



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 51

**COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA
sul femminicidio, nonché su ogni forma di
violenza di genere**

AUDIZIONE DI ESPERTI PSICOLOGI IN MATERIA
DI TRATTAMENTO DI *SEX OFFENDER* IN CARCERE
OPERANTI NELLE REGIONI LAZIO E TOSCANA,
DOTTORESSA ADELE DI STEFANO E DOTTOR
MARIO DE MAGLIE, NONCHÉ DEL GARANTE
PER I DETENUTI DI FIRENZE, ESPERTO IN PROGRAMMI
PER AUTORI *SEX OFFENDER* IN CARCERE, DOTTOR EROS
CRUCCOLINI

COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE

59^a seduta: martedì 22 settembre 2020

Presidenza della Presidente VALENTE

I N D I C E

Audizione di esperti psicologi in materia di trattamento di *sex offender* in carcere operanti nelle Regioni Lazio e Toscana, dottoressa Adele Di Stefano e dottor Mario De Maglie, nonché del garante per i detenuti di Firenze, esperto in programmi per autori *sex offender* in carcere, dottor Eros Cruccolini

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 11 e <i>passim</i>	<i>DE MAGLIE</i>	Pag. 8, 12, 13 e <i>passim</i>
LEONE (<i>M5S</i>)	13	<i>DI STEFANO</i>	4, 11, 12 e <i>passim</i>
PAPATHEU (<i>FIBP-UDC</i>)	13		

Comunicazioni della Presidente

PRESIDENTE	Pag. 15
----------------------	---------

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Liberi e Uguali: Misto-LeU; Misto-MAIE: Misto-MAIE; Misto-Più Europa con Emma Bonino: Misto-PEcEB.

Intervengono, in videoconferenza, la dottoressa Adele di Stefano, psicologa, il dottor Mario De Maglie, psicologo, e il dottor Eros Cruccolini, garante per i detenuti di Firenze.

I lavori hanno inizio alle ore 14,05.

SULLA PUBBLICITÀ DEI LAVORI

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata attraverso il Resoconto sommario e il Resoconto stenografico, nonché, ai sensi dell'articolo 13, comma 4, del Regolamento interno, attraverso l'attivazione dell'impianto audiovisivo a circuito chiuso.

Avverto inoltre che gli auditi e i commissari avranno la possibilità di chiedere in qualsiasi momento la chiusura della trasmissione audio-video e la segretazione dell'audizione o di parte di essa, qualora ritengano di riferire alla Commissione fatti o circostanze che non debbano essere divulgati.

Preciso che, ai sensi del Regolamento interno, sarà la Commissione a decidere su un'eventuale richiesta in tal senso.

Poiché non vi sono obiezioni, così resta stabilito.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione di esperti psicologi in materia di trattamento di *sex offender* in carcere operanti nelle Regioni Lazio e Toscana, dottoressa Adele Di Stefano e dottor Mario De Maglie, nonché del garante per i detenuti di Firenze, esperto in programmi per autori *sex offender* in carcere, dottor Eros Cruccolini

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di esperti psicologi in materia di trattamento di *sex offender* in carcere operanti nelle Regioni Lazio e Toscana, dottoressa Adele Di Stefano e dottor Mario De Maglie, nonché del garante per i detenuti di Firenze, esperto in programmi per autori *sex offender* in carcere, dottor Eros Cruccolini, ai quali do il benvenuto.

Sapete tutti che queste nostre audizioni si collocano all'interno di un approfondimento che stiamo provando a condurre sul tema degli uomini maltrattanti, perché crediamo che affrontare la questione della violenza sulle donne senza trattare anche questo aspetto rischi di essere un ragionamento incompleto. Pertanto, coordinati dalla vice presidente Cinzia Leone, abbiamo deciso di dedicare un gruppo e un'indagine specifica a tale riguardo.

Cedo immediatamente la parola alla dottoressa Adele Di Stefano, psicologa del progetto Conscious per *sex offender* in carcere.

DI STEFANO. Ringrazio la Presidente Valente, le senatrici e i senatori della Commissione che mi permettono di trattare questo tema dal punto di vista del servizio sanitario pubblico.

Ho avuto il piacere di proporre e coordinare il progetto europeo Conscious, realizzato dalla ASL di Frosinone, in partenariato con il garante dei diritti dei detenuti del Lazio, con il Centro nazionale studi e ricerche sul diritto della famiglia e dei minori e con la rete europea WWP, Work with perpetrators, di cui avete già avuto riferimenti in altre audizioni.

Come avevo già segnalato al momento del vostro invito, da qualche mese non coordino più il progetto, che è in via di conclusione, perché trasferita alla ASL Roma 1. Vorrei però illustrarvi alcuni suoi elementi salienti e alcune considerazioni e proposte scaturite dalla realizzazione di questa esperienza.

