sanitari pubblici.

Come noto, questo nel nostro paese è avvenuto tramite il Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e il successivo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008. Con tali riforme i governi hanno acconsentito a trasferire la questione della sanità penitenziaria agli organi che sono competenti in tema di programmazione e amministrazione del servizio sanitario in tutte le altre sfere della vita sociale, superando così l'anomalia dell'esclusione del contesto carcerario (Coyle, 2004).

A rimarcare l'importanza di una gestione quanto più possibile co-integrata tra il dentro e il fuori è anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità che raccomanda vivamente di stabilire legami stabili tra il carcere e l'assistenza sanitaria pubblica (Hayton, Gatherer e Fraser, 2010). L'obiettivo comune è quello di rendere la salute e i servizi sanitari degli istituti penitenziari quanto più simili possibile a quelli esterni, così come disciplinato dall'articolo 40.3 delle Regole penitenziarie europee e l'accesso alle cure deve essere garantito all'esterno per qualsiasi detenuto indipendentemente dalla loro situazione giuridica (*"Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation"*), così come è stato ribadito dal programma Salute 2020 (Kickbusch e Behrendt, 2013; WHO, 2013).

Ripercorrendo i report dello European Prison Observatory notiamo che, da un punto di vista legale, la responsabilità di fornire assistenza sanitaria in carcere è gestita dal Ministero della Salute solo in Francia, Regno Unito, Grecia e Italia.

Negli altri paesi, i servizi medici nelle carceri appartengono direttamente alla struttura amministrativa dell'istituto penitenziario. All'interno di questi paesi, però, è possibile trovare alcune eccezioni in relazione a determinati argomenti specifici (a titolo esemplificativo, in Lettonia il Ministero della Salute copre i costi dei farmaci per la tubercolosi e l'HIV / AIDS, nonché le analisi di laboratorio per i pazienti affetti da HIV / AIDS, mentre in Polonia le strutture sanitarie pubbliche cooperano con le unità penitenziarie nel fornire servizi medici, specialmente nei casi più gravi, dove è messa in pericolo la vita della persona privata della libertà personale). Accade spesso, in Portogallo ad esempio, che il rapporto tra i due sistemi sia poco strutturato se non addirittura inesistente: anche se all'interno del carcere è stato avviato un processo di integrazione dei servizi sanitari penitenziari nei servizi sanitari nazionali, nella pratica questa integrazione è tuttora un processo complesso.

Nel contesto italiano, benchè il trasferimento di competenze sia a tutti gli effetti formalmente avvenuto permangono resistenze da un punto di vista fattuale - e culturale - che stanno alla base di una sottovalutazione della necessità di considerare la salute dei detenuti una questione di salute pubblica o di

una mancata condivisione di tale assunto. Questo non fa che complicare il raccordo tra servizi interni e servizi esterni con l'esito finale che esso non venga sempre garantito o strutturato adeguatamente.

Anche se i servizi medici in carcere appartengono al Servizio sanitario nazionale, spesso medici, ma soprattutto specialisti come gli psichiatri sono insufficienti, e mancano inoltre prevenzione, diagnosi e terapia. Nel Regno Unito alcune carceri hanno buone disposizioni, ma in generale è difficile da raggiungere in modo efficace i bisognosi, in particolare quelli che soffrono di problemi di salute mentale e gli autolesionisti. In Italia e Francia la distanza tra teoria e pratica produce tempi di attesa più lunghi rispetto all'esterno e incontra grandi difficoltà nell'organizzazione delle scorte per il trasferimento dei detenuti in ospedali esterni.

Il divario tra teoria (ciò che vige nel dettato normativo) e pratica è un problema comune. In Portogallo, i servizi medici specializzati sono teoricamente disponibili, ma in pratica i soggetti malati hanno grandi difficoltà ad accedere alle prestazioni, dati gli ostacoli amministrativi e di sicurezza che si presentano sulla loro via. Su una nota più generale, quasi ovunque le unità mediche non sono sufficientemente attrezzate. Pertanto non in tutte le istituzioni penitenziarie è disponibile un medico tutto il giorno e gli specialisti non possono intervenire regolarmente. In Grecia anche le funzioni infermieristiche sono svolte da soggetti non specializzati ma dal personale di polizia penitenziaria, spesso assistito da detenuti assegnati a lavori di cura, a causa della mancanza di infermieri professionisti. In Polonia una pratica comune del servizio penitenziario è di spostare la responsabilità di prendersi cura dei detenuti disabili ai compagni di cella. Pertanto, possiamo affermare che la regola 40.5 delle Regole penitenziarie europee (*"All necessary medical, surgical and psychiatric services including those available in the community shall be provided to the prisoner for that purpose"*) è piuttosto ignorata nei sistemi penitenziari europei osservati dall'Osservatorio europeo sulle condizioni di detenzione.

Un altro principio di fondamentale importanza riguarda l'equivalenza delle cure: il principio della salute pubblica e l'approccio dei diritti umani convergono in una raccomandazione delle Prison Rules e ulteriormente elaborata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa - ai paragrafi 10-12 della sua raccomandazione del 1997 – concernente gli aspetti etici e organizzativi dell'assistenza sanitaria in carcere, introducendo inoltre la nozione di integrazione:

10. Health policy in custody should be integrated into, and compatible with, national health policy. A prison health care service should be able to provide medical, psychiatric and dental treatment and to implement programmes of hygiene and preventive medicine in conditions comparable to those enjoyed by the general public.

11. The prison health care service should have a sufficient number of qualified medical, nursing and technical staff, as well as appropriate premises, installations and equipment of a quality comparable, if not identical, to those which exist in the outside environment.

12. The role of the ministry responsible for health should be strengthened in the domain of quality assessment of hygiene, health care and organisation of health services in custody, in accordance with national legislation. A clear division of responsibilities and authority should be established between the ministry responsible for health or other competent ministries, which should co-operate in implementing an integrated health policy in prison.

La persona detenuta, si è detto, deve avere accesso a cure equivalenti a quelle a cui ha accesso una persona libera nei servizi territoriali.

4. La circuitazione interna nel contesto italiano

Un altro degli aspetti fondamentali per pensare ad uno studio di fattibilità riguarda i circuiti in cui i soggetti detenuti vengono inseriti. In Italia, è stata la Circolare DAP nr. 3359/5808 del 21 aprile del 1993 ad inserire una pletora di interventi amministrativi che hanno condotto alla creazione di circuiti differenziali all'interno dell'istituzione penitenziaria.

I circuiti sono stati strutturati tenendo conto delle necessità di sicurezza e custodia e del grado di pericolosità dei soggetti coinvolti. La circolare aveva suddiviso i circuiti in tre tipologie suddivise in alta sicurezza, media sicurezza e custodia attenuata. Nel 2009, con la circolare nr. 3619/6069 è intervenuta un'ulteriore modifica che ha suddiviso l'alta sicurezza in ulteriori tre circuiti: Alta Sicurezza 1 (A.S. 1) dedicata al contenimento dei detenuti ed internati appartenenti alla criminalità organizzata di tipo mafioso, nei cui confronti sia venuto meno il decreto di applicazione del regime di cui all'art. 41 bis dell'O.P. comma 1 dell'art. 4 bis O.P.; l'Alta Sicurezza 2 (A.S.2) in cui sono inseriti automaticamente i soggetti imputati o condannati per delitti commessi con finalità di terrorismo, anche internazionale, o di eversione dell'ordine democratico mediante il compimento di atti di violenza (delitti di cui agli artt. 270, 210bis, 270ter, 270quater, 270quinquies, 280, 280bis, 289bis, 306 c.p.); infine, Alta Sicurezza 3 (A.S. 3) in cui si trovano i detenuti che hanno rivestito un ruolo di vertice nelle organizzazioni criminali dedite allo spaccio di stupefacenti (ex art. 4-bis co. 1°, fatte salve le deroghe fissate nella circolare Dap n. 20 del 19 gennaio 2007).

