

MISURA DELL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO IN UN CAMPIONE DI AUTORI DI REATI SESSUALI

CARLO ROSSO* - MAURA GAROMBO* -
ANTONELLA CONTARINO* - SONIA GAMALERO* -
VALERIA CLIMACO** - STELLA BRUGNETTA* - MARTINA ORENGO*

SOMMARIO: 1. Introduzione. – 2. Contesto del trattamento. – 3. Descrizione tipo di trattamento. – 4. Dati. – 5. Risultati trattamento. – Conclusioni. – Limiti della ricerca.

***Abstract** – il presente lavoro intende fornire alcune riflessioni sull'efficacia di un intervento strutturato di trattamento con soggetti detenuti per reati sessuali, presso la Casa circondariale di Vercelli, attraverso uno strumento che valuta l'efficacia del trattamento ed il livello di consapevolezza del reato (Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale - SOTIPS). Il campione esaminato, se pur di limitata entità, ribadisce l'importanza di effettuare un trattamento intramurario per gli aggressori sessuali e conferma l'efficacia dell'intervento, in particolare su specifici indicatori criminogeni tra cui: riconoscimento del reato, distorsioni cognitive, interessi sessuali devianti, capacità socio-relazionali.*

1. Introduzione.

Sebbene il fenomeno della violenza sessuale sia in diminuzione, come riportato dal rapporto Istat 2014, pubblicato il 5 giugno 2015, il problema è ben lontano dall'essere risolto. Il rapporto

* S.I.S.P.Se O.n.l.u.s. Società Italiana Sessuologia Clinica e Psicopatologia Sessuale.

** Casa circondariale di Vercelli.

Istat stima in 6 milioni 788 mila il numero delle donne, in età compresa tra i 16 e i 70 anni, che hanno subito nel corso della propria vita una qualche forma di violenza fisica o sessuale (Istat, 2015).

La stima è calcolata su un campionamento casuale di 25.000 donne, intervistate telefonicamente a seguito di selezione attraverso indirizzi telefonici (Istat, 2015. Nota metodologica). Tale indagine, condotta a partire dal 2006, ha anche rilevato una riduzione dal 2,8% al 2% degli abusi sessuali commessi dal proprio o ex partner e dal 6,8% al 4,8% di abusi sessuali agiti da soggetti sconosciuti. In Italia, si stima che 652 mila siano le donne che hanno subito stupri e 746 mila le vittime di tentati stupri (dati Istat, 2014).

A questi dati occorre aggiungere due considerazioni importanti: la prima riguarda la multi-vittimizzazione, ossia il fatto che molte donne sono abusate più volte nell'arco della loro vita. Sempre secondo l'Istat, la percentuale di vittime che ha subito più di una violenza sessuale raggiunge il 78,7%. Quando l'autore della violenza sessuale è il partner, nel 64,5% dei casi questa è stata ripetuta più volte, negli ultimi 12 mesi; mentre quando l'autore non è il partner la maggior parte delle violenze, soprattutto quelle fisiche, si verifica una volta sola.

Inoltre i dati a disposizione che riguardano gli abusi sessuali in danno di minori che, al loro interno includono anche i fenomeni di pedofilia: in Italia, secondo l'Istat, nel 2010 sono 574 atti sessuali con minorenni, segnalati dalle Forze di polizia all'autorità giudiziaria (Istat, 2014).

La seconda considerazione riguarda l'elevato numero del sommerso che, nel caso della violenza sessuale, è verosimilmente molto alto, nonostante l'impatto mediatico e le maggiori conoscenze del fenomeno nell'ultimo decennio.