Il punto focale iniziale è nato dall'interesse e dall'impegno di un'azienda sanitaria sui temi della violenza di genere e domestica. Da anni era attivo come in varie altre ASL un servizio della salute mentale dedicato alle vittime della violenza. Tale impegno è la risultanza di quanto sottolineato dall'OMS già dal 2013 nel rapporto «Valutazione globale e regionale della violenza contro le donne», dove si riferisce come la violenza sia un problema di salute di proporzioni globali enormi, di *epidemic proportion*, con gravi conseguenze sulla salute fisica e psichica; veniva inoltre sottolineata l'importanza di garantire servizi sanitari che potessero prendersi cura delle donne dando risposte adeguate e competenti sia per i danni fisici che psicofisici.

In Italia tutto ciò è stato recepito nelle «Linee guida nazionali per aziende sanitarie e aziende ospedaliere in tema di soccorso e di assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza», linee guida che hanno posto una prima attenzione per una adeguata e attenta rilevazione dei casi in cui ci sia un accesso in pronto soccorso. Più debole è invece la risposta strutturata e sistemica in tutto il percorso di presa in carico continuativo della vittima di violenza non in urgenza. Rimane ancor più frammentaria sul territorio nazionale la presenza di servizi *ad hoc* presso i consultori o i servizi di salute mentale. In ogni caso, su questo tema c'è un'attenzione sempre più importante da parte del sistema sanitario.

Molto più blanda e non normata è l'attenzione che il sistema sanitario e socio-sanitario pone nei confronti dell'autore di violenza. A questo punto sono necessarie alcune considerazioni. La prima è che il sistema sanitario ha come suo compito istitutivo non solo quello di curare le patologie, ma anche quello, ben più ambizioso, di tutelare la salute degli individui e della collettività. In questo senso, diventa rischioso e riduttivo immaginare che il compito delle aziende sanitarie sia solo offrire prestazioni a categorie di pazienti con specifica patologia. Questa è certo la funzione di una rete ospedaliera, ma non la funzione unica di una rete territoriale, tanto è vero che i consultori familiari e tanti altri servizi lavorano in ambito preventivo: mi riferisco ad esempio di tutte le attività di informazione e consulenza che vengono svolte nelle scuole e in tanti presidi di aggregazione e di confronto con la popolazione non affetta da specifica patolo-

gia. Sono servizi che trattano raggruppamenti di popolazione esposti a particolari o a generici rischi. Molti di tali rischi sono collegati a comportamenti e relazioni disfunzionali dell'individuo o della sua rete di riferimento. Non si tratta di quadri patologici, ma di individui che manifestano diversi gradi di disagio, difficoltà o disfunzione nella relazione agita o subita. Questo credo che sia un punto importante per comprendere il contesto nel quale il servizio sanitario pubblico si occupa di maltrattanti e *sex offender*.

In questa cornice ancora pochi servizi sanitari stanno ponendo attenzione e cercando di dare una prima risposta di trattamento agli autori di violenza. Abbiamo vari esempi in ambito nazionale ma che hanno trovato soluzioni operative anche difformi. Questo scenario ha costituito il primo *background* su cui abbiamo progettato e poi realizzato il progetto europeo Conscious.

Il secondo riferimento importante è dato da quanto introdotto in Italia con la riforma della sanità penitenziaria. Il sistema penitenziario ha avuto una diretta competenza sulla tutela della salute anche delle persone autori di reato, come d'altra parte era stato previsto dalla Costituzione. Qualche decennio fa questa popolazione era intercettata dal sistema sanitario solo nei casi di urgenza: riguardava il pronto soccorso o l'ospedale, piuttosto che i servizi territoriali. Il servizio sanitario non più gestito dall'amministrazione penitenziaria ha portato le ASL ad affrontare tutta una serie di problematiche che riguardano la relazione tra la salute, l'individuo che ha compiuto il reato e un sistema di accoglienza.

Il dibattito che è nato su questo tema ha fatto sì che si costruissero delle risposte trattamentali che prendessero in considerazione la relazione tra il reato e la salute del soggetto, senza creare collusioni o riduzionismi nella relazione tra il curante e il soggetto in carico.

L'esperienza di lavoro sanitario negli istituti penitenziari ricompresi nella ASL in cui è stato avviato il progetto Conscious si era consolidata ancor prima della riforma. Si è costruita negli anni un'ottima collaborazione tra la ASL e le direzioni degli istituti, anche attraverso difficili confronti al fine di mantenere ognuno la propria funzione e il proprio mandato istitutivo. Si è quindi sviluppato un modello di lavoro attento alla salute degli individui e della collettività che superasse la risposta alle singole richieste di prestazioni sanitarie poste dal singolo individuo.

In questo contesto, col progetto Conscious non si è voluto sviluppare solo un'esperienza locale di trattamento (che non sarebbe stata finanziata dalla Commissione europea), ma si è voluto soprattutto anche realizzare e validare un modello di collaborazione intersistemica per il trattamento degli autori di violenza di genere condotto da un'istituzione sanitaria pubblica.

