Ministero della Giustizia
Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Istituto Superiore di Studi Penitenziari

IL PROGETTO WOLF

Realizzazione di Laurus Robuffo

Indice

Presentazione della Dr.ssa Luigia Culla.....
Ringraziamenti.....

IL PROGETTO WOLF .....

IL SEMINARIO TRANSNAZIONALE DI ROMA

Lettera del Ministro.....
Gli interventi e le relazioni .....
Presidente Alessandro Margara.....
Dr.ssa Luigia Culla .....
Sottosegretario Franco Corleone.....
Consigliere Salvatore Cirignotta.....

Prof. G. Battista Traverso: «Indagine conoscitiva sugli autori di reati sessuali a danno di minori e sui bisogni formativi degli operatori addetti al loro trattamento» .....

Prof. Jos Frenken: «Trattamento degli autori di incesto: un modello in cinque fasi» .....

Prof. Freddy Gazan: «Il trattamento sotto costrizione e i diritti dell'uomo: possibilità ed implicazioni etiche e professionali per gli operatori» .....

Prof. Antonino Iaria: «Il problema della pedofilia: aspetti psichiatrici e psicologici» .....

Prof. Ivano Spano: «Problematiche psicologiche, conflitti, ambivalenze dell'operatore addetto al trattamento degli autori di reati sessuali» .....

Dr. Pierluigi Morini: «Ontogenesi dei sex offenders- la cornice dell'intervento realizzato presso la Casa Circon- .....
dariale di Lodi» .....

Dr.ssa Angela Magnino: «L'esperienza della C.C. Biella» .....
Documenti base per i lavori di gruppo.....
Il trattamento dei sex offenders.....
La formazione degli operatori.....
Sintesi dei lavori di gruppo .....
Conclusioni della dr.ssa Culla .....
Elenco dei partecipanti .....

APPENDICE

Il seminario in Belgio .....
Il seminario in Olanda .....
Legge 3 agosto 1998, n. 269 – Norme contro lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori, quali nuove forme di riduzione in schiavitù.....
Raccomandazione n. R(92) 16 - Regole europee sulle sanzioni e misure alternative alla detenzione .....
Raccomandazione n. R(87) 3 - Regole penitenziarie europee .....

Bibliografia .....

Presentazione

Con il seminario transnazionale del 10-12 marzo 1999 si è concluso il Progetto Wolf, che è stato il primo progetto cofinanziato con fondi europei presentato e gestito dal Ministero di Grazia e Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Le attestazioni unanimi da parte dei partecipanti e di quanti con il loro lavoro hanno contribuito alla riuscita dell'impresa, testimoniano l'interesse per la problematica trattata. Anche le modalità concrete di realizzazione sono state sentite molto vicine ai bisogni operativi toccati dall'iniziativa.

L'avvio, con difficoltà, della esecuzione del progetto è da attribuire sostanzialmente a due fattori: il superamento delle incertezze burocratiche e amministrative per l'accreditamento dei fondi e la possibilità concreta di spesa degli stessi da una parte e la difficoltà a stabilire un efficace partenariato con altr i paesi dell'Unione Europea. I numerosi tentativi, infatti, esperiti nell'arco di tempo che va da gennaio al settembre 1998, non hanno ottenuto gli effetti desiderati se non alla fine del mese di ottobre.

Ciò nonostante l'Ufficio Centrale della Formazione e Aggior-namento del personale, gestore del Progetto, ha avviato e portato avanti le attività previste.

In particolare ci si riferisce:

a) alla individuazione di un gruppo di lavoro con compiti di studio e coordinamento;

b) alla ricerca per la quantificazione del fenomeno in esame nella realtà penitenziaria italiana;

c) alla acquisizione della documentazione italiana ed estera riguardante il problema oggetto di studio del progetto Wolf.

Significativa svolta ha segnato, nella individuazione dei partners europei, la partecipazione al seminario di Bruxelles del 29-30 ottobre 1998 da parte di una delegazione del gruppo di lavoro.

Il Seminario, promosso dall'Università di Liegi - Facoltà di Psicologia e Scienze dell'educazione - nell'ambito del Programma STOP III, aveva come tema "La materializzazione di una effettiva cooperazione sul trattamento dei sex offenders".

In questo ambito è stato possibile prendere accordi di collaborazione, per le attività seminariali previste dal nostro Progetto, con rappresentanti dell'Amministrazione della Giustizia belga – e con operatori specializzati dell'Olanda.

I contatti stabiliti e successivamente perfezionati con intese dirette con il Ministero della Giustizia belga ed olandese, hanno reso possibile i due seminari dei quali si relaziona a parte (vedi appendice).

Contemporaneamente si è proceduto nella ricerca sugli autori di reati di sfruttamento sessuale dei minori aggiornando, su un campione predeterminato, i dati già raccolti nella prima rilevazione alla data del 28 febbraio 1998 e ulteriormente approfonditi nel settembre 1998.

I dati e le conclusioni della ricerca sono esposti nella relazione redatta dal prof. G.B. Traverso – Università di Siena con la quale è stata stipulata apposita convenzione di collaborazione.

In questa relazione sono raccolti anche gli elementi e i dati raccolti dall'équipe della citata Università attraverso l'esame documentale, visite negli istituti penitenziari, interviste agli operatori, incontri con gruppi pluriprofessionali di operatori promossi ed organizzati a cura dell'Ufficio Centrale della Formazione e Aggiornamento del Personale.

Il Seminario di Roma, tenutosi dal 10 al 12 marzo 1999, ha permesso di completare il confronto transnazionale approdando alla stesura di due documenti base sul:

– Trattamento degli autori di reati sessuali

– Bisogni formativi degli operatori addetti al trattamento dei condannati.

Entrambi i documenti, per la importanza delle problematiche affrontate, saranno oggetto di approfondita riflessione e studio da parte dei competenti uffici di questa Amministrazione.

Si ritiene necessario informare sugli effetti indotti e sull'impatto d'azione realizzato nel sistema penitenziario italiano.

Va intanto precisato che la realizzazione del progetto ha coinvolto, oltre il gruppo di coordinamento, diverse strutture periferiche dell'Amministrazione penitenziaria:

71 Istituti penitenziari

21 Centri di Servizio Sociale per Adulti

3 Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Inoltre circa quaranta operatori (educatori, assistenti sociali, direttori di istituto penitenziario, direttori di Centri di Servizio Sociale) hanno partecipato a due giornate di incontro/verifica per la definizione dei bisogni trattamentali e formativi. Questi incontri hanno consentito agli esperti le necessarie verifiche durante la ricerca.

Oltre questo gruppo già ricordato poi sono stati coinvolti 115 partecipanti al seminario conclusivo.

Ma l'aspetto veramente significativo della realizzazione del Progetto WOLF è quello legato al risveglio dell'interesse dell'Amministrazione, nelle sue articolazioni, nel preparare ed approntare progetti-obiettivi di intervento dedicati al trattamento dei delinquenti sessuali. Si cita, a titolo di esempio, l'iniziativa del Provveditorato dell'Emilia Romagna che, attraverso un coinvolgimento in rete dell'Amministrazione Penitenziaria, dell'Università, Regione, Enti Locali, organismi scientifici ed accademici, sta preparando un progetto mirato sulla problematica relativa agli autori di reati sessuali.

Anche altri istituti hanno presentato progetti propri che sono in via di realizzazione.

Si nota in definitiva il risveglio progettuale su un'area-problema fino ad oggi emarginata e quasi rimossa per effetto della prevalenza di pregiudizi e stereotipi negativi che la tipologia di reato suscita.

Avere gettato luce ed interesse in quest'area-problema ha rinforzato la motivazione ad agire degli operatori che sono già implicati nella presa in carico di questi soggetti la cui condotta antigiuridica suscita sentimenti ambivalenti se non chiaramente di disgusto e rigetto.

È in questa prospettiva che l'Ufficio Centrale della Formazione del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha presentato un altro progetto incentrato sulla formazione degli operatori per rafforzare la motivazione al lavoro in questa area-problema e diffondere corrette informazioni, tra gli operatori penitenziari, in ordine alla dimensione del fenomeno e alle implicazioni sociali e priso-patologiche dello stesso.

Si ritiene, con l'iniziativa portata a termine, di avere dato un contributo costruttivo alla lotta allo sfruttamento sessuale dei minori e si spera di poter ulteriormente intervenire nell'ambito penitenziario con efficaci programmi trattamentali, implementati da operatori consapevoli, preparati e motivati a lavorare, per la riduzione delle vittime da sfruttamento sessuale.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
Responsabile del Progetto
dr.ssa Luigia MARIOTTI CULLA

Dr.ssa Raffaella DURANO
Coordinatrice del Gruppo di lavoro WOLF

Dott. Sebastiano ZINNA
Coordinatore del Gruppo di lavoro WOLF

Educ. Coord. Lavinia ANAFI
Componente Gruppo di lavoro WOLF

Educ. Coord. Patrizia CIARDELLO
Componente Gruppo di lavoro WOLF

Educ. Coord. Paola GUBBIOTTI
Componente Gruppo di lavoro WOLF

Educ. Coord. F. Angelo VACCA
Componente Gruppo di lavoro WOLF

Coll. Ist. Pen. Daniele DE MAGGIO
Componente Gruppo di lavoro WOLF

Coll. A.C. Loreta TARABORELLI
Componente Gruppo di lavoro WOLF

Dott. Andrea BECCARINI
Traduttore e interprete

Dr.ssa Alessandra BERNARDON
Traduttore e interprete

Coll. A.C. Gianni DE SIMONE
Collaboratore Progetto WOLF

Sovr.te Domenico MICHELI
Collaboratore Progetto WOLF
Ass. amm. Antonella DIONISI
Collaboratore Progetto WOLF
Arch. Fabio FERRI
Art director autore del logo WOLF

Si ringraziano inoltre tutti gli operatori che in sede decentrata presso i Provveditorati, gli Istituti penitenziari e i Centri di servizio sociale hanno collaborato attivamente nel fornire i dati richiesti per le ricerche effettuate, nella selezione della documentazione significativa inviata all'Ufficio della Formazione, e per il vivo interesse dimostrato partecipando agli incontri con gli esperti promossi nell'ambito del progetto.

FORMULARIO

1) Denominazione dell'organismo richiedente
   Ministero di Grazia e Giustizia
   Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

2) Nome del responsabile
   Dr.ssa Luigia Mariotti Culla

3) Titolo o funzioni svolte in seno all'organismo richiedente
   Dirigente Generale
   Ufficio Centrale per la Formazione e l'Aggiornamento del Personale

4) Indirizzo completo
   Largo Luigi Daga, 2
   00164 ROMA

5) Telefono
   tel. 06/66591 - 2508/07
   fax 06/66165226 - 06/661652775

6) Scopi e attività dell'organismo richiedente
   Secondo le direttive e gli ordini del Ministero di Grazia e Giustizia provvede:
   a) all'attuazione della politica dell'ordine e della sicurezza degli Istituti e Servizi penitenziari e del trattamento dei detenuti e degli internati, nonché dei condannati ed internati ammessi a fruire delle misure alternative alla detenzione;
   b) al coordinamento tecnico-operativo e alla direzione e amministrazione del personale penitenziario, nonché al coordinamento tecnico operativo del predetto personale e dei collaboratori esterni dell'Amministra-zione;
   c) alle direzione e gestione dei supporti tecnici, per le esigenze generali del Dipartimento medesimo.

7) Statuto giuridico dell'organismo richiedente

Amministrazione Centrale dello Stato

8) Nome del progetto

WOLF (Working On Lessening Fear)

Progetto di ricerca e scambio transnazionale sul trattamento degli autori dei reati di sfruttamento sessuale di minori e sui bisogni di formazione degli operatori sociali addetti al loro trattamento.

9) Descrizione dell'azione

Premessa

Il diffuso allarme sociale suscitato dalle drammatiche notizie di cronaca che hanno per oggetto violenze esercitate sui minori, di cui lo sfruttamento e l'abuso sessuale sono una delle molteplici espressioni, probabilmente le più aberranti, ha indotto i Paesi membri dell'Unione ad intervenire in materia, sia sul piano della prevenzione che su quello della repressione.

In questo senso sono stati modificati gli ordinamenti penali vigenti in alcuni paesi, mentre in altri sono ancora al vaglio degli addetti ai lavori modifiche ai disegni di legge che prevedono l'inasprimento delle pene per gli autori dei reati di violenza carnale, sfruttamento sessuale e pornografia nei confronti dei minori.

L'Italia, in particolare, con la legge 15 febbraio 1996 n. 66, ha previsto un aggravio di pena per gli autori di violenza sessuale, ma ha voluto contestualmente porre l'accento sulla tutela della privacy e l'integrità psicofisica delle persone offese.

Non dissimile da quello italiano è l'atteggiamento di altri Paesi membri dell'Ue che hanno legiferato sulla scabrosa materia dello sfruttamento sessuale dei minori, prevedendo un generale inasprimento delle condanne.

La sanzione penale è dunque lo strumento adottato dai governi alla crescente domanda di difesa sociale della collettività, per far fronte ad un fenomeno che produce nei cittadini sentimenti di grande indignazione e di profondo disagio, sentimenti da cui non sono esenti neppure gli stessi operatori della giustizia che entrano, in ragione della loro professione, in relazione con gli autori di reato nella fase dell'esecuzione della pena.

La complessa personalità dei soggetti condannati per questo genere di reati, l'alto tasso di recidiva, i possibili collegamenti con la criminalità organizzata e la difficoltà degli operatori ad ipotizzare mirati piani di intervento, richiedono la realizzazione di strategie pluridimensionali e l'acquisizione di conoscenze specifiche e professionalità altamente qualificate.

A tale riguardo un contributo consistente può provenire dall'integrazione delle risorse rinvenibili presso i Paesi membri e dalla diffusione a livello transnazionale dei dati e delle informazioni raccolte sul fenomeno, per sua natura piuttosto sommerso e ancora non sufficientemente esplorato.

Obiettivi

Il progetto si propone di realizzare due indagini transnazionali parallele:

- la prima, sul trattamento riservato agli autori dei reati di sfruttamento sessuale dei minori e, più in generale, delle diverse nuove forme di schiavitù in danno dei bambini, allo scopo di comparare i possibili modelli di intervento, identificare le

esperienze in tal senso più significative e costituire, nell'ottica di una proficua collaborazione fra gli Stati membri, un patrimonio conoscitivo comune, utile alla migliore comprensione dei fenomeni sociali correlati allo sfruttamento dei minori e al miglioramento delle pratiche di intervento finalizzate alla riduzione della recidiva di tali specifici reati;

• la seconda, sui bisogni formativi degli operatori deputati al trattamento degli autori dei reati, e relativi allo sviluppo di conoscenze, abilità operative e atteggiamenti idonei a far fronte alle situazioni professionali specificamente rappresentate dall'interfacciamento con coloro che si sono resi responsabili di delitti a forte riprovazione sociale; ciò allo scopo di progettare appositi moduli formativi per l'accrescimento delle competenze degli operatori nello specifico settore di intervento, tali da favorire le condizioni per la successiva implementazione del/i modello/i di intervento risultati maggiormente proficui in sede di applicazione.

Tali indagini, avviate autonomamente nei Paesi membri aderenti al progetto, costituiranno la base informativa per uno scambio transnazionale finalizzato alla conoscenza dei rispettivi approcci e sistemi di intervento, all'accumulo del patrimonio informativo sulle tematiche che sono oggetto dell'azione comune, all'individuazione di forme di collaborazione internazionale tra gli addetti alla formazione del personale per lo sviluppo congiunto di mirate metodologie formative, da destinare agli operatori della giustizia e/o a quanti altri si dedicano agli interventi trattamentali nei confronti degli autori di reato in danno di minori.

I partecipanti alle visite di scambio saranno individuati, preferibilmente, tra i dirigenti e i funzionari addetti ad Uffici e strutture di formazione delle Amministrazioni Penitenziarie degli Stati membri.

Per la realizzazione del progetto si prevede la partecipazione di altri due Paesi membri dell'Ue, oltre al Paese proponente. Le attività di ricerca, per quanto riguarda l'Italia, saranno realizzate con la consulenza di Università o altri organismi del mondo scientifico e/o accademico.

Gli obiettivi operativi del progetto possono pertanto essere così sintetizzati:

- avviare una ricognizione comparata sulle diverse forme di intervento intraprese nei confronti degli autori dei reati di sfruttamento sessuale dei minori, per ampliare il patrimonio di conoscenze sull'argomento e facilitare la diffusione delle migliori prassi a livello europeo;
- analizzare i bisogni di formazione emergenti negli operatori addetti al trattamento di tali autori di reato, per lo studio e la progettazione comune di moduli formativi dedicati;
- favorire la conoscenza diretta, da parte degli addetti ai sistemi formativi, di alcune esperienze significative in tema di trattamento degli autori dei reati commessi in danno dei minori, per valutarne la ricaduta sulla progettazione degli interventi di formazione e aggiornamento del personale (individuazione dei profili di competenze, ruoli interfaccia, organizzazione pluridisciplinare del lavoro, ecc.);
- promuovere lo scambio, a livello transnazionale, delle informazioni raccolte, nell'ambito di un ciclo di visite di scambio e seminari monotematici. Gli incontri costituiranno una prima iniziativa di aggiornamento degli addetti ai sistemi formativi, volta a sviluppare delle ipotesi di lavoro per la progettazione e l'implementazione di

attività didattiche, di formazione e aggiornamento del personale deputato al trattamento degli autori dei reati di sfruttamento sessuale dei minori.

Sintesi delle attività
Il progetto si articola in 4 fasi:

1. Ricerca dei partners presso gli Stati membri con i quali condividere gli intenti del progetto:
- individuazione delle esperienze più significative, a livello nazionale, in tema di trattamento degli autori dei reati che sono oggetto di interesse nella presente indagine;
- individuazione degli specifici modelli di intervento per il trattamento penitenziario degli autori di reato;
- individuazione delle modalità di integrazione pluridisciplinare fra le figure professionali addette al trattamento degli autori di reato, durante l'esecuzione delle pene;
- identificazione dei bisogni formativi emergenti in relazione alla possibile applicazione di modelli innovativi di intervento;
- individuazione delle linee generali di indirizzo per la progettazione di moduli formativi da destinare agli operatori sociali del trattamento.

2. Avvio delle indagini conoscitive:
- rilevazione sulle esperienze già in corso, a livello nazionale, concernenti il trattamento penitenziario degli autori dei reati di sfruttamento sessuale dei minori;
- indagine sui bisogni formativi delle figure professionali deputate al trattamento degli autori di reato, in particolare per la prevenzione della recidiva.

3. Scambio transnazionale tra gli organismi partners del progetto:
- messa in comune delle esperienze effettuate e dei dati raccolti, da finalizzare alla pubblicazione di un report di ricerca sugli aspetti più rilevanti dei fenomeni indagati e sulle prospettive di utilizzo di tali informazioni in vista della qualificazione e l'aggiornamento del personale deputato al trattamento degli autori di reato;
- creazione di un network di documentazione transnazionale per la diffusione delle informazioni concernenti studi, indagini, ricerche utili alla progettazione e implementazione di interventi formativi specialistici rispetto ai temi che sono oggetto del programma.

4. Ciclo di seminari internazionali:
- divulgazione dei risultati delle indagini, da finalizzare alla progettazione di moduli formativi per la specializzazione professionale degli operatori della giustizia.

10) Risultati previsti

Al termine dell'azione i partecipanti (addetti alla formazione del personale) dovranno essere in grado di utilizzare le maggiori informazioni scaturite dalle indagini conoscitive condotte nell'ambito del progetto, allo scopo di definire e progettare

specifici moduli formativi per l'aggiornamento e la specializzazione degli operatori addetti al trattamento degli autori di reato;

I risultati dell'azione si concretizzeranno nei seguenti prodotti:

1. report di ricerca transnazionale sul trattamento degli autori di reato in danno di minori;
2. report di ricerca transnazionale sui bisogni formativi degli operatori addetti al trattamento di tali reati;
3. documentazioni e materiali didattici per le attività formative;
4. progetto di formazione per gli addetti alle attività trattamentali;
5. documenti di studio e approfondimento per la divulgazione, su più ampia scala, dei risultati.

11) Durata prevista per la realizzazione dell'azione

Durata complessiva dell'azione: 12 mesi

La durata delle singole attività previste dal progetto è sintetizzata nella tabella che segue.

12) Importo totale necessario per la realizzazione dell'azione

£. 104.807.500

13) Importo richiesto all'Unione Europea

£. 76.807.500

14) Altre fonti di finanziamento per l'azione

£. 28.000.000 (Ministero di Grazia e Giustizia)

15) Altre forme di contributo ottenute in precedenza o al momento attuale da altri servizi della Commissione oppure da altre istituzioni comunitarie per altre azioni (natura e importo da precisare)

16) Informazioni complementari

Il budget preventivato per la conduzione delle ricerche comprende esclusivamente gli onorari per le collaborazioni esterne (consulenze tecniche). Le ricerche documentarie, le indagini sul campo, la rilevazione e l'elaborazione dei dati saranno effettuate con risorse interne (a costo zero).

Le spese relative alle visite di scambio comprendono esclusivamente i costi per le trasferte del personale del Paese proponente e per i materiali di documentazione da utilizzare nel corso dei seminari.

Per il seminario conclusivo, che si svolgerà in Italia, si precisa che l'Amministrazione proponente dispone di strutture ricettive normalmente utilizzate per iniziative formative a carattere residenziale destinate al proprio personale.

IL GRUPPO DI LAVORO

DIPARTIMENTO DELL' AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO CENTRALE PER LA FORMAZIONE
E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE

Progetto "W.O.L.F." (Working On Lessening Fear)

Responsabile del progetto:

Dr.ssa Luigia MARIOTTI CULLA - Direttore Ufficio II - DAP

Coordinatori del gruppo di lavoro:

Dr.ssa Raffaella DURANO - Respons. Divisione I Ufficio II - DAP
Dr. Sebastiano ZINNA - Direttore CSSA - Roma

Componenti del gruppo di lavoro:

Dr.ssa Lavinia ANAFI - Educ.Coord.- Nucleo Fondi Soc.Europei - DAP
Dr.ssa Patrizia CIARDIELLO - Educ.Coord. - PRAP - Milano
Dott. Daniele DE MAGGIO - Coll. Ist. Pen.- Ufficio IV - DAP
Dr.ssa Paola GUBBIOTTI - Educ. Coord. - Ufficio II - DAP
Dott. Francesco Angelo VACCA - Educ.Coord.- Ufficio II - DAP
Sig.ra Loreta TARABORELLI - Coll. Amm. Cont.- Ufficio VI - DAP
Sig. Franco ARCANGELI - Coll. Amm. Cont. - Ufficio IV - DAP

Il gruppo si avvale della consulenza del prof. G. Battista Traverso, titolare della Cattedra di Psicopatologia Forense dell'Università degli Studi di Siena, con la quale è in via di definizione la relativa convenzione.