L'opera di sensibilizzazione attivatasi negli ultimi anni ha favorito un incremento delle denunce, consentendo ad un maggior numero di vittime l'accesso a supporti di natura terapeutica e sociale. Questo innegabile miglioramento non incide però in modo significativo nel proteggere la collettività dal rischio di recidiva delle violenze sessuali, per la quale occorrono interventi mirati sugli autori di reati sessuali e non. Questi ultimi - gli autori di reati non sessuali - infatti, presentano un rischio maggiore di commettere reati di natura sessuale rispetto ai campioni normativi.

Nonostante l'adesione del nostro Paese alla Convenzione di Istanbul del 2011, in cui si raccomanda la predisposizione di misure legislative e ogni altra iniziativa che supporti la strutturazione di programmi di trattamento rivolti agli autori di violenze sessuali, allo stato attuale non esiste una normativa italiana che preveda interventi specifici e strutturati.

Nelle meta-analisi internazionali che hanno indagato l'efficacia dei più recenti programmi di trattamento, la percentuale media di recidiva dei soggetti trattati è stata del 9,9%, un valore sensibilmente più basso della percentuale media di recidiva nei soggetti non trattati, che è stata del 17,4% (HANSON, 2002).

Partendo da questi dati e dalle esperienze internazionali, la S.I.S.P.Se Onlus (Società Italiana di Sessuologia Clinica e e Psicopatologia Sessuale) ha formulato un programma articolato d'intervento indirizzato agli autori di reati sessuali che è stato favorevolmente accolto dal Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria del Piemonte e della Valle d'Aosta ed è stato realizzato presso la Casa circondariale di Vercelli a partire dal 2009, grazie al finanziamento della Regione Piemonte, attraverso il bando per la *Concessione di contributi a sostegno di progetti ed iniziative nel settore del contrasto alla devianza e alla criminalità e a favore delle persone in esecuzione penale o a ex detenuti dell'area adulta* per un anno e, dal luglio 2011 a dicembre 2012 dalla Compagnia San Paolo di Torino. Da settembre 2014 a settembre 2015, l'attività è stata sostenuta da un finanziamento della Chiesa Valdese.

Il programma di trattamento ha subito alcune interruzioni poiché l'erogazione di fondi su progetti ha avuto una durata limitata nel tempo e pertanto non ha fornito e tuttora non fornisce garanzie di continuità.

In questa ricerca sono presentati i dati relativi al lavoro svolto, i risultati ottenuti, le criticità, nonché le nostre riflessioni e gli obiettivi a medio termine del nostro gruppo di lavoro.

2. Contesto del trattamento.

L'istituto penitenziario di Vercelli si compone di un padiglione maschile, di un padiglione femminile e di un reparto ove sono rinchiusi i detenuti semiliberi e ammessi all'art. 21 O.P. Queste due

ultime categorie di ristretti sono assoggettati ad un regime che prevede la possibilità di fruire di momenti extramurari per svolgere attività lavorative o comunque finalizzate al reinserimento sociale.

Il padiglione maschile consta di due circuiti detentivi:

- circuito ordinario, destinato agli autori di reati cosiddetti “comuni” (violazione legge stupefacenti, reati contro la persona ad eccezione della violenza sessuale, reati contro il patrimonio);
- circuito “a riprovazione sociale” per autori di reati a carattere sessuale, pertanto portatori di problemi di incolumità personale. L’obbligatoria separatezza dai detenuti afferenti al circuito “comune” si giustifica alla luce della tipologia di reato commesso, altamente denigrata dalla cultura carceraria predominante, e, pertanto, da tutelarsi da parte dell’Amministrazione penitenziaria, la quale ha l’obbligo di porre in atto ogni azione a tutela dell’incolumità fisica di ciascun soggetto in stato di espiazione penale.

In merito ai detenuti, imputati o condannati per reati sessuali, la presenza media si aggira intorno alle 50 unità, con una prevalenza di cittadini italiani, per buona parte residenti in territorio piemontese.

La Casa circondariale di Vercelli è uno dei tre istituti che, nell’ambito della regione Piemonte, ospitano detta tipologia di detenuti.