Ritengo che il punto su cui noi possiamo dare un contributo all'approfondimento in corso riguardi fondamentalmente quattro elementi. Il primo concerne la centralità della formazione e della costruzione di competenze di tutti gli attori che, a vario titolo, entrano a contatto con gli autori di violenza e i *sex offender*. Il secondo riguarda la definizione di

accordi tra le istituzioni e gli attori del terzo settore o della società civile. Il terzo elemento attiene alla realizzazione effettiva di questi trattamenti. Il quarto si riferisce alla modellizzazione del lavoro di rete.

Relativamente al primo punto, concernente la formazione e la costruzione delle competenze, abbiamo potuto riscontrare una fortissima resistenza anche da parte del personale sanitario nel voler trattare queste tematiche e soprattutto nel condurre gruppi di trattamento, nonostante molti dei pazienti e degli autori di violenza, sia *sex offender* che maltrattanti, fossero persone già in carico al sistema e in particolare al servizio di salute mentale. Vi era una difficoltà, se non una vera e propria resistenza, nel trattare direttamente il tema della violenza: mancava la disponibilità (e non solo la competenza) nel trattare l'argomento in maniera così esplicita con persone che erano comunque in carico al sistema. Un'analogha resistenza vi è stata anche da parte del personale dell'amministrazione penitenziaria, in cui si sono riscontrati meccanismi difensivi impliciti che riguardavano la violenza stessa.

Relativamente alla costruzione delle competenze, sono stati sottoscritti dei protocolli con istituzioni differenti rispetto al Servizio sanitario e all'istituzione penitenziaria, come le Forze di polizia, la magistratura e il terzo settore; elemento chiave è stato l'ordine degli avvocati, come snodo e luogo di contatto con l'autore di violenza, sia dentro che fuori dal carcere.

I protocolli operativi, che sono descritti nel materiale inviato, sono stati finalizzati a favorire la segnalazione precoce dei soggetti a rischio, l'invio al trattamento e la realizzazione dei trattamenti durante l'esecuzione penale. Obiettivo, pertanto, degli accordi è stato il concordare il modello di lavoro interistituzionale.

I trattamenti sono stati realizzati da clinici della ASL, sia come trattamenti di gruppo, sia come trattamenti individuali nelle case circondariali di Cassino per i *sex offender*, e di Frosinone per i maltrattanti. È stato anche realizzato un gruppo di trattamento per soggetti liberi presso gli ambulatori delle ASL.

Il modello utilizzato è quello del Centro italiano per la promozione della mediazione, il CIPM, su cui non mi soffermerei perché ne avete già sentito parlare. Rilevo invece un elemento particolare: il CIPM ha curato la formazione e la supervisione dei trattamenti, ma l'aspetto importante è la prospettiva con cui questi sono stati condotti, cosa che rappresenta forse il contributo più importante che possiamo dare. Per ognuno dei trattamenti riportati in letteratura e realizzati in Italia vengono riproposti, implicitamente o esplicitamente, sempre tre vertici: un vertice criminologico, un vertice clinico e un vertice psicoeducativo. Tutti e tre sono essenziali per riuscire a garantire un trattamento con una solida base di efficacia; ciò che cambia in questi trattamenti è il peso che, di volta in volta, viene attribuito ad ognuno di questi tre vertici. A nostro avviso la differenza di peso di queste tre prospettive dovrebbe dipendere o dal profilo del singolo autore di reato o dalla committenza, ossia dalla funzione per cui è richiesto il trattamento (sicurezza, salute individuale-collettiva, cul-

turale-educativa). Purtroppo questo non avviene e, di fatto, il peso dei tre vertici è dato semplicemente dall'erogatore che in quel momento si trova a poter fornire quel particolare trattamento, con le proprie sensibilità e le proprie competenze.

Oggi in Italia ci sono ancora pochi trattamenti disponibili, in cui si adotta il modello teorico di riferimento dell'erogatore. Generalmente in Italia la maggiore competenza è stata riscontrata nel mondo del terzo settore e dell'associazionismo, mentre l'istituzione pubblica non ha ancora consolidato una propria specifica competenza.

Il trattamento che abbiamo realizzato in ASL ha, sì, considerato tutti e tre i vertici, ovviamente assegnando un peso maggiore al vertice clinico. Ricordo, però, quanto già detto: dare peso al vertice clinico non significa trattare l'autore di violenza come una persona con una patologia, bensì come una persona con una difficoltà nella relazione, dal punto di vista della propria storia, sia passata che attuale.

Vi sono quindi aspetti che sono stati posti maggiormente in luce. Rispetto ad altri trattamenti, il Servizio sanitario sicuramente mette al centro dell'attenzione la consapevolezza dell'atto violento, la conoscenza delle proprie emozioni e la gestione della propria impulsività. Questi tre elementi caratterizzano comunque ogni atto di violenza e diventano il *focus* principale del trattamento. Pertanto, gli elementi relativi alla cultura, permeata dal dominio maschile, e alla consapevolezza del reato sono elementi della realtà che vengono ripresi nel trattamento ma non sono il *focus* attraverso cui si snoda tutto il trattamento.