IL SEMINARIO

TRANSNAZIONALE

DI ROMA

10-11-12 marzo 1999

LETTERA DEL MINISTRO

Intervento del

pres. ALESSANDRO MARGARA (*)

L'iniziativa è stata avviata già da tempo, ed ha comportato scambi significativi fra varie realtà ed esperienze: ciò è qualcosa che fa sicuramente piacere alla nostra Amministrazione Penitenziaria.

Questa attività si inserisce in una serie di iniziative che utilizzano le proposte fatte dalla Comunità Europea, e dei fondi della stessa la nostra Amministrazione ha approfittato, attraverso l'intervento e le iniziative della dr.ssa Culla che dirige il Nucleo di Coordinamento delle varie iniziative che coinvolgono l'Amministrazione. Si sono svolti dei corsi, si sono presi degli impegni e strutturati dei programmi che hanno già avuto uno sviluppo completato ed, appunto, questo ulteriore sviluppo è ancora in corso. Si sta preparando una programmazione che avrà uno svolgimento nel futuro in corsi e percorsi formativi e di

sostegno ad iniziative relative a detenuti che anche in questo caso utilizzano le risorse che scaturiscono dal corso stesso.

Questo speciale corso ha certamente un significato particolare: la popolazione detenuta che ha queste singolari vicende, queste esperienze delittuose alle spalle, è una popolazione molto più numerosa di un tempo, quando situazioni di questo tipo erano assai rare. Il carcere le viveva, in qualche misura ancora le vive, con questi segni singolari: direi che questi condannati, questi responsabili sono gli esclusi del particolare mondo di esclusione che il carcere rappresenta. L'esclusione da parte dei loro compagni, che è sovente ostinata, non sempre sicura perché i rapporti poi delle comunità penitenziarie nei riguardi di questi soggetti sono abbastanza ambigui, perché talvolta si fanno protagonisti di atti di questo genere anche personaggi che sono omogenei al tipo di popolazione penitenziaria: in quel caso l'esclusione non opera. In definitiva sono accettati come segni di quel machismo che si può in qualche misura accettare, condividere, ma invece il grosso di queste persone, che non appartengono in definitiva al contesto di una vita un po' bruciata, come quella dei normali clienti penitenziari, viene escluso in modo anche molto severo, rigido. Non ci sono molte misure alternative al carcere esclusivo per queste persone da parte del carcere normale, della normale popolazione penitenziaria.

———————

(*) Direttore Generale del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Ministero della Giustizia - Roma.

Questo è un aspetto che ha comportato una sua complementarietà: la vita di queste persone è una vita sostanzialmente isolata. Lo è stata in passato quando erano pochi e l'isolamento era praticamente totale: oggi è un isolamento per loro che non è certo il massimo della consolazione, della compagnia, ma comunque sempre isolamento è.

Forse su questo punto io direi che bisognerebbe riflettere in qualche misura e noi cominciamo a riflettere ora: vedo gli atti che sono stati prodotti per questo seminario. Vedo esperienze ben più avanzate delle nostre in altri paesi dove le questioni sono state assunte da tempo e sono stati dati dei punti su cui lavorare, dei programmi, delle idee e delle impostazioni ben precise alle spalle. Noi cominciamo ora questo percorso: anche il fatto della divisione, di aver raccolto queste persone in determinate sezioni è abbastanza recente ed è per queste sezioni che noi utilizzeremo proficuamente questa iniziativa, questo percorso formativo e soprattutto gli indirizzi che si sono acquisiti e si possono acquisire.

Non sarà facile, probabilmente, coagulare delle iniziative che rappresentino tutti i vari aspetti, tutte le varie professionalità che sono ivi rappresentate, nelle esperienze di altri paesi i quali partono in altro modo con organizzazioni molto diverse, molto più pragmatiche delle nostre, le quali sono abbastanza rigide. Per esempio noi dovremmo rappresentarci per queste strutture, per queste sezioni, la partecipazione di esperti che tengano conto di quel particolare tipo di lavoro. Oggi come oggi noi gli esperti li distribuiamo un pochino a macchia d'olio su tutto il territorio nazionale a prescindere da quelle che sono le esigenze, qui probabilmente occorrerebbero per iniziative specifiche insieme a tutte le altre professionalità rare anch'esse. Confidiamo in quello che è l'orizzonte che vorremmo ci fosse, ovvero il riordino dell'Amministrazione, il potenziamento dei vari quadri, in particolare dei quadri trattamentali, che in questi casi sono maggiormente in discussione, ma non solo, perché qui gli operatori dovranno essere tutti gli operatori dell'istituto, e che l'innovazione ci dia le risorse effettive e la forza per fare ciò che ho visto altrove si fa da molto tempo.

Quello che colpisce un vecchio magistrato come me è in questa iniziativa la grande duttilità, l'elasticità che altrove si ha rispetto alla nostra rigidità, ed ho visto che in linea di massima anche il sistema penitenziario olandese, perlomeno sul piano normativo, ha posizioni non molto dissimili dal nostro: una responsabilità piena, una irresponsabilità piena, una semi responsabilità, più o meno siamo nei termini del nostro sistema. Quello che cambia completamente è il sistema delle strutture, nel senso che è molto duttile, ed è affidato, per quanto mi è dato da capire, ad istituti speciali convenzionati con l'Amministrazione. Cosa che non sono mai stati i nostri istituti specifici per la parte dell'infermità di mente perché gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono stati sempre di rigorosa organizzazione giudiziaria anche se noi nella nostra esperienza abbiamo sezioni di Ospedali Psichiatrici civili che funzionavano in convenzione con l'Amministrazione. Quindi anche qui non ci sarebbe nulla di straordinario da fare. Ho visto stamane sul giornale che il Ministero della Sanità ha previsto, nel programma obiettivo per la psichiatria, un intervento speciale per gli ospedali psichiatrici giudiziari, ovvero per la psichiatria in ambito giudiziario, ipotizzando forme di intervento misto fra Sanità e Giustizia che sono più o meno quelle che si andavano supponendo.

Io credo di avere già debordato da quello che è un saluto, ma mi sembrava doveroso cogliere questi aspetti in cui certo non ritroverete nulla di speciale, e che sono comunque il segno di un'attenzione speciale che noi riserviamo a questo. È importante soprattutto cogliere le iniziative che si sono sviluppate negli altri paesi, questo senso che ci è sfuggito sinora di operare, di realizzare un rapporto con queste persone. Le iniziative che si colgono negli altri paesi sono iniziative nelle quali le iniziative delle persone sono messe in discussione per essere affrontate, perché si risolvano i problemi di questi soggetti: ad esempio si riattiva il rapporto con la famiglia.

La vicenda di queste persone, chiamiamole sempre così, in carcere è fatta di isolamento, di separazione da tutti gli altri: non so che cosa possa accadere nelle sezioni che oggi raccolgono più persone che hanno al fondo un senso di autopunizione da scontare, e con il quale fare i conti. Probabilmente anche se sono più di uno questi stanno isolati l'uno dall'altro. Operare dentro queste realtà è certamente importante e in definitiva percorsi di questo tipo insegnano a lavorare. Auguri a che tutto ciò vada per il meglio.

Introduzione della

dr.ssa LUIGIA CULLA (*)

Noi abbiamo cominciato ad utilizzare i fondi europei con questo primo progetto W.O.L.F.

Perché W.O.L.F.? Da una parte ci ha stimolato l'interesse per quei detenuti che molto spesso sono dimenticati all'interno degli II.PP. proprio perché non c'è mai stata una approfondita conoscenza di questa particolare problematica; dall'altra parte l'esigenza di fornire un percorso formativo adeguato agli operatori che a fronte di questi soggetti che si sono resi responsabili di una tipologia di reati piuttosto gravi, e che chiaramente presentavano particolari problematiche, particolari difficoltà di approccio.

Allora nell'ambito delle azioni promosse dalla Comunità Europea, all'interno del programma STOP, abbiamo presentato questa iniziativa che da una parte prevedeva uno scambio di conoscenze con i paesi nostri partner, in particolare il Belgio e l'Olanda (sono qui presenti dei rappresentanti) e dall'altra parte una ricerca sulla problematica specifica degli autori di violenza sessuale nei confronti di minori che noi abbiamo affidato all'Università di Siena nella persona del prof. Traverso che poi interverrà successivamente.

Tutto questo ci ha consentito di fare due livelli di esperienza molto interessanti e molto importanti: il primo quello di conoscere come la problematica veniva affrontata in due paesi dove il problema della violenza sessuale era un problema di grossa portata; ricordo in particolare il Belgio laddove il problema proprio per la gravità e la connotazione reale e particolare che aveva è stato affrontato anticipatamente rispetto a quello che può essere stato fatto in altri paesi.

Anche l'Olanda, con questa caratterizzazione così similare a quella italiana, in quanto prevede un trattamento per coloro che non sono considerati responsabili di situazioni in qualche modo differenziate rispetto al regime ordinario, ma c'è una tensione e un coinvolgimento della rete locale che è naturalmente differente rispetto alla nostra.

Quindi questo scambio ci ha consentito di effettuare queste due esperienze e ci ha fatto conoscere paesi che hanno già in qualche modo individuato e gestito con modalità differenti.

———————

(*) Dirigente Generale – Direttore Ufficio della Formazione del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Coordinatore del Nucleo per i Progetti del Fondo Sociale Europeo.

La seconda grossa esperienza è stata quella dell'approccio insieme al-

l'Università di Siena con gli operatori che sono coinvolti all'interno degli istituti penitenziari, laddove la problematica è maggiormente presente. Da questi due incontri che abbiamo avuto nel corso dell'esperienza progettuale, sono emersi dei dati significativi.

La gestione di questi soggetti è riconducibile a tre modalità differenziate:

1. I sex offenders sono collocati in sezioni protette, separate da quelle degli altri detenuti, con la motivazione ovviamente di tutelare la loro incolumità, ma di fatto con un isolamento perché non è consentito loro di svolgere alcuna attività trattamentale ovvero se questa è svolta avviene nel contesto in cui sono ristretti, quindi in un contesto limitato negli scambi con altri soggetti; di fatto il regime penitenziario si va a sostanziare come una sorta di isolamento continuativo a volte addirittura esagerato, fuori della previsione della norma. Questa è la condizione detentiva più generalizzata.

2. La seconda tipologia, in verità poco presente nel panorama degli istituti penitenziari italiani, è quella di collocarli a vita in comune con gli altri; i soggetti autori di reati a sfondo sessuale partecipano così alle attività trattamentali che sono previste per tutti gli altri detenuti. Da quanto rilevato, questa è una soluzione che, se scelta, non dà grossi problemi di rapporto, di situazioni aggressive di intolleranza da parte degli altri detenuti, a loro volta preparati adeguatamente al momento dell'ingresso di questi particolari soggetti.

3. La terza tipologia è rappresentata da coloro che sono ricoverati, internati negli ospedali psichiatrici giudiziari; per questi ovviamente esiste una vita in comunità a meno che non presentino patologie differenziate rispetto al contesto comunitario. La situazione generale è quella della vita in comunità pur con le limitazioni che comporta un ospedale psichiatrico. Ci sono un paio di esperienze significative che vanno sottolineate, quelle di Lodi e di Biella, dove vi sono dei programmi specifici gestiti dall'équipe multiprofessionale, che in qualche modo ha introdotto una gestione innovativa rispetto a quella ordinaria.

Tutto questo ci ha consentito di arrivare a questo seminario conclusivo, portando le considerazioni non soltanto mie, ma anche del gruppo di lavoro che ha operato per gestire questo progetto W.O.L.F. e che brevemente io sintetizzerò, in quanto il documento verrà in seguito distribuito e portato alla vostra attenzione.

Intanto abbiamo rilevato che all'interno della normativa italiana non c'è la possibilità di andare a separare i soggetti detenuti in relazione alla diversa tipologia di reato: c'è però la possibilità di effettuare una differenziazione rispetto ai bisogni che non sono però soltanto di questi soggetti, ma di un gruppo di detenuti che vengono in qualche modo trattati all'interno di un contesto con quelle modalità di trattamento che sono tipiche di quel contesto. Tutto ciò comporta che di fronte ad un soggetto che si è reso responsabile di questo reato sia messo a vita in comune, e sia data la possibilità di avere il progetto individuale all'interno del quale cogliere quegli elementi trattamentali che sono specifici per quella particolare personalità, e non riferito quindi alla tipologia di reato.

Abbiamo anche visto che adottando questa logica, dell'intervento di progetto, di costruire insieme con tutti gli operatori quello che è un percorso trattamentale adeguato sì al singolo soggetto, ma che non fa certamente riferimento alla tipologia di reato di cui è portatore, si agisce in maniera più opportuna recuperando i rapporti e i legami e restituendo alla società quella persona che in qualche modo ha ripensato il suo reato.

Quello che abbiamo potuto ancora constatare è che non è l'isolamento che serve a far pensare la persona, perché l'isolamento serve soltanto a costruire insieme ad altri soggetti che si sono resi responsabili dello stesso reato delle ipotesi di vita che si ripropongono con le stesse modalità nel momento in cui termina la detenzione.

Per quanto attiene al personale, abbiamo rilevato che, se di fatto al personale viene proposto un intervento di questa portata, che non è un intervento stigmatizzante nei confronti del detenuto perché non è separato, ma è un intervento che viene in qualche modo inserito all'interno di un contesto ordinario, il personale stesso non ha la sensazione di essere assegnato ad un compito che ad un certo punto diventa quasi stigmatizzante per l'operatore stesso, ma ha di fronte a sé un gruppo di persone che è portatore di esperienze differenziate e non è formato da singoli casi specifici.

In particolare abbiamo notato che questo disagio di andare a vivere in sezioni così separate viene preminentemente dal corpo della Polizia Penitenziaria, ma anche degli altri operatori che approcciano con molta difficoltà questi soggetti isolati in sezioni separate. Inoltre se l'operatore viene inserito all'interno di una realtà variegata tutto sommato sa di essere lui stesso portatore di un'esperienza, ma che non può certamente risolvere il problema di quel soggetto, ma se mai lo aiuta ad analizzarlo, e a trovarci dentro quella che può essere una soluzione per una dimensione di vita successiva alla detenzione. Da tutte queste considerazioni che ho sintetizzato emerge che la scelta che il gruppo di lavoro ha fatto in relazione alla dimensione di gestione di questa particolare tipologia di reato è proprio quella di disseminare il soggetto che si è reso responsabile di reati a sfondo sessuale all'interno delle diverse soluzioni detentive senza andare ad isolarlo, in quanto l'isolamento provoca un danno al soggetto, e ancor più all'operatore che si trova a gestire esclusivamente le situazioni.

Certo dietro c'è bisogno comunque di un percorso, di un intervento formativo che faccia sì che l'operatore che si trova a contatto con queste persone sia rafforzato nelle sue competenze professionali e sia in qualche modo liberato dall'angosciante scelta di non riuscire poi a trovare la soluzione per quel soggetto, a far emergere la problematica; soltanto un percorso formativo rafforzato può servire a consolidare quella che è la professionalità dell'individuo.

Altra scelta che non è stata considerata dal gruppo, ma che potrebbe essere portata all'attenzione di chi nei lavori di gruppo studierà questo tipo di problema e le sue possibili soluzioni, è quella viceversa di creare piccole strutture dove insieme ai sex offenders possano essere inseriti detenuti che presentino particolari problematiche, all'interno però di una gestione di questa dimensione da parte di un'équipe multidisciplinare che andrà a supportare queste persone ristrette nelle sezioni particolari con modalità molto attente ed individualizzate e tutto sommato con un bisogno a monte di supervisione sugli operatori che ivi lavorano.

La scelta del gruppo, come anzi detto, è stata quella di una dimensione allargata, nel senso di una collocazione di questi soggetti all'interno delle strutture ordinarie, sia pure con l'attenzione dovuta a questi particolari tipi di problematiche e la creazione di piccole strutture ad hoc sembra essere una soluzione certamente più aderente alle scelte fatte dagli altri paesi europei. Ai lavori di gruppo è data la possibilità di scegliere la soluzione ottimale che verrà poi riportata a livello centrale del Dipartimento e probabilmente anche a livello politico (qualche modifica normativa sarà necessaria a fronte di proposte di cambiamenti così radicali). Grazie.

Intervento del

sottosegretario FRANCO CORLEONE (*)

Ringrazio di essere presente a questa iniziativa transnazionale che è un bel modo di presentare una ricerca e un'elaborazione, dando anche una dimostrazione che si parla di esperienze di altri paesi d'Europa non solo limitandosi a quello di cui siamo stati occupati, e sappiamo, di problemi monetari, ma anche di problemi sociali, umani così delicati che meritano un confronto con quello che accade in altri paesi e la loro elaborazione.

Io sono stato impegnato al Senato per seguire un provvedimento della Giustizia e quindi sono arrivato in ritardo e mi scuso, però quello che ho ascoltato è già sufficientemente impegnativo per tutti per mettersi a confronto con una questione particolarissima. Come ricordava il dott. Cirignotta in questo seminario affrontiamo in maniera opposta a quella tradizionale affrontata da sempre dal carcere dell'isolamento, dal marchio di infamia che era destinato alle sezioni in cui erano detenuti i colpevoli di questi reati, passiamo ad esperienze come quella che ci è stata illustrata di Lodi diversa da quella di Biella, ma tutte comunque partecipative rispetto appunto a figure e a reati che ultimamente hanno suscitato grande allarme. Potrebbe apparire questo un ennesimo caso in cui il carcere va in controtendenza rispetto a quelli che sono i valori diffusi: in realtà forse non è propriamente così in questo caso.

Voglio ricordare che alcune leggi approvate recentemente dal Parlamento sulla violenza sessuale e poi sui minori, la violenza ai minori, e addirittura la definizione di

riduzione in schiavitù per i minori, sono alcuni degli aspetti che il Parlamento ha affrontato per rispondere a questioni, alcune annose, altre venute alla ribalta nelle cronache per fatti che sono emersi anche in altri paesi (la vicenda del Belgio o le conferenze internazionali di Stoccolma); tutte vicende che hanno suscitato grandi emozioni con una ricaduta abbastanza tradizionale che è quella del ricorso al penale con una grande fiducia nel penale e nelle pene da attribuire ai colpevoli di questi reati.

Con questo seminario mi pare si fa un passo ulteriore: dalla misurazione verso l'alto delle pene alla sperimentazione di un trattamento, partendo dalla consapevolezza della difficoltà, non tanto rispetto ai sentimenti dell'opinione pubblica, ma rispetto ai dati di realtà, di confronto. Non solo i dati delle diverse scuole scientifiche che si possono confrontare, quella comportamen-

———————

(*) Onorevole Sottosegretario alla Giustizia.

tista, psicanalitica etc., ma anche delle differenze negli atteggiamenti rispetto alle scelte dei luoghi dove sperimentare nuove terapie di trattamento e l'impatto con l'esterno nel futuro.

Nonostante ciò mi pare di poter dire che il carcere, pur nella sua difficoltà strutturale di fondi, di risorse, di energie, di mezzi è comunque diventato per elezione il luogo più avanzato per affrontare quelle che io chiamo le ferite sociali. Paradossalmente un'istituzione chiusa come il carcere, in Italia, ma credo anche in altri paesi, viene ad essere investita della risoluzione di queste ferite che possono essere quelle della tossicodipendenza, dell'immigrazione, delle malattie, dall'AIDS a patologie che erano scomparse nei nostri paesi sviluppati, fino a questo nuovo aspetto che è quello dei sexual abusers e comunque di persone che hanno commesso reati sessuali, e quindi in qualche modo continua ad esser un luogo d'elezione per praticare uno stato sociale riformato, un Welfare che non pensi ai garantiti, ma agli ultimi della società, a quelli con più dati di difficoltà di relazione. È in qualche modo un paradosso che il carcere debba assumere questa caratteristica, questo ruolo. Però nel momento in cui nel carcere vi sono queste presenze anche così pesanti numericamente, credo che non si può che occuparsene. Certamente tutto ciò impone una preparazione culturale, scientifica di chi lavora nel carcere diversa da quella tradizionale; molto deve esser impegnato nella formazione, che ovviamente costituisce un prerequisito, ma anche in figure professionali adeguate a questi compiti e per quanto riguarda il problema della salute nella sua accezione più ampia questo pone anche il problema che abbiamo sul tappeto: quale sanità nel carcere? Il rapporto con il Servizio Sanitario Nazionale, l'esistenza della Sanità Penitenziaria e così via.

Mi pare che non ci sia bisogno di dire che in tutto questo che è stato presentato oggi e poi verrà approfondito nei vostri lavori, non ci sia alcun compiacimento o ammiccamento verso chi ha compiuto reati che destano grande allarme e preoccupazione.

Certamente queste figure assumono in sé due caratteristiche per l'esercizio della pena: da una parte il timore della reiterazione del reato, e quindi un atteggiamento che giustifica la pena rispetto al timore, alla paura della ripetizione e dall'altro un sentimento di vendetta per quanto è stato fatto (un'altra delle spinte alla pena che è presente spesso su questi soggetti).

Credo che l'intervento di non tenere queste persone ai margini ed attuare invece uno sforzo di rielaborazione e comprensione della vicenda, senza che questo sia un obbligo, è di grande suggestione, anche perché questo sembra sia un particolare intervento che non può avere come base quello dell'obbligo terapeutico a rischio di diventare fallimentare, ma è

necessario trovare la disponibilità ad un processo di analisi-autoanalisi che diventa forse il primo grado di difficoltà.

Bisognerà tener conto del livello di struttura delle persone: quello che ho visto nella ricerca, e non so se è la stessa tipologia presente nelle esperienze che abbiamo ascoltato, dà un'idea del livello di estrazione sociale e culturale molto bassi. Credo che qualche problema vi sia se non altro nella possibilità di verbalizzazione.

Abbiamo avuto una sbornia in questi tempi di esaltazione della famiglia tradizionale come sede delle virtù, da questa ricerca mi pare che emerga invece, non dico il contrario, ma sicuramente che la famiglia è la sede di molti di questi comportamenti, di questi episodi.