Per la realizzazione del programma di trattamento è stato individuato, all’interno della sezione, un locale ampio, luminoso, arredato di suppellettili idonee allo svolgimento dell’attività (tavolini, sedie, lavagna a fogli mobili), capace di accogliere gruppi di 10/12 soggetti, e un locale più piccolo da utilizzare per i colloqui individuali.

3. Descrizione tipo di trattamento.

Se pur i programmi di trattamento in Europa presentino marcate differenze e siano solo in parte confrontabili (FRENKEN, 1999; ROSSO, GAROMBO, OLIVA, FURLAN, PICCI, 2014), il riferimento teorico che più frequentemente informa i trattamenti e i programmi di prevenzione del rischio di recidiva è quello cognitivo-comportamentale (CBT). Questo modello d’intervento, attraverso l’analisi degli stati emotivi e

dei pensieri che sono alla base di disturbi psicopatologici che hanno determinato un comportamento d'abuso, o comunque, un comportamento a rischio, mira al riconoscimento degli schemi disfunzionali di ragionamento e di lettura della realtà, favorendo la sostituzione, integrazione e/o creazione di schemi funzionali che proteggono il soggetto da nuovi comportamenti d'abuso. (MARSHALL W.L., ANDERSON D., & FERNANDEZ Y., 1999; BECK J.S., 2011; MARSHALL W.L., & HOLLIN C., 2015). In molti programmi di trattamento sono previsti anche interventi di tipo individuale e farmacologico che fanno capo a diverse teorie psicologiche e, quelli farmacologici, alle conoscenze neuroscientifiche della psichiatria clinica e dell'endocrinologia.

In Italia, poco si conosce delle iniziative trattamentali effettuate in carcere, mirate ad uno specifico lavoro psicoterapeutico (GIULINI, 2011; ROSSO, GAROMBO, & FURLAN, 2010).

Il nostro programma è strutturato sul modello CBT e del *Good Lives Model*, (WARD T. & BROWN M., 2004), in base a quanto già sperimentato da molti anni in Nord America ed in Inghilterra (WILLIS G.M., WARD T., 2014) e un trattamento EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, SHAPIRO F., 2009) di gruppo, per l'elaborazione delle esperienze traumatiche (GAROMBO M.F., CONTARINO A., PALTRINIERI M., ROSSO C., 2015; LEVENSON J.S., 2014).

Il programma prevede una fase iniziale di *assessment* in cui si valutano, oltre agli eventuali disordini mentali di Asse I (disturbi dell'umore, d'ansia, disturbi del sonno, uso di sostanze, controllo degli impulsi, disturbi dissociativi, ecc.) e Asse II (disturbi di personalità e ritardo mentale) secondo la classificazione del DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2013), il rischio di recidiva e specifici indicatori utili a dimensionare le aree d'intervento che classicamente compongono i programmi destinati a questa tipologia di soggetti: distorsioni cognitive, diniego, riconoscimento e gestione degli stati emotivi, interessi sessuali devianti, capacità di problem-solving. Qualora necessario questa fase si completa con una valutazione psichiatrica.

Il programma si struttura in incontri di gruppo (8-10 persone) a cadenza settimanale per la durata di 6 ore con attività intensiva, diversificata e strutturata. Gli incontri sono raggruppati in blocchi di otto settimane (48 ore di trattamento). Il programma di trattamento base prevede la partecipazione a due blocchi di trattamento (96 ore) e successivamente il passaggio al gruppo prevenzione della recidiva (GPR). Questo secondo intervento è strutturato in 11 incontri settimanali della durata di 3 ore (33 ore).

I gruppi accolgono diverse tipologie di autori di reati sessuali: molestatore di bambini/pedofili, esibizionisti, stupratori con livelli differenti di ammissione rispetto al reato. La partecipazione al gruppo è su base volontaria e i detenuti interessati presentano formale richiesta alla Direzione e all'interno del gruppo firmano un contratto terapeutico.