Desidero altresì sottolineare che le persone che sono state seguite erano già in carico al Servizio sanitario. In molti casi i trattamenti escludono persone che fanno uso di sostanze o che presentano una psicopatologia; in questo caso, essendo già persone in carico al S.S.R., non vengono escluse dal trattamento.

Un altro aspetto interessante è che i professionisti del sistema sanitario di fatto hanno acquisito una competenza relativa al tema del maltrattamento e dell'abuso sessuale, che è stata utilizzata anche con i pazienti che sono in carico per altri motivi, i cui comportamenti violenti non vengono mai né denunciati, né intercettati, con una minimizzazione non solo dell'autore ma dell'intera collettività. Pertanto, il fatto che il Servizio sanitario assuma come tema del trattamento anche questo aspetto ha una ricaduta sui trattamenti di persone che arrivano per altri motivi, nonostante agiscano violenze mai denunciate.

Il quarto elemento concerne la modellizzazione, per cui rimando al materiale che ho inviato, soprattutto sottolineando uno studio di impatto socioeconomico e di fattibilità, che è stato realizzato con il contributo dell'università di Torino. Si tratta di un elemento importante per i decisori politici, per capire la fattibilità e la sostenibilità di questi interventi. Persistono criticità quando si parla di costi, ovviamente non solo di quelli economici, ma anche di quelli sociali e di quelli relativi alla salute pubblica, sia individuale che collettiva. Una delle criticità maggiori è data dalla mancanza, in Italia, di un sistema di registrazione delle recidive (*outcome*

importante dei trattamenti): non abbiamo un dato conoscitivo su scala nazionale: non esiste alcun registro, né alcuna modalità sistematica di monitoraggio. Sullo stesso concetto di recidiva vi sono valutazioni e approcci differenti, quindi questo rappresenta un elemento molto critico per riuscire a capire, anche in prospettiva, l'impatto di eventuali misure che verranno assunte.

In conclusione, vorrei portare l'attenzione sulla necessità di individuare i livelli di responsabilità pubblica sui trattamenti, che siano eseguiti all'interno del sistema penale o del percorso della giustizia e di espiazione della pena, sia dal punto di vista sociale e culturale, sia dal punto di vista sanitario, che mi sembra in questo terreno il più arretrato o comunque il meno attento. Ad ognuno di questi soggetti dovrebbero essere rimandate responsabilità specifiche.

La nostra esperienza ci ha inoltre mostrato l'assoluta necessità di lavorare in rete, con un ruolo da *playmaker* che deve essere svolto dalle istituzioni pubbliche, affinché queste non rispondano semplicemente a una sollecitazione del privato ma si facciano promotrici di una committenza in tal senso, anche avvalendosi di tutte le competenze costruite negli anni dal terzo settore. Infatti, le committenze differenti fanno sì che si riuniscano in una visione unitaria i tre vertici distinti cui accennavo prima e che hanno caratterizzato il trattamento realizzato nell'ambito del progetto Conscious.

Vi ringrazio e rimango a disposizione per eventuali altri approfondimenti.

PRESIDENTE. Do ora la parola al dottor De Maglie.

DE MAGLIE. Signora Presidente, cercherò di offrirvi brevemente una panoramica del lavoro che attualmente svolgo all'interno del carcere, cercando di evidenziare i punti più critici ma anche quelli di forza.

Sono psicologo e psicoterapeuta e sono l'attuale vice presidente del Centro di ascolto uomini maltrattanti di Firenze per il quale opero all'interno di tre istituti penitenziari in Toscana: il carcere di Sollicciano e il carcere a custodia attenuata Gozzini, entrambi a Firenze, e il carcere di Pistoia. Quello che mi avvio a presentare è quindi il lavoro che svolgo all'interno di questi tre istituti penitenziari che sostanzialmente presentano gli stessi punti di forza e anche le stesse criticità.

Il *target* di utenti è rappresentato dai *sexual offender* e dagli autori di violenza, ma coinvolge anche tutta una serie di situazioni relative a soggetti che, pur non essendo detenuti per reati che riguardino il maltrattamento domestico e la violenza sessuale, chiedono di partecipare al lavoro di gruppo perché hanno bisogno di imparare a gestire meglio la rabbia, di apprendere alcune modalità di comunicazione potenzialmente funzionali o anche di chiedere aiuto rispetto ai temi della genitorialità.