Certo il problema del tempo, della memoria e del futuro, i tre vocaboli essenziali, ma soprattutto del tempo, saranno aspetti che dovranno essere ripresi nell'analisi del trattamento di questi soggetti in regime di detenzione.

Dobbiamo ad ogni modo tenere fermi alcuni atteggiamenti: distinguere fra il diritto e la morale; esaltare sempre il criterio della responsabilità degli individui (guai se noi in tutte queste vicende dessimo la responsabilità a qualcun altro, alla società che non è mai della persona, del soggetto) e il nostro lavoro sarà quello di recuperare sì il soggetto, ma anche il suo senso di responsabilità.

Vi ringrazio ed auguro buon lavoro.

Intervento del

cons. SALVATORE CIRIGNOTTA (*)

Debbo dire che come Amministrazione Penitenziaria siamo veramente, il termine forse è esagerato, assetati di indicazioni trattamentali.

La consueta franchezza con la quale mi esprimo, ed è nota a chi mi conosce, mi fa dire che, anche secondo quella che è la mia esperienza, per molto tempo abbiamo trascurato e quindi siamo un po' indietro, il tema dei contenuti trattamentali.

Per cui quando si è parlato di Attività Trattamentale di Operatori Trattamentali, in particolare mi riferisco alla figura degli Educatori Penitenziari, poi non c'è stato quello studio che in concreto definisse i contenuti pratici di questa attività rispetto alle tipologie dei detenuti. Forse con riguardo agli Assistenti Sociali si è andati un po' più avanti quanto meno sotto il profilo metodologico.

Per quanto riguarda invece il trattamento intramurario, specificatamente le attività trattamentali, siamo rimasti un po' indietro; certo le difficoltà sono tante. Non è stata sicuramente, credo, un'inerzia voluta, ma il frutto di tutta una serie di condizioni in parte negative.

Intanto mi riferisco al perdurare del vigore di norme del codice penale, sicuramente superate, ne parlerò presto a proposito di capacità di intendere e di volere, e in qualche modo anche da una certa considerazione dell'Ordinamento Penitenziario del 1975 come mostro sacro (ma oggi che questi mostri sacri spesso vengono messi in discussione, valga per tutti lo statuto dei lavoratori, credo che un approccio con meno timore verso l'O.P. si possa avere).

Mi riferisco, ad esempio, tanto per fare dei flash, alla fissazione in un certo senso così generale ma allo stesso tempo generica e uniforme degli elementi del trattamento fissati dall'art. 15 dell' O.P., che dà una griglia di interventi, in qualche modo poco differenziata e che allo stesso modo esclude tutta una serie di interventi, che in un momento culturale diverso, quale quello odierno, in un momento di sviluppo scientifico diverso, potrebbero essere degli elementi validi.

(*) Direttore dell'Ufficio Centrale del Trattamento – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria.

Per esempio l'intervento in qualche modo terapeutico, in senso proprio medico, e non preso assolutamente in considerazione come possibile modalità del trattamento.

Ora io non dico che sia favorevole a questa, però sicuramente la fissità di quel dettato di quella norma non ha stimolato la ricerca di soluzioni trattamentali differenziate per le varie tipologie dei detenuti, anzi ha dato delle indicazioni di presunzione, per alcuni elementi come validi in ogni caso, a raggiungere o a cercare di raggiungere il reinserimento sociale e quindi come elementi di riabilitazione.

In molti casi, anche per quanto riguarda i reati sessuali ad esempio ritengo che il rapporto privilegiato con la famiglia, e questo vale anche per la criminalità organizzata, potrebbe anche non essere un elemento a cui attribuire come dire una portata presuntiva di utilità nel trattamento.

In generale quando ho accennato al fatto che in altri stati come anche l'Olanda e il Belgio sostanzialmente si abbia un quadro normativo identico cioè la soluzione è il carcere, una struttura psichiatrica e delle strutture intermedie questo è vero ma è diverso l'aggancio al problema; da noi il passaggio alla struttura diciamo psichiatrica, quindi alla struttura di tipo terapeutico, passa sempre ed esclusivamente attraverso una valutazione della capacità di intendere e di volere.

Il prof. Losavio, che è un esimio studioso di queste cose, ricordo in una riunione dell'osservatorio della salute mentale diceva: "Se c'è un concetto che nessuno è riuscito mai a capire dal momento della sua formulazione è quello di che cosa sia la capacità di intendere e di volere" .

Questo concetto in qualche modo poi scientificamente difficile da capire che cosa sia e poi ad applicarlo in qualche modo ha condizionato anche il trattamento penitenziario. Perché il trattamento in qualche modo sanitario come dicevo in questo meccanismo deve passare attraverso una dichiarazione di incapacità di intendere e di volere o di una capacità di intendere e di volere scemata.

Mentre altrove, pur essendo le soluzioni poi diversificate come in Italia, il ricorso all'intervento in qualche modo terapeutico, chiamiamolo così, scusate la mia imprecisione scientifica, medico-scientifica dei termini, non passa attraverso il concetto di incapacità di intendere e di volere ma passa attraverso il concetto di: «Necessità della cura».

Anche da noi questo concetto sta andando avanti e credo di interpretare bene quale sia lo spirito del progetto di legge del sottosegretario Corleone, in tema di Superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, laddove si pensa ad una dichiarazione, per così dire di responsabilità, anche del malato di mente che ha commesso un reato; si pensa alla sua detenzione ma a una detenzione caratterizzata dalla cura.

Questo mi sembra un tentativo di superamento di quel passaggio obbligato attraverso il giudizio di capacità o incapacità di intendere e di volere.

Quindi dove non c'è stato questo passaggio obbligato si è meglio sviluppato l'interesse, la capacità a guardare se tra i vari interventi trattamentali anche quello della cura, fermo restando la capacità, la detenzione etc. non potesse essere uno strumento trattamentale e fra questo persino le terapie farmacologiche.

Sono problemi naturalmente a cui nessuno ha una soluzione che possono costituire una ricetta universale e allo stesso tempo ferma e sicura per il futuro; il problema di dove finisca la possibilità di autodeterminazione dell'essere umano e dove cominci il comportamento necessitato dalla sua struttura, in qualche senso obbligato dalla sua natura, credo che questo sia la cosa a cui da millenni gli scienziati e i filosofi hanno guardato senza poter mai dare una risposta sicura forse questo è anche il mistero dell'uomo perciò lungi dal pensare di dare in questo campo delle risposte tranquillizzanti quel che è certo e che, secondo me, è venuto finalmente il momento di affrontare il trattamento delle categorie dei detenuti avendo riguardo a modelli diversificati e all'interno di questa diversificazione ha una sua specificità il trattamento dei Sex Offenders.

La mancanza di diversificazione di trattamento nel tempo di studi particolari atteggiamenti e metodi particolari specifici e speciali per così dire ha portato anche a banali

confusioni, per esempio tra la gente comune spesso si confonde il reato a sfondo sessuale con il reato di sfruttamento sessuale che per quanto riguarda la problematica che oggi trattiamo, non ha niente a che vedere, e che è un reato di tipo diverso mosso solo da interessi economici. È vero però che molte volte le due cose si intrecciano, perché molti reati di sfruttamento sessuale hanno una prima fase di abuso sessuale di colui che sfrutterà a fini economici la sessualità altrui.

Comunque le fasi restano separate e non sono cose da confondere; sotto il profilo pratico bisogna anche tenere conto come nel tempo si sia modificato l'atteggiamento della collettività verso questi reati, ed in particolare della cultura carceraria.

Con una certa tristezza ho appreso che l'atteggiamento di esclusione in carcere da parte degli altri detenuti di coloro che hanno commesso reati sessuali non è un dato che si riferisce solo all'Italia ma è un dato comune un pregiudizio comune.

Questa situazione che ha portato le varie Amministrazioni penitenziarie a segregare i detenuti per reati sessuali, secondo me, ha portato grandi perversioni del sistema detentivo, perché per un verso ha suggellato questa idea che questi reati fossero infamanti e più gravi degli altri tanto che persino chi ha commesso stragi e reati di associazione mafiosa insomma di portata gravissima sente la necessità di allontanare coloro che hanno commesso questi reati e in un certo senso questo atteggiamento sfalsa la scala di gravità dei reati vero che sono più gravi ma non vedo perché, a maggior ragione non dovrebbe essere escluso chi ha commesso una strage di 200 persone, eppure nella coscienza collettiva dei detenuti è più giustificabile chi ha commesso una strage che chi ha abusato di un bambino questo è un luogo però che si va modificando e in parte io penso che dipenda anche da una situazione di fatto, cioè gli autori di reati sessuali nel carcere normalmente sono avvertiti, percepiti come persone deboli non legate ad un mondo criminale e che quindi possono essere trattati in questo modo.

Quindi è un atteggiamento pseudo-culturale ma basato su una possibilità di creare diciamo a mo' di rivalsa una categoria sulla quale infierire. Perché dico questo? Perché ultimamente abbiamo potuto rilevare che nei confronti di autori di reato sessuale che provengono da aree di criminalità e che sono persone particolarmente violente la discriminazione non esiste.

In Italia abbiamo il fenomeno dello sfruttamento della prostituzione ma anche di reati squisitamente sessuali commessi dagli albanesi si è potuto riscontrare in grandi carceri, (San Vittore ecc.) che gli albanesi che hanno commesso questi reati non vengono esclusi ma vengono accettati tranquillamente dall'altra parte della restante popolazione detenuta questo è un dato che ci deve far riflettere sebbene io da un punto di vista trattamentale sono sicuramente favorevole alla formazione alla creazione di piccole strutture che accolgano gli autori dei reati sessuali ma non certo per un fatto di segregazione o di tutela da atti di ritorsione dagli altri detenuti ma allo scopo solo ed esclusivo di poter lì operare un trattamento diversificato un trattamento penitenziario che sia fatto sulla base di elementi diversi di tipo scientifico diverso, per così dire diverso, laddove si voglia ancora dare un senso a questo termine di osservazione scientifica della personalità che evidentemente porta ad un trattamento che non è di per sé scientifico ma che tiene conto di dati scientifici naturalmente. Diversificato dagli altri proprio per la particolare tipologia di questi reati.

Io penso, per concludere, che l'Ordinamento del 1975 per molti versi proprio per il momento storico in cui è stato elaborato abbia escluso in modo troppo categorico l'aspetto patologico, per così dire, di alcune tipologie di reati sessuali o comunque di alcune

fattispecie concrete da verificare caso per caso: riconducendole così sempre e comunque a fenomeni di sottocultura di atteggiamento personale di contesto famigliare di disadattamento sociale ed altro non prendendo in considerazione quindi l'aspetto più strettamente patologico se non come dicevo all'inizio quando sia configurabile con la mancanza della capacità di intendere e di volere e questo credo che sia un qualcosa su cui riflettere: sulla situazione attuale, normativa che concretamente operativa sia una situazione su cui riflettere per trovare se possibile delle soluzioni che possano dare un risultato in un campo, lo ripeto, certezze ricette sicure non ne può avere nessuno.

Anche per quanto riguarda la ricerca sui reati sessuali condotta dal prof. Traverso io spero che possa essere poi anche lo spunto per successive ricerche anche integrative per comparazione tra i dati per esempio che riguardano la popolazione detenuta con i dati che riguardano i soggetti che risultano in misura alternativa per capire se le aliquote sono uguali perché si potrebbe anche sospettare in molti casi e mi riferisco alle tabelle sull'età, la professione o all'età della vittima si potrebbe anche sospettare per un culturale che io peraltro condivido lo stesso reato commesso in danno dell'adulto sia apprezzato dal giudice come meno grave e quindi porta ad una condanna che può rientrare talora nella sospensione condizionale della pena molte altre volte in quei valori massimi di pena che consento direttamente una misura alternativa quindi solo da una comparazione successiva si potranno trarre degli spunti più utili che non dovranno come noi speriamo, per la validità di questo progetto, diventare poi elaborazione a se stesso ma che possano essere come tutti vogliamo uno spunto perché all'interno di queste operatività nuove che cerchiamo, di queste diversificazioni, di queste contenuti pratici che ci mancano possano essere appunto un supporto giornaliero per migliorare il trattamento penitenziario.

Relazione del

prof. G.B. TRAVERSO (*)

Indagine conoscitiva sugli autori di reati sessuali
a danno di minori e sui bisogni formativi degli operatori
addetti al loro trattamento

PARTE I
UNA RICERCA SU ALCUNE CARATTERISTICHE DEI DELINQUENTI SESSUALI IN ITALIA

Il presente paragrafo prende in esame in primo luogo i risultati di uno studio condotto sull'intera popolazione dei delinquenti sessuali condannati (detenuti, internati ed affidati ai CSSA) censiti sulla base di una rilevazione effettuata in data 28.2.1998, nonché i risultati dello studio di un campione parte della medesima popolazione costituito da 110 soggetti presenti nei seguenti Istituti e Centri di Servizio Sociale Adulti:

Istituti	C.S.S.A
Biella	Bologna
Caltanisetta	Cagliari
Lodi	Lecce
Roma Rebibbia	Milano
Rovereto	Roma
Secondigliano	Salerno
Spoleto	Trento
Vallo della Lucania	Venezia

Le informazioni oggetto di analisi e di tabulazione sono state ricavate in parte attraverso colloquio diretto con il detenuto effettuato dal singolo operatore (N= 18), in parte attraverso le risultanze del fascicolo (N= 92).

———————

(*) Dipartimento di Scienze Medico Legali e Socio Sanitarie – Cattedra di Psicopatologia Forense – Policlinico «Le Scotte» – Università di Siena.

Per quanto riguarda lo studio sulla popolazione, la tabella n. 1 mostra il numero dei soggetti detenuti per reati sessuali commessi sui minori distinti per provveditorato. La tabella n. 1 mostra che la regione con il più alto numero di detenuti per reati sessuali è la Lombardia, seguita dalla Sicilia e dalla Campania. Nella tabella è, inoltre, riportato il rapporto tra detenuti per reati sessuali nei confronti di minori con la popolazione più generale dei detenuti condannati per reati sessuali. Come vediamo, le regioni con più alto rapporto sono l'Abruzzo, le Marche, la Sicilia e la Liguria, con percentuali che variano tra il 55 ed il 65%.

Tabella n. 1. Soggetti detenuti per reati sessuali sui minori (Px), per reati sessuali (Pg), per sesso e per provveditorato.

REGIONE	M	F	TOTALE (Px)	TOTALE (Pg)	Px/Pg
PIEMONTE	12	1	13	82	15.8
LOMBARDIA	124	6	130	266	48.9
VENETO	44		44	82	53.6
LIGURIA	18		18	33	54.5
EMILIA-ROMAGNA	32		32	82	39.0
TOSCANA	43		43	100	43.0
MARCHE	8		8	14	57.1

UMBRIA	27	1	28	25?	?
ABRUZZO	15		15	23	65.2
LAZIO	38		38	132	28.8
CAMPANIA	92	2	94	187	50.3
PUGLIA	16		16	90	17.8
SICILIA	97	2	99	177	55.9
SARDEGNA	18		18	44	40.9
ITALIA	584	12	596	1398	42.6

Come vediamo dalla tabella i detenuti maschi rappresentano la quasi totalità del campione analizzato mentre le donne rappresentano il 2% del campione.

Tabella n. 2. Popolazione detenuta per reati sessuali sui minori.

Reati sui minori di anni 14	445	(74,4)
Reati sui minori tra i 14-18 anni	151	(25,3)
TOTALE	596	(100)

La tabella n. 2 mostra invece, all'interno della popolazione detenuta per reati sessuali, la percentuale degli autori di reati nei confronti dei minori degli anni 14, e degli autori di reati commessi a danno di adolescenti. Come evidenziato in tabella, la maggior parte del campione è rappresentato dagli autori di reati sessuali commessi ai danni di infraquattordicenni (74,7%).

Tabella n. 3. Incidenza della popolazione detenuta per reati sessuali (Px) sui minori sulla popolazione generale detenuta (Pg), distinti per sesso.

SESSO	**Pg**	**Px**	**Px/Pg**
Maschi	45190	584	0.012
Femmine	1959	12	0.006
TOTALE	**47159**	**596**	**0.018**

La tabella n. 3 mostra invece l'incidenza della popolazione detenuta per reati sessuali sui minori sulla popolazione generale detenuta. Come possiamo vedere su una popolazione detenuta generale di circa 47.000 persone, la popolazione detenuta per reati sessuali è di quasi 600 unità e corrisponde ad una percentuale di circa l'1 per cento.

La tabella n. 4 mostra in prima analisi i reati per i quali i soggetti sono stati condannati. Come vediamo l'imputazione più frequente è quella relativa al reato di violenza carnale (74,8%) seguita dagli atti di libidine violenta (20,1%). Da segnalare l'omicidio a sfondo sessuale che raggiunge una percentuale a nostro parere significativa (2,6%).

Tabella n. 4. Reati sessuali su vittime minori di 14 anni, per i quali i soggetti sono stati condannati.

TIPO DI REATO	V.A.	%
Violenza carnale	320	74.8
Atti di libidine violenta	86	20.1
Ratto a fine di libidine	5	1.2
Introduzione alla prostituzione	3	0.7
Omicidio a sfondo sessuale	11	2.6
Incesto	1	0.3
Atti osceni	1	0.3
TOTALE	**428**	**100**

N.R. = 17

Tabella n. 5. Distribuzione dei soggetti detenuti per reati sessuali sui minori di 14 anni, in relazione alla recidività specifica.

RECIDITIVITA' SPECIFICA	SI	NO	TOTALE
	52	246	298
	17.57%	82.5%	100%

N.R. = 147

Tabella n. 6. Distribuzione delle vittime di reati sessuali, in base alla loro relazione con l'autore del reato.

RELAZIONE AUTORE-VITTIMA	v.a.	%
Appartenente al nucleo familiare	**124**	**38.5**
Figlio	66	20.5
Fratello/sorela	2	0.6
Nipote/cugino	9	2.8
Figli di amici	1	0.3
Figli del convivente	7	2.2
Non appartenente al nucleo familiare	113	35.1

N.R.= 73

Il dato relativo alla recidiva mostra come la maggior parte dei detenuti per reati sessuali non abbia precedenti penali specifici.

Il dato successivo sulle relazioni autore-vittima (tabella n. 6) mostra come la relazione prevalente tra autore e vittima di reato sia di tipo intrafamiliare.

Per quanto riguarda lo studio effettuato sul campione di 110 soggetti, tratti da Istituti e Centri come sopra descritto, la tabella n. 7 mette in evidenza come la maggior parte degli autori di reati sessuali (68,6%), dei quali sono stati raccolti i dati, si trova ristretta in un istituto penitenziario, mentre circa il 30% riguarda soggetti che usufruiscono di misure alternative alla detenzione.

Tabella n. 7. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto alla condanna.

CONDANNA	v.a.	%
Detenuto	72	68.6
Internato	2	1.9
Misura alternativa	31	29.5
TOTALE	**105**	**100**

N.R. = 5

Il dato numericamente elevato rispetto a questo sottogruppo non deve trarre in inganno in quanto non indica la percentuale di soggetti che nella realtà della popolazione delinquenziale usufruisce della misura alternativa, ma dipende unicamente dalla metodologia di raccolta del dato che casualmente ha condotto al risultato di cui sopra.

Soltanto un'esigua percentuale, pari all' 1,9%, è riferita a soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari.

Tabella n. 8. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto all'età.

ETA'	v.a.	%
18-25	1	0.9

26-34	18	16.4
34-45	36	32.7
46-59	41	37.3
> 59	14	12.7
TOTALE	**110**	**100**

Per quanto concerne l'età degli autori di reati sessuali, la tabella n. 8 mostra come un'elevata percentuale (70,0%) di soggetti abbia un'età compresa fra i 35 ed i 59 anni. Decisamente meno rappresentate sono le fasce di età compresa tra i 26 ed i 34 anni e quella di coloro che hanno più di 59 anni.

Tale situazione sembra non trovare conferma nella ricerca condotta sugli autori di violenza carnale e di atti di libidine violenta giudicati dal Tribunale Penale di Roma nel periodo 1975-1985 (Scardaccione, 1992), che sono più giovani e con più elevata incidenza della fascia di età compresa fra i 18 ed i 24 anni (41,9%).

Decisamente molto più contenute sono le percentuali riferite alle altre fasce di età («25-30 anni» = 15,2%; «>45 anni» = 16%).

In accordo con la ricerca di Scardaccione, risulta anche lo studio di Traverso e coll. (1989) condotto sui casi di violenza carnale tentata e consumata denunciati nell'ambito di competenza territoriale del Tribunale di Genova nel periodo 1961-1982. Da questa analisi si osserva come i reati sopra menzionati siano commessi soprattutto da soggetti con un'età che va dai 18 ai 41 anni, con una marcata prevalenza del gruppo di età compreso tra i 18 ed i 25 anni (36,2%).

Analoghi risultati sono stati ottenuti anche da Traverso e Marugo (1987) in una ricerca relativa agli abusi sessuali sui minori giudicati presso il Tribunale di Genova tra il 1961 ed il 1982; infatti la fascia di età più rappresentata è quella 18-25 anni con il 35,6% dei casi, seguita dal gruppo di età 26-33 (19,6%). Gli aggressori di età avanzata hanno una scarsa incidenza (42%), come anche i soggetti minorenni (2,1%).

Infine, la ricerca condotta a Firenze nel periodo 1986-1991 sui casi di violenza sessuale perpetrata a danno di minori (Traverso e coll., 1995) sembra discostarsi dai summenzionati studi, in quanto la percentuale più alta (24,4%) è riferita a soggetti con un'età compresa fra i 34 ed i 41 anni e comunque il 61,0% dell'intero campione ha un'età che va dai 26 ai 48 anni.

Tabella n. 9. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto al luogo di nascita.

Luogo di nascita	v.a.	%
Nord	20	19.1
Centro	18	17.1
Sud	64	60.9
Isole	3	2.9
totale	105	100

N.R. = 5

Dalla tabella n. 9 si evince che la maggior parte degli autori di reati sessuali, oggetto del nostro studio, proviene dall'Italia Meridionale o dalle Isole (60,9%), mentre decisamente più contenute risultano essere le percentuali riferite a soggetti nati nelle regioni settentrionali (19,1%) e centrali (17,1%). Soltanto il 2,9% dei condannati per reati sessuali del nostro campione è straniero.