I gruppi sono condotti da due operatori di differente sesso per fornire ai partecipanti uno specchio relazionale e ai conduttori stessi dare la possibilità di un monitoraggio reciproco contestuale agli interventi (Rosso et al., 2010).

4. Dati.

Nei tre periodi di attività, al programma di trattamento hanno aderito n. 34 detenuti.

Nella presente esposizione i dati sono stati aggregati sulla base del riconoscimento del reato: coloro che riconoscono il reato (n. 19 detenuti = 56%) e coloro che lo negano (n. 15 detenuti = 44%) (Fig. 1).

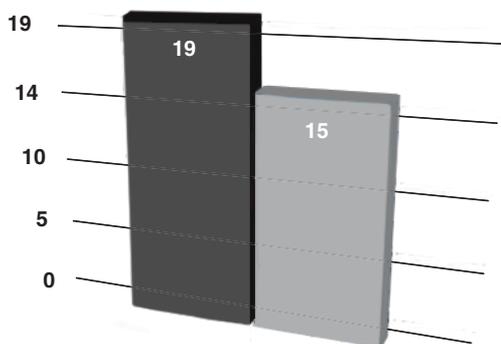


Fig. 1 - Composizione del campione in relazione al riconoscimento del reato.

L'età media del primo gruppo è 41,5 (range 29-68), mentre l'età media del secondo gruppo è 44,6 (range 25-72).

L'età maggiormente rappresentata è quella compresa tra i 42 e 53 anni.

Le variabili anagrafiche esaminate, oltre all'età sono: il livello di scolarità e la cittadinanza.

La scelta dell'utilizzo del numero di anni di scolarità, anziché il titolo di studio conseguito, è data dalla presenza nel gruppo di cittadini stranieri che hanno effettuato programmi scolastici articolati in modo differente da quello italiano. Sono 16 (47%) coloro che hanno conseguito 8 anni di scolarità e quindi terminato la scuola dell'obbligo, e 6 (18%) quelli che hanno conseguito una scolarità superiore.

Al programma hanno aderito essenzialmente cittadini italiani (88%), ma anche senegalesi, marocchini, albanesi purché con sufficienti competenze nella lingua italiana sia parlata, sia scritta (TABELLA 1).

TABELLA 1
Percentuali relative alla scolarità ed alla cittadinanza differenziate sulla base del riconoscimento del reato

	SCOLARITÀ									CITTADINANZA	
	5 anni	6 anni	7 anni	8 anni	9 anni	10 anni	11 anni	12 anni	13 anni	Italiana	Straniera
Detenuti che riconoscono il reato	10,5	5,3	5,3	42,1	5,3	10,5	5,3	21,0		89,5	10,5
Detenuti che non riconoscono il reato	13,3			60,0	6,7			13,3	6,7	86,7	13,3

Rispetto allo stato civile si registra una percentuale più elevata di soggetti coniugati tra coloro che riconoscono il reato (26%), rispetto a coloro che lo negano (20%). Inoltre la percentuale di separati-divorziati è molto differente nei due gruppi: 26% tra coloro che riconoscono il reato, contro una percentuale che sale al 40% tra coloro che non riconoscono il reato.

Relativamente alla variabile "presenza di supporto familiare" si osserva come il supporto della famiglia permanga a prescindere dal riconoscimento o meno del reato (TABELLA 2).

TABELLA 2
Percentuali relative allo stato civile ed alla presenza di supporto familiare differenziate sulla base del riconoscimento del reato

	STATO CIVILE				SUPPORTO FAMILIARE	
	Single	Coniugato/ Convivente	Divorziato/ Separato	Vedovo	Sì	No
Detenuti che riconoscono il reato	26	47	26		74	26
Detenuti che non riconoscono il reato	20	33	40	7	87	13

Mantenendo lo stesso tipo di divisione rispetto al riconoscimento del reato è stata valutata la durata media della pena e le differenti tipologie di reato sulla base di quanto descritto nelle relative sentenze. La durata media della pena è di 6 anni (range 2-10) nel gruppo di detenuti che riconoscono il reato e di 5,1 anni (range 1,1-8,8) nel gruppo di coloro che non lo riconoscono, con una durata media generale della pena di 5,6 anni.