Distinguerai innanzitutto il lavoro sui *sexual offender*: quando parliamo di questi soggetti, facciamo riferimento alla violenza sessuale sulle donne e alla violenza sessuale sui minori. Si tratta di due campi che vanno

distinti, nel senso che il trattamento non è lo stesso: chi compie un reato di violenza sessuale sulle donne partecipa a un determinato tipo di gruppo e di lavoro, mentre chi ha compiuto reati di violenza sessuale su minori ha accesso ad un altro tipo di trattamento, anche se nel carcere di Sollicciano gli autori di reati sessuali su donne e minori vengono ospitati all'interno della stessa sezione. A livello trattamentale è però molto importante distinguere le due tipologie, perché i tratti personologici e anche il tipo di reato sono diversi e quindi diverso deve essere l'approccio nei confronti di queste due realtà, entrambe gravi ma con caratteristiche diverse.

Lavoro in carcere dal 2016 e le difficoltà sono tante (probabilmente molti di voi già le conoscono) e riguardano principalmente il sistema carcere: ci sono problemi di coordinamento all'interno dell'istituto e difficoltà anche banali come quella di reperire le stanze e le sedie.

Un dato che però mi ha molto colpito e sorpreso positivamente è la buona aderenza al trattamento da parte dei detenuti: questi accedono al trattamento prevalentemente su base volontaria e raramente sulla base di un obbligo, anche se, a mio avviso, va riflettuto sul fatto che per alcune situazioni possa e debba essere previsto un trattamento coatto o, quantomeno, una valutazione coatta: in questo senso, devono essere gli operatori coinvolti a fare una valutazione e a capire se per il detenuto il trattamento possa essere efficace o meno. Quindi, in determinate situazioni la scelta non deve essere lasciata ai detenuti.

Ad ogni modo, ripeto, ho notato con piacere che di solito, nonostante le tante difficoltà, l'aderenza al trattamento è molto buona, soprattutto se si riesce a creare tra operatori e detenuti una buona relazione. Cosa intendendo con questo? Ad esempio, molti detenuti sono positivamente colpiti dal fatto che io sia presente tutte le settimane, non essendo abituati a un servizio che li accolga e li incontri con questa frequenza: il carcere, infatti, ospita tantissimi detenuti e, di conseguenza, spesso non è possibile prestare a tutti la stessa attenzione. Ho pertanto constatato che la mia presenza costante è sicuramente un fattore importante per la relazione che instaurano con loro ed è un elemento che in qualche modo paga positivamente perché poi li porta a voler iniziare il percorso trattamentale. Ovviamente non è una regola: ci sono situazioni molto più difficili e soggetti molto restii al trattamento, però il loro numero è assai inferiore a quello che si può immaginare.

Attualmente mi occupo di quattro gruppi all'interno della realtà carceraria e la metodologia seguita è, per un certo punto di vista, simile, nel senso che tutti i detenuti hanno accesso a colloqui individuali nei quali vengono valutati la loro motivazione e il riconoscimento delle violenze che li hanno portati all'interno della realtà carceraria: infatti, per poter accedere al gruppo è necessario che il soggetto sia minimamente consapevole del fatto di avere compiuto un determinato reato e abbia la volontà di partecipare al percorso. Fatta questa valutazione individuale, si accede alla terapia di gruppo.

È importante sottolineare che, come dicevo prima, tanti detenuti, anche se non sono stati incarcerati per reati di maltrattamento, chiedono di

partecipare al gruppo perché si riconoscono in una situazione di rabbia o di difficoltà emotiva, e non è raro che, all'interno del lavoro di gruppo, si scoprano degli elementi che poi possono portare all'individuazione di episodi di violenza di genere: ad esempio, emerge in alcuni soggetti una rigidità molto marcata rispetto al maschile e al femminile, come anche rispetto all'educazione dei figli; emerge, cioè, tutta una serie di elementi che sappiamo essere ben collegati alla violenza di genere. Ciò fermo restando che anche un reato di violenza commesso nei confronti non di una donna ma di un altro uomo, un vicino di casa o qualsiasi altra persona, è comunque un indicatore di rischio perché implica una gestione della propria parte emotiva che può sfociare in violenza.

L'aspetto maggiormente critico è quello dei finanziamenti. Noi operiamo all'interno del carcere grazie ai progetti avviati con il sostegno finanziario della chiesa valdese, della Cassa di risparmio di Firenze e della Cassa di risparmio di Pistoia e grazie anche al lavoro di Eros Cruccolini, garante dei detenuti, ma per poter continuare questo lavoro dobbiamo annualmente vincere dei bandi; è come avere sempre una spada di Damocle sul nostro operato. Sarebbe invece molto utile riuscire ad avere finanziamenti costanti e strutturali, anche per ampliare il servizio: infatti, i gruppi che gestisco prevedono un numero massimo di partecipanti che non può essere superato perché altrimenti diventa difficile gestirli. Mancano quindi risorse per poter ampliare non solo l'orario lavorativo ma anche il settore clinico e quello della ricerca, quest'ultimo di particolare utilità perché è anche importante riuscire a dare contezza dei risultati che si ottengono e studiare la letteratura nazionale e internazionale prodotta sul lavoro che svolgiamo.