Questi dati sono in accordo con i risultati della ricerca di Traverso e coll. (1989) a Genova, che mostrano un'elevata percentuale di soggetti nati nelle regioni meridionali o insulari del Paese (56,6%); di seguito abbiamo un 37,3% di autori di reati sessuali che provengono dal Nord.

Analoghe considerazioni vengono fatte nello studio condotto a Genova da Traverso e Marugo (1987) su casi di abusi sessuali su minori dove il 56% dei soggetti è nato nell'Italia meridionale o nelle isole.

Rispetto a quanto sopra delineato, la ricerca di Firenze (Traverso e coll., 1995) si pone in antitesi, in quanto una considerevole percentuale di autori proviene dalle regioni centrali (57,2%).

Tabella n. 10. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto allo stato civile.

STATO CIVILE	**v.a.**	**%**
Celibe	33	30.8
Coniugato	47	43.9
Convivente	5	4.7
Separato/divorziato	22	19.7
Vedovo	10	0.9
TOTALE	**117**	**100**

N.R. = 3

Per quanto concerne lo stato civile dei detenuti per reati sessuali, la tabella n. 10 mostra come il 43,9% dei soggetti sia sposato; i soggetti del campione sono celibi nel 30,8% dei casi.

Molto più contenute sono le percentuali riferite alle categorie dei separati/divorziati, dei conviventi e dei vedovi.

Dalla ricerca di Scardaccione (1992), invece, si osserva che i soggetti non sposati sono i più rappresentati (58,1%), mentre in Traverso e coll. (1989) le percentuali riferite alle categorie dei celibi (47,3%) e dei coniugati (44,2%) sono quasi sovrapponibili.

Anche lo studio effettuato a Firenze (Traverso e coll., 1995) mostra come gli autori non sposati (41,5%) e quelli coniugati (44,8%) siano i più ricorrenti nei reati sessuali.

Tabella n. 11. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto al grado di Istruzione

GRADO DI ISTRUZIONE	**v.a.**	**%**
Analfabeti/diploma elementare (*)	57	58.3
Licenza media inferiore	33	34.4
Diploma di scuola media superiore	5	5.2
laurea	2	2.1
TOTALE	**97**	**100**

Come si osserva dalla tabella n. 11, la maggior parte dei condannati per reati sessuali (58,3%) ha un livello di istruzione molto basso.

Solo nel 34,4% dei casi i soggetti hanno conseguito la licenza media inferiore. Da notare quanto sia minima l'incidenza di coloro che si trovano in possesso della laurea (2,1%).

Questa situazione trova conferma nella ricerca eseguita presso il Tribunale Penale di Roma (Scardaccione, 1992), dove la categoria analfabeta scuola elementare raggiunge il 39,2%.

Anche negli studi di Traverso e coll. condotti a Genova (1989) ed a Firenze (1995) vengono confermati i medesimi risultati.

Tabella n. 12. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto all'occupazione.

Occupazione	**v.a.**	**%**
Operaio generico/specializzato	44	40,3
Impiegato	5	4,6
Commerciante/Artigiano	9	8,3
Professionista/Dirigente	2	1,8
Studente	—	—
Pensionato	9	8,3
Disoccupato	17	15,6

Altro	23	21,1
Totale	109	100,0
N.R.= 1		

Per quanto concerne la condizione professionale, la tabella n. 12 evidenzia che circa il 40% degli autori è un operaio generico o specializzato, mentre il 15,6% è disoccupato. Percentuali decisamente più contenute riguardano i soggetti impiegati (4,6%) oppure i professionisti/dirigenti (1,8%).

La ricerca di Genova (Traverso e coll., 1989) conferma i dati sopracitati, con un 48,4% di autori operai generici. Da notare che nello studio genovese circa il 15% di soggetti è commerciante/artigiano, mentre soltanto il 10% del campione risulta disoccupato.

Anche in Scardaccione (1992) l'incidenza dei soggetti privi di occupazione è modesta (13,8%).

Nello studio di Firenze (Traverso e coll., l995) è interessante constatare come la percentuale più alta sia rappresentata dagli insegnanti (20%), seguiti dai professionisti/dirigenti e dagli operai generici con un'uguale incidenza (17,1%).

Tabella n. 13. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto alla propria famiglia di origine.

Famiglia di origine	v.a.	%
Famiglia normo costituita	63	70,0
–		
Famiglia disgregata	27	30,0
–		
Totale	90	100,0
N.R.= 20		

La tabella n. 13 mette in evidenza come il 70% dei soggetti presi in esame appartenga ad una famiglia normocostituita, mentre soltanto nel 30% dei casi si siano verificate situazioni disgreganti nel nucleo familiare di appartenenza dei detenuti per reati sessuali.

Tabella n. 14. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto all'istituzionalizzazione.

Istituzionalizzazione	**v.a.**	**%**
Sì	17	22,4

No	59	77,6
Totale	**76**	**100,0**
N.R.= 34		

Nel 22,4% dei casi gli autori di reati sessuali, nel corso della loro infanzia e adolescenza, sono stati inseriti in istituto (tabella n. 14).

Tabella n. 15. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto ad un abuso fisico subito durante l'infanzia.

Abuso fisico	v.a.	%
Sì	9	12,7
No	62	87,3
Totale	71	100,0
N.R.= 39		

Come si può notare dalla tabella n. 15, una percentuale decisamente contenuta di soggetti condannati per reati sessuali, durante la propria adolescenza, ha subito un maltrattamento fisico (12,7%).

Tabella n. 16. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto ad un abuso sessuale subito durante l'infanzia.

Abuso sessuale	v.a.	%
Sì	7	10,0
No	63	90,0
Totale	70	100,0
N.R.= 40		

Una piccola percentuale del nostro campione è riferita a soggetti che, durante la loro infanzia, sono stati sottoposti ad abusi sessuali (10%), mentre la maggioranza degli autori non ha fatto questo tipo di esperienza negativa, così traumatica per la vita di un individuo (tabella n. 16).

Questo dato è sicuramente in contrasto con la maggior parte dei risultati della ricerca empirica internazionale che mostra invece un'alta incidenza nei delinquenti sessuali adulti di abusi sessuali avvenuti durante la loro infanzia.

Tabella n. 17. Distribuzione delle relazioni autore/vittima in rapporto agli abusi sessuali subiti durante l'infanzia.

Relazione autore/vittima	Numero assoluto
Genitore biologico	1
Genitore adottivo	2
Altro familiare	2
Totale tipo I	5
Amico	1
Totale tipo II	1
Mera conoscenza	1
Totale tipo III	1
Sconosciuto	1
Totale tipo IV	1
Altro	1
Totale	9

(*) Tipo I: violenza nell'ambito della famiglia.
(**) Tipo II: violenza tra conoscenti da lungo tempo
(***) Tipo III: violenza tra conoscenti da breve tempo
(****) Tipo IV: violenza tra sconosciuti

Dalla tabella n. 17 si osserva come in 4 casi gli autori hanno subito, durante la propria infanzia, un abuso sessuale da parte del genitore adottivo, oppure da parte di un altro familiare; seguono i soggetti abusati dal genitore biologico, da uno sconosciuto o da chi conoscevano in maniera estremamente superficiale, categorie queste che hanno registrato un'uguale incidenza.

Tabella n. 18. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto ai precedenti psichiatrici prima della condanna.

Precedenti psichiatrici	v.a.	%
Nessun contatto con lo specialista psichiatra	71	85,6
Effettuazione di terapie psico-farmacologiche ambulatoriali	3	3,6
Ricoveri in reparti specialisti psichiatrici	1	1,2
Altro	8	9,6
Totale	83	100,0
N.R.= 14		

Dalla tabella n. 18 si evince che la maggior parte degli autori di reati sessuali non è mai entrato in contatto con i servizi psichiatrici prima della condanna (85,6%) e soltanto nel 3,6% dei casi sono state effettuate terapie psico-farmacologiche ambulatoriali.

Tabella n. 19. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto al reato ascritto.

Reato ascritto	v.a.	%
Violenza carnale	77	76,2
Atti di libidine violenta	16	15,9
Ratto a fine di libidine	2	2,0
Omicidio a sfondo sessuale	5	4,9
Induzione alla prostituzione	1	1,0
Totale	101	100,0
N.R.= 9		

I dati riportati dalla tabella n. 19 mettono in evidenza che nella maggioranza dei casi gli autori di reati sessuali si trovano confrontati con un'imputazione di violenza carnale oppure atti di libidine violenta (92,1%). Decisamente più contenute risultano essere le percentuali riferite alle seguenti tipologie di reato: ratto a fine di libidine, omicidio a sfondo sessuale, induzione alla prostituzione.

Questa situazione trova conferma nei dati sulla popolazione detenuta per reati precedentemente analizzati, in cui i reati di violenza sessuale e di atti di libidine violenta costituiscono circa il 95% dei casi.

Analoghe considerazioni valgono anche per la ricerca di Scardaccione (1992), in cui i soggetti imputati di violenza carnale e di atti di libidine violenta rappresentano il 78,3% dell'intero campione di riferimento. Nello studio di Traverso e coll. (1989) più della metà dei casi la violenza si esplicita mediante un rapporto sessuale completo (54,9%).

A Firenze (1995), il reato sessuale più frequente è rappresentato dagli atti di libidine violenta (54,7%), mentre il rapporto sessuale completo ha un'incidenza più contenuta (15,6%).

Tabella n. 20. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto alla recidiva specifica.

Recidiva specifica	v.a.	%
Sì	19	17,9
No	87	82,1
Totale	106	100,0
N.R.= 4		

La tabella n. 20 mette in evidenza che dell'intero campione analizzato soltanto il 17,9% degli autori ha recidivato in modo specifico, ricommettendo reati a sfondo sessuale. Questa percentuale è sovrapponibile con quella riferita alla recidiva specifica del precedente studio sulla popolazione detenuta (17,5%).

Nelle ricerche di Scardaccione (1992) e di Traverso e coll. (1995) l'incidenza di soggetti con precedenti penali specifici risulta essere molto contenuta, mentre nello studio condotto a Genova (1989) gli autori con precedenti a sfondo sessuale sono il 36,6% dei soggetti con una carriera criminale.

Tabella n. 21. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto alla misura di sicurezza.

Misura di sicurezza	v.a.	%
Sì	14	15,1

No	79	84,9
Totale	93	100,0
N.R.= 17		

La tabella n. 21 evidenzia che solo il 15,1% degli autori di reati sessuali ha ottenuto una misura di sicurezza, che prevalentemente risulta essere la libertà vigilata (64,3%) (tabella n. 22).

Tabella n. 22. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto al tipo di misura di sicurezza.

Tipo di misura di sicurezza	v.a.	%
Libertà vigilata	9	64,3
Interdizione pubblici uffici/perdita patria potestà	1	7,1
Casa lavoro	2	14,3
O.P.G.	2	14,3
Totale	14	100,0

Tabella n. 23. Distribuzione delle vittime di reati sessuali in rapporto al sesso.

Sesso	v.a.	%
Maschi	58	37,4
Femmine	97	62,6
Totale	155	100,0

Dalla tabella n. 23 si osserva che il 62,6% delle vittime è di sesso femminile, mentre il restante 37,4% è costituito da minori di sesso maschile. Una simile situazione si riscontra nella ricerca condotta a Firenze (1995) sui minori abusati, in cui le vittime femmine costituiscono il 65,6% del campione ed i maschi il 34,4%. Da ciò si evince che nei reati sessuali perpetrati a danno di minori le percentuali di rapporti omosessuali hanno una discreta consistenza.

Nelle ricerche di Scardaccione (1992) e Traverso e coll. (1989) il divario tra vittime di sesso maschile e quelle di sesso femminile è molto più accentuato; infatti, quest'ultime, in entrambi gli studi, costituiscono circa il 90% del campione di riferimento.

Tabella n. 24. Distribuzione delle vittime di reati sessuali in rapporto all'età.

Età	v.a.	%
< 4 anni	2	1,4
4-10 anni	26	18,4
11-14 anni	79	56,0
15-17 anni.	25	17,7
≥ 18 anni.	9	6,5
Totale	141	100,0
N.R. = 14		

Nel 75,8% dei casi la vittima ha un'età uguale o inferiore ai 14 anni: più specificatamente il valore modale è costituito dalla fascia 11-14 (56%). seguita dalla fascia 4-10 (184%) e da quella 15-17 (17,7%).

Nella ricerca di Traverso e coll. (1989) i soggetti abusati sessualmente con un'età inferiore ai 14 anni rappresentano il 41,1% del campione analizzato. Similmente, nello studio di Scardaccione (1992) i minori di anni 14 costituiscono una percentuale abbastanza consistente (35,8%). A Firenze (1995) le vittime con età inferiore ai 14 anni sono addirittura il 68,8% dei casi.

Analogamente ad indagini precedenti (Traverso e coll., 1989; Traverso e coll., 1995) le relazioni autore-vittima sono state classificate in quattro categorie: reati sessuali commessi all'interno della famiglia (Tipo I); reati tra soggetti legati da vincoli duraturi di conoscenza (Tipo II); reati tra conoscenti da breve tempo (Tipo III); reati tra sconosciuti (Tipo IV).

Dall'analisi della tabella n. 25 si evince come il reato sessuale sia consumato in maniera prevalente all'interno della famiglia (39,7%), soprattutto fra genitore e figlio/a. Questo dato trova conferma anche nella precedente ricerca condotta sulla popolazione generale detenuta. Nel 19,5% dei casi, invece, l'abuso viene perpetrato da soggetti legati da vincoli di conoscenza molto superficiale con la vittima, mentre 1'11,3% delle relazioni è rappresentato dalla situazione di assoluta estraneità tra i soggetti coinvolti nel reato.

Tabella n. 25. Distribuzione delle relazioni autore/vittima in rapporto al reato

sessuale.

Relazione autore/vittima	v.a.	%
Genitore - figlio/a	49	30,9
Altro familiare	14	8,8
Totale tipo I	63	39,7
Vicino di casa	11	6,9
Amico di famiglia	5	3,1
Totale tipo II	16	10,0
Mera conoscenza	31	19,5
Totale tipo III	31	19,5
Sconosciuto	18	11,3
Totale tipo IV	18	11,3
Altro	31	19,5
Totale	159	100,0

(*) Tipo I: violenza nell'ambito della famiglia.
(**) Tipo II: violenza tra conoscenti da lungo tempo
(***) Tipo III: violenza tra conoscenti da breve tempo
(****) Tipo IV: violenza tra sconosciuti

Le ricerche condotte a Genova (1987, 1989) ed a Firenze (1995) mettono in evidenza quanto segue: il reato sessuale è perpetrato molto frequentemente da individui legati da vincoli di conoscenza profonda con le proprie vittime (amico intimo, partner affettivo, vicino di casa). Inoltre, degne di considerazione sono le percentuali riferite alle violenze in ambito familiare, soprattutto commesse dal genitore a danno del proprio figlio/a. A Firenze, poi, nel 28,6% dei casi l'autore e la vittima risultano essere estranei, mentre nei due studi di Genova questo tipo di relazione ha un'incidenza molto più limitata, pari a circa il 10,0% dei rapporti analizzati.

Tabella n. 26. Distribuzione degli autori di reati sessuali in rapporto al luogo del reato.

Luogo del reato	v.a.	%
Abitazione della vittima	9	9,1
Abitazione dell'autore	23	23,2
Abitazione di entrambi	27	27,3
Auto dell'autore	6	6,1
Strada/luogo aperto	22	22,2
Locali pubblici	2	2,0
Altro	10	10,1
Totale	99	100,0
N.R. = 11		

La tabella n. 26 mette in evidenza come i luoghi più frequenti in cui è stato perpetrato il reato sessuale dai soggetti analizzati sono costituiti dall'abitazione sia della vittima sia dell'autore nella misura del 27,3%, dalla casa dell'autore (23,2%) e dalla strada/luogo aperto (22,2%).

La ricerca condotta presso il Tribunale Penale di Roma (Scardaccione, 1992) non contraddice quanto sopra affermato.

Simili considerazioni vengono esplicitate negli studi di Traverso e coll. condotti a Genova (1987, 1989), mentre a Firenze sono i luoghi pubblici (bar, sale da gioco, discoteche) a ricorrere più frequentemente come scenario in cui le vittime subiscono abusi sessuali di ogni tipo, seguiti dall'abitazione comune ad autore e vittima e dal luogo aperto/strada.

Analisi fenomenologica di alcuni casi giudiziari

In questa sede vogliamo delineare alcuni profili tipologici dell'autore di reati sessuali a danno di minori. L'analisi qualitativa è stata ricavata partendo dall'analisi di alcuni casi pervenutici dalle varie case circondariali. I casi presi in esame possono così delinearsi:

a) Il padre con le figlie portatrici di handicap

Un giorno due ragazze, con disturbo di personalità di tipo psicopatico determinante uno stato di deficienza psichica, confidarono al cognato ed alla sorella di aver subito, nel

corso degli anni, delle attenzioni «particolari» da parte del proprio padre, attenzioni che, spesso, si concretizzavano in veri e propri rapporti sessuali. Inoltre, a seguito dei continui abusi sessuali, una delle due vittime aveva avuto tre gravidanze: due delle quali interrotte, mentre la terza portata a termine ed il bambino dato in adozione.

In sede giudiziaria, il cognato e la sorella delle vittime riferirono di aver notato, in alcune circostanze, «qualcosa di strano» nel comportamento del padre e delle ragazze, senza, peraltro, ipotizzare la possibilità di abusi sessuali.

Nel corso di un interrogatorio, il padre confessò di aver avuto un rapporto sessuale con la figlia e di essere stato «toccato» dalla medesima, anche se sostenne di aver cercato in ogni modo di allontanare la ragazza, ogniqualvolta la stessa entrava nella sua camera.

Dalla perizia psichiatrica eseguita sull'autore delle suddette violenze carnali emerse l'assenza di una patologia psichica nel soggetto esaminato, il quale, pur con un livello culturale estremamente modesto, risultava perfettamente in grado di intendere e di volere.

La relazione dell'Assistente Sociale metteva in evidenza come la famiglia dell'imputato, seguito per anni dal Servizio Sociale di zona, fosse ad alto rischio sociale con una situazione economica estremamente disagiata; infatti, al momento dei vari colloqui nessun membro del nucleo familiare possedeva un reddito fisso. Inoltre, furono avanzati dei seri dubbi sulla condotta morale della famiglia, con segnalazioni, da parte del vicinato, di comportamenti decisamente fuori dalla norma.

b) Assassinio a sfondo sessuale

Una mattina si presentarono alla Stazione dei Carabinieri due coniugi che denunciavano la scomparsa della propria figlia. Passati alcuni giorni, su segnalazione, i Carabinieri ritrovarono l'auto della ragazza e nel portabagagli la medesima, priva di vita, con la testa inserita in una busta di nylon. Dopo le necessarie indagini effettuate dalle forze dell'ordine, viene arrestato un individuo, il quale, inizialmente nega ogni sua partecipazione al reato, mentre in un secondo momento confessa la propria responsabilità nell'accaduto.

Incontrata la ragazza, che conosceva da tempo, le aveva offerto di fare da baby-sitter al fratellino, invitandola a seguirla a casa sua, al fine di prendere gli ultimi accordi. Ma una volta arrivati, il ragazzo aveva iniziato a farle corteggiamenti molto pesanti ai quali la vittima si era ribellata, minacciando di denunciarlo. A questo punto lui la colpì con un violento schiaffo, al punto da determinarne lo svenimento. Quindi, le infilava la testa in una busta di nylon e colpendola ripetutamente ne provocava la morte. Successivamente, nascondeva il cadavere nel bagagliaio dell'auto della ragazza, che, poi, abbandonava in un luogo vicino alla statale.

Nella relazione di sintesi della Casa di Reclusione dove il soggetto è ristretto, viene descritto come un individuo con difficoltà relazionali con una forma di chiusura verso «l'esterno». Alla base di ciò è stata individuata un'immagine di sé confusa con problematiche inerenti l'identità personale ed alla sessualità. È stata rilevata anche una dipendenza emotiva dalla famiglia d'origine, che cerca di superare, mediante la distanza e l'allontanamento. Inoltre, in alcuni momenti viene notato dal gruppo di osservazione e trattamento un tentativo di richiesta di aiuto e di sostegno psicologico, finalizzato alla comprensione del vissuto e del significato del reato commesso.

c) Il pedofilo debole di mente

Una madre espose formale denuncia-querela nei confronti di un individuo, conosciuto nel quartiere della querelente come persona che circuiva i bambini, perché aveva rivolto delle attenzioni particolari ai suoi due figli: un ragazzo di 17 anni ed una ragazza di 12, invitandoli spesso a salire sul suo motorino e ad andare in giro con lui.

Durante tali «passeggiate», il soggetto denunciato si mostrava particolarmente disponibile ed offriva loro tutto quanto desiderassero (pizza, gelato, denaro). Dopo un po' di tempo, però, il comportamento del soggetto era divenuto sempre più lascivo, tanto che un giorno fece entrare i due ragazzi in una cabina telefonica e, dietro minaccie, cominciò a tenere degli atteggiamenti particolarmente «imbarazzanti» e pesanti.

Questi comportamenti si ripeterono anche in successive occasioni: in una circostanza, ad esempio il soggetto avvicinò, all'insaputa dei familiari, i due ragazzi e, con il pretesto di fare una gita, li condusse nella sua casa di campagna, dove li trattenne per due giorni. Al momento di andare a dormire, iniziò di nuovo, sempre dietro minacce, a perpetrare atti di libidine sui due fratelli, scatenando la reazione del ragazzo, che lo prese a pugni.

L'autore dei reati suddetti era a conoscenza che i due minorenni durante la settimana vivevano in un istituto e quindi al di fuori di un normale contesto familiare, ed ha approfittato della loro particolare condizione psicologica, nonché della giovane età e della loro inesperienza.

A seguito di tali accadimenti, l'accusato fu sottoposto a perizia psichiatrica, dalla quale emerse come il soggetto, sin da giovane avesse attraversato periodi di relativo benessere psichico, alternati a fasi di recupero con numerosi ricoveri in strutture psichiatriche. Il perito diagnosticò una «psicosi epilettica con livello intellettivo deficitario», concludendo per un vizio parziale di mente.

Dalla relazione dell'equipe trattamentale della Casa Circondariale, in cui il soggetto è stato ristretto, è risultata una dichiarazione della madre, secondo cui il figlio all'età di 4 anni cadde in maniera accidentale con conseguente trauma cranico. A 13 anni cominciò a manifestare i primi comportamenti devianti, interrompendo la frequenza scolastica.