Rispetto alla tipologia del reato, la violenza contro donne adulte risulta maggiormente riconosciuta rispetto ai reati in cui sono coinvolti minori, e questa tipologia di reato risulta essere più elevata tra coloro che negano la loro azione criminale.

È stata inoltre presa in esame la tipologia delle vittime rispetto alla familiarità con il proprio aggressore.

In linea con quanto emerso dai datai Istat e dalla letteratura a riguardo del tipo di reato, anche la familiarità risulta più elevata tra coloro che negano il reato. Pertanto il reato di violenza nei confronti di minori avviene più spesso in famiglia ed è più spesso negato, in quanto le difese messe in atto non ne consentono il riconoscimento (TABELLA 3).

TABELLA 3
Percentuali relative al tipo di vittima ed alla familiarità con la stessa differenziate sulla base del riconoscimento del reato

	TIPO DI VITTIMA		FAMILIARITÀ VITTIMA	
	Adulti	Bambini	Familiare	Non familiare
Detenuti che riconoscono il reato	58	42	37	63
Detenuti che non riconoscono il reato	47	54	60	40

Altre variabili prese in considerazione sono: il livello di rischio di recidiva, il consumo di sostanze.

Il livello di rischio di recidiva statico, ossia la probabilità di recidivare calcolata sulla base delle caratteristiche costanti e non modificabili (es: numero dei reati commessi, età al momento del rilascio dal carcere, caratteristiche della vittima), ma comunque predittive del comportamento sessuale violento, è stato valutato con il RM2000 (*Risk Matrix 2000*) (CRAIG L.A., BEECH A., BROWNE K.D., 2006) Questo strumento è stato di recente validato dalla nostra Società scientifica (SISPSe), in collaborazione con il Centro

nazionale delle ricerche e con l'Università di Torino. (GAROMBO et al., 2015).

La percentuale ad alto rischio risulta essere inferiore (7%) tra coloro che non riconoscono il reato, in quanto in questo gruppo sono presenti essenzialmente pedofili e molestatore di bambini, i quali presentano un indice di criminalità più basso rispetto agli stupratori, mentre la maggior parte sono a rischio medio (TABELLA 4).

TABELLA 4
Percentuali relative al tipo di vittima ed alla familiarità con la stessa differenziate sulla base del riconoscimento del reato

	RISCHIO DI RECIDIVA		
	Basso	Medio	Alto
Detenuti che riconoscono il reato	37	42	21
Detenuti che non riconoscono il reato	47	47	7

Il consumo di sostanze è del 37% tra coloro che riconoscono il reato, mentre sale al 53% tra coloro che non lo riconoscono (TABELLA 5).

TABELLA 5
Percentuali relative al consumo di sostanze differenziato sulla base del riconoscimento del reato

	CONSUMO DI SOSTANZE		
	Non consumo	Alcol	Alcol + Sostanze
Detenuti che riconoscono il reato	63	21	16
Detenuti che non riconoscono il reato	47	40	13

5. Risultati trattamento.

Il confronto sui risultati del trattamento è stato effettuato attraverso l'utilizzo della scala SOTIPS (*Sexual Offender Treatment Intervention and Progress Scale*) (MCGRATH R.J., CUMMING G.F., & LASHER M.P., 2013) che valuta il percorso trattamentale esaminato

5 indicatori (Devianza sessuale, Criminalità, Trattamento, Autocontrollo, Supporto sociale al "t-zero" (inizio trattamento), e al t1 (termine del programma). Come evidenziato dalla TABELLA 6 si registra un apprezzabile miglioramento dei punteggi medi degli indicatori se pur in modo più incisivo tra coloro che riconoscono il reato. Trattandosi di soggetti detenuti il valore attribuito al Supporto sociale resta invariato in quanto non verificabile.