Un altro aspetto rilevante è quello della formazione: in una realtà come questa è infatti importante che l'approccio non sia ingenuo e che si lavori in maniera specifica non soltanto sui detenuti ma anche su chi opera con loro. Sappiamo infatti che all'interno della nostra società e della nostra cultura è radicata una serie di paradigmi che hanno a che fare con la violenza di genere in cui operatori non formati possono incorrere per primi.

Vi è invece un aspetto positivo. Sono rimasto molto colpito dall'aderenza molto buona del gruppo dei *sexual offender* sui minori. Ogni reato è grave, ma quando parliamo di violenza sessuale sui minori lo stigma sociale è, giustamente, molto elevato. In questi casi ovviamente l'attenzione dell'adulto non può esimersi dal prendere in considerazione tantissimi fattori, proprio perché parliamo di minori, quindi di persone non ancora formate e che devono essere comunque tutelate. Mi ha quindi colpito tantissimo – ripeto – il fatto che la migliore aderenza al trattamento sia avvenuta proprio all'interno della sezione 13, quella che ospita gli uomini autori di violenza sessuale sui minori. Questo ci ha consentito di creare anche fuori dall'ambiente penitenziario un gruppo di lavoro proprio per quei *sexual offender* sui minori che escono dal carcere con la prescrizione di proseguire il trattamento; queste persone, infatti, vengono scarcerate, ma il percorso trattamentale non deve necessariamente cessare con l'espia-

zione della pena. Faccio presente che per alcuni di questi individui era previsto l'obbligo di continuare il percorso, per altri invece la prosecuzione del trattamento è avvenuta in maniera volontaria: in questi casi, nonostante avessero espiato la propria condanna, gli autori dei reati hanno deciso di continuare il percorso ritenendo quello già fatto in carcere non completo (cosa che, del resto, pensavo anch'io).

Anche il gruppo dei *sexual offender* sui minori fuori dal carcere è attualmente finanziato con un progetto regionale. Vorrei però precisare che da una parte si strutturano dei servizi, dall'altra si fa fatica a farlo perché nella realizzazione dei progetti e nella partecipazione ai bandi vengono impiegate molte risorse, anche nostre personali; non si può pensare, infatti, di chiudere un gruppo per *sexual offender* sui minori da un giorno all'altro perché i finanziamenti finiscono. Si tratta di una responsabilità importante perché sono coinvolte persone che chiedono aiuto; di conseguenza è importantissimo riuscire a monitorarle e a dare loro una risposta, in modo che non ricadano in quel tipo di reato. Ripeto: tutti i reati sono gravi, ma quando parliamo di violenza sessuale sui minori è ovvio che la nostra attenzione deve essere massima.

Questa è, in breve, la descrizione degli aspetti positivi e delle criticità che mi trovo ad affrontare all'interno delle realtà carcerarie.

Resto a disposizione per rispondere alle domande che vorrete porre.

PRESIDENTE. La ringrazio.

Vorrei chiedere ad entrambi i nostri ospiti quanto sia fondamentale l'aderenza volontaria al percorso trattamentale; se è determinante e quanto lo sia ai fini della riuscita del trattamento il fatto che un uomo maltrattante si avvicini ad esso in maniera volontaria o se, invece, sia per voi possibile o addirittura auspicabile una scelta del legislatore che in alcune circostanze imponga agli uomini maltrattanti un percorso di recupero, che sia quindi obbligatorio e non accessibile come condizione per ottenere, magari, un abbattimento della pena. Potremmo immaginarlo come una pena accessoria o come una misura di sicurezza preventiva, indipendentemente dal processo, o successiva all'esecuzione della pena. Mi chiedo però se costringere una persona a seguire un trattamento possa essere veramente utile o non rischi piuttosto di minare la buona riuscita dello stesso.

DI STEFANO. Risponderei richiamando i tre vertici del trattamento che citavo prima. In alcuni casi l'obbligatorietà pone la persona di fronte all'impossibilità di scegliere; in tal modo il soggetto si trova a dover comunque intraprendere un trattamento, che fa parte della pena stessa. È chiaro che in questi casi avremo un'adesione e un cambiamento forzati dall'esterno. Ciò non vuol dire che non vi saranno frutti: si avranno tutti i risultati che si possono avere nel momento in cui bisogna costruire una motivazione quando non c'è una libera scelta. È una costruzione: si costruisce, ma con questi vincoli iniziali.

Quando, invece, la possibilità di ottenere sconti di pena è subordinata al trattamento, siamo di fronte ad una situazione intermedia, quella dell'opportunità, che spesso è una chiave per costruire una motivazione al cambiamento e quindi, come tale, deve essere ben gestita e sfruttata, perché comunque apre delle strade al cambiamento.

Il terzo livello è quello del trattamento totalmente volontario, in cui chiaramente vi è maggiore propensione della persona ad effettuare trasformazioni interne.