I genitori, preso atto che la causa di tali comportamenti erano i suoi disturbi psichici e cognitivi, lo ricoverarono presso diversi ospedali psichiatrici specializzati per l'età evolutiva.

Inoltre, gli operatori del C.I.M., che avevano seguito da anni il soggetto, asserivano che questi aveva rifiutato energicamente le cure farmacologiche, preferendo i trattamenti psico-terapeutici.

d) Il convivente pedofilo

Si tratta di un caso di atti di libidine e rapporti sessuali per via orale ed anale, mediante l'uso di violenza e minaccia, a danno del figlio di sette anni della convivente dell'autore di tali reati. Inoltre, il soggetto fu anche accusato di aver procurato al minore penosissime condizioni di vita individuale e familiare, mediante continue violenze fisiche e psicologiche. La denuncia venne sporta dai genitori del soggetto, i quali non erano affatto convinti dai rapporti che intercorrevano tra il figlio ed il bambino. Le indagini si conclusero con l'arresto dell'individuo, mentre il bambino venne accompagnato in una comunità per minori.

Come risulta dalla relazione di sintesi del G.O.T., il soggetto proveniva da una famiglia normocostituita, composta dai genitori e 4 figli. A seguito di una malattia parzialmente invalidante (piccolo male) aveva svolto lavori saltuari e precari. Dopo il fallimento del

matrimonio durato 5 anni, iniziò a convivere con una donna, la quale ha già un figlio di 7 anni (bambino che poi sarebbe divenuto oggetto delle sue attenzioni sessuali).

Il detenuto asserì di aver subito, in età adolescenziale, atti di libidine da parte di un adulto e lo sviluppo della propria sessualità sembrava essere, in qualche modo, legata a tale esperienza.

Durante il periodo di detenzione in carcere, il soggetto aveva mantenuto buoni rapporti con i familiari ed anche con la convivente, sebbene, nei momenti iniziali questa avesse molto diradato le visite.

e) Il padre incestuoso

Dopo nove anni di abusi e ripetute congiunzioni carnali, una ragazza di 14 anni, esasperata dalla situazione, costrinse il padre a confessare di fronte alla madre quanto fosse successo fra loro, nel corso degli anni. Inizialmente il padre negava ogni responsabilità riguardo l'accaduto, riversando ogni colpa sulla figlia, ma alla fine dopo lunghe insistenze da parte della ragazza, crollò ed ammise di aver abusato per anni di lei. Inoltre, confessò di aver subito durante la sua infanzia degli abusi sessuali da parte di un familiare.

Tali particolari «attenzioni», concretizzate in continui toccamenti, cominciarono quando la figlia aveva soltanto 5 anni. Con il passare del tempo gli atteggiamenti sessuali divennero sempre più pesanti e frequenti fino ad arrivare alla prima congiunzione carnale completa quando la ragazza aveva 13 anni.

Da allora i rapporti sessuali si verificavano tutte le settimane e più volte alla settimana.

Da un interrogatorio con la pediatra della ragazza era emerso un suo tentativo di suicidio, confermato anche da quanto scritto dalla medesima nel proprio diario «Caro Diario, sai ho rischiato di morire perché mi sono impasticcata».

I ripetuti colloqui con l'A.S. del carcere, in cui è ristretto, hanno messo in evidenza l'incapacità da parte del detenuto di formulare qualsiasi tipo di spiegazione del proprio assurdo comportamento a danno della figlia.

f) Il violentatore di strada (street rapist)

Un pomeriggio due ragazzi, rispettivamente di 14 e 17 anni, si incontrarono davanti alla propria scuola con due individui, ma avendo intuito che questi erano mossi da intenzioni poco chiare, cambiarono idea e decisero di andarsene. Ma i due soggetti li costrinsero a salire in macchina con la forza e, giunti nei pressi di un vecchio mulino, i minorenni subirono dei rapporti orali, nonostante le loro resistenze.

Dalla relazione di sintesi del carcere, in cui è stato ristretto uno dei due autori di reato, è risultato che la situazione familiare di questi era estremamente problematica; i genitori avevano avuto 13 figli, cresciuti tutti in istituti assistenziali, inoltre, il padre era un alcolizzato e quando si trovava sotto l'effetto di sostanze alcoliche manifestava comportamenti aggressivi nei confronti dei propri familiari.

Il soggetto presentava un disturbo della personalità con un lieve ritardo mentale e dislalia ed apparentemente sembrava una persona molto timida. In merito al reato ascritto, l'equipe ritenne che egli probabilmente non si era neanche reso conto della gravità dell'accaduto, infatti continuava a sostenere che lui aveva solo accompagnato un

conoscente, il correo, a fare una passeggiata con alcuni ragazzini, non comprendendo i comportamenti messi in atto, in quanto estranei alla propria mentalità.

PARTE II
ANALISI DI ALCUNE PROPOSTE TRATTAMENTALI ATTUABILI NELLA REALTÀ PENITENZIARIA ITALIANA

Il trattamento dei delinquenti sessuali è operazione necessariamente collegata ai bisogni del delinquente, ovverosia operazione attraverso la quale vengono individuati i bisogni fondamentali del detenuto sia al fine di ridurre la sua sofferenza esistenziale, ove presente, sia al fine di abbassare la sua potenzialità di recidiva.

È necessario sottolineare che il trattamento deve essere inteso come operazione strettamente individualizzata, rispondente cioè alle specifiche caratteristiche del singolo detenuto. Al proposito, secondo alcuni Autori che da anni si occupano del problema in centri trattamentali per delinquenti sessuali statunitensi e che hanno condotto ricerche meta-analitiche sugli effetti del trattamento nei confronti della recidiva nella popolazione detenuta (Andrews and Bonta, 1990; Andrews et al., 1990), al fine di ottimizzare l'impatto del trattamento si dovrebbero assecondare tre principii: il principio legato al rischio di recidiva, il principio legato ai bisogni dei soggetti da trattare ed infine il principio legato all'adeguamento del tipo di trattamento alla popolazione bersaglio. In particolare il primo principio statuisce che il trattamento sarà tanto più efficace quanto più sarà in grado di indirizzarsi verso delinquenti ad alto rischio di recidiva in quanto è evidente che riuscire a trattare delinquenti così gravi riducendone le potenzialità offensive produrrà benefici maggiormente significativi. Il secondo principio chiarifica che il trattamento sarà tanto più efficace quanto più andrà a contrastare elementi del comportamento che la ricerca ha dimostrato essere particolarmente correlati al futuro comportamento delinquenziale (ad esempio gli atteggiamenti che favoriscono il comportamento deviante). Il terzo principio stabilisce invece che il trattamento deve essere erogato in maniera tale da dimostrarsi coerente con le possibilità di apprendimento e con le caratteristiche di personalità del delinquente.

All'interno della fase di accertamento dei bisogni, riteniamo di poter distinguere due specifiche esigenze che devono ispirare qualunque modalità di intervento specifico sul delinquente si voglia poi scegliere:

1 . La valutazione (assessment) del singolo delinquente da attuarsi tramite colloqui con il soggetto integrati dalla acquisizione di dati di vario genere (caratteristiche socio-demografiche di base: notizie anamnestiche personali e familiari inerenti dunque la storia scolastica, la storia lavorativa, la storia familiare, la storia relazionale, la storia delinquenziale, ecc.; dati giudiziari inerenti il reato sessuale per il quale il soggetto è

detenuto o internato; dati fenomenologici inerenti lo stesso reato) (vedasi questionario allegato).

2. La trasformazione dell'ambiente carcerario di vita in ambiente terapeutico. Al proposito un problema che emerge ineludibile è quello della collocazione logistica del detenuto per reati sessuali all'interno della struttura carceraria. In questo ambito si possono distinguere tre diverse strategie.

La prima è ispirata ad una strategia di esclusione. La sorveglianza del detenuto avviene in ambito protetto o semi-protetto. Questo tipo di strategia è rilevabile in tutti quei casi in cui vengono individuati degli elementi critici nel corso del trattamento intramurario, quale ad esempio la difficile convivenza con gli altri detenuti, ovvero problemi collegati con il rifiuto della responsabilità rispetto al reato commesso, ovvero ancora problemi collegati con il rapporto con gli operatori. In questo caso il detenuto viene di solito assegnato in una particolare sezione e seguito dagli esperti ex articolo 80.

La seconda strategia, che potremmo definire come inclusione-subordinata, viene applicata tutte le volte in cui i detenuti vengono stimolati con attività lavorativa intramuraria e da frequenti colloqui con educatori, psicologi e volontari. Permane in questa strategia la difficoltà nel far partecipare il soggetto ad eventuali attività e iniziative in sezione a causa dell'atteggiamento quanto meno di insofferenza degli altri ristretti. In tale strategia va ricompresa una attenta osservazione della personalità ai fini della formazione di una ipotesi trattamentale che preveda la concessione di una misura alternativa dopo aver sperimentato il beneficio del permesso premio.

Una strategia di inclusione, caratterizzata dalla parificazione del delinquente sessuale con gli altri detenuti. In questo caso il detenuto accede alle stesse possibilità trattamentali degli altri. È auspicabile che l'intervento trattamentale venga fornito da personale adeguatamente formato attraverso la costruzione di ampii collegamenti di rete col territorio ed in collaborazione con i servizi.

Bisogna comunque considerare che all'interno delle varie strategie utilizzate, permangono elementi critici comuni, rappresentati soprattutto dalla difficoltà dell'operatore ad attivare interventi psicologici che abbiano la caratteristica della continuità terapeutica, e che possano favorire la collocazione del soggetto all'interno della famiglia o comunque della comunità di appartenenza.

All'interno della realtà carceraria nazionale si contano solo poche ed isolate esperienze messe in atto attraverso progetti di trattamento a carattere strutturato o in possesso dei caratteri della continuità terapeutica.

È ovvio che la costruzione di un progetto strutturato di trattamento deve passare necessariamente attraverso una prima fase di formazione del personale indispensabile all'erogazione di qualunque modalità trattamentale ed in grado di fornire le necessarie motivazioni e validi strumenti operativi.

Riteniamo quindi, anche alla luce delle esperienze riportate, che l'esigenza trattamentale fondamentale riguardo il fenomeno della delinquenza sessuale, risieda nella concreta possibilità e fattibilità di un progetto strutturato di trattamento.

L'elaborazione di un progetto strutturato di trattamento passa attraverso alcune fasi:

1 . Formazione e motivazione del personale dell'osservazione e del trattamento; in questa fase vengono offerti validi strumenti informativi sul fenomeno della delinquenza sessuale, diversificati in funzione delle singole professionalità.
2. Interventi logistici volti alla ottimizzazione degli spazi e dei tempi del progetto trattamentale.

È chiaro come l'elaborazione di un progetto strutturato di formazione e trattamento debba possedere i caratteri della continuità del tempo, di elasticità delle modalità trattamentali e di specificità rispetto al singolo soggetto ed al singolo contesto di applicazione.

L'elaborazione di un progetto strutturato deve contenere elementi di autoverifica, ovverosia strumenti attraverso i quali il progetto viene ad essere testato. I criteri di verifica possono essere molteplici, e possono andare dalla verifica longitudinale (follow up) del miglioramento degli standards di vita intramuraria (nel caso in cui il soggetto abbia da scontare una lunga pena detentiva), alla valutazione del tasso di recidiva confrontato con quello di gruppi di controllo.

Potrebbe essere quindi auspicabile la costruzione di equipe di formazione permanente del trattamento della delinquenza sessuale, che si offra come servizio itinerante e capace di offrire elementi conoscitivi e formativi ai fini della elaborazione di un progetto strutturato di intervento nelle singole utenze istituzionali (carcere, ospedale psichiatrico giudiziario, CSSA).

La finalità di un Gruppo di formazione permanente è quella di offrire supporto laddove sia presente una concreta esigenza di formazione e trattamento.

PARTE III
I BISOGNI FORMATIVI DELL'OPERATORE PENITENZIARIO

Sulla base di alcuni incontri avvenuti presso l'Ufficio Centrale della Formazione e Aggiornamento del Personale del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero di Grazia e Giustizia, con le diverse figure professionali (direttori, assistenti sociali, educatori, agenti di polizia penitenziaria), anche al fine di predisporre un modello di processo formativo più aderente alle esigenze delle singole professionalità, sono emersi i seguenti bisogni formativi:

• carenze di informazione sul fenomeno dei reati sessuali, in particolare della pedofilia

Gli operatori, appartenenti alle diverse professionalità che lavorano all'interno della struttura penitenziaria, hanno mostrato all'unanimità la loro specifica esigenza di conoscere, in maniera approfondita, le diversificate e multisfaccettate problematiche inerenti il fenomeno dei reati sessuali, in costante e preoccupante aumento, anche al fine di superare alcune gravi difficoltà relazionali con la tipologia delinquenziale specifica.

• Difficoltà di approccio e di interazione con i detenuti per reati sessuali

La maggior parte degli operatori ha apertamente confessato di incontrare un notevole disagio nel momento in cui deve interagire con il detenuto per reati sessuali, una difficoltà

relazionale che può sfociare in un vero e proprio «rifiuto» di rapportarsi con il soggetto in questione o che, comunque vista l'obbligatorietà del mandato istituzionale, rischia di esplicitarsi in un atteggiamento di difesa e chiusura all'ascolto. Alcuni operatori hanno addirittura asserito di preferire il rifiuto all'ammissione del reato da parte del detenuto, piuttosto che instaurare un dialogo aperto e sincero che contempli anche la possibilità di accogliere le istanze «confessorie» come punto di partenza di un percorso di autoanalisi dello stesso detenuto. Per altri operatori il doversi rapportare con i detenuti autori di reati sessuali viene interpretato come una «punizione» nei loro confronti, ovvero una sorta di «deminutio» professionale a dimostrazione di quanto sia per loro difficile controllare le emozioni di disgusto e di rifiuto verso i soggetti che si trovano di fronte.

• Necessità di un referente esterno alla struttura penitenziaria

In alcuni operatori è emersa l'esigenza di avere un referente esterno come elemento di supporto e di motivazione lungo il percorso lavorativo. Infatti, le diverse figure professionali spesso si trovano nella necessità di ricevere un aiuto concreto per la soluzione di problematiche di varia natura e per la realizzazione di un progetto operativo studiato a priori per ogni singolo caso.

Sulla base dei bisogni formativi sopradescritti, ai fini della elaborazione progettuale di uno schema di interventi formativi per gli operatori penitenziari nel campo della delinquenza sessuale, si può prospettare quanto segue:

a) appare indispensabile fornire agli operatori una corretta informazione delle problematiche riguardanti la sfera dei reati sessuali, informazione che deve essere indirizzata sia al corpo di Polizia Penitenziaria, che allo staff riabilitativo (assistenti sociali, esperti ex art. 80, educatori, ecc.), in modo che questi soggetti abbiano una più realistica percezione del fenomeno, tale da permettere la realizzazione di interventi mirati. Come sappiamo il fenomeno della delinquenza sessuale è facilmente aggredibile da stereotipi di senso comune che impediscono spesso una chiara visione di questo particolare tipo di crimine. La fase informativa dovrebbe aggiornare il personale sulle varie tipologie di delinquenti sessuali, sulle prevalenti caratteristiche fenomenologiche del reato, sulle caratteristiche della vittima, nonché sulle possibili implicazioni trattamentali e sui diversi approcci terapeutici da attuare. Ciò permetterebbe la costituzione all'interno del carcere, di equipe di intervento specifiche, con personale altamente motivato stabile, in grado di realizzare programmi di trattamento altamente strutturati e continuativi.

   L' informazione dovrebbe a nostro parere essere supportata da una adeguata formazione sul campo di tali tematiche. Potrebbero ad esempio costituirsi speciali sezioni di intervento all'interno del carcere riguardanti i delinquenti sessuali composte da quegli operatori che abbiano una specifica preparazione che consenta loro di discutere caso per caso i provvedimenti e le indicazioni trattamentali da prendere.

b) I programmi di formazione dovrebbero essere differenziati a seconda del ruolo che il singolo operatore gioca all'interno della struttura penitenziaria, proponendosi come momenti di riflessione costante dell'operatore sul proprio ruolo e sulla propria attività sotto il profilo del contesto in cui agisce, della metodologia di lavoro, delle relazioni con altre figure professionali.

La formazione si costituirebbe in tal senso come «processo globale» che chiama in causa la persona nel suo insieme, mette alla prova le sue capacità di apprendimento nella continua verifica con gli altri, con il contesto, con sé stesso, favorendo l'acquisizione di una maggiore capacità di tollerare le tensioni conseguenti alla propria posizione professionale (burn out) e alla relazione con i destinatari del proprio intervento.

• Correggere le difficoltà individuali di interazione col detenuto

Per raggiungere questo obbiettivo è necessario predisporre programmi tesi a facilitare il superamento delle inibizioni soggettive che precludono all'operatore di instaurare un corretto rapporto col detenuto. Sarebbe interessante, ad esempio, prevedere momenti in cui il singolo operatore possa riflettere sui propri stati emozionali ed impari a rileggere il suo coinvolgimento secondo costrutti professionali, aiutato in ciò da un referente esterno.

• Necessità di incentivare la creazione di un gruppo permanente di lavoro in grado di dare continuità al processo di formazione e trattamento

Il lavoro di gruppo può essere inteso in questa sede come strumento di formazione che consente ai partecipanti di mettere in gioco parti del sé implicate nell'interazione di ruolo e nel rapporto con l'organizzazione, nonché di favorire l'acquisizione di una competenza professionale che vada oltre le peculiarità del proprio ruolo. Obiettivo specifico di questo tipo di intervento e l'analisi dell'esperienza degli operatori penitenziari, poiché è nostra ferma convinzione che l'esperienza sia una preziosa forma di apprendimento e che nello scambio di storie professionali risiedano grandi possibilità di arricchimento. Di particolare importanza risultano essere, a nostro avviso, le tecniche di role-playing, ovverosia di metodologie finalizzate a favorire una diversa comprensione del problema e delle sue possibili forme di evoluzione. Nel role-playing ciò è particolarmente evidente ed investe le reciproche rappresentazioni delle parti giocate e del ruolo di appartenenza.

• Favorire l'acquisizione di capacità finalizzate all'auto-formazione ed all'auto-verifica da parte degli operatori, prevedendo momenti periodici di supervisione di un gruppo di formazione permanente

In questo modo, le diverse professionalità vengono aiutate e supportate nella ricerca degli strumenti, mediante i quali è possibile impegnarsi in un lavoro continuo di auto-formazione. A tal fine è necessario utilizzare processi metodologici, fondati sulla dimensione esperienziale degli operatori, che consentano loro di individuare quelle tecniche indispensabili nell'operatività quotidiana.

• Sostenere l'operatore nella elaborazione del senso del proprio lavoro e nella definizione e specificazione del proprio ruolo

È necessario fornire l'opportunità di una formazione inter-ruolo come luogo finalizzato al confronto ed alla definizione dei reciproci spazi d'azione e delle forme di integrazione. Elaborare il senso del proprio lavoro può essere riferito alla capacità di riflettere sulla propria operatività, per utilizzarla rispetto alla funzionalità dell'intervento, avendo acquisito preliminarmente gli strumenti per muoversi nella complessità del contesto.

• Predisporre incontri di verifica periodica da parte del personale qualificato dell'efficacia degli strumenti metodologici acquisiti dai singoli operatori

In questa fase, le acquisizioni metodologiche e concettuali vengono applicate nei singoli contesti istituzionali, in modo da favorire un miglioramento degli interventi

psicosociali all'interno del carcere. La verifica periodica serve a modificare, qualora necessario, il piano di intervento predisposto all'inizio del programma trattamentale.

PARTE IV
LA TEORIA DELLA PREFERENZA SESSUALE ED IL METODO DEL RELAPSE PREVENTION

1) Introduzione e problematiche metodologiche

Sul problema dell'approccio scientifico alla delinquenza sessuale, ed in particolare sulle difficoltà che pone lo studio del delinquente sessuale, e dei fattori che stanno alla base dell'origine della delinquenza sessuale e della sua persistenza nello stile di vita di determinati soggetti, è per così dire famosa negli Stati Uniti, una parabola, un aneddoto (Marshall et al. 1990). Si tratta della storia di un poliziotto che si avvicina ad un uomo una notte nell'oscurità. L'uomo è bocconi sotto un lampione nella strada, apparentemente alla ricerca di qualcosa che ha perduto. Il poliziotto gli chiede cosa stia facendo, e l'uomo gli risponde che sta cercando la chiave che gli è caduta mentre cercava di infilarla nel buco della serratura della sua porta di casa. Al che, stupito, il poliziotto ribatte che la porta di casa è parecchi metri più in là dal punto del marciapiede ove l'uomo chino è indaffarato alla ricerca della chiave. «Sì, è vero – replica l'uomo – ma almeno qui c'e la luce!».

In tema di delinquenza sessuale, le domande che man mano ci si sono poste, sono state le seguenti: «Che cosa dovremmo studiare prioritariamente?», «Che cos'è più importante?», «Che cosa ci possiamo permettere in termini di costi?». Si parla sempre di priorità, come se fosse sempre possibile, poi, rispettare queste stesse priorità. Beh, non è così (afferma chi si è occupato dell'argomento), e non può essere così: in realtà, si dice, si è fatto ciò che si è potuto, anche se così facendo, spesso, ci si è comportati proprio come lo sfortunato individuo in cerca della chiave: si è cercato dove c'era la luce, piuttosto che dove stava il problema. D'altronde, come ricordano sempre Marshall et al. (1990), anche Oppenheimer diceva che le cose scientificamente profonde ed importanti non si sono scoperte perché erano utili, ma perché era stato possibile scoprirle, e così è stato anche nel settore di nostro attuale interesse.