Accanto ai circuiti formali si affiancano anche quelle circuitazioni "informali" (Santorso, 2018) ritenute necessarie al fine di prevenire episodi di aggressioni o sopraffazioni a carico di specifiche categorie di detenuti, così come stabilito dal terzo comma dell'articolo 32 del Regolamento Esecutivo del 2000. Vengono ricompresi all'interno di queste categorie "protette" i sex offender, detenuti transessuali, gli ex appartenenti alle forze dell'ordine. Nello specifico, le persone responsabili di reati sessuali vivono invero

una condizione di minor accesso ai diritti fondamentali dei detenuti. Le esigenze di maggior difesa dei sex offenders suggeriscono la loro collocazione in sezioni protette, le quali tuttavia non fanno che aggiungere all'afflizione della pena quella dell'isolamento, della compressione dei diritti e del rafforzamento dello stigma legato alla tipologia degli atti criminali da loro commessi.

L'approccio penale alla violenza di genere non riconosce la complessità soggettiva e relazionale dei reati legati alla violenza di genere, finendo per omologare tutte le forme di violenza dei reati comuni, prevedendo al più delle aggravanti legate alla familiarità con la vittima *“secondo una logica emergenziale e punitiva, e producendo così delle distorsioni particolarmente gravi e allo stesso tempo significative della cultura giuridica penale: solo le violenze sessuali sono considerate reati “sessuali” mentre tutte le altre forme di violenza di genere vengono rubricate all'interno degli articoli del codice penale come reati comuni”* (Frenza, Peroni, Poli, 2017).

Questo approccio non può che avere dei risvolti materiali all'interno degli istituti penitenziari, costringendo nella pratica l'amministrazione a separare i perpetratori dai detenuti comuni, perché considerati a rischio e costringendoli a vivere il periodo di detenzione non solo con una doppia stigmatizzazione ma con effetti anche sull'efficacia della riabilitazione (Tewksbury, 2012).

5. Il trattamento degli autori di reato

Il trattamento degli autori di reati sessuali è un processo che non si rivolge esclusivamente al sistema della vittima, ma si confronta con la figura dell'autore del reato attraverso un livello di competenza specifico e mirato (Cuzzocrea, Lepri, 2010).

Nel nostro ordinamento non sono infatti presenti norme che richiamano l'implementazione di programmi di prevenzione e trattamento rivolti ai professionisti che operano all'interno del contesto penitenziario. Sono però presenti alcune Raccomandazioni (nr. (87) e nr. (92)16) sulle Regole penitenziarie europee con il fine di incoraggiare il personale penitenziario ad adottare un atteggiamento conforme alla importanza morale e sociale del proprio lavoro e a creare condizioni nelle quali esso possa svolgere al meglio le proprie prestazioni a beneficio della società in generale, dei detenuti ad esso affidati, e della soddisfazione della propria vocazione professionale. Ed asserendo inoltre che il personale incaricato dell'esecuzione dovrà ricevere un'adeguata formazione e disporre di informazioni tali da permettere di avere una percezione realistica del proprio settore di lavoro, delle proprie attività concrete e delle esigenze

deontologiche del proprio lavoro. La capacità professionale dovrà essere migliorata e sviluppata con regolarità attraverso corsi di perfezionamento, analisi e valutazione del proprio lavoro.

Da 20 anni a questa parte, la letteratura sul tema (Farrenkopf, 1992; Hatcher, Noakes, 2010; Clarke, 2011), ha posto l'accento sull'impatto psicologico negativo che subiscono coloro che si occupano del trattamento dei sex offenders.

Gli sforzi trattamentali che oggi vengono attuati sono il risultato di un lungo processo in cui l'Amministrazione Penitenziaria ha compreso l'importanza di doversi aggiornare per poter al meglio approntare un efficace trattamento rieducativo per i sex offender (Napolitano, 2012).

Allo stato attuale il progetto più importante promosso dal Ministero della Giustizia, di concerto con l'Amministrazione Penitenziaria, è stato infatti WOLF (Working on Lessening Fear) ed il successivo FOR-WOLF (Formazione per WOLF). Il primo progetto WOLF (cofinanziato con fondi europei presentato) ha preso avvio nel 1998 e il 1999 su proposta del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria in cooperazione con il Belgio e l'Olanda e con l'Università di Siena. L'indagine conoscitiva condotta su 71 istituti penitenziari ha condotto alla stesura di due documenti base sul "Trattamento degli autori di reati sessuali" e sui "Bisogni formativi degli operatori addetti al trattamento dei condannati" (AA.VV, 1999).

Il progetto si è rivelato di particolare importanza in quanto ha dato atto della gestione innovativa introdotta negli istituti di Biella e Lodi dove i sex offender erano inseriti in programmi specifici gestiti dall'équipe multidisciplinare ed ha illustrato l'esperienza degli altri Paesi, dove la partecipazione delle reti territoriali è molto più attiva.

A WOLF ha fatto seguito il progetto FOR-WOLF, fondato sulla ricerca, formazione degli operatori e scambio internazionale delle metodologie di lavoro e sui contenuti relativi alla formazione degli operatori penitenziari e sociali che si occupano del trattamento sex offender, anche attraverso uno studio che ha coinvolto l'Inghilterra, il Belgio e la Spagna. Il confronto tra diversi modelli ha messo in luce l'incapacità della sola normativa penale a dare risposte tangibili al fenomeno e l'assoluta necessità di dare avvio a strategie di intervento che siano attivate da un punto di vista intersistemico e pluridimensionale (Cuzzocrea, Lepri, 2010).

Accanto a questi due importanti progetti ne sono stati condotti altri a livello nazionale, negli istituti che ospitavano questa tipologia di detenuti come Bollate, Biella, Prato, Pesaro e Castrovillari, ma anche esperienze condotte in sede europea come il progetto S.O.Cr.A.Te.S. e STALKING, così come il gruppo di studio SOGIS (Sex Offender Special Interest) istituito all'interno della Confederazione Europea per la Probation (CEP) con l'obiettivo di fornire una panoramica degli strumenti valutativi e di gestione del rischio. Gli ultimi progetti condotti nell'ambito di Europris e della Confederation of European Probation hanno sviluppato una panoramica dei programmi relativi agli autori di violenza domestica all'interno del carcere con il fine ultimo di identificare gli approcci più pertinenti al trattamento.

Lo studio di alcune delle buone pratiche condotte in Europa è il risultato della prima riunione del gruppo di esperti sulla Domestic Violence nel corso del 2019. È innegabile che esista una evidente necessità per molti paesi dell'UE di sviluppare metodi per affrontare i problemi di violenza domestica ed il trattamento degli autori di questi reati. Lo scopo di questa mappatura è di incoraggiare ulteriormente sviluppo e cooperazione in questo importante settore, con lo scopo di favorire l'innovazione e l'analisi tra potenziali utenti e beneficiari.

Tra i programmi più rilevanti del trattamento degli autori di reati di violenza domestica è necessario segnalare il **Domestic Violence Formative Program (VIDO)** indirizzato alle donne autrici di reato e condotto negli istituti della Catalogna (Spagna). L'Associazione per la rieducazione della comunità (ARC) ha sviluppato questo progetto pionieristico per il servizio di attuazione di programmi formativi e trattamento della violenza nel contesto della Probation. Il progetto offre programmi formativi con un contenuto specializzato in base ai reati commessi e ai loro bisogni: violenza di genere e violenza domestica, crimini di odio, reati sessuali e altri reati di violenza. L'implementazione di PF-VIDO è stata avviata già nel 2007, ma dal 2014 è diventato un programma specifico basato sulle donne perpetratrici.

Per quanto riguarda il contenuto del programma, viene condotto da psicologi e terapeuti e prende ad oggetto tre aree principali di intervento orientate a disarticolare i punti psicologici che motivano la violenza e costruiscono un modello di relazione non violenta attraverso il rispetto e l'affetto:

- aspetto cognitivo
- aspetto comportamentale
- aspetto emotivo

Il programma si sviluppa in tre fasi:

- Fase di valutazione e diagnostica (sessioni individuali)
- Fase di sviluppo e fase di monitoraggio (sessioni di gruppo)
- Fase finale (sessioni individuali).

Viene utilizzato come teoria quella del modello cognitivo-comportamentale e modello psicoeducazionale secondo cui la componente cognitiva è l'asse centrale del cambiamento perché interviene sui principali fattori di rischio (pensiero errato, valori personali, idee irrazionali legate all'atto di violenza) applicando tecniche di cognizione ristrutturata al fine di evitare l'atto di violenza (Pérez, Martínez, 2009).