Rispetto alla sua domanda, Presidente, credo che la risposta cambi da persona a persona. Ritengo che sarebbe molto riduttivo costruire un percorso univoco per tutte le forme di violenza: rischieremmo di perdere delle occasioni di motivazione autonoma e spontanea, che invece di per sé danno molti frutti. È chiaro che a livello legislativo non si possono prevedere queste sfumature ma, richiamandosi ai diversi committenti, quindi alle diverse finalità del trattamento (in alcuni casi e per alcune sottospecie di reati il percorso deve essere obbligatorio, mentre in altri può essere un'opzione facoltativa), secondo me questo modello risponderebbe più correttamente anche alle tre modalità principali di affrontare il problema.

PRESIDENTE. Quindi lei suggerirebbe di agganciare l'obbligatorietà del trattamento al tipo di reato, al tipo di violenza?

DI STEFANO. Al tipo di violenza o al tipo di valutazione del rischio di violenza. Occorre un lavoro più raffinato dal punto di vista della valutazione del singolo caso, evitando automatismi; diversamente, da una parte perderemmo tutte le potenzialità di un trattamento volontario, dall'altra non possiamo perdere, invece, le potenzialità di un trattamento anche coercitivo, che comunque consente dei cambiamenti.

DE MAGLIE. Sono sostanzialmente d'accordo con quanto osservato dalla dottoressa Di Stefano. È ovvio che una persona che accede al trattamento volontariamente è più motivata e noi sappiamo che la motivazione è un fattore determinante rispetto all'interruzione del comportamento violento (in generale, questo vale per qualsiasi tipo di trattamento). Volere il cambiamento non è di per sé risolutivo, ma sicuramente è un primo passo importante. Credo comunque che, in qualche modo, anche l'imposizione del trattamento possa produrre dei risultati; non sempre ovviamente, ma vale comunque la pena fare un tentativo.

A volte, quando abbiamo trattato persone costrette ad intraprendere il percorso, abbiamo fatto una valutazione; in questi casi deve essere l'operatore, il professionista, a dire al giudice se una persona può essere trattata e se, quindi, può essere presa in carico, anche nel caso di un obbligo, o, viceversa, che un soggetto, per determinati motivi, non può essere trattato e che, anzi, sarebbe controproducente farlo.

È importante anche differenziare il trattamento: a Firenze abbiamo gruppi diversi per persone diverse; alcuni degli obblighi che vengono imposti sono molto manipolativi, aggressivi, oppositivi e, di conseguenza,

abbiamo deciso di lavorare differenziando il trattamento per gruppi a seconda delle persone che ci troviamo davanti.

È inoltre importante un altro aspetto: è vero che si presume che su molti uomini non si riuscirà a produrre un cambiamento, ma è anche vero che a volte questi uomini hanno dei figli. Ci sono cioè situazioni che vanno comunque monitorate. Quindi, se anche non si riesce a produrre un cambiamento nel soggetto che proviamo a trattare, è questo un dato che possiamo comunicare ai servizi sociali e ai giudici, in modo tale che questi referenti sappiano che l'uomo violento non è in grado di cambiare non solo con riferimento alla violenza ma anche, laddove siano coinvolti dei minori, rispetto alla genitorialità. È questo un elemento da tenere in considerazione, anche laddove – ripeto – non riuscissimo a produrre un cambiamento, che ovviamente non è possibile per tutti.

LEONE (*M5S*). Vorrei porre una domanda al dottor De Maglie relativamente alla difficoltà di coordinamento all'interno degli istituti penitenziari. Mi chiedo infatti quale sia il livello di collaborazione con i funzionari giuridico-pedagogici all'interno del carcere e che tipo di ruolo questi svolgano nell'ambito dei percorsi per gli uomini maltrattanti.

DE MAGLIE. L'area educativa ha un ruolo importantissimo. Il più delle volte gli uomini che accedono al gruppo mi vengono segnalati proprio da questa area, anche se a volte funziona il passaparola tra i detenuti: accade cioè che i partecipanti al gruppo segnalano agli altri il programma che seguono e che quindi può interessare anche altri soggetti. Questo è un aspetto importantissimo, anche perché fa un po' da ponte per quanto riguarda il passaggio all'esterno.

Segnalo però che l'area educativa è assai oberata. Teniamo presente che a causa dell'emergenza Covid il mio lavoro all'interno del carcere è stato bloccato per quasi tre mesi, così come lo è parzialmente stata anche l'area educativa. Per questo motivo si è dovuto recuperare gran parte del lavoro che è rimasto indietro.

Ad ogni modo, fermo restando che tutti gli altri servizi (psichiatri, psicologi, criminologi che seguono i detenuti) attivano certamente delle figure importanti, sicuramente l'area educativa è il mio interlocutore principale, quello con cui mi confronto maggiormente e con il quale ottengo i maggiori risultati, tant'è vero che, quando è capitato che l'educatore sia stato assente per diverso tempo, io non ho potuto interagire con nessuno. Fondamentalmente, poi, sono gli operatori dell'area educativa quelli che mi chiedono le relazioni.

PAPATHEU (*FIBP-UDC*). Dottor De Maglie, le vorrei chiedere se dalla sua esperienza emerge che una collega donna ottiene lo stesso riscontro di un uomo, se ha la stessa autorevolezza, oppure se, al contrario, il dialogo con un operatore uomo è più fluido e più aperto.

Le chiedo poi se può offrirci alcune indicazioni su possibili aree di perfettibilità della normativa vigente, in modo da intervenire sul piano legislativo e realizzare quanto necessario.

DE MAGLIE. Sicuramente alcuni uomini possono incontrare delle difficoltà con un'operatrice donna e in qualche modo possono essere ostacolati da una presenza femminile, ma questa non è una regola. A mio avviso, quello che può funzionare meglio – ed è anche la nostra scelta metodologica principale – è la co-conduzione uomo-donna e che a lavorare con i detenuti siano contestualmente un uomo e una donna. Questo in carcere non possiamo farlo semplicemente perché è possibile finanziare un singolo operatore.

La presenza femminile è comunque importante: quando conduco i gruppi insieme ad operatrici donne, noto una differenza tra il modo in cui gli uomini si relazionano con me e il modo in cui si relazionano con la collega. A volte mi capita di condurre il gruppo da solo perché magari la collega quel giorno è assente per un impedimento e in quei casi osservo banalmente che gli uomini utilizzano un linguaggio più colorito e parlano più facilmente dei temi legati al sesso, temi che, guarda caso, emergono proprio quando non è presente la collega. Allo stesso tempo, però, la presenza femminile rappresenta quasi una sorta di parametro per capire come questi soggetti si rapportano con un uomo e come invece si rapportano con una donna. D'altronde, parliamo di un'utenza che è in carcere perché ha un problema con il mondo femminile.

Rispetto alla perfettibilità delle ultime norme emanate, posso dire che negli ultimi mesi ci sono state inviate, in virtù del codice rosso, due donne autrici di reati di violenza, ma per loro non avevamo un percorso specifico e quindi abbiamo dovuto farlo presente al giudice e all'avvocato.

Al di là di questa particolarità, è capitato che gli avvocati di uomini maltrattanti ci abbiano chiesto di avviare un percorso con i propri assistiti a seguito di attivazione del codice rosso. Sarebbe importante che questa comunicazione non ci arrivasse dall'avvocato ma dal giudice, perché può capitare che io abbia bisogno di riferire certi elementi non all'avvocato difensore, che è di parte, ma all'autorità giudiziaria. Spesso è mancato questo collegamento.

Sicuramente ci sono tanti altri aspetti su cui sarebbe importante fare delle riflessioni, però la norma è ancora in rodaggio ed è possibile che anche la figura dell'avvocato difensore risulti utile in un discorso più generale. Quindi, la mia risposta è molto parziale.

DI STEFANO. Nella nostra esperienza, invece, il collegamento con gli avvocati è stato molto stretto, però questo risponde al fatto che il Servizio sanitario nazionale non ha come committenza la giustizia, perché è più legato a un percorso di trasformazione innanzitutto volontaria, in quanto l'obbligatorietà all'interno del Servizio sanitario si configurerebbe come un TSO (non previsto nei casi in questione). La nostra azione ha una

fortissima valenza trasformativa e l'avvocato diventa elemento saliente per avviare un percorso di tipo volontario.

Ribadisco il fatto che si tratta di percorsi differenti; tutti trattano la violenza e lo fanno con modelli apparentemente molto simili, ma ognuno di essi risponde a una committenza differente. Soltanto questo insieme riesce a comprendere tutta la configurazione delle violenze, molte delle quali – stando alla nostra esperienza anche nei servizi per le dipendenze e per la salute mentale – non sono mai state denunciate e che non verranno mai denunciate fino all'evento finale. Quindi è importante non pensare che il percorso si attivi solo dall'area della giustizia e dall'area penale, perché deve essere attivato anche per coloro che non incappano ancora nell'area della giustizia penale ma che manifestano comportamenti violenti gravissimi, assolutamente sottovalutati dall'intero sistema.

PRESIDENTE. Comunico che per problemi di collegamento non è possibile ascoltare il dottor Cruccolini, la cui audizione è pertanto rinviata ad altra seduta.

Ringrazio pertanto i nostri ospiti intervenuti per il loro prezioso contributo.

Dichiaro conclusa l'audizione.

COMUNICAZIONI DELLA PRESIDENTE

PRESIDENTE. Propongo quindi di proseguire i lavori in seduta segreta al fine di acquisire e citare per esteso, così come stabilito dall'Ufficio di Presidenza, l'acquisizione di atti giudiziari.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

(I lavori proseguono in seduta segreta dalle ore 15,05).

(omissis)

(I lavori riprendono in seduta pubblica alle ore 15,10).

PRESIDENTE. Dichiaro conclusa la seduta.

I lavori terminano alle ore 15,10.