In questo mio breve intervento, mi riferirò a problemi incontrati e descritti nella letteratura internazionale, data anche l'esiguità di ricerche italiane, l'arretratezza (purtroppo è necessario confessarla) nella quale ancora ci dibattiamo, l'impossibilità di fatto (data anche la struttura della nostra legislazione – vedi divieto della perizia psicologica, art. 220 C.P.P.) di studiare a fondo in Italia, almeno sino ad ora, la delinquenza sessuale e il delinquente sessuale, che sistematicamente sfugge, anche allorché entra all'interno del sistema di giustizia criminale, alla valutazione tecnica da parte dell'esperto, con le conseguenze negative immaginabili. Solo raramente siamo oggi in Italia messi in grado, noi esperti dico, di occuparci adeguatamente del problema, e ciò accade in quei casi nei quali, magari per la gravità dei comportamenti criminali messi in atto, o per la risonanza nazionale del caso, o ancora per altri motivi più specifici (delittuosità sessuale all'interno della famiglia,

disturbi psichici presentati dall'autore che eventualmente era in terapia psichiatrica o aveva subito ricoveri, ecc.), sorge nel magistrato il sospetto di un difetto di imputabilità, cosa che lo induce a chiedere una perizia psichiatrica al fine di valutare la presenza o meno di una infermità che, avendo agito al momento del fatto, può aver inciso sulle capacità di intendere o di volere dell'autore tanto da «scemarle grandemente» ovvero «escluderle», nel qual caso si applicano le disposizioni relative al vizio parziale o totale di mente, con le relative conseguenze del caso, anche in riferimento alla valutazione della «pericolosità sociale» dell'autore.

Le cose non stanno così all'estero ove, anche a fronte di tassi ufficiali di delittuosità sessuale molto più alti dei nostri (e qui non possiamo addentrarci in discussioni sul numero oscuro dei delitti, sulle differenze transculturali del fenomeno e sulle spiegazioni di tali differenze, perché non vi è tempo), negli ultimi dieci anni le conoscenze della delinquenza sessuale e del delinquente sessuale si sono accresciute enormemente, dato anche il fatto che psichiatri e psicologi, in molti Paesi, sono stati messi in grado di intervenire concretamente sul fenomeno, sia per ovvi motivi di riduzione della sofferenza grave cui spesso vanno incontro le vittime di questi reati (e ciò vale a maggior ragione nel caso della pedofilia nella quale appunto i bambini vengono coinvolti, spesso in comportamenti molto durevoli nel tempo, «continuati» direbbero i giuristi, e quindi spesso devastanti sul piano delle conseguenze non solo a breve termine ma in ispecie nel lungo periodo), sia a fini di trattamento dell'autore, e ciò – mi si perdoni il cinismo involontario – non solo con meri obiettivi di prevenzione rispetto alla recidiva (che è il fine più nobile e socialmente auspicato, ed è quello che viene chiamato con il termine inglese relapse prevention), ma anche con dimostrati e auspicatissimi – data l'attuale congiuntura – obiettivi di risparmio economico (al proposito esistono studi come quelli di Prentky e Burgess (1988) i quali già una decina d'anni or sono dimostrarono che i costi giudiziari che intervengono nell'occuparsi di un solo recidivo (e sappiamo che la recidiva nei delinquenti sessuali è molto alta) e consistenti nei costi delle procedure di arresto, di investigazione, di incarcerazione, ecc., inclusi i costi di valutazione e trattamento della vittima, bilanciati contro i costi dell'offerta di trattamento a 50 persone all'anno, giustificano, in soli termini finanziari, la decisione di propendere per il trattamento anziché no. Dato che la maggior parte dei recidivi compiono reati contro più di una vittima, il successo in termini riabilitativi di 1 solo delinquente per ogni 50 trattati, può già considerarsi un risultato positivo, anche in termini economici, come abbiamo visto.

Che cosa si è fatto in concreto? Beh!, sono state individuate nuove metodiche per la valutazione del delinquente sessuale (ed il pedofilo sta ad uno dei primi posti rispetto a questi sforzi), e gli esperti hanno iniziato ad identificare alcuni nodi centrali – che andranno ulteriormente chiariti – ma che sembrano cruciali nel cammino verso la riabilitazione del delinquente sessuale e la prevenzione della recidiva, ed hanno iniziato a valutare l'impatto di determinate teeniche di trattamento individuate appunto a scopo di trattamento e di prevenzione. I progressi, dunque, si sono fatti nelle seguenti aree di intervento:

• sul piano diagnostico;

• sulla valutazione – importantissima – del reale numero delle vittime (rispetto a quanto «confessato» dal soggetto);

• sulla conoscenza del grado di violenza che connota il comportamento del delinquente sessuale;

• sulla conoscenza dell'età alla quale iniziano a svilupparsi gli interessi sessuali devianti;

• sui differenti modelli di eccitamento sessuale.

La natura stessa del comportamento messo in atto dal delinquente sessuale è una variabile che ostacola in modo significativo lo studio scientifico, e non permette la costruzione di campioni significativi, data la riluttanza di questi soggetti a rivelare la estensione della loro attuale criminalità.

Pertanto, tutti i tentativi di descrivere delinquenti sessuali tipici vengono pregiudicati dai campioni selezionati e dalla natura della valutazione clinica. Tuttavia, ci si accontenta di quanto si può fare, e qualche risultato lo si è ottenuto.

Vari fattori possono inficiare il «chi, che cosa, dove e quando» rispetto alla valutazione della delinquenza sessuale. Tuttavia, due fattori sembrano di particolare importanza nell'influenzare i risultati di tutte le ricerche:

1) il fatto se il delinquente sia stato o meno arrestato e incarcerato;

2) la misura in cui l'esaminatore (lo psicologo, lo psichiatra) si è sforzato, nel tentativo di accrescere la validità delle «confessioni» (il così detto self report) del soggetto esaminato.

Rispetto al punto 1), aggiungo che è evidente che il delinquente che può permettersi – qui il riferimento e ai paesi anglosassoni, ma anche in Italia può succedere – un adeguato sostegno legale, in certi casi, può evitare con più elevata probabilità la carcerazione. In questo modo, i campioni tratti dalla popolazione detenuta non sono rappresentativi della popolazione generale del «delinquente sessuale»: come ricordano Abel e Rouleau (1990) solo un 15% della delittuosità sessuale negli USA conduce alla carcerazione, quindi la maggioranza dei delinquenti sessuali sono denunciati e processati, per così dire, «a piede libero».

In secondo luogo, l'effettuazione in carcere di accertamenti psicofisiologici atti a valutare i modelli di eccitamento sessuale appare particolarmente problematica, poiché le autorità carcerarie tendono ad utilizzare tali accertamenti ai fini della concessione di misure alternative (parole). E ciò evidentemente interferisce sugli studi a scopo scientifico della popolazione detenuta, che tenderà a simulare i risultati di tali accertamenti.

In terzo luogo, di nuovo, allorché richiesto di «confessare» il numero dei delitti sessuali commessi, il grado di violenza intervenuto nei comportamenti, ecc. il detenuto si trova in una posizione di stallo. Per questo motivo, in genere gli studi su popolazione non detenuta riescono a fornire informazioni più utili e sicure di quelli su popolazione detenuta.

In merito al punto 2), bisogna sottolineare che, ai fini di individuare gli specifici bisogni del paziente in fase di trattamento, nonché al fine della valutazione dell'impatto degli interventi stessi sul soggetto e dei loro effetti nel lungo periodo, sembra indispensabile essere in possesso di corrette informazioni, e ciò non è facile. L'esperienza e l'abilità del ricercatore, la qualità della relazione stabilita durante i colloqui, la durata della relazione terapeuta-soggetto, ed elemento più importante la possibilità di mantenere il segreto su quanto dichiarato dal soggetto, sono tutte variabili che accrescono significativamente la validità e l'attendibilità delle «confessioni».

2) Le caratteristiche di autori, vittime e reato

Il profilo del delinquente sessuale emergente dalla più seria ed accreditata ricerca internazionale (Abel e Rouleau, 1990) mostra che si tratta di un soggetto di età compresa dai 13 ai 76 anni, con età media pari a 31,5 anni, discretamente scolarizzato (il 40% ha frequentato un anno di college), che proviene da tutti gli strati socio-economici, ed è rappresentativo di tutti i sottogruppi etnici della popolazione generale delle città di provenienza.

Circa la metà dei soggetti vive con una donna, od era stato precedentemente sposato.

Circa l'età di comparsa degli interessi sessuali devianti, la ricerca di Abel (1990) mostra che il 53% dei soggetti riferisce la comparsa di almeno un interesse sessuale deviante prima dei 18 anni.

Come evidenzia Abel (1987) in una ricerca condotta su un campione di 561 soggetti, in riferimento all'età di comparsa della prima «paraphilia» (voyerismo, frottage, esibizionismo, pedofilia, violenza carnale, ecc.) il 50% dei voyeurs aveva mostrato interesse per quella devianza prima dei 15 anni; il 50% dei pedofili non incestuosi omosessuali a 16 anni; gli esibizionisti a 18 anni; più del 40% dei pedofili non incestuosi eterosessuali a 18 anni; il 40% dei pedofili incestuosi omosessuali, il 30% dei violentatori, il 25% dei pedofili incestuosi eterosessuali avevano acquisito i loro interessi specifici prima dei 18 anni.

Il numero dei reati è straordinariamente grande. Di quel 53% di soggetti adulti che aveva riportato l'insorgenza del loro interesse sessuale deviante prima dei 18 anni, ognuno riportò due differenti parafilie, e una media di commissione di crimini sessuali pari a 380.2 al momento del raggiungimento dell'età adulta (18 anni). Nel caso degli adolescenti (autori di reato minori dei 18 anni), ogni autore ammise in media 1.9 parafilie e aveva commesso in media 6,8 delitti sessuali, fra i quali le molestie sui bambini (o la violenza carnale) erano rappresentate in modo assai rilevante.

Il delinquente sessuale con lunga carriera criminale sviluppa i suoi interessi devianti molto precocemente, e ciò deve essere tenuto presente nell'approntare metodi preventivi e terapeutici specie tenendo conto dell'elevatissimo numero di reati commessi da questi giovani nel periodo fino al raggiungimento dell'età adulta (18 anni).

Le storie dei delinquenti sessuali rivelano che un individuo può avere multipli interessi parafilici nel corso della sua vita. Come una prima parafilia cede il passo, un'altra compare, accelera in frequenza e può «soppiantare» la precedente, divenendo il comportamento sessuale deviante più frequente. Alcuni soggetti hanno sino a 10 categorie di interessi sessuali derivanti nel corso della loro vita, come dimostra anche un non più recentissimo studio di Abel (1987).

Abel nello studio summenzionato mostra, inoltre, l'alta frequenza di atti sessuali devianti commessi da parte di soggetti affetti da varie parafilie, specie dagli esibizionisti, voyeurs, frotteurs, feticisti, masochisti. Delle quattro categorie di pedofili che ci interessano più da vicino, i pedofili non incestuosi omosessuali sono coloro che commettono il maggior numero di delitti.

3) L'approccio della «preferenza sessuale»

Una corrente di pensiero ormai diffusamente accettata dai clinici sostiene che gli uomini che aggrediscono bambini e/o donne sono motivati da una c.d. «preferenza sessuale» per i bambini (nel caso dei pedofili) o da interazioni aggressive e violente nei confronti delle donne, come nel caso dei violentatori.

Anche se è chiaro che i reati sessuali sono il prodotto di una vasta gamma di variabili che interagiscono tra loro, e che nessuna singola variabile può spiegare, da sola, il fenomeno, vogliamo qui chiarire su quali concetti si fonda l'approccio della «preferenza sessuale» (sexual preference), approccio che sta largamente dominando il settore di studio.

Al proposito, appare importante il concetto di controllo dello stimolo dell'eccitamento sessuale. L'importanza di questo concetto trova almeno due ragioni: 1) nella pedofilia, il controllo dello stimolo determina l'oggetto della scelta e fornisce una importante motivazione al contatto con i bambini; 2) nelle interazioni forzate (nella violenza carnale), il controllo dello stimolo dell'eccitamento è parte di una complessa integrata risposta di tipo aggressivo che ha componenti cognitive e motorie, ma anche psicofisiologiche.

La preferenza sessuale può essere misurata e definita in laboratorio, essendo composta da 1) stimolo sessuale che sollecita eccitamento sessuale, ove per eccitamento sessuale negli uomini si definisce ogni incremento in volume, lunghezza o circonferenza del pene; e 2) riflesso sessuale, e cioè una risposta di erezione ad uno stimolo, la cui forza può essere data dalla ampiezza della risposta erettile sollecitata dallo stimolo misurata in termini di incremento in millimetri di circonferenza, incremento in centimentri cubi del volume, o incremento in millimetri di lunghezza del pene.

Il concetto di «sexual preference» forma oggi la base della valutazione clinica della devianza sessuale, ed è pensata come un tratto relativamente stabile nell'individuo.

Sulla base di questo approccio si possono costruire tipologie di risposta a fini classificatori (vedi diagnosi nel DSMIIIR) e modalità specifiche di trattamento che tendano a normalizzare il modello di eccitamento sessuale. Al proposito, uno studio di Barbaree e Marshall (1989) ha permesso di distinguere cinque profili:

a) un profilo «adulto», nel quale i soggetti mostrarono forti risposte verso femmine di 20 anni o più adulte, risposte moderate per vittime tra i 16 e i 18 anni, e risposte minime o nessuna risposta per vittime sotto i 15 anni;

b) un profilo «teen-adult», nel quale i soggetti mostrarono forti risposte verso femmine dai 13 anni in su, con risposte più leggere per vittime più giovani;

c) un profilo per così dire «neutro» (non discriminante) nel quale i soggetti mostrarono un moderato eccitamento per vittime di tutte le età;

d) un profilo «child-adult» con forti risposte sia per vittime di 18 anni e più sia per vittime di 11 anni o meno, ma con deboli risposte per vittime con età tra i 12 e i 14 anni;

e) un «child profile» con forti risposte per soggetti di 11 anni o meno, ma solo minime risposte per soggetti di 13 anni o più.

Lo studio, che comparava i profili fallometrici di tre gruppi di soggetti (molestatori di bambine, padri incestuosi, gruppo «matched» di controllo) dimostrò che il 70% dei soggetti «normali» (non delinquenti sessuali appartenenti al gruppo di controllo) era caratterizzato da un profilo «adulto». Il restante 30% era equamente suddiviso tra il profilo dei «teen-adult» e dei «nondiscriminators». Nessuno mostrava profili «child» o «child-adult».

Tra gli «incestuosi», il 40% mostrava un profilo «adulto»; un altro 40% era caratterizzato da un profilo «neutro», mentre i restanti avevano un profilo «teen-adult», con soltanto un caso in cui il soggetto aveva mostrato un profilo «chil-adult». Nessuno mostrava risposte esclusivamente ai bambini.

A loro volta, i «child molester» presentavano modelli eterogenei. Il 35% possedeva un «child profile»; mentre i restanti erano equamente divisi all'interno degli altri quattro profili.

I «child melester» non mostrarono dunque uniformemente preferenze sessuali per i bambini, e certamente non mostrarono risposte sessuali esclusivamente dirette ai bambini. Per di più, chi aveva il profilo «child» era più prono ad usare coercizione e colpiva più vittime.

Si dimostrò così che l'età dell'oggetto sessuale è variabile «chiave», per così dire, e che il modello di controllo dello stimolo differenziava i child molester dai soggetti normali e permetteva di distinguere varie importanti sottocategorie di delinquenti sessuali.

4) Il trattamento del delinquente sessuale

Le tecniche maggiormente utilizzate nel campo del trattamento del delinquente sessuale si fondano sul tentativo di modificazione di alcune caratteristiche degli individui bersaglio che possono classificarsi come segue: 1) la modificazione delle preferenze sessuali; 2) il miglioramento delle abilità sociali; 3) la valutazione e modificazione delle distorsioni cognitive. L'utilizzazione del complesso di queste tecniche in concreto prende il nome di «relapse prevention», metodo che fondato su principi cognitivo-comportamentali, tenta di ridurre la recidiva del comportamento delinquenziale sessualmente aggressivo.

In merito alla modificazione delle preferenze sessuali, bisogna sottolineare che l'uso di tali tecniche dipende molto, ovviamente, dall'importanza che la variabile «preferenza sessuale deviante» gioca nella genesi del comportamento illecito. Nel settore si distinguono metodi che riducono gli interessi sessuali devianti («terapia avversiva», «covert sensitization», «satiation») – nei quali si associa uno stimolo sgradevole con lo stimolo parafilico, o con l'eccitamento sessuale in presenza dello stimolo parafilico, osservandone, quindi, gli eventuali effetti migliorativi –, dai metodi che incrementano gli interessi sessuali normali, ormai in disuso poiché si indirizzavano al riorientamento del comportamento sessuale (la cancellazione dell'omosessualità dalla lista delle deviazioni sessuali ha inferto un duro colpo a queste tecniche).

Per quanto riguarda il miglioramento delle abilità sociali, bisogna sottolineare che si tratta in realtà di tecniche che devono essere ancora testate (sul piano empirico è ancora dubbio il fatto se i delinquenti sessuali presentino con più elevata probabilità deficit nelle abilità sociali rispetto ai gruppi di controllo). Comunque, si tratta di tecniche che valutano la cosiddetta competenza, concetto che definisce quel processo, relativistico, di giudizio sociale attraverso il quale la performance individuale rispetto ad un particolare compito, in un particolare ambiente, in un determinato momento, viene valutata sia da quel particolare individuo che dagli altri significativi come adeguata o meno. Il costrutto subordinato al concetto di competenza è dato dalle cosiddette abilità sociali, che sono gli strumenti che fanno sì che l'individuo svolga il suo compito in maniera tale che quest'ultimo sia giudicato «competente». Al proposito, i delinquenti sessuali sarebbero caratterizzati da seri problemi nei modelli di processazione delle informazioni derivanti dalle donne (entrando, quindi, in relazione con le donne attraverso schemi cognitivi distorti che li predisporrebbero, per così dire, a fraintendimenti sessuali o ad azioni non correttamente guidate). Di fronte a tali deficit, si studia la costruzione di strumenti atti a misurarli a vari livelli (decodifica delle abilità sociali, abilità decisionali, abilità di risposta), individuando, di conseguenza, un profilo della competenza sociale e delle abilità sociali ed operando, sulle carenze di questo profilo, lo specifico programma di trattamento.

Per quanto riguarda la valutazione e modificazione delle distorsioni cognitive, si individuano generalmente tre modelli di fattori cognitivi. Il primo modello definisce le distorsioni cognitive come una sorta di autogiustificazione che permettono all'individuo di negare, minimizzare, giustificare e razionalizzare il comportamento. In tale modello i fattori cognitivi non sono considerati come cause dirette di comportamento sessuale deviante, ma con passi successivi che i delinquenti percorrono per giustificare e per perpetuare il loro comportamento. Il secondo approccio descrive gli atteggiamenti che fanno da supporto alla violenza sessuale, come l'accettazione della mitologia della violenza sessuale, la stereotipizzazione dei ruoli sessuali, l'accettazione della violenza interpersonale contro la donna. Il terzo approccio è tratto dalla letteratura criminologica in senso stretto sulla scorta delle ricerche di Yochelson e Samenow (1977) sui cosiddetti «thinking errors». Secondo questo modello i delinquenti sarebbero caratterizzati da modelli cristallizzati di distorsione di pensiero, che perdurerebbero lungo il corso della vita, e tenderebbero a divenire pervasivi.

Sulla scorta del lavoro di Bandura (1977) si distinguerebbero tre tipici processi di distorsione cognitiva: 1) rendere la condotta socialmente riprovevole come eticamente accettabile; 2) costruire in modo distorto le conseguenze del comportamento; 3) svalorizzare la vittima ed attribuirle la responsabilità dell'accaduto. Sul versante del trattamento, è necessario offrire al delinquente sessuale la consapevolezza del ruolo svolto dalla distorsione dei processi cognitivi nel mantenimento del comportamento sessuale abusante, corrette informazioni circa l'impatto sulla vittima del comportamento abusante, aiuti specifici all'identificazione degli specifici problemi di distorsione cognitiva, ed infine favorire nel delinquente la revisione critica dei problemi di distorsione cognitiva.

Sulla base di tutti gli elementi sopra descritti, sono state costruite le tecniche del «relapse prevention», metodo inizialmente utilizzato per tentare di rendere duraturi nel tempo i cambiamenti ottenuti su coloro che abusavano di sostanze. In definitiva, il metodo cerca di rafforzare l'autodeterminazione ed il self-control, fornendo al paziente i mezzi per identificare le situazioni problematiche (le cosiddette «high risk situations»), analizzare i processi decisionali che stanno alla base della costruzione di situazioni che possono condurre alla ricaduta nel comportamento deviante, sviluppare strategie di evitamento, ovvero di adeguato confronto con tali situazioni.

In conformità ai dettati di tali tecniche, si identificano procedure valutative (vedi figura n. 1) e procedure di trattamento (figura n. 2).

BIBLIOGRAFIA

ABEL G.G., BECKER J.V., MITTELMAN M.S., CUNNINGHARN-RATHNER J, ROULEAU J-L, MURPHY W.D., Self-reported Sex Crimes of Nonincarcerated Paraphiliacs. Journal of Interpersonal Violence, 2(6), 3-25, 1987.

ABEL G.G., JOANNE-L. ROULEAU, The nature and Extent of Sexual Assault. In Marshall W.L., Laws D.R., Barbaree H.E (Eds), Handbook of Sexual Assault, Plenum Press, New York, NY, 1990 pp.9-21.

BANDURA A., Social learning theory, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1977.

BARBAREE H.E., Stimulus Control of Sexual Arousal. Its Role in Sexual Assault. In In Marshall W.L., Laws D.R., Barbaree H.E (Eds), Handbook of Sexual Assault, Plenum Press, New York, NY, 1990, pp.115-142.

BARBAREE H.E., MARSHALL W.L., Erectile Responses amongst Heterosexual Child Molesters, Father-Daughter Incest Offenders and matched Non-Offenders: Five Distinct Age Preference Profiles. Canadian Journal of Behavioral Sciences, 21, 70-82, 1989.

BERLIN F. (1983). Sex offenders: A biomedical perspective and a status report on biomedical treatment. In: Greer J., Stuart I. The Sexual Aggressor: Current Perspectives on Treatmen. Reinhold, New York.

BLUMER D. (1970). Hypersexual episodes in temporal lobe epilepsy. American Journal of Psychiatry, 126.

MARSHALL W.L., LAWS D.R., BARBAREE H.E.: Issues in Sexual Assault. In Marshall W.L., Laws D.R., Barbaree H.E (Eds), Handbook of Sexual Assault, Plenum Press, New York, NY, 1990. pp. 3-7.

PRENTKY R., BURGESS A.W., Rehabilitation of Child Molesters. A cost-benefit Analysis. Unpublished Manuscript, Massachusetts Treatment Center, Bridgewater, MA., 1988.