La componente comportamentale contribuisce a ridurre il comportamento violento e sviluppare capacità relazionali, capacità di risoluzione dei conflitti e capacità di autocontrollo.

La componente psicoeducazionale è orientata all'auto-riconoscimento dell'emozione e alle sue conseguenti credenze per riadattarle.

In Inghilterra e Scozia va invece segnalato il programma **Becoming New Me Plus (BNM+)**, insieme con **Building Better Relationships**, si basano sul successo di alcuni programmi precedenti, come CDVP e IDAP.

Orientati all'acquisizione di alcune competenze precipue, con l'obiettivo di fornire ai partecipanti una gamma di abilità e strumenti cognitivi e comportamentali per supportare la non-violenza.

Il principale background teorico alla base dei programmi è il modello bio-psico-sociale (Walton, Ramsay, Cunningham e Henfrey, 2017), l'approccio principale del programma è la terapia del comportamento cognitivo.

Accanto a questi due, un ulteriore programma è **Kaisen**, orientato al futuro risponde alle esigenze criminogene di ogni singolo partecipante piuttosto che concentrarsi sulle esigenze relative a un reato specifico. Come tale, è simile al trattamento individuale all'interno di un *setting* di gruppo e può ospitare autori di reato con condanne per violenza intima contro i partner, reati sessuali e atti di violenza generale.

In Irlanda, dal 2017, è attivo **Choices perpetrator programme**, che assiste gli uomini che intraprendono l'apprendimento del programma e li aiuta a sviluppare una consapevolezza di come il loro uso della violenza/abuso sia un comportamento appreso che è sostenuto e mantenuto dal loro pensiero distorto. Il programma affronta questo pensiero distorto attraverso una valutazione di eventi e regolazione emotiva, aiuta i partecipanti a capire perché usano violenza contro i loro partner e l'impatto che questa ha sui loro partner, figli, se stessi e gli altri; supporta i partecipanti ad assumersi la responsabilità dei loro comportamenti; li aiuta in sintesi nell'apprendimento di strategie comportamentali al fine di prevenire violenza e abusi.

Il programma, così come quelli inglesi, è volontario, solo in alcuni casi – dove è stabilito da un giudizio della Corte – può essere obbligatorio.

Allo stesso modo funziona il progetto **IDAP** in Svezia (Haggård, et al. 2017). IDAP coinvolge gli uomini che intraprendono il programma imparando nuove percezioni e comportamenti e consapevolezza di come il loro uso della violenza sia un comportamento appreso, sostenuto e reso possibile dalle loro percezioni. Gli obiettivi del programma etichetta i pensieri distorti, sia in termini di valutazione degli eventi che di etichettatura emotiva. Il modello di cambiamento IDAP insegna le abilità attraverso l'osservazione, il gioco di ruolo, il rafforzamento, il dialogo socratico, la discussione e il pensiero critico e gli esercizi di gestione dei problemi e di risoluzione non violenta delle controversie. Accanto ad IDAP viene condotto anche il **Relational Violence Programme (RVP)**, che ha come target le persone condannate per violenza domestica verso uno o più altri soggetti definiti "altri significativi" che includono partner attuali o precedenti, in relazioni eterosessuali o dello stesso sesso, nonché genitori, figli, fratelli. Il programma è *gender inclusive* e RVP è sviluppato principalmente per i autori di reati in contesti correttivi ad alto rischio di recidiva. Il programma è individuale e fondato sulla Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e sul Duluth. RVP è strutturato attorno e a tre temi principali: 1) Stabilità emotiva, 2) Schemi di relazione e 3) Attitudine. In tutti e tre i temi e le fasi è possibile un'attenzione particolare all'abuso di sostanze, ove applicabile. I tre temi insieme all'abuso di sostanze hanno lo scopo di affrontare alcuni dei bisogni più criminogeni di violenza domestica: cognizione antisociale, scarsa autoregolazione, gelosia, mancanza di autocontrollo,

scarsa comunicazione e capacità di conflitto/risoluzione dei problemi.

6) Limiti e prospettive del trattamento degli autori di reato all'interno del contesto penitenziario

Lo svolgimento del trattamento degli autori di reato all'interno di un contesto di un'istituzione totale quale quella carceraria porta con sé dei limiti che non sono solo normativi, strutturali ed organizzativi, ma anche culturali (Goffman, 2001).

La quotidianità detentiva materiale spesso contraddice radicalmente l'ispirazione trattamentale della pena (Torrente, 2019) ed è per questo importante differenziare il regime dal trattamento. Quest'ultimo è rappresentato dalle attività dell'équipe trattamentale e multidisciplinare ed è individuale, un programma individualizzato e su base volontaria che è applicabile –nella quasi totalità degli ordinamenti europei- solo ai detenuti condannati con sentenza definitiva.

Il regime carcerario rappresenta invece tutto quell'insieme di regole e prescrizioni da applicarsi ai soggetti che si trovano ristretti nella libertà personale, siano essi in attesa di giudizio o condannati con sentenza passata in giudicato o internati.

La sicurezza e il trattamento rappresentano due facce della stessa medaglia che devono convivere in quanto rappresentano gli elementi fondanti della carcerazione stessa. Conciliare le regole della vita quotidiana all'interno degli istituti penitenziari con le esigenze del trattamento è la sfida che l'istituzione penitenziaria è chiamata a intraprendere.

É innegabile infatti che esista un rapporto di biunivocità tra esigenze trattamentali ed esigenze di sicurezza: maggiori saranno le attività formative, lavorative, culturali e ricreative, minori saranno i comportamenti aggressivi di chi è recluso, ma questo rapporto presenta delle tensioni tra due matrici culturali differenti: quelle custodiali e quelle trattamentali di un luogo come il carcere che è nato per punire e che si trova a dover svolgere anche un ruolo educativo.

La cooperazione fra attori istituzionali è imprescindibile, la cultura materna dell'area trattamentale deve necessariamente convivere con quella definita paterna (Sarzotti, 1999) propria del corpo di polizia penitenziaria. Quello che spesso avviene all'interno dell'istituzione penitenziaria è che si assista ad un atteggiamento poco collaborativo di alcuni operatori, spesso fra quelli appartenenti alla Polizia Penitenziaria che si può ricondurre ad una richiesta di lavoro aggiuntivo rispetto a quello previsto dal mandato istituzionale del mantenimento della sicurezza.

Questa richiesta, considerata un "extra", e l'atteggiamento alcune volte di ostruzionismo, è correlabile ad un mancato coinvolgimento della polizia penitenziaria nella promozione dei progetti; problema sormontabile immaginando una formazione su specifici temi culturali e richiedendo una partecipazione degli agenti nei progetti che riguardano il trattamento degli autori di reati con l'auspicio che

dimostrino una disponibilità non solo organizzativa, ma anche culturale in funzione della sensibilizzazione ai progetti.

Un'altra criticità del trattamento all'interno del *setting* penitenziario è costituita dal tipo di carcere in cui ci si troverà ad operare. Nonostante le norme dell'Ordinamento penitenziario infatti proclamino il principio di uguaglianza in materia di giustizia penale, trovarsi in un carcere anziché in un altro può fare la differenza. Alcuni carceri vengono definiti "a vocazione trattamentale" dove il personale dirigenziale è più lungimirante, l'atteggiamento dell'amministrazione non è punitivo bensì indirizzato a sperimentare progetti trattamentali di eccellenza, altri invece sono definiti "carceri punitivi" e spesso raccolgono al loro interno i detenuti che hanno condotte negative e dove il personale, a partire dai vertici dell'amministrazione, è poco collaborativo (Torrente, 2018).

A queste si aggiungono alcune criticità di tipo tecnico-organizzativo come l'esiguo numero di ore a disposizione dell'équipe trattamentale che da sempre vede ogni singolo operatore incaricato del trattamento di centinaia di detenuti, in un rapporto fortemente sbilanciato e poco funzionale in ottica riabilitativa.

L'obiettivo dell'amministrazione penitenziaria dovrebbe essere quello di costruire una rete sinergica che permetta una certa continuità trattamentale che possa aiutare a superare anche il carattere di temporaneità dei progetti legati ai singoli finanziamenti, facendo venire meno non solo l'incertezza rispetto alla prosecuzione del progetto, ma anche quella discontinuità temporale con lunghi periodi tra la realizzazione di un progetto a l'avvio di quello successivo.

La complessità del contesto penitenziario si estrinseca peraltro nelle relazioni tra una pluralità di attori che non riguardano solo l'area educativa e quella della sicurezza ma che comprendono anche –e soprattutto- la popolazione detenuta e l'area medica. La riforma della sanità penitenziaria, si è detto, ha posto le basi per la separazione delle competenze all'interno degli istituti penitenziari affidando al Ministero della Sanità quelle in materia sanitaria e al Ministero della Giustizia quelle in tema di sicurezza (Ronco, 2018; Libianchi, 2008).

Il personale medico-sanitario è tenuto all'osservanza delle norme previste dall'Ordinamento penitenziario, del regolamento di esecuzione e del regolamento interno di ciascun istituto penitenziario, ed è perciò limitato nella sua autonomia. Quantunque la reciproca diffidenza tra amministrazioni e le difficoltà di tipo organizzativo-gestionale sottolineino un'irriformalità dell'istituzione nel suo complesso, è innegabile che il trasferimento della gestione della salute dal Ministero della Giustizia a quello della Sanità abbia influenzato e condotto l'istituzione penitenziaria ad un rimodellamento che ha come contraltare il "fuori", le dinamiche esterne della società civile e ha contribuito a migliorare l'offerta del servizio di tutela della salute.

7) Analisi della fattibilità e trasferibilità del progetto CONSCIOUS

Alla luce del quadro conoscitivo poc'anzi illustrato occorre ora focalizzarsi sulla trasferibilità del progetto CONSCIOUS all'interno di altri contesti.

Le valutazioni di fattibilità sono parte integrante dello sviluppo del progetto stesso. L'obiettivo generale di questa valutazione è quello di stabilire la fattibilità, praticabilità e applicabilità del modello CONSCIOUS in modo permanente e replicabile anche in altri contesti – detentivi e non – all'interno di territori regionali e nazionali.

È risaputo che sviluppare nuovi interventi, in particolare nell'ambito della giustizia penale, così come passare da un'idea ad una piena operatività è da sempre una grande sfida.

Questa valutazione di fattibilità ha rilevato che il modello CONSCIOUS è solido e implementabile all'interno di altri contesti nazionali.

Entrando nello specifico degli elementi che si ritengono maggiormente adatti ad essere trasferiti nei Paesi europei occorre segnalare:

- **Protocolli Operativi 1-2-3 (D 2.4, D 2.5, D 2.6)**

Il Progetto CONSCIOUS è stato in grado di creare una partnership efficace e di riunire con successo diversi attori rilevanti al fine di creare un team con le capacità e lo scopo di implementare questo approccio.

Il **Protocollo Operativo 1 (D 2.4)** vede coinvolti l'ASL di Frosinone, gli Ordini degli Avvocati di Frosinone e Cassino, il Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria Lazio, Abruzzo, Molise, il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale del Lazio ed il Centro Nazionale Studi e Ricerche sul Diritto di Famiglia e Minori. Tutti i rappresentanti delle suddette istituzioni che vi hanno aderito hanno partecipato ad attività di formazione e di capacity building ed apprendimento reciproco.

Il Protocollo Operativo ha costituito l'elemento per promuovere un confronto permanente, in una logica di sistema, sulle strategie di contrasto ai comportamenti di violenza domestica, di genere o contro i minori.

L'obiettivo specifico è stato – in ottica preventiva – quello di contrasto ai comportamenti violenti dei soggetti che volontariamente si sottopongono al trattamento specialistico insieme al favorire la costituzione di una rete intersistemica fra le Istituzioni firmatarie per una condivisione agile delle informazioni (nel rispetto della privacy) e delle necessità proprie delle fasi di indagini investigative. Accanto a questi ha promosso lo scambio di competenze tra i soggetti coinvolti e attività di apprendimento reciproco. Ogni soggetto firmatario si è impegnato – per quanto di propria competenza – a promuovere il

trattamento specialistico promosso da CONSCIOUS. Il soggetto interessato, a conclusione delle indagini preliminari che abbiano confermato la notizia di reato o in caso di agiti di conflittualità e violenza, è stato chiamato a esprimere formale consenso (**Treatment Agreement – D. 3.3**) alla trasmissione circa questi comportamenti (modalità e contingenze dei comportamenti violenti, caratteristiche specifiche individuali) da parte degli Avvocati e/o delle Forze dell'Ordine ai servizi di trattamento specialistico della ASL che abbiano preso in carico il soggetto

Il **Protocollo Operativo 2 (D 2.5)** si è mosso nella stessa direzione e ha definito come trattamenti specialistici programmati – per i soggetti in stato di libertà – LO SPORTELLO TERAPIA DEI COMPORTAMENTI IMPULSIVI (T.C.I.), rivolto a soggetti con storia recente di agiti impulsivi/violenti o maltrattanti nell'ambito familiare, che non presentino associati disturbi psicopatologici ed organici, e il GRUPPO DI ASCOLTO E TRATTAMENTO IMPULSIVITÀ VIOLENTA (GATIV) rivolto a soggetti con agiti impulsivi/violenti/maltrattanti nei confronti delle donne, dei congiunti o dei minori nell'ambito familiare, anche con eventuale associazione di uso di sostanze e/o psicopatologie che non compromettano le capacità autoriflessive e relazionali. Entrambi i trattamenti sono gruppali con cadenza settimanale e su base volontaria. Tutte le attività sono oggetto di monitoraggio e valutazione dei risultati ottenuti.

Le diverse società europee rispondono in modo diverso ai reati sessuali, dal momento che il livello di consapevolezza, gli atteggiamenti e il sostegno alla riabilitazione dei molestatore variano in modo significativo tra un paese e l'altro. Queste differenze nazionali sono difficili da spiegare e sono probabilmente causate da una moltitudine di fattori, così come differiscono le politiche e le diverse leggi nazionali per quanto riguarda la gestione degli autori di reati sessuali nella comunità.

Uno dei più importanti fattori culturali che influenzano i reati sessuali ed il loro trattamento è il grado di consapevolezza della portata e dell'impatto della vittimizzazione sessuale in ogni Paese. Di per sé questa consapevolezza è l'esordio di un'unione di forze culturali, in particolare di quelle femministe e il movimento a protezione dei bambini. Nei paesi in cui questi movimenti sono forti, come i paesi dell'Europa nord-occidentale, l'attenzione rivolta alla prevenzione della violenza sessuale nei confronti delle donne e dei bambini è maggiore che nei paesi in cui questi movimenti sono meno prominenti, come nei paesi dell'Europa meridionale, e quasi assente nei paesi ex comunisti. Tuttavia, sulla scia del recente movimento di sostegno alle vittime, il trattamento dei criminali sessuali sembra destinato a radicarsi fortemente in tutta Europa.

Per quest'ordine di ragioni i Protocolli Operativi 1-2 (D 2.4 e D 2.5) risultano essere applicabili nei Paesi europei, sull'onda dell'attenzione rivolta alla creazione di reti interistituzionali al fine di rendere maggiormente efficaci i percorsi di prevenzione.

Discorso differente va fatto per il **Protocollo Operativo 3 (D 2.6)** che vede tra le Istituzioni firmatarie anche le Direzioni Penitenziarie delle carceri di Cassino e Frosinone con l'obiettivo ultimo di superare gli ostacoli organizzativo-strutturali e culturali del setting penitenziario. In tal senso, il Protocollo

ha previsto un trattamento ad hoc per sex offender ed uno per maltrattanti – sia di gruppo che individuale – promuovendo la frequenza alle attività trattamentali e favorendo lo sviluppo della rete socio-familiare.

L'opinione pubblica in determinati Paesi varia e può essere più o meno favorevole al trattamento all'interno del quadro della detenzione. In Gran Bretagna, Belgio, Germania e Paesi Bassi, ad esempio, il sostegno pubblico al trattamento sembra essere diminuito nel corso degli ultimi anni, mettendo al centro il *management* del trasgressore anziché il suo trattamento e considerando gli autori di reati sessuali come criminali che dovrebbero semplicemente essere incarcerati e puniti. Ogni caso di recidiva sembra infatti aumentare l'attenzione dei media al problema e una più forte risposta giudiziaria. È pur vero però che, ad esclusione di alcuni Paesi, l'approccio dominante e consolidato di quasi tutta l'Europa continentale tende a concentrarsi sul trattamento anziché sull'inabilitazione del soggetto. In tutto il panorama europeo si è sviluppata infatti una pleora di programmi terapeutici completi per gli autori di reati sessuali sia all'interno della comunità che nel contesto penitenziario. La maggior parte di questi programmi sono basati sul carcere (ad esempio, Svezia, Spagna, Finlandia, Francia, Italia, Austria, Polonia e Irlanda), e in alcuni il trattamento è generalmente imposto dai tribunali. Questi possono variare, ad esempio, dal trattamento in reparti specializzati all'interno delle istituzioni penitenziarie in Germania (Pfäfflin, 1999), Danimarca, Norvegia, Belgio e Paesi Bassi (Frenken et al., 1999) per gli autori di reati sessuali che sono penalmente responsabili, alle strutture ambulatoriali in Belgio (Cosyns, 1999), il Repubblica Ceca (Weiss, 1999) e Svizzera.

Spesso la mancanza di un'adeguata comunicazione tra coloro che si occupano del trattamento e le autorità giudiziarie dei paesi europei in merito agli obiettivi, ai metodi e agli effetti del trattamento ostacola anche il flusso degli utenti stessi verso le cure. È in questi Paesi che i Protocolli Operativi summenzionati sono di estrema importanza anche al fine di creare uno scambio di buone pratiche, attraverso il

- **Networking Agreement (D 2.10)**

Approvato tra l'ASL di Frosinone, il Centro Studi e Ricerche sul Diritto della Famiglia e dei Minori, la Regione Lazio e lo European Network for the Work with Perpetrators of Domestic Violence (WWP).

Lo scopo dell'accordo di rete è lo scambio di informazioni e buone pratiche tra i partner firmatari per garantire la protezione delle vittime attraverso la costruzione di un sistema sociale per rispondere agli autori di violenza domestica e sessuale che sia in grado di fornire un trattamento psico-sociale per prevenire la recidiva della violenza domestica (gender based) contro le donne e i bambini.

Il Networking Agreement è trasferibile nei Paesi dell'Unione europea in quanto negli ultimi anni, in generale, il sostegno governativo e il finanziamento di progetti per l'assistenza alle vittime sembra essere incoraggiata dai movimenti femministi e da parte dei gruppi a protezione dell'infanzia.

Accanto a questo è rilevante segnalare, al fine di impostare una formazione continua degli operatori coinvolti nel trattamento somministrato, lo strumento del

- **Training Course (D 2.8)**

un evento formativo organizzato su 3 incontri (meeting) dedicati agli operatori dell'amministrazione penitenziaria, UEPE, operatori della UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario, della UOSD Salute Mentale Donne e Volontari del terzo settore. I temi trattati nel primo e secondo incontro hanno riguardato il trattamento intramurario degli aggressori sessuali con riferimento alla situazione normativa in Italia, i principi generali degli interventi degli autori di reati sessuali e violenti, il lavoro di rete nella magistratura di sorveglianza, UEPE e servizi sociali e presentazione casi clinici. Nel terzo incontro è stato affrontato il tema riguardante la comunicazione e la costruzione dell'alleanza con gli autori di reati sessuali, la gestione delle emozioni e il controtransfert degli operatori. L'ulteriore evento formativo accreditato per Educazione Continua in Medicina è stato organizzato su 6 moduli destinati agli operatori della ASL Frosinone che lavorano presso la casa Circondariale di Cassino, la Casa Circondariale di Frosinone e nel servizio esterno di trattamento per maltrattanti. I 6 moduli sono stati organizzati su 3 giornate per un totale di 24 ore di formazione in un'unica edizione. Hanno partecipato operatori della UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario, della UOSD Salute Mentale Donna e dell'SPDC della Asl di Frosinone per le figure professionali di Psicologo e Psichiatra.

I contenuti formativi (modello clinico, implicazioni pratiche, gestione dei casi critici, valutazione di risultato, coordinamento con sistema penitenziario) sono stati aderenti al fabbisogno degli operatori che hanno visto incrementate le proprie competenze professionali sia da un punto di vista teorico che nella pratica clinica. I contenuti trasmessi e l'organizzazione delle attività formative sono state aderenti agli obiettivi del progetto; i docenti hanno positivamente valutato il trasferimento di know how a tutti i discenti.

Lo strumento del Training Course (D 2.8) appare applicabile a più ampio raggio in tutti i Paesi europei in ragione della necessità di una formazione continua degli operatori che si troveranno ad entrare in contatto con gli utenti che volontariamente si sottoporranno al trattamento. Vista la specificità del tema di intervento è quanto mai opportuno insistere sulla formazione degli operatori direttamente coinvolti nella loro applicazione, basandosi sul principio del pieno coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti richiedendo loro piena responsabilizzazione e sinergia.

All'ultimo modulo formativo hanno partecipato anche i volontari, che hanno dimostrato elevato e forte interesse per il successivo lavoro dei circoli finalizzato all'inclusione sociale, in ottica di giustizia riparativa (RJ), che fa da cornice concettuale al trattamento. La giustizia riparativa offre una visione in grado di recuperare le persone - nei loro ruoli di vittima e di offender -, il danno, come conseguenza del reato commesso, che non riguarda esclusivamente la vittima, ma anche la comunità, per il conseguente senso di

paura e insicurezza, nonché il responsabile del danno, per gli effetti della risposta detentiva che coinvolgono familiari e altre relazioni significative (Patrizi, 2019).

- **Piano di reintegrazione sociale (D 4.4)**

Tale piano assume la comunità come unità di analisi nella visione riparativa. Attraverso il modello teorico Co.Re. Comunità di Relazioni riparative (Patrizi, 2019) fondato sulla generazione/rigenerazione delle connessioni sociali attraverso la ricerca di consenso, condivisione e sicurezza della comunità, viene creato questo programma prevalentemente riparativo.

I casi in trattamento all'interno del Progetto CONSCIOUS sono, evidentemente, dotati di peculiarità (modalità del reato, relazione vittima-autore, vittime minorenni, consapevolezza dell'autore ed esiti del trattamento, condizioni attuali della vittima, ecc.) che non consentono di costruire tipologie. È, però, possibile individuare alcuni criteri che permettano di identificare le modalità del piano di reinserimento e, in caso di programma di giustizia riparativa, scegliere quello più adatto alla singola situazione.

Il piano viene sviluppato in un'area caratterizzata da vincoli giudiziari (responsabilità di ruolo: il ruolo della persona nel sistema penale) e lavora sulle variabili psicologiche della responsabilità (responsabilità – capacità), con l'obiettivo di sostenere il percorso dell'autore verso lo sviluppo delle proprie potenzialità per la definizione di una vita migliore e il contenimento dei rischi di ulteriori comportamenti dannosi (contrasto della recidiva), in accordo con le attese sociali (livello ecologico del modello CO.RE.: reciprocità e obblighi, responsabilità). Lo sviluppo delle proprie risorse e potenzialità riconduce al livello individuale e grupppale del modello CO.RE., dove ogni variabile è chiaramente considerata in chiave interpersonale e sociale.

Il piano di reintegrazione è ben trasferibile in quei contesti che vogliono coinvolgere le comunità, il pubblico e la società in un dialogo informato. Il discorso sugli abusi sessuali sui minori per aumentare la loro comprensione e il loro impegno (McCartan et al., 2015), dovrebbe concentrarsi sulla correzione delle percezioni errate sui tassi di recidiva di autori di reati sessuali che si sono sottoposti al trattamento e che forniscono prove di processi di allontanamento nei criminali sessuali, al fine di affrontare il diffuso mito che i criminali sessuali siano "mostri incurabili".

I modelli come CONSCIOUS offrono possibilità uniche per fornire al grande pubblico informazioni più accurate sugli autori di reati sessuali nella comunità, sul loro rischio di recidiva e sulla possibilità di colmare quella frattura con la comunità.

In quei Paesi come la Gran Bretagna, la Francia ed il Belgio dove c'è da sempre, per ragioni storiche, una grande attenzione alla Restorative Justice il piano di reintegrazione sociale è praticabile senza particolari resistenze culturali. I Paesi dell'Europa centrale e orientale - interessate dall'espansione della

giustizia riparativa tardivamente, solo poco prima della caduta del muro di Berlino – si sono adeguati alla Direttiva europea 2012/29/UE che prevedeva, tra i diritti riconosciuti alla vittima, anche quello di poter far ricorso alla mediazione penale.