TABELLA 6
Punteggi medi SOTIPS pre e post-trattamento

	DETENUTI CHE RICONOSCONO IL REATO		DETENUTI CHE NON RICONOSCONO IL REATO	
	Punteggio medio iniziale SOTIPS	Punteggio medio finale SOTIPS	Punteggio medio iniziale SOTIPS	Punteggio medio finale SOTIPS
Devianza sessuale	7,46	3,15	11,83	7,75
Criminalità	2,69	0,46	2,00	1,33
Tattamento	2,61	2,0	5,41	4,41
Autocontrollo	7,07	4,46	7,33	5,58
Supporto sociale	4,69	4,69	3,00	3,00

Inoltre è stato effettuato un confronto sull'efficacia del trattamento tra il gruppo con condanne su minori (molestatori e pedofili) ed il gruppo con condanne su soggetti adulti.

Questa modalità di aggregazione dei dati mostra come la media dei punteggi del SOTIPS sia inizialmente più elevata tra gli stupratori, rispetto a coloro che hanno agito crimini sessuali nei confronti di bambini. Il confronto sui punteggi medi pre e post-trattamento evidenzia come l'intervento risulti essere più incisivo sul gruppo degli stupratori.

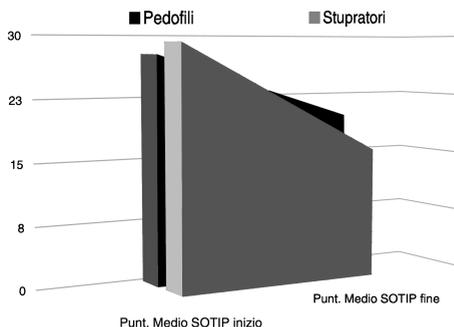


Fig. 2 - Confronto punteggi medi SOTIPS pre e post-trattamento in differenti tipologie di reato

Conclusioni.

L'aggregazione dei dati sulla base del «riconoscimento del reato», «non riconoscimento del reato» è stata scelta in base al fatto che il livello di negazione del reato pare essere estremamente elevato nel campione in studio. I dati della nostra ricerca evidenziano che tra i soggetti che hanno scelto di aderire al programma il 44% negava il reato a fronte di un 56% che lo ammetteva. Una seconda motivazione legata a questa aggregazione deriva dall'idea che coloro che negano il reato presentino maggiori resistenze al trattamento. I dati della nostra osservazione disconfermano tale convinzione.

Infatti, coloro che negano il reato hanno aderito volontariamente al programma e si sono resi disponibili a mettere comunque in discussione i loro comportamenti a rischio anche senza un completo riconoscimento del reato stesso.

Facendo riferimento alla letteratura che sostiene l'importanza dell'età come indicatore di rischio di recidiva, la fascia di età 42-53 risulta essere ad alto rischio di recidiva e pertanto necessita di un intervento.

Il confronto sui punteggi medi della SOTIPS mette in evidenza come il nostro trattamento incida positivamente su differenti target e in particolare su distorsioni cognitive, riconoscimento e gestione degli stati emozionali e problem-solving. Inoltre, il confronto tra punteggi medi della SOTIPS relativi agli stupratori e a coloro che commettono reati nei confronti di bambini, evidenzia come il trattamento incida maggiormente sui primi, nonostante l'indice di criminalità iniziale sia più elevato, e come il nucleo relativo agli interessi devianti, tra i crimini su minori, sia particolarmente difficile da ridurre, se non a fronte di programmi che garantiscano una maggiore continuità.

Nell'insieme i dati ottenuti dalla nostra osservazione sono in linea con quelli della letteratura internazionale e confermano l'efficacia del trattamento.

Limiti della ricerca.

I limiti di questa ricerca sono dati dall'esiguità del campione. È auspicabile che si faccia uno sforzo nella direzione della ricerca

e della raccolta di dati epidemiologici perché, nonostante nel nostro Paese esistano iniziative di trattamento differenziate, sono praticamente inesistenti dati e pubblicazioni relativi a queste esperienze.

Bibliografia

- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- BECK J.S., (2011) *Cognitive Behavior Therapy. Basic and Beyond*. NY, USA: Guilford.
- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica, Serie dei Trattati del Consiglio d'Europa – N° 210, (2011, maggio) Istanbul, www.coe.int/conventionviolence.
- CRAIG L.A., BEECH A., BROWNE K.D., (2006). Cross-validation of the risk matrix 2000 sexual and violent scales. *Journal of interpersonal violence*, 21(5), 612-633.
- Dipartimento delle Pari Opportunità - Presidenza del Consiglio dei Ministri, *La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia* (2015). www.istat.it/it/archivio/161716.
- FRENKEN J., (1999). Sexual offender treatment in Europe: An impression of cross-cultural differences. *Sexual Abuse: A Journal of research and treatment*, 11(1), 87-93.
- GAROMBO M.F. CONTARINO A., PALTRINIERI M., ROSSO C., (2015, July) EMDR Treatment in Sexual Offending: an Istitutional Case Study. In T.S. Re (chair), *Integrative Medicine, Mindfulness, Hypnosis and EMDR: New Frontiers for Treatment*. Symposium conducted at the XIV European Congress of Psychology, Milan.
- GAROMBO M.F., CONTARINO A., CASTELLINO N., MOLINARO S., GAROFANO P., MOLO M.T., VEGLIA F., ROSSO C., (press online 2015) Factorial Analysis of Risk Matrix 2000 on an Italian Sample of Sexual Offenders. *Journal of Sexual Aggression*.
- GIULINI P. & XELLA C.M., (2011), *Buttare la chiave. La sfida del trattamento degli autori di reati sessuali*. Milano, Italy: Raffaello Cortina.
- HANSON R.K., (2002) Recidivism and age: Follow-up data from 4.673 sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 17:1046-1062.
- LEVENSON J.S., (2014). Incorporating Trauma-Informed Care into Sex Offender Treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 20(1), 9-22.
- MARSHALL W.L., ANDERSON D., & FERNANDEZ Y., (1999) *Cognitive Behavioural Treatment of Sexual Offenders*. Hoboken, NJ, USA: Wiley.
- MARSHALL W.L. & HOLLIN C., (2015) Historical developments in sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 21 (2), 125-135. doi:10.1080/13552600.2014.980339.
- MCGRATH. R.J., CUMMING G.F., & LASHER M.P., (2013) SOTIPS, *Sex Offender Treatment Intervention and Progress Scale Manual*, Department of Justice, Office of

- Justice Programs to the Vermont Department of Corrections, Vermont, Canada.
- ROSSO C., GAROMBO M. F., & FURLAN, P.M., (2010), *Aggressori sessuali, la comprensione del comportamento abusante*. Milano, Italy: Edi Ermes.
- ROSSO C., GAROMBO M.F., OLIVA F., FURLAN P.M. & PICCI R.L., (2014), Efficacia, target e contesti dei trattamenti per gli autori di reati sessuali. *Rassegna italiana di criminologia*, 1, 6-11.
- SHAPIRO F., (2009) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures*. NY, USA: Luber
- WARD T., & BROWN M., (2004) The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257 doi:10.1080/10683160410001662744.
- WILLIS G., WARD T., & LEVENSON J., (2014). The Good Lives Model (GLM): An evaluation of GLM operationalization in North American treatment programs. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26, 58-81.