GAFFNEY G.R., BERLIN F.S. (1984). Is there hypothalarnic-pituitary-gonadal dysfunction in pedophiles?. British Journal of Psychiatry, 145.

GROTH A.N., BIRNBAUM H. (1979). Men who rape. The psychology of the offender. Plenum Press, New York.

LANGEVIN R. (1990). Sexual anomalies and the brain. In: Marshall W., Laws D., Barbaree H. Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories, and Treatment of the Offender. Plenum Press, New York.

LEWIS D.O., PINCUS J.K., FELDMAN M. (1986). Psychiatric, neurological, and psychoeducational characteristics of 15 death row inmates in the United States. American Journal of Psychiatry, 143.

MURRAY J.B. (1987). Psychopharmacological theraphy of deviant sexual behavior. Journal of General Psychology, 115.

POST R.M., WEISS S.R.B., RUBINOW D.R. (1988). Recurrent affective disorders: lessons from limbic kindling. Current Topics in Neuroendocrinology, 8.

SCARDACCIONE G. (1992). Autori e vittime di violenza sessuale. Il punto di vista della criminologia e della vittimologia. Bulzoni Editore, Roma.

TRAVERSO G.B., MANNA P., MARUGO M.I. (1989). La violenza carnale in Italia. CEDAM, Padova.

TRAVERSO G.B., MARUGO M.I. (1987). Gli abusi sessuali sui bambini. I risultati di una ricerca sui casi giudicati dal Tribunale di Genova nel periodo 1961-1982. Rassegna di Criminologia. XVIII, 2, 679-694.

TRAVERSO G.B., CIAPPI S., BAGNOLI L., COLUCCIA A. (1995). La violenza sessuale sui minori. I risultati di una ricerca condotta a Firenze (1986-1991). Medicina Legale. Quaderni Camerti, XVII, 2, 203-220.

YOCHELSON S., SARNENOW S.E., The criminal personality, vol. II: The Change process, Jason Aronson, New York, 1977.

APPENDICE

SCHEDA DI RILEVAZIONE DATI SU DETENUTI
ED INTERNATI PER REATI SESSUALI

INDICE

A. Caratteristiche socio-demografiche di base

B. Notizie anamnestiche personali e familiari
- B1. Storia scolastica
- B2. Storia lavorativa
- B3. Storia clinica
- B4. Storia familiare

B5. Storia relazionale
B6. Storia delinquenziale giovanile
B7. Storia delinquenziale da adulto

C. Dati giuridico-giudiziari in riferimento al reato sessuale per il quale il soggetto è attualmente detenuto o internato

D. Dati fenomenologici del reato per il quale il soggetto è attualmente detenuto o internato.

A. CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE DI BASE

1. Nome e cognome ……

2. Data di nascita ……

3. Luogo di nascita ……

4. Nazionalità ……

5. Luogo di residenza ……

6. Stato civile

Celibe/Nubile	1
Coniugato/Convivente	2
Separato/Divorziato	3
Vedovo	4
N.R.	5

7. Livello di istruzione

Analfabeta	1
Scolarità elementare senza diploma	2
Diploma elementare	3
Licenza media inferiore	4
Diploma media superiore	5
Laurea	6
N.R.	7

8. Professione al momento dell'ultimo ingresso in istituto

Disoccupato	1
Operaio generico	2
Operaio specializzato	3
Impiegato	4
Professionista/Dirigente	5
Commerciante/Artigiano	6
Studente	7
Pensionato	8
Altro	9
N.R.	10

B. NOTIZIE ANAMNESTICHE PERSONALI E FAMILIARI

B1. Storia scolastica

9. Grado medio di profitto scolastico	Molto scarso	1
	Scarso	2
	Sufficiente	3
	Buono	4
	Molto buono	5

10. Eventuali bocciature	Sì=1	No=2
11. Numero di problemi scolastici (0-4)		
Disturbava frequentemente in classe	Sì=1	No=2
A scuola era ubriaco o drogato	Sì=1	No=2
Rubava a scuola	Sì=1	No=2
Teneva a scuola comportamenti violenti	Sì=1	No=2
12. Eventuali sospensioni o espulsioni	Sì=1	No=2

B2. Storia lavorativa

13. Periodi di disoccupazione nel corso dell'anno precedente all'ultimo ingresso in istituto	Sì=1	No=2
14. Problemi finanziari nel corso dell'anno precedente all'ultimo ingresso in istituto	Sì=1	No=2
15. Periodo di impiego continuativo di più lunga durata (in mesi)	……	
16. Numero stimato di differenti impieghi	……	
17. Numero di eventuali licenziamenti	……	
18. Si è mai mantenuto attraverso il denaro acquisito con attività illecite	Sì=1	No=2

B3. Storia clinica

19. Ha mai avuto seri problemi di salute fisica	Sì=1	No=2
20. Ha mai avuto seri problemi di salute psichica	Sì=1	No=2
In caso di risposta affermativa alla domanda n.20:		
21. Ha mai consultato uno psichiatra	Sì=1	No=2
In caso di risposta affermativa alla domanda n. 21:		
22. Età del primo contatto	……	
23. Eventuale diagnosi	……	
24. Eventuale trattamento farmacologico	Sì=1	No=2
25. Ha mai tentato seriamente il suicidio	Sì=1	No=2
26. È mai stato ricoverato in un reparto specialistico		

psichiatrico Sì=1 No=2

In caso di risposta affermativa alla domanda n. 26:

27. Numero dei ricoveri ……

B4. Storia familiare

28. Il soggetto appartiene a famiglia Normocostituita 1
Disgregata 2

In caso di appartenenza del soggetto a famiglia disgregata:

29. Motivo della disgregazione:
Morte di un genitore Sì=1 No=2
Separazione/divorzio Sì=1 No=2
Altro ……

30. Istituzionalizzazione nell'infanzia/adolescenza Sì=1 No=2

31. Esperienze di abuso fisico Sì=1 No=2

32. Esperienze di abuso sessuale Sì=1 No=2

In caso di risposta affermativa alla domanda n. 32:

33. Frequenza dell'abuso
1 volta soltanto 1
Soltanto poche volte 2
Con frequenza mensile 3
Giornalmente o quasi 4

34. Sesso dell'autore dell'abuso ……

35. Relazione con l'autore dell'abuso
Genitore biologico 1
Genitore adottivo 2
Fratello/sorella 3
Altro familiare 4
Amico 5
Mera conoscenza 6
Sconosciuto 7
Altro 8

36. Patologia psico-sociale in famiglia:
Genitore/i pregiudicato/i Sì=1 No=2
Genitore/i affetto/i da disturbi psichiatrici Sì=1 No=2
Genitore/i affetto/i da problemi alcool correlati Sì=1 No=2

37. Livello della qualità della vita domestica
Basso 1
Medio 2
Alto 3

38. Livello della relazione con i genitori
Povero 1
Discreto 2
Buono 3
Ottimo 4

39. Occupazione (prevalente) del padre ……

40. Occupazione (prevalente) della madre ……

41. Numero dei fratelli ……

42. Ordine di nascita del soggetto ……

B5. Storia relazionale

43. Età del primo rapporto sessuale ……

44. Sesso del primo partner sessuale ……

45. Il primo partner sessuale fu:
occasionale 1
non occasionale 2

(si indichi partner «non occasionale» nel caso il soggetto affermi di aver precedentemente instaurato con il partner stesso una relazione affettiva di una certa stabilità)

46. Numero totale di partner con i quali il soggetto ha avuto una relazione sessuale nel corso della vita ……

47. Numero di partner occasionali nel corso della vita ……

48. Presenza contemporanea di più relazioni sessuali Sì=1 No=2

49. Il soggetto ha figli o figliastri Sì=1 No=2
In caso di risposta affermativa alla domanda n. 49:

50. Numero dei figli e/o figliastri ……

51. Contatti con la/le madre/i Sì=1 No=2

52. Contatti con i figli e/o figliastri Sì=1 No=2

53. Al momento dell'ultimo arresto per un reato sessuale il soggetto era socialmente isolato Sì=1 No=2
(Il termine «socialmente isolato» si riferisce a persona che non aveva una significativa relazione affettiva con persona a lui non vincolata da legami di parentela, ovvero a soggetto che si percepiva solo, isolato, ecc.)

54. Al momento dell'ultimo arresto per un reato sessuale il soggetto viveva:
da solo 1
con il coniuge/convivente 2
con un parente 3
con un amico 4
con altri ……

55. Relazione più duratura (in mesi) ……

B6. Storia delinquenziale giovanile

Prima dei 18 anni, quali dei seguenti comportamenti il soggetto ha messo in atto:

56. Ha frequentemente scazzottato o partecipato a risse — Sì=1 No=2

57. Ha frequentemente mentito — Sì=1 No=2

58. È fuggito da casa trascorrendo fuori la notte — Sì=1 No=2

59. Ha rubato — Sì=1 No=2

60. Ha deliberatamente appiccato il fuoco — Sì=1 No=2

61. Si è abusivamente introdotto in appartamento — Sì=1 No=2

62. Ha compiuto atti vandalici — Sì=1 No=2

63. Ha tentato di forzare la portiera di un'auto — Sì=1 No=2

64. Ha compiuto atti di crudeltà su animali — Sì=1 No=2

65. Ha usato un'arma per offesa — Sì=1 No=2

66. Ha compiuto atti di crudeltà su persone — Sì=1 No=2

67. Il soggetto è mai stato arrestato da minorenne — Sì=1 No=2

In caso di risposta affermativa alla domanda n. 67:

68. Età del primo arresto ……

69. Numero degli arresti ……

70. Imputazione piu grave ……

71. Il soggetto è mai stato condannato da minorenne — Sì=1 No=2

In caso di risposta affermativa alla domanda n. 71:

72. Per quali tipi di reato ……

73. Il soggetto ha mai commesso reati senza essere scoperto ……

In caso di risposta affermativa alla domanda n. 73:

74. Quali tipi di reato ……

75. Quanti reati ……

B7. Storia delinquenziale da adulto

76. Precedenti imputazioni o condanne per reati

non violenti e non sessuali Sì=1 No=2
In caso di risposta affermativa alla domanda n. 76:

77. Numero di reati non violenti e non sessuali ……

78. Tipo dei reati di cui alla domanda n. 77 ……

79. Precedenti imputazioni o condanne per reati violenti ma non sessuali ……
In caso di risposta affermativa alla domanda n. 79:

80. Numero di reati violenti ma non sessuali ……

81. Tipo dei reati di cui alla domanda n. 80 ……

82. Precedenti imputazioni o condanne per reati sessuali Sì= 1 No=2
In caso di risposta affermativa alla domanda n. 82:

83. Tipologia dell'autore
Violentatore 1
Omicida 2
Delinquente incestuoso (relazione biologica) 3
Delinquente incestuoso (relazione non biologica) 4
Molestatore (relazione extrafamiliare, vittima minore) 5
Molestatore (vittima minore e adulta) 6

(Si considera molestatore extra-familiare il soggetto che ha nella sua storia precedente almeno una vittima fuori della famiglia; per vittima minore si intende la vittima inferiore a 14 anni)

84. Sesso delle precedenti vittime
Maschi soltanto 1
Femmine soltanto 2
Maschi e femmine 3

C. DATI GIURIDICO/GIUDIZIARI IN RIFERIMENTO AL REATO SESSUALE PER IL QUALE IL SOGGETTO È ATTUALMENTE DETENUTO O INTERNATO

85. Data del reato ……

86. Data di arresto ……
87. Imputazione iniziale ……

88. Emissione della sentenza Sì=1 No=2
In caso di risposta affermativa alla domanda n. 88:

89. Data della sentenza ……

90. Imputazione ritenuta in sentenza ……

91. Dispositivo della sentenza ……

92. Posizione giuridica attuale ……

93. Grado del procedimento giudiziario

Imputato con procedimento in 1° grado	1
Appellante	2
Ricorrente	3
Giudicato	4

94. Autorità che procede (o ha proceduto)

Pretura	1
Tribunale	2
Corte d'Assise	3
Corte d'Appello	4
Corte d'Assise d'Appello	5
Corte di Cassazione	6
Tribunale dei Minori	7
Tribunale Militare	8

D) DATI FENOMENOLOGICI DEL REATO PER IL QUALE IL SOGGETTO È ATTUALMENTE DETENUTO O INTERNATO

95. Numero delle vittime ……

96. Sesso della/e vittima/e

Maschio/i	1
Femmina/e	2
Entrambi i sessi	3

97. Ètà della vittima più giovane ……

98. Luogo dove è stato consumato il reato

Abitazione privata	1
Auto dell'autore	2
Strada o luogo aperto	3
Locale pubblico	4
Altro	5
……	
N.R.	6

99. Il reato ha comportato un rapporto sessuale completo o il tentativo di un rapporto sessuale completo Sì=1 No=2

100. Uso o minaccia di uso di un'arma Sì=1 No=2

101. La vittima ha riportato lesioni Sì=1 No=2

In caso di risposta affermativa alla domanda n. 101:

102. Le lesioni riportate dalla vittima:

furono lievi (senza l'uso di armi)	1
furono lievi (con uso di armi)	2
richiesero una medicazione	3
richiesero il ricovero	4
cagionarono la morte	5
cagionarono mutilazioni dopo la morte	6

103. Resistenza della vittima Protesta verbale Sì=1 No=2

Tentativo di far recedere l'aggressore con l'uso della ragione Sì=1 No=2
Grida Sì=1 No=2
Modica resistenza Sì=1 No=2
Lotta Sì=1 No=2
Tentativo di fuga Sì=1 No=2
Altro Sì=1 No=2

104. Comportamento dell'aggressore dopo il reato

La vittima viene trasportata in luogo di sua scelta e ivi abbandonata 1
La vittima viene trasportata in luogo scelto dallo aggressore e ivi abbandonata 2
La vittima viene lasciata nel luogo in cui fu commesso il reato 3
La vittima si allontana con i propri mezzi 4
La vittima è soccorsa dalla polizia o da passanti 5
Altro 6

105. L'aggressore aveva fatto uso di alcool precedentemente o durante il reato Sì=1 No=2

106. L'aggressore aveva fatto uso di stupefacenti precedentemente o durante il reato Sì=1 No=2

107 . Relazione dell'autore con la e vittima/e
(in caso di più vittime, indicare tutte le categorie appropriate e segnare il numero nell'apposito spazio)

…… Sconosciuto 1
…… Mera conoscenza 2
…… Amico o persona ben conosciuta 3
…… Familiare 4

108. Grado di premeditazione

Nessuna premeditazione 1
Delitto premeditato ma vittima casuale 2
Delitto premeditato con vittima non casuale 3

109. Il delitto è stato commesso da un unico autore Sì=1 No=2

Relazione del
prof. JOS FRENKEN (*)

INTRODUZIONE

Fin dal 1982, l'équipe locale per il Trattamento dell'Incesto dell'Ufficio dei Medici Confidenziali a l'Aja, in stretta collaborazione con il Tribunale Distrettuale, ha elaborato un programma integrato di trattamento per famiglie incestuose. Questo programma comprende un aiuto individuale alla giovane vittima dell'incesto ed una consulenza per la madre, ed anche un trattamento ambulatoriale ordinato dal Tribunale per l'autore dell'incesto. Un formato di gruppoterapia per i membri della famiglia non è stato possibile a causa del numero limitato di famiglie che necessitano di trattamento contemporaneamente. Sebbene i tre trattamenti individuali compiano percorsi autonomi, i tre professionisti impegnati in essi si consultano l'uno con l'altro sui progressi del caso e hanno dei riscontri l'uno dall'altro. Questa politica delle «tre tracce» raggiunge il risultato di perseguire sia lo scopo terapeutico che quello giudiziario: promuovere il recupero della vittima, sostenere la madre nella sua difficile posizione, e prevenire la recidiva nell'autore del reato. Il ruolo di chi scrive nel triangolo terapeutico era di trattare l'autore dell'incesto.

In diversi casi, agli autori di reati perseguiti era offerta la scelta fra il trattamento imposto e la pena detentiva. I criteri necessari al tribunale per decidere il trattamento come misura correttiva erano: (a) solo delinquenti al primo reato che ammettevano parte dei loro misfatti; (b) coloro che non avevano usato violenza fisica nei loro reati sessuali; e (c) coloro che altrimenti sarebbero stati condannati ad una pena detentiva breve. Segni di rimorso elevavano le possibilità che il tribunale offrisse l'occasione del trattamento. A ciò il terapeuta aggiunge criteri ulteriori di esclusione: un Q.I. minore di 80, la dipendenza da alcool o da droga, gravi psicopatologie. La forma giuridica è quella della sospensione della sentenza; il tribunale decide, sulla base dei risultati del trattamento, se il caso verrà chiuso o se la condanna sarà applicata. Un risul-

———————

(*) Professore di Sessuologia presso il Centro Medico dell'Università di Leiden (LUMC) e presso l'Istituto Olandese di Ricerca in Sessuologia Sociale di Utrecht (NISSO) – Olanda. Presidente della Società Olandese di Sessuologia Forense (VFS). Membro e referente per l'Europa dell'Associazione per il Trattamento degli autori di reati sessuali (ATSA) negli Stati Uniti.

tato positivo significa che l'autore ha adempiuto all'obbligo di rimanere in trattamento, ha pienamente collaborato e non ha commesso recidiva in questo periodo.

Negli ultimi 9 anni, 11 autori di incesto padre-figlia sono stati trattati alle suddette condizioni, ed anche quattro colpevoli che sono venuti volontariamente in terapia. Il modello di trattamento sviluppato in questo tempo consisteva in circa 40 sessioni individuali di trattamento di un'ora di durata, nell'arco di circa un anno, un anno e mezzo. Faceva parte del trattamento l'assegnazione di compiti scritti da fare a casa (Freeman - Longo & Bays, 1988). Il modello del trattamento era eclettico nel senso che erano presenti sia elementi cognitivo-comportamentali (Laws, 1989; Pithers, Marques, Gibat & Marlatt, 1983) che psicodinamici (Schorsch, Galedary, Haag, Hauch & Lohse, 1985), ed anche idee prese dalla psico-educazione e dalla terapia di famiglia (Giaretto, 1981; Salter, 1988).

Il modello consisteva in 5 fasi consecutive che vengono presentate più avanti. Questo modello continua a svilupparsi ed a cambiare. Sette cliniche ambulatoriali per la salute mentale, attualmente nelle zone di Rotterdam e dell'Aja, stanno testando ulteriormente il modello – descritto passo per passo in un manuale dettagliato (Frenken & van Stolk, 1990).

Una nota finale introduttiva: questo approccio fa uso del fatto che il trattamento non era su base volontaria, invece di minimizzare ciò. Il trattamento non è considerato una forma di psicoterapia mirata alla ricostruzione della personalità. Per questo, l'arco di tempo era

troppo breve e molti dei clienti apparivano non adatti a questo approccio. Esso è piuttosto un programma mirato a «deterrenza tramite il riconoscimento». Questo punto verrà discusso più avanti.

FASE 1: INTERVENTO NELLA CRISI E PREPARAZIONE DELLA TERAPIA

Nei primi incontri, un padre che sia stato inviato dal tribunale è sempre sottoposto a forte stress. Egli si sente ed agisce come un impostore smascherato. La sua paura di perdere la faccia nella famiglia, fra gli amici e nel lavoro è acuta. L'autore del reato tenderà a presentarsi piuttosto sottomesso, ma con un occhio attento ai vantaggi che il contatto terapeutico gli può portare. Da un lato, il terapeuta deve chiarire che in nessuna occasione egli cospirerà con il colpevole contro la famiglia ed il tribunale, mentre d'altra parte è necessario stabilire una relazione di fiducia ed un'alleanza di lavoro.

I molti problemi pratici che inevitabilmente tale cliente deve affrontare dopo la sua denuncia penale offrono la possibilità di chiarire il ruolo che il terapeuta svolgerà durante il trattamento. Il terapeuta deve essere direttivo e selettivamente sostenitivo; sosterrà l'assunzione ed il mantenimento delle responsabilità sociali. In generale, il funzionamento del cliente è sostenuto da ciò che può essere chiamato il livello adulto. Ad esempio, il cliente è decisamente scoraggiato dall'assentarsi dal lavoro e dal rifugiarsi nel permesso per malattia per la paura di confrontarsi coi colleghi. In collaborazione con gli altri due colleghi terapeuti, in questa fase si prendono alcuni accorgimenti pratici, come contattare i suoi figli e dare una parte del suo stipendio alla famiglia, se il colpevole si è trasferito da casa sua. Si assumono dati storici sul suo sviluppo psicosociale e psicosessuale, ed anche sulla sua storia coniugale. Inoltre, si esaminano i rapporti della polizia e i verbali del tribunale, per far capire al colpevole che il terapeuta è al corrente di tutti i contenuti. L'assegnazione di 'compiti a casa' lo fa riflettere sulle conseguenze su sé stesso dell'abuso. Deve spiegare le sue ragioni per aver scelto il trattamento invece della detenzione e nella scelta degli scopi del suo trattamento.

FASE 2: L'ANALISI DELLE SITUAZIONI DI ABUSO

Terminato il periodo, il terapeuta giunge alla conclusione che è indispensabile discutere gli avvenimenti sessuali fra padre e figlia proprio all'inizio del trattamento vero e proprio. I pensieri dei clienti si fissano su ciò che è accaduto nei contatti sessuali, mentre allo stesso tempo essi sperano che non sarà necessario discutere l'abuso altro che in termini generici e vaghi. È necessario assicurarsi che il terapeuta ed il cliente non si leghino per una congiura del silenzio su questo argomento così doloroso. L'evitare la discussione dettagliata degli eventi sessuali è una formula sicura perché il trattamento si blocchi. Finora è stato possibile ottenere che si discutano i fatti dell'abuso entro le prime due sessioni. Ciò ha sempre avuto un influsso positivo sul resto del trattamento.

Il cliente si sente sollevato quando ha fornito ulteriori dettagli su ciò che realmente è accaduto e nel procedimento acquista fiducia nel trattamento. Il terapeuta mostra la sua

comprensione per la vergogna del cliente nel parlare di fatti sessuali, ma allo stesso tempo chiarisce che non può sfuggire con affermazioni vaghe ed imprecise.

Quando la resistenza del cliente è diminuita, il terapeuta lo riporta al primo incontro più o meno sessualmente esplicito con sua figlia. Da questo primo fatto, essi procedono lungo tutta la storia dell'abuso. In questo modo il terapeuta segue il corso storico degli eventi che è stato documentato dalla figlia nei rapporti di polizia.

Si deve evitare di litigare con il cliente che spesso tenta di minimizzare la portata e cerca di diminuire l'impatto dell'abuso su sua figlia e sulla sua famiglia. Ripetutamente, nasce la stessa domanda: in quale situazione è accaduto l'abuso, che cosa ha fatto il colpevole per creare quelle situazioni, che tipo di pressioni ha esercitato, quale è stata la natura degli atti sessuali, come si è assicurato la segretezza, e quali erano i suoi pensieri, le fantasie e le sensazioni prima, durante e dopo i contatti sessuali? Ciò facendo, la catena degli eventi esterni ed interni che ha portato all'atto viene portata alla luce.

La maggior parte dei clienti sente lo stato d'animo in cui era prima del comportamento di abuso come una pulsione interna che è capitata loro, o una 'trance' in cui essi non sono padroni delle loro pulsioni. Il compito del terapeuta, allora, è di dimostrare che, a dispetto di tali sensazioni, hanno comunque creato essi stessi la 'trance'. Ad esempio, bevendo all'inizio troppo alcool, guardando foto pornografiche, o proseguendo una fantasia sessuale che essi avevano cominciato prima di arrivare a casa; il terapeuta chiarisce che lo stato di 'trance' è stato preparato da loro stessi, che l'opprimente stato d'animo può essere spezzato in una serie di scelte fatte dal cliente stesso e quali sono gli elementi nella progressione verso un atto di abuso. Diventa chiaro che si sentivano male dopo le loro azioni e che sperimentavano sensazioni che andavano dal vago disagio e dalla vergogna al rimorso e perfino al disgusto.

Il terapeuta ed il cliente discutono su come, nel concepire la situazione di abuso come una pulsione o una 'trance' involontarie, essi prendono anche una parte attiva nel tacitare la loro coscienza. Una parte della preparazione attiva della scena è stata non ascoltare le obiezioni che nascevano dentro di loro. Il messaggio è dopo tutto semplice e può essere espresso in termini semplici: nel percorso il cliente sceglie di agire sui suoi desideri e non ha colto l'occasione di spezzare la catena degli eventi interni e/o esterni.

Riassumendo, in questa fase, i fatti di abuso vengono lavorati ampiamente. Da ciò, il colpevole impara a riconoscere il modello, così come si sviluppa dal primo collegamento fatto di una catena di eventi esterni, pensieri, sensazioni, fantasie, e schemi. Un modello che infine conduce all'abuso sessuale della bambina. Egli sviluppa l'intuizione che è possibile interferire attivamente in questo ciclo, riconoscendo le situazioni ad alto rischio.

FASE 3: SENSO DI COLPA ED ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ

Sottolineando il senso di colpa, in qualunque forma venga espresso, si prepara la strada per la prossima fase. Attivando le obiezioni latenti nei confronti del loro comportamento, il terapeuta ora mira alla loro personale assunzione di responsabilità per l'abuso. È sottinteso che questo non è un compito leggero, poiché gli autori di abuso hanno l'abitudine di dare libero sfogo alle loro pulsioni. La loro egocentrica preoccupazione infantile di ottenere ciò che vogliono, ha lasciato poco spazio per i pensieri razionali sul male che stavano facendo alle loro figlie. Nello stato d'animo rivolto al sesso, la nascente

compassione per le loro figlie ha potuto essere accantonata come puro elemento di disturbo ed è stata facilmente soffocata in rapide razionalizzazioni ed auto-inganni.

Quando raccontano al terapeuta delle loro razionalizzazioni, rozze o sottili che siano, essi non vengono interrotti. Poiché è già molto difficile ammettere che essi hanno fuorviato sé stessi; il terapeuta dovrebbe almeno mostrare rispetto per questo aspetto della loro storia. Ma discutendo accuratamente le loro razionalizzazioni, i clienti stessi daranno segnali di non aver creduto interamente alle scuse da essi create. Questo, ed i segni di rimorso di cui si è parlato, vengono usati come trampolino per portare alla luce il conflitto interno dei clienti a proposito di ciò che hanno fatto. Quando si discutono questi argomenti, il terapeuta non evita di svolgere il ruolo di coscienza esterna. Mostrare di tanto in tanto disapprovazione morale per il danno arrecato alla figlia è di enorme importanza. Se il terapeuta si astenesse del tutto dal fare ciò, i clienti prenderebbero questo quasi certamente come un segno di tacita tolleranza.

Una seconda via per assumere la responsabilità di ciò che è accaduto è suscitare l'identificazione con la figlia. Innanzitutto, i clienti vengono invitati a raccontare quali erano le reazioni delle loro figlie durante l'abuso. Poi si discute ciò che egli pensa che la bambina abbia sperimentato. Ciò inevitabilmente incontra una forte resistenza ed il terapeuta deve sollevare un certo numero di punti: il sentimento di impotenza della vittima di fronte agli approcci sessuali, la pressione esercitata su di lei per mantenere il segreto, la sua continua paura sia per la scoperta sia per la ripetizione dell'abuso, ed il danno arrecato a lei. Inoltre, viene dato al cliente un volantino che contiene documenti di vittime di incesto, sui quali gli viene chiesto un commento per la settimana seguente.

Solo dopo le sedute che sono mirate a portare alla luce il conflitto interiore e ad attivare il senso di colpa si può porre la domanda su come si può assumere concretamente la responsabilità dell'incesto. In altre parole, è giunto il momento che il colpevole si assuma apertamente la responsabilità per ciò che è accaduto nei confronti di sua figlia. Il modo in cui ciò è fatto varia secondo i desideri della figlia stessa, ed in questo viene coinvolto il terapeuta della figlia. A volte lei vuole parlare con il padre, a volte vuole soltanto una lettera da lui. Alcune figlie non vogliono alcun tipo di contatto.

Ciò che il padre dirà o scriverà alla figlia viene preventivamente discusso. Se ha luogo un incontro fra padre e figlia, è presente solo il terapeuta della figlia, e ciò che accade nell'incontro viene poi discusso. Se la figlia rifiuta qualsiasi contatto, non resta alcuna altra possibilità al cliente se non assumersi le sue responsabilità, accettando e rispettando la sua decisione. L'obiettivo della terapia in tali casi è proprio questo.

FASE 4: RIABILITAZIONE

Nella quarta fase del programma, ai clienti viene data la possibilità di riabilitazione di fronte a sé stessi ed al loro terapeuta. Fino a questo momento, il trattamento è stato caratterizzato dall'attivazione della colpa, dal portare il conflitto a livello cosciente, e dal confronto della loro moralità con quella della società – tutto ciò nell'ambito della costrizione giudiziaria. Senza dubbio l'intero processo è per il colpevole umiliante e doloroso, con scarsissime occasioni di sfogare il suo risentimento. In un certo senso essi sono stati costretti ad umiliarsi e ciò diventa chiaro dal loro comportamento e atteggiamento nei confronti del terapeuta. I tentativi di cospirare col terapeuta contro la famiglia o il tribunale

sono stati abbandonati da tempo. I clienti si mostrano piuttosto come colpevoli consapevoli ed emotivamente dipendenti dal terapeuta. Ciò non dovrebbe e non può essere la fine del trattamento.

Il sostegno dato alla parte adulta e responsabile della loro personalità può diventare parte di loro stessi solo quando essi sentono che hanno raggiunto da soli questo risultato.

Gradualmente, l'approccio del terapeuta apertamente direttivo ed a volte moralizzatore apre la strada a un atteggiamento più misurato e comprensivo. In altre parole, il modello che il terapeuta prepara cambia dal super-io esterno ad un modello più empatico e compassionevole. In quest'ultima fase del trattamento il cliente ed il terapeuta cominciano ad entrare nel retroterra personale del suo comportamento incestuoso. All'inizio della terapia il cliente avrebbe volentieri usato un tale approccio, trasformandolo in scuse per ciò che era accaduto. Ora invece, è possibile stimolare il cliente a provare un senso di compassione verso sé stesso, senza l'implicazione automatica di scuse e senza evitare le responsabilità. Per far andare avanti il processo di riabilitazione, la storia del cliente, con la sua inevitabile dose di trascuratezza, rifiuto, e fallimento, è ora il centro dell'attenzione.

Un sentimento di compassione per sé stesso è un modesto fine di un trattamento, in confronto alla ricostruzione della personalità basata sull'introspezione. Comunque, è un passo avanti importante, paragonato all'autoscusa e all'autocommiserazione che di solito mostravano i colpevoli.

In questa fase, si sollevano almeno due argomenti principali:

1. Come si è sviluppato il particolare vincolo – se c'è – tra padre e figlia? Una volta analizzato questa questione, sorgono una serie di argomenti da discutere: l'allontanamento fra marito e moglie, la costruzione graduale di una relazione di fiducia con la sua figlia «davvero speciale», il graduale desiderio di lei, e la concomitante negligenza dei limiti fra le generazioni.
2. Seguendo il primo argomento, discutiamo su come la relazione con sua figlia diventa gradualmente sessuale. Collegata a questa questione si ricostruiscono la storia sessuale coniugale e lo sviluppo psicosessuale del colpevole (alcune informazioni erano già state raccolte nella fase 1).

In alcuni casi i clienti mostravano un'incertezza sessuale e/o emotiva nei confronti delle donne in generale. In tutti i casi – ed è evidente – erano in grado di eccitarsi con bambini e adolescenti ed erano disponibili ad agire su queste sensazioni.

Parlando degli argomenti appena menzionati, c'è ampia opportunità per il cliente di anticipare le delusioni, la rabbia e perfino l'abuso che ha sperimentato nella sua giovinezza. Insieme cominciamo a capire che tipo di esperienza ha preceduto l'incesto padre-figlia.

Riassumendo: in questa fase il cliente apprende a capire il proprio comportamento ed i motivi in luce nella sua storia personale, la socializzazione maschile e fattori situazionali, senza eliminare la responsabilità per il suo comportamento. Le esperienze traumatiche in alcuni dei casi e le privazioni emotive della sua infanzia vengono affrontate. Mostrando empatia, il terapeuta evoca la compassione del cliente per sé stesso. Ciò permette al cliente di affrontarsi come adulto.

FASE 5: COMPORTAMENTO RESPONSABILE E TERAPIA FAMILIARE

Comprendere, di per sé, non basta. Nell'ultima fase del trattamento, il terapeuta ed il cliente devono affrontare il modo in cui il cliente metterà in pratica le intuizioni avute nella terapia. Ora è piuttosto importante per lui imparare come gestire le situazioni sessuali ed emotive a rischio che sono state analizzate nella fase 2, ed anche il suo atteggiamento verso la figlia e gli altri membri della famiglia. Quali comportamenti ha tenuto in passato e quali nuovi tipi di comportamento è invece ora in grado di assumere?

Gli stati d'animo che creano rischi per i clienti e che sono precursori di abusi sessuali sono i seguenti: essere depressi o arrabbiati, sentirsi respinti, guardare a se stessi come un fallimento, noia o impotenza. Questi stati d'animo si possono sviluppare al lavoro, nel rapporto con la moglie, nelle interazioni familiari, o in altri contatti sociali.

Queste sensazioni tentano di esprimersi nel suo atteggiamento verso i membri della famiglia che è spesso caratterizzato da autoritarismo, dalla concezione di essere titolare del diritto, dall'essere estremamente sospettoso, possessivo, condiscendente verso le donne, e desideri infantili. Questi atteggiamenti verso i membri della famiglia facilitano l'insorgenza di desideri incestuosi. Il cliente viene invitato a suggerire come egli può prevedere, evitare o cambiare gli stati d'animo rischiosi che in precedenza sono stati associati ad eventi di abuso. Lo scopo di questa terapia per il cliente è imparare come spezzare la catena cognitivo-emotivo-comportamentale cambiando i suoi vecchi modi nella direzione di un comportamento responsabile.

Il cliente inizia con proposte per questo scopo, che possono essere più o meno realistiche ed efficaci. A volte non vi è nessun suggerimento, ed in questo caso si compie insieme un lavoro per trovare alternative realistiche. Il cliente ora è in grado di agire in modo diverso sui suoi sentimenti di far male e smette di trasformarli in un approccio sessuale nei confronti di sua figlia.

Durante la terapia, si fanno discussioni su quali opzioni gli si offrono e di conseguenza egli testa dal vivo tali opzioni nella famiglia, nel lavoro, ed in altri contatti sociali. È sempre utile collegare le deprivazioni ed i rimproveri precedenti nei confronti dei suoi genitori (vedi fase 4) con il modo in cui egli ora si relaziona a figure di autorità nel lavoro, ed anche a sua moglie ed ai figli.

Situazioni rischiose di stimolo sessuale sono le seguenti: entrare in bagno mentre la figlia fa la doccia, costruire fantasie sessuali su sua figlia, i giochi con la figlia che prevedono il toccarsi, o il rifiuto da parte della moglie di fare sesso con lui.

Generalmente le stesse procedure rimangono valide come per gli stati d'animo a rischio. Gli si ricorda a quali stimoli di solito era sensibile e come li aveva interpretati. Poi il cliente li immagina e gli viene posta di nuovo la domanda: quale modo migliore hai trovato per pensare e affrontare questo tipo di stimoli sessuali? In questo modo egli impara che occorre evitare situazioni di stimoli a rischio, esce rapidamente da confronti accidentali e tenta di trovare adeguate alternative sessuali. In seguito, tali risposte alternative vengono ripetute e nelle sessioni successive si lavora su di esse.

TERAPIA FAMILIARE

Prima che il trattamento individuale giunga a termine, il terapeuta ed il cliente rivedono ciò che è accaduto nell'ultimo anno e mezzo – cosa è cambiato e cosa è rimasto difficile. Al cliente viene poi detto che dopo il trattamento individuale sono previste un certo numero di

sedute di terapia familiare e/o coniugale – il cui tipo e la cui durata dipendono dalle necessità e dai desideri degli altri membri della famiglia.

In realtà il terapeuta spesso ha a che fare solo con parti e pezzi dell'ideale formula «a tre tracce». A volte la figlia può rifiutarsi di vedere il padre, per il momento, la madre può essere riluttante ad impegnarsi in una terapia o può aver divorziato dal padre, o gli altri figli possono essere andati via di casa.

Lo scopo delle sedute di terapia familiare è di affermare ancora una volta che l'abuso è stato terribile, che la figlia è stata ingannata e che egli si assuma la piena responsabilità di ciò. A questo punto, è in corso solo una serie di sedute di consulenza e non una completa terapia familiare.

Nella prima seduta familiare, il padre viene invitato a dire a tutti i presenti come si sente ora in relazione a ciò che accadde nel passato. In seguito, ad ogni altro membro della famiglia si chiede: «Cosa significa questo per te?» A volte gli altri membri della famiglia mitigando la colpa dell'autore dell'abuso biasimando la vittima o evidenziando la propria parte di responsabilità in ciò che è accaduto. Altre volte, le dichiarazioni del padre sono principalmente prese con scetticismo e derisione – semplicemente non gli credono.

La madre può sfogare la propria rabbia apertamente o velatamente. Ella viene incoraggiata ad esprimere tale rabbia e si fa attenzione a che il marito non la inibisca agendo pateticamente o iniziando a piangere. Egli deve accettare la sua rabbia. Egli viene spinto a dire alla propria famiglia cosa ha imparato durante il trattamento e come vede il suo futuro comportamento nei confronti dei familiari. Essi, a loro volta, approfondiscono l'argomento. In queste sedute, i membri imparano a accordarsi su nuove regole di condotta nelle interazioni familiari. Spesso si discutono altri argomenti, quali: l'aumento dell'indipendenza dei figli, la comunicazione all'interno della famiglia, le dimostrazioni di affetto, la potenzialità di cambiamento, e la prospettiva di un futuro comune, più felice.

Se vi sono problemi strutturali all'interno della famiglia, che sono complessi e necessitano di più tempo per subire cambiamenti, si inculca nella famiglia l'idea che è necessaria un'ulteriore terapia. Se desiderano continuare, vengono indirizzati verso un terapeuta della famiglia.

Abbastanza spesso si presenta solo la coppia, senza i figli. Il rituale della confessione del padre alla moglie rimane un elemento fondamentale. Il danno arrecato alla figlia ed alla moglie viene ugualmente enfatizzato. Poi, si va su temi quali: l'aver trascurato la moglie, l'ineguale divisione del potere nel matrimonio e, se importante, il suo comportamento violento contro la moglie. É importante assicurarsi di non lasciare l'impressione che la moglie del colpevole, col suo comportamento, la sua malattia, o la sua assenza temporanea abbia «indirettamente» contribuito allo sviluppo dell'abuso. Durante le poche sessioni di terapia coniugale si evidenziano solo quei problemi relazionali e familiari che sono stati probabili precursori dell'abuso. Quasi sempre la loro rottura coniugale e le loro esperienze sessuali sono gli argomenti in queste ultime sedute di terapia. Laddove è necessario, alla coppia si consiglia una terapia coniugale.

In seguito all'ultima sessione, viene inviato un rapporto al tribunale, che comprende le valutazioni del terapeuta delle possibilità di recidiva. In tutti gli 11 casi ordinati dal tribunale, questa possibilità è stata ritenuta bassa. I casi sono stati dichiarati chiusi, poiché il lavoro richiesto al colpevole era stato compiuto.

DISCUSSIONE

Le procedure di trattamento impiegate ed i risultati dimostrano i seguenti punti: è significativo che i quattro colpevoli che frequentavano volontariamente hanno abbandonato entro le prime cinque sedute. Questo fatto sottolinea l'importanza della costrizione giudiziaria come componente del programma.

Il fatto che gli altri siano rimasti in terapia per l'intero programma non può essere preso come segno di successo: non avevano altra scelta. Il successo può essere definito più propriamente in termini di recidiva. Nessuno dei clienti inviati dal tribunale hanno commesso incesto dopo il trattamento. Il primo trattamento è terminato sette anni fa, il sesto 4 anni fa, e l'undicesimo 2 anni fa. Sebbene non si possa mai essere sicuri, è probabile che nessun nuovo abuso sarebbe giunto all'attenzione del terapeuta coinvolto nel caso. I professionisti locali, compresi i medici di famiglia e gli assistenti sociali, insieme al dottore confidenziale regionale, tengono d'occhio le famiglie coinvolte ed hanno stabilito che non vi è stata nessuna recidiva per quanto hanno potuto osservare.

Anche se nessun episodio di recidiva si verifica nel futuro, l'autore non può vantare un successo personale. A parte il fatto che la possibilità di incesto può esser venuta meno poiché la figlia ha lasciato la casa o perché la madre ha divorziato dal marito portando i figli con sé, nella maggior parte dei casi è entrata in scena una rete completa di «altri» allertati. I clienti capiscono di essere circondati, diciamo, da una recinzione elettrica sociale, fatta di professionisti, membri del nucleo familiare e altri parenti, e se possibile, amici. Ciò contrasta apertamente con la situazione sociale di altre categorie di delinquenti sessuali e può spiegare perché il tasso di recidiva degli autori di incesto è generalmente piuttosto basso (Marshall, Laws & Barbaree, 1990, pp. 363-385).

Un aspetto importante di questo approccio terapeutico necessita di discussione. In che modo il terapeuta è uno strumento terapeutico? Diventando un modello per il cliente, sentimenti e reazioni vengono suscitati da lui. In questo modo, il fenomeno di transfert è usato consciamente. Un esempio di questo è come viene usata la tipica mancanza di forza dell'io del cliente. La sua implicita ricerca della guida morale è affrontata con uno sforzo deliberato del terapista di offrirgli un semplice modello coerente di integrità morale. Ciò si verifica durante tutta la terapia. Inizialmente essa prende la forma del terapeuta che agisce come un super io esterno. Più tardi nel trattamento questo si trasforma in un modello empatico. In pratica ciò significa che durante le prime tre fasi, si lascia poco spazio per far esprimere al cliente la rabbia verso il terapeuta, sentimenti che sorgono inevitabilmente. Questa rabbia sopraggiunge poiché il cliente, cercando la guida morale, reagisce con un desiderio ugualmente forte di importunare il terapeuta. Nella quarta fase, quando giungono la compassione e la riabilitazione, la distanza di potere diminuisce. Accettando più della rabbia e della frustrazione del cliente, questi sentimenti sono spesso portati alla superficie. Se ciò non accade, il terapeuta può sollevare gli argomenti.

Riguardo il contro-transfert, un aspetto merita particolare attenzione. Problemi di contro-transfert sopraggiungono quando il terapeuta è insoddisfatto della mancanza di coinvolgimento che il cliente pone nella terapia. Quando ciò accade, il terapeuta ha un'arma potente a sua disposizione: può riferire al tribunale una lamentela per il fatto che la collaborazione del cliente non soddisfa i requisiti minimi richiesti. Quando ciò accade, il cliente rischia una condanna detentiva. Il terapeuta si trova di fronte ad un dilemma. Da un

lato, egli capisce che i suoi sentimenti di disgusto degli atti sessuali, essere manipolato dal cliente o semplicemente non avere simpatia per il cliente possono innescare il desiderio di punirlo. D'altro lato, nell'essere consapevole di tutti questi sentimenti il terapeuta continua a posporre la giusta decisione di riferire al tribunale a causa della sua paura di agire sotto l'influsso del suo contro-transfert. È una situazione delicata di cui ogni terapeuta deve essere cosciente.

Il trattamento discusso in questo documento può essere visto nel contesto di un'allarmante e disagevole esperienza che dura per più di un anno per i colpevoli. I clienti sono stati esposti come stupratori, minacciati di condanne detentive, e messi a confronto con gravi perdite di faccia. Molto spesso essi sono stati costretti a rivelare i loro affari ad altri, e quando lo hanno fatto, sono andati incontro alla disapprovazione ed al disgusto. L'insieme di tutte queste cose può essere visto come un'esperienza deterrente, di cui il mio trattamento è solo una parte.

Nel programma di trattamento, la completa esperienza deterrente ritorna in una forma sofisticata. Si richiede loro un'apertura e si usano i confronti con la propria morale e quella pubblica. Ma in più si fa un tentativo con l'uso della compassione. Il ricordo dell'esperienza del trattamento può fungere non solo da deterrenza negativa, ma anche come monito che esiste un io più responsabile ed adulto che può essere considerato capace di spezzare attivamente la catena degli avvenimenti decisivi.

Molti terapeuti capiscono pienamente che la nascita di una tale speranza per i clienti può accadere solo perché essi rappresentano un gruppo distinguibile nell'ambito degli autori di incesto. La selezione, come viene fatta