Al di là però della normativa va dato atto del fatto che in molti altri Paesi europei, come la Polonia, l'Ungheria e la Germania, sia stato compiuto un tentativo culturalmente generalizzato e strettamente connesso all'esistenza di una strategia politica di respiro nazionale (o quanto meno di macrosistema) capace di sostenere le iniziative come il Piano di reintegrazione del modello CONSCIOUS.

- **Mapping Report (D 4.3)**

Lo studio sulle best practices condotto nel Mapping Report (D 4.3) non fa che confermare come a più livelli, all'interno dei Paesi del contesto europeo, emerga una diffusa omogeneità sulle modalità del trattamento. Circa i due terzi dei programmi di trattamento infatti applicano il lavoro di gruppo unitamente ad altri tipi di intervento, anche la consulenza individuale è frequente, ma il lavoro di gruppo è la modalità predominante di intervento. Altri approcci come le consulenze di coppia o la mediazione sono meno frequenti. Per quanto riguarda la quantificazione del trattamento, va segnalato che ci sono molte variazioni tra i programmi, con la maggior parte dei programmi nell'area da 14 a 52 sessioni e da 14 a 52 settimane di durata. Per quanto riguarda l'approccio operativo dei programmi per il loro lavoro concreto con gli autori di reati, la maggior parte dei programmi riguarda l'area della Terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e un approccio psico-educativo o un approccio simile a quello di Duluth. Nel caso europeo è sempre vero che si assiste all'applicazione di varietà di approcci, a volte combinando elementi di approcci diversi (Canales, Geldschläger, Nax e Ponce, 2015).

Quello da cui nessun programma può prescindere sono i principi guida fondamentali nel trattamento degli autori di reato, tra cui:

- 1) la sicurezza delle donne e dei bambini vittime di violenza maschile;
- 2) la violenza è una responsabilità dell'autore del reato e i PPS devono sfidare gli autori ad assumersi la responsabilità dei loro comportamenti abusivi;
- 3) attenzione alla sensibilità di genere;
- 4) la cooperazione multi-agenzia per un lavoro efficace (legami con altre organizzazioni non governative che lavorano con i sopravvissuti alla violenza e i responsabili, con i fornitori di servizi sanitari, i servizi di libertà vigilata, la polizia e altre autorità locali contribuiscono a sviluppare un ambiente migliore per affrontare la questione);
- 5) Tolleranza zero alla VAW, violenza contro le donne.

Tra gli altri principi guida vi sono anche:

- lotta contro la violenza di qualsiasi tipo (non solo quella degli uomini contro le donne);
- ridurre al minimo gli effetti negativi della guerra e costruire la pace;
- la neutralità dei consiglieri;
- rispetto reciproco;
- approccio incentrato sul cliente, con particolare attenzione alle esigenze e ai diritti individuali del cliente;
- di partenariato tra donne e uomini nell'affrontare il MVAW;
- non discriminazione e rispetto reciproco tra consulente e cliente;
- standard minimi per i programmi rivolti agli autori dei reati;
- approccio integrato con consulenza, advocacy e processi decisionali a portata di mano per i sopravvissuti alla violenza;
- approccio psicoterapeutico;
- prevenzione del DV, domestic violence.

Affinché si verifichi un trattamento per reati sessuali, è necessaria la collaborazione degli operatori del trattamento con il sistema giudiziario. Nei Paesi europei i sistemi giudiziari sono spesso limitati nel loro atteggiamento nei confronti del trattamento in concomitanza con le pene detentive. L'unica eccezione si verifica nei Paesi dell'Europa nord-occidentale, e ciò nasce dalla preoccupazione per le giovani vittime e le loro famiglie. Tuttavia, le cose stanno gradualmente cambiando in una direzione positiva nei paesi dell'Europa sud-occidentale.

- **Perpetrators Evaluation Toolkit (D 4.2)**

CONSCIOUS ha creato un toolkit composto da questionari progettati e destinati ad essere utilizzati sia con gli uomini che hanno aderito ad un programma che con le donne i cui (ex) partner stanno partecipando a un programma per aiutarli a porre fine alla violenza domestica e agli abusi.

Gli strumenti principali sono tre questionari:

1- Questionario relativo al contenuto e al contesto del programma, fornisce informazioni sul contesto del programma su questioni quali il numero di uomini a cui si fa riferimento, chi vi ha partecipato e chi ha completato il programma, il numero di partner contattato e aiutato; numero di sessioni effettuate e altre caratteristiche del programma.

2- Questionario sull'impatto dell'utente e (ex) partner (questionari separati per l'uomo e la (ex) partner), questo questionario raccoglie informazioni sull'impatto dell'intervento sul comportamento abusivo degli uomini e sulla sicurezza delle donne. I programmi cercano di trovare modi appropriati, sicuri ed etici per

entrare in contatto con partner ed ex partner rilevanti in ogni caso al fine di valutare la loro sicurezza ed il loro bisogno di sostegno e protezione

3 – Tracciamento degli utenti e delle (ex) partner, questo questionario aiuta i programmi a mantenere traccia degli utenti e delle (ex) partner che hanno risposto al questionario precedente.

Il questionario è somministrato in 5 momenti diversi del programma di trattamento, sia per l'autore di reato che per la (ex) partner, così suddivisi:

T0 Utente/Partner – Scheda di auto-valutazione all'inizio dell'intervento (primo contatto)

T1 Utente/Partner – Scheda di auto-valutazione all'inizio dell'intervento

T2 Utente/Partner – Scheda di auto-valutazione a metà dell'intervento

T3 Utente/Partner – Scheda di auto-valutazione finale dell'intervento

T4 Utente/Partner – Scheda di auto-valutazione a 6 mesi dopo aver terminato il programma.

Idealmente, un programma è alla ricerca della riduzione della frequenza, della severità e dei tipi di violenza/abuso fisica ed emotiva, dell'aumento della sicurezza dell'(ex) partner e la sua impressione generale di eventuali cambiamenti, della riduzione dei sentimenti di paura da parte degli (ex) partner e dei minori; di un miglioramento da parte di (ex) partner sulla sua genitorialità e sulla sua capacità di co-genitorialità.

La prima versione di Impact Toolkit è stata consegnata e valutata dagli Operatori delle ASL coinvolte nel programma di trattamento. Dopo di che è stata organizzata una sessione di webinar per chiarire come utilizzare il toolkit. Successivamente, la versione in italiano dell'Impact Toolkit è stata considerata appropriata e adatta ad essere utilizzata per i perpetratori che hanno effettuato il trattamento da cittadini liberi (GATIV e TCI). Per gli autori in carcere è stato deciso che sarebbe stato necessario un ulteriore processo di adattamento. Pertanto, è stato condotto un test pilota per individuare le domande dell'Impact Toolkit che non erano rilevanti per il contesto penitenziario. I risultati dei test hanno mostrato che la maggior parte delle domande dell'Impact Toolkit sono adatte anche all'ambiente carcerario.

Il Toolkit si è rivelato essere un ottimo strumento per la valutazione del rischio recidiva, uno strumento agile, pensato in inglese per la sua più ampia diffusione, e che risulta applicabile all'interno dei contesti regionali, nazionali ed europei.

Nonostante in alcune aree l'implementazione pratica possa considerarsi meno coerente che in altre la trasferibilità è innegabile. Occorre qui precisare che il Toolkit all'interno dei contesti penitenziari, e le sue somministrazioni nel tempo, appaiono di più facile praticabilità in quei contesti nazionali in cui la sanità ha committenza statale, come in Francia, Regno Unito, Grecia e Italia.

La formazione degli operatori (psichiatri, psicologi, operatori etc.) così come l'indipendenza degli stessi dall'amministrazione penitenziaria risulta un elemento di estrema importanza nel trattamento degli autori di reato. La committenza dei servizi sanitari nelle mani del Ministero della Salute facilita peraltro i

contatti con i servizi territoriali esterni. Nell'ottica del fine pena, agganciare il soggetto sul territorio una volta uscito dalla detenzione sembra prioritario in vista del contenimento della recidiva.

Un altro dato essenziale per l'applicabilità e la trasferibilità del Toolkit di CONSCIOUS riguarda il trattamento. Emerge infatti come le migliori progettualità avvengano non solo in quegli contesti penitenziari definiti ad alta vocazione trattamentale (come nel caso francese, inglese e tedesco, per esempio) dove vengono svolte diverse attività culturali, ricreative e formative ma dove anche gli operatori penitenziari sembrano collaborare attivamente alla buona riuscita delle stesse.

- **Report of the Model Impact Assessment on economy and society (D 4.1)**

Attraverso tale report è stato definito che nel caso del progetto CONSCIOUS, i percorsi di affiancamento delle persone transitate dal progetto si avvalgono del fatto che si tratta di soggetti in contatto con i servizi, per i quali la fase di analisi del reingresso in società potrebbe affiancare l'accompagnamento realizzato dagli operatori. L'analisi di tali percorsi viene pertanto effettuata nell'ambito delle supervisioni continuative ed esiterà in uno specifico report, condiviso tra terapeuti e supervisori.

L'utilizzo di tali strumenti valutativi non deve essere inteso nell'ottica di una completa valutazione dei percorsi di intervento su soggetti autori di reati in ambito familiare. Da questo punto di vista, il numero di soggetti coinvolti e le caratteristiche peculiari del reato commesso e degli interventi realizzati rendono particolarmente auspicabile un processo valutativo che si orienti sull'analisi dei percorsi individuali, piuttosto che sulla mera analisi statistica della recidiva. Attraverso tale forma di monitoraggio, inoltre, sarà possibile valutare sul lungo periodo l'opportunità di interventi di prevenzione in grado di evitare la commissione di nuovi reati.

L'approccio ai costi divide l'analisi in due momenti: un tempo t_0 in cui si stima il tasso medio di recidiva considerato standard in letteratura e più specificatamente nel territorio di riferimento come tasso medio in assenza di trattamento CONSCIOUS (stimando il numero standard di vittime da recidiva atteso e stimandolo a fronte di ipotesi in letteratura, ricerca, esperienze precedenti) ed il tasso di recidiva atteso post trattamento CONSCIOUS. In un secondo tempo, tempo t_1 (5 anni) occorre invece verificare il tasso di recidiva osservato sul gruppo trattato con intervento CONSCIOUS e verificare lo scostamento tra tasso atteso e tasso osservato.

Conclusioni

Alla luce dell'analisi normativa, delle *best practices* esaminate, dei contesti penitenziari europei e della trasferibilità di alcuni strumenti sin qui condotta, è possibile concludere che il modello CONSCIOUS offre ottime possibilità nel trattamento dei perpetratori. Inoltre, fornisce al grande pubblico informazioni accurate sugli autori di reati sessuali, sana la rottura avvenuta con la comunità e dispiega i suoi effetti nel contenimento del rischio di recidiva.

Il modello CONSCIOUS rappresenta un valido strumento di supporto per le decisioni dei *policy makers* regionali e nazionali e ciò viene evidenziato dal vantaggio di utilizzare valutazioni di fattibilità al fine di orientare le scelte decisionali per la riduzione della recidiva dei *sex offender*.

Dato l'attuale panorama legislativo nazionale ed europeo, appaiono pochi gli ostacoli pratici allo sviluppo di una trasferibilità dell'efficacia dell'approccio utilizzato da CONSCIOUS, il modello ha il potenziale per fornire uno strumento aggiuntivo con cui garantire la sicurezza pubblica dando un valido contributo ai metodi consolidati per il trattamento degli autori di reati sessuali e limitarne la recidiva.

Ai fini di una funzionale trasferibilità del modello CONSCIOUS in altri contesti nazionali a livello europeo è indispensabile muovere dai principi guida fondamentali nel trattamento degli autori di reato. Affinché l'obiettivo dell'azione amministrativa - e penitenziaria - possa essere quello di partecipare alla costruzione di una rete di sostegno con la presa in carico dei soggetti vulnerabili per individuare il migliore percorso riabilitativo e terapeutico per gli stessi, questi elementi possono sintetizzarsi nel:

- Trattamento individuale e di gruppo basato sulla terapia cognitivo-comportamentale;
- Coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare;
- Committenza della sanità nazionale;
- Creazione di azioni globali e di un'area intersistemica che veda l'impegno congiunto tra istituzioni;
- Utilizzo degli strumenti creati da CONSCIOUS, poc'anzi descritti, nello specifico delle **CONSCIOUS**

Guidelines (D 4.5)

La sinergia deve avvenire a tutti i livelli, non solo quello trattamentale ma anche e soprattutto a livello legislativo, giudiziario e penitenziario (Cuzzocrea, Lepri, 2010).

Per raggiungere l'obiettivo generale, sono state realizzate nel modello CONSCIOUS azioni volte a dare continuità al programma di trattamento già avviato con i *sexual offenders* all'interno del contesto penitenziario, volte ad incidere sull'assunzione di responsabilità dei detenuti, oltre che a fornire strumenti di lettura delle conseguenze dei propri comportamenti sulle vittime, individuando strategie relazioni non abusanti. CONSCIOUS ha dato poi continuità ai percorsi fuori dal carcere consolidando la rete dei Servizi territoriali. È fondamentale prevedere che il sistema penitenziario operi in stretta correlazione con gli altri attori coinvolti: istituzioni e servizi territoriali, al fine di costruire un sistema del welfare unico che garantisca la continuità sia in ingresso che in uscita dal carcere, sia in chiave preventiva che ex-post.

L'obiettivo non è esclusivamente quello di migliorare la qualità del trattamento intramurario o esterno, quanto quello di costruire un sistema del welfare che si rivolga globalmente ai soggetti vulnerabili,

compresi i soggetti in esecuzione penale. Nel caso del progetto CONSCIOUS, i percorsi di affiancamento delle persone transitate dal progetto sfruttano il fatto che si tratta di soggetti in contatto con i servizi, per i quali la fase di analisi del reingresso in società affianca l'accompagnamento realizzato dagli operatori.

Occorre analizzare quanta parte del disagio provenga dalla vita precedente alla carcerazione e verificare quanto invece sia una reazione adattiva all'ambiente carcerario (Clemmer, 1997; Goffman, 2001) che è di per sé un fattore patogeno o quantomeno una cassa di risonanza dei disturbi anteriori alla detenzione e contenitore dell'eccedenza (De Giorgi, 2002), di tutti quei soggetti che vivono già in contesti sociali caratterizzati da forte povertà, marginalità sociale ed esclusione lavorativa e per i quali il contesto penitenziario rappresenta anche un primo accesso e contatto con i servizi sanitari, in prima istanza, e con i servizi territoriali in seconda battuta.

A tal fine è stata buona prassi quella di statuire protocolli operativi tra i vari soggetti coinvolti nel trattamento intra ed extra murario, operando in sinergia con le istituzioni e i servizi territoriali anche al fine di preparare la successiva presa in carico una volta conclusasi la detenzione.

CONSCIOUS ed i suoi strumenti per i soggetti in stato di libertà (GATIV e TCI) dimostrano come la riduzione della recidiva consenta di ridurre i costi generali relativi alle vittime di violenza, ma non solo. I costi della prevenzione sono infatti nettamente minori rispetto a quelli del trattamento ex post a riprova del fatto che maggiori investimenti nella prevenzione producono risultati più duraturi ed efficaci non solo a livello individuale ma anche per l'intera società e i servizi pubblici coinvolti.

Esiste la necessità e l'urgenza di strutturare interventi di carattere culturale come CONSCIOUS come premessa indispensabile all'implementazione di attività di prevenzione e sensibilizzazione sui reati di violenza. È infatti solo attuando delle azioni globali e sistemiche a più ampio spettro che si può pensare di contrastare quel rischio di recidiva specifica, sebbene sull'entità di tale rischio non sembra esserci ancora univocità di vedute alla luce delle indagini effettuate (Carabellese et al., 2012).

Muovendo dal livello normativo e passando dall'investimento di risorse per la ricerca, dalla formazione degli operatori coinvolti nel trattamento, dall'erogazione dei finanziamenti per evitare una diffusione a singhiozzo dei progetti terapeutici si può iniziare a ragionare in termini di reale protezione della società e prevenzione dei reati di violenza, abuso e sfruttamento sessuali. (Patrizi, 2019). È volontà diffusa ed espressa a più livelli (sociale, culturale, delle politiche governative) quella di procedere nella direzione di un trattamento specifico degli autori di reati sessuali, con il fine ultimo di poter tutelare il loro diritto alla salute, e cioè il diritto a possedere una vita sessuale e comportamentale più adeguata, nel rispetto delle imprescindibili esigenze giuspenalistiche e di sicurezza sociale della comunità (Carabellese et al., 2012)

Bibliografia:

AA.VV. (1999), Wolf. Progetto di ricerca e scambio transnazionale sul trattamento degli autori di reati di sfruttamento sessuale di minori e sui bisogni di formazione degli operatori addetti al loro trattamento, Ministero della Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, Ufficio centrale della Formazione e Aggiornamento del personale, Atti Seminario Transnazionale, Roma, 10-12 marzo 1999.

Bonta J., Blais J. and Wilson, H.A. (2014), "A theoretically informed meta-analysis for the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders", *Aggression and Violent Behavior*, Vol. 19 No. 3, pp. 278-87.

Canales O.G., Geldschläger H., Nax D., Ponce A. (2015), European perpetrator programmes: A survey on day-to-day outcome measurement, in *Studia Humanistyczne Agh*, Tom 14/2, pp.33-52.

Carabellese F., Rocca G., Candelli C., La Tegola D., Birkhoff J.M. (2012), La gestione degli autori di reati sessuali tra psicopatologia e rischio di recidiva. Prospettive trattamentali, in *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2/2012, pp. 70-83.

Clarke J. (2011) Working with sex offenders: Best practice in enhancing practitioner resilience, in *Journal of Sexual Aggression*, 17:3, pp. 335-355.

Clemmer D. (1997), La comunità carceraria, in Santoro E., a cura di, *Carcere e società liberale*, Giappichelli Editore, Torino.

Cosyns P (1999) Treatment of sexual abusers in Belgium, in *Journal of Interpersonal Violence* 14(4): 396–410.

Coyle A. (2004), *Prison Health and Public Health. The integration of Prison Health Services*, International Centre for Prison Studies, London.

Cuzzocrea V., Lepri G.L. (2010), "Il trattamento dell'autore di reati sessuali: miti e contraddizioni", in A.L. Fagnoli (a cura di), *La violenza. Le responsabilità di Caino e le connivenze di Abele*, Alpes, Roma.

De Giorgi A. (2002), *Il governo dell'eccedenza, Post-fordismo e controllo della moltitudine*, OmbreCorte, Verona.

De Leo G., Cuzzocrea V., Di Tullio D'Elisiis S., Lepri G.L. (2001), "L'abuso sessuale sui minori", in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, n. 1-3, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma.

Douglas K.S., Guy, L.S. and Hart, S.D. (2009), "Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis", *Psychological Bulletin*, Vol. 135 No. 5, pp. 679-706.

Farrenkopf, T. (1992). What happens to facilitators who work with sex offenders, in *Journal of Offender Rehabilitation*, 16, pp. 217-223.

Frenken J, Gijs L and Van Beek D (1999) Sexual offender research and treatment in the Netherlands. *Journal of Interpersonal Violence* 14(4): 347–371.

Frenza A., Peroni C., Poli M. (2017), Protetti da chi? Posizionamento, genere e vulnerabilità nel lavoro trattamentale con i sex offenders in carcere, in *Antigone – Semestrale di critica del Sistema penale e penitenziario*, XII, 2, monografico.

Goffman E. (2001-1968), *Asylums. Le istituzioni totali. I meccanismi dell'esclusione e della violenza*. Einaudi, Torino.

Guidry L.L. and Saleh, F.M. (2004), "Clinical considerations of paraphilic sex offenders with comorbid psychiatric conditions", in *Sexual Addiction & Compulsivity*, Vol. 11 No. 1, pp. 21-34.

Haggård, et al. (2017). "Effectiveness of the IDAP treatment program for male perpetrators of intimate partner violence: A controlled study of criminal recidivism", in *Journal of Interpersonal Violence*, 32(7), 1027–1043.

Hatcher, R., Noakes, S. (2010). Working with sex offenders: the impact on Australian treatment providers. In *Psychology Crime and Law*, 16, pp. 145-167.

Hayton P., Gatherer A., Fraser A. (2010), Patient or prisoner: does it matter which Government Ministry is responsible for the health of prisoners?, Copenhagen.

Kickbusch I., Behrendt T. (2013), *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen*, World Health Organisation.

Libianchi S. (2008), La medicina penitenziaria e la riforma della tutela della salute in carcere: il D.P.C.M. 1 aprile 2008, in "Antigone", 1, pp. 115-140.

McCartan K., Kemshall H. and Tabachnick J. (2015), The construction of community understandings of sexual violence: Rethinking public, practitioner and policy discourses. *Journal of Sexual Aggression* 21(1): 100–116.

Napolitano A. (2012), I sex offender: gestione e rieducazione negli istituti penitenziari. Un lungo cammino verso il progetto Bollate, in *Quaderni ISSP*, n. 10, pp. 75-84.

Patrizi P. (2005), La patologia della reclusione, in Concato G. e Rigione S., a cura di, *Per non morire di carcere*, Franco Angeli, Milano, pp. 244-263.

Patrizi P., De Gregorio E., Cuzzocrea V., Zechini A., Vagni M. (2010), "Nuove forme di prevenzione e trattamento delle devianze", in Gulotta G., Curci A., a cura di, *Mente, società e diritto*, Giuffrè, Milano.

Patrizi P. (2019), *La giustizia riparativa. Psicologia e diritto per il benessere di persone e comunità*. Roma: Carocci.

Pérez R. M., Martínez, G. M. (2009). Evaluación de programas formativos aplicados desde la ejecución penal en la comunidad en delitos de violencia de género. <http://www.ub.edu/geav/wp-content/uploads/2017/06/Mart%C3%ADnez-y-P%C3%A9rez-2009.-EVALUACI%C3%93N-PROGRAMAS-VIGE.pdf>

Pfäfflin F. (1999) Issues, incidence, and treatment of sexual offenders in Germany, in *Journal of Interpersonal Violence* 14(4): 372–395.

Reid H., Dorr M.D., Walker J. e Bonner J.M. (1986), *Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes*, Norton, New York.

Ronco D. (2018), *Cura sotto controllo. Il diritto alla salute in carcere*. Carocci, Roma.

Santorso S. (2018), Un carcere fatto a circuiti: tra definizione formale e pratiche, in "Antigone, XIV Rapporto di Antigone sulle condizioni di detenzione".

Sarzotti C. (1999), Codice paterno e codice materno nella cultura giuridica degli operatori penitenziari, in Favretto A.R., Sarzotti C., a cura di, Le carceri dell'AIDS: un'indagine su tre realtà italiane, L'Harmattan Italia, Torino.

Tewksbury R. (2012), Stigmatization of sex offenders, in "Deviant Behavior", 33:8, pp. 606-623.

Torrente G. (2018), Le regole della galera. Pratiche penitenziarie, educatori e processi di criminalizzazione, L'Harmattan Italia, Torino.

Torrente G. (2019), Il sistema dell'esecuzione delle pene e il nuovo protagonismo del carcere, in Diritto Penale Uomo. https://dirittopenaleuomo.org/contributi_dpu/il-sistema-dellesecuzione-delle-pene-e-il-nuovo-protagonismo-del-carcere/

Walton J., Ramsay L., Cunningham C. e Henfrey S.(2017), New directions: integrating a biopsychosocial approach in the design and delivery of programs for high risk services users in Her Majesty's Prison and Probation Service. <file:///C:/Users/Perla/Downloads/WaltonRamsayCunninghamandHenfrey2017.pdf>

Weiss P. (1999) Assessment and treatment of sex offenders in the Czech Republic and in Eastern Europe, in Journal of Interpersonal Violence 14(4): 411–421.

WHO (2013), Good governance for prison health in the 21st century. A policy brief on the organization of prison health, available at: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/231506/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf?ua=1

The research leading to these publication has received funding from the Rights, Equality and Citizenship Programme of the European Union (2014-2020) under the agreement n. 810588

This publication reflects only the author's view and the European Commission is not responsible for any use that may be made of the information it contains.