

Riduzione del Rischio di Recidiva per Autori di Reati Sessuali. Trattamento ed Efficacia

Paltrinieri, M., Garombo, M., F., Contarino, A., Bordino, F., Gamalero, S., Urso, L., Rosso, C.
S.I.S.P.Se o.n.l.u.s (Società Italiana di Sessuologia Clinica e Psicopatologia Sessuale)

Introduzione

I crimini sessuali, contro bambini, donne e uomini, sono una violazione primaria dei diritti umani. Colpiscono non solo il corpo, ma anche la dignità, la libertà e il principio di autodeterminazione delle persone che ne sono vittime. È fondamentale in un'ottica riparativa prendere in carico in un processo di cura e superamento del trauma tutti coloro i quali vedono violate la propria intimità. Tuttavia, prendere in carico solo le vittime non è un intervento sufficiente per fermare questo genere di reati. È, infatti, imprescindibile lavorare anche sugli autori di reato mantenendo un'ottica alla prevenzione terziaria, poiché il rischio di recidiva è una realtà che va tenuta in considerazione. Inoltre, la letteratura scientifica mostra come questa tipologia di reati abbiamo un tasso di recidiva più alto rispetto ad altri reati violenti. Questo è dovuto da diversi fattori di personalità, sui quali è possibile intervenire tramite interventi psicoterapeutici. La pena carceraria non è uno strumento sufficiente per fermare la ri-commissione di reato.

La nostra società scientifica opera da circa 10 anni all'interno dei contesti detentivi attuando trattamenti scientificamente validati per la riduzione del rischio di recidiva degli autori di reati sessuali. Questo lavoro vuole presentare la tipologia di intervento che svolge la nostra società scientifica e mostrare alcuni dei risultati che è stato possibile rilevare grazie all'utilizzo del SOTIPS, uno strumento di origine canadese, nazione all'avanguardia nella gestione del rischio di recidiva.

Trattamento

Dal 2010, presso la casa circondariale di Vercelli conduciamo il percorso di riduzione del rischio di recidiva per autori di reati sessuali. L'intervento si struttura come un trattamento di Gruppo, al quale possono partecipare volontariamente tutti i detenuti che ne fanno richiesta.

È strutturato sulla base dei più moderni approcci utilizzati in questo ambito che sono:

- Il modello CBT (cognitivo comportamentale);
- Il modello RNR (rischio, necessità, responsività; Andrews, Bonta, & Hoge, 1990);
- Il modello GLF (Good Life Model; Ward & Brown, 2004).

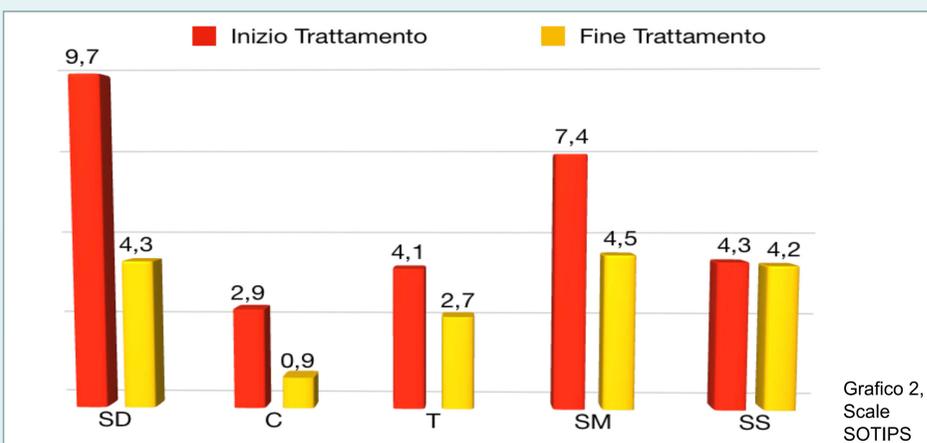
Sulla base di questi approcci che la letteratura internazionale ritiene essere quelli che riscontrano il maggior successo terapeutico, il nostro trattamento è strutturato su diversi livelli:

- Primo livello di intervento: lavoro di gruppo finalizzato all'analisi e comprensione delle dinamiche che hanno portato alla commissione di reato. Si analizzano i fattori che hanno avuto un'incidenza maggiore e si lavora affinché si modifichino i fattori di rischio che hanno avuto un peso specifico nell'azione d'abuso. È condotto da una coppia di psicoterapeuti formati in modo specifico su questi temi.
- Secondo livello: si lavora sulla nuova identità sociale che si vuole sviluppare dopo la detenzione, focalizzandosi sui fattori di rischio e sui fattori protettivi, incentivando lo sviluppo e la ricerca di questi ultimi.
- Terzo livello: il lavoro di Gruppo continua con un setting temporale più dilatato. In questo spazio che si protrae fino alla fine della detenzione i partecipanti possono analizzare esperienze avute all'interno o all'esterno del carcere e riflettere sulle modalità che sono state integrate grazie al lavoro svolto nei gruppi di trattamento ma anche individuare le aree che necessitano ancora di essere sviluppate. Il Gruppo diventa una risorsa per confrontarsi e riconoscersi.

Ogni Gruppo di trattamento inizia con un accurato assessment psicodiagnostico volto a indagare i fattori di rischio dinamici sui quali si lavorerà nelle diverse fasi.

Grazie a questo lavoro di assessment è anche possibile analizzare e valutare l'efficacia dell'intervento. Infatti, alla fine del secondo livello di trattamento viene effettuata una seconda valutazione per osservare quali risultati sono stati ottenuti e quali necessitano ancora di lavoro.

Ogni detenuto permane nel livello di trattamento finché non ha raggiunto un livello di consapevolezza e cambiamento idoneo per il passaggio alla fase successiva.



Risultati (Prosegue)

Oltre al Livello di rischio totale, analizzando le scale del SOTIPS è stato possibile individuare quali aree di trattamento sono state maggiormente affrontate e quali meno.

Come mostra il grafico 2, le aree sulle quali si è ottenuto il maggior miglioramento sono quelle del pensiero criminale (C) e della regolazione del desiderio e delle fantasie sessuali (SD).

Il trattamento risulta anche efficace nelle sfere dell'adesione e cooperazione al trattamento (T) e dell'autoregolazione emotiva e comportamentale (SM).

La scala che valuta il supporto e la rete sociale (SS) è rimasta pressoché invariata poiché il nostro contesto legislativo non permette la valutazione delle risorse esterne e, per tale ragione, la nostra équipe non può effettuare una seconda valutazione differente dalla prima. La leggera differenza che si osserva è data da un singolo caso nel quale è stato effettuato un affidamento esterno e si è potuto osservare la nuova rete sociale.

References:

- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., & Lasher, M. P. (2013). Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale (SOTIPS) Manual. Middlebury, VT: Author.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.

Valutazione del Trattamento

La fase di valutazione permette di fare considerazioni non solo sui risultati ottenuti coi singoli individui ma anche sull'intero trattamento. I risultati che verranno descritti sono stati raccolti in modo sistematico utilizzando il SOTIPS (The Sexual Offender Treatment Intervention and Progress Scale; McGrath, Cumming & Lasher, 2013) uno strumento di origine Canadese per la valutazione dei fattori dinamici e dei target di trattamento. Lo strumento viene compilato dai terapeuti coinvolti nel programma all'inizio del percorso di trattamento e alla sua conclusione. Viene utilizzato in forma originale poiché non è presente una traduzione.

Il SOTIPS valuta il trattamento considerando 5 aree differenti:

- Devianza sessuale (SD, range punteggi 0-15)
- Criminalità (C, range punteggi 0-6)
- Trattamento (T, range punteggi 0-9)
- Self Control (SM, range punteggi 0-9)
- Stabilità sociale e Supporto esterno (SS, range punteggi 0-9)

La somma delle scale da un livello di rischio di recidiva generale che viene tradotto con 3 etichette: Basso (0-10 punti), Medio (11-22) e Alto (21-48).

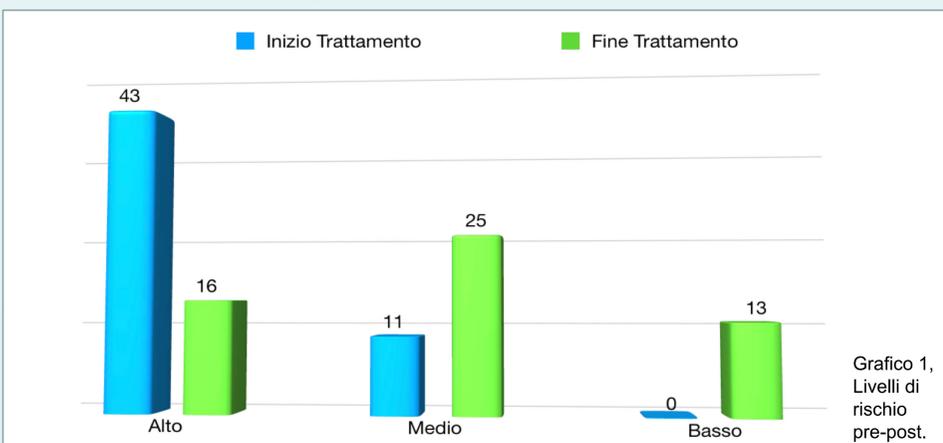
Risultati

Dal 2010 ad oggi sono stati presi in carico 64 detenuti. I dati riportati fanno riferimento a 54 di essi che hanno concluso il percorso di trattamento. L'età media dei soggetti trattati è di 48 anni con range che va da un min=26 ad un max=78 al momento della presa in carico. Il 78,1% del campione è di nazionalità italiana.

Come riporta il grafico 1, all'inizio del trattamento la maggior parte del campione risultava ad un livello di rischio di recidiva ALTO (81,1%, 43 soggetti) e il restante a rischio MEDIO (18,9%, 11 soggetti). È importante notare che nessun detenuto alla prima valutazione è risultato a rischio BASSO.

I dati della valutazione post trattamento mostrano che la maggior parte del campione si sposta su un rischio MEDIO (25 soggetti, 46,3%) e 13 soggetti raggiungono un rischio BASSO (24% del campione).

Tuttavia, 16 detenuti (29,6% dei soggetti trattati) rimangono ad un rischio di recidiva elevato. Analizzando i valori ottenuti del gruppo "ALTO" pre e post trattamento si è potuto riscontrare una diminuzione del punteggio medio (31,6 Inizio trattamento, 29,2 Fine trattamento) indice di una leggera diminuzione del rischio di recidiva.



Conclusioni

Grazie al SOTIPS è stato possibile valutare una parte dell'efficacia dell'intervento svolto con autori di reati sessuali. I dati mostrano che il trattamento agisce in maniera positiva su tutti i detenuti, agendo in modo singolare su ognuno di essi.

In particolare, il trattamento risulta particolarmente efficace su diversi fattori criminogenici: riconoscimento e rielaborazione del reato; distorsioni cognitive criminali e sessuali; riconoscimento e gestione delle proprie emozioni positive e negative e le condotte ad esse associate; migliora le capacità relazionali, di problem solving e di coping. Inoltre, i livelli di rischio di ogni soggetto preso in carico risulta diminuire dopo il trattamento. Questo è sicuramente l'indice più importante che permette di confermare l'efficacia del trattamento.

I dati presentati mettono però anche in evidenza la **necessità di avviare dei processi di presa in carico anche dopo il periodo di detenzione**. Questo poiché la maggior parte dei detenuti rimane a rischio di recidiva MEDIO e ALTO, livelli che potrebbero essere diminuiti se si potesse continuare il lavoro di trattamento anche successivamente al periodo detentivo.

Infine è importante sottolineare un grosso limite delle nostre osservazioni. Attualmente in Italia non esistono studi longitudinali sul rischio di recidiva per cui non è certo che i livelli di rischio da noi riscontrati siano in linea con i dati reali. Per tale ragione la nostra società scientifica sta lavorando con il provveditorato di Torino, Valle d'Aosta e Liguria per la realizzazione del primo studio di questa natura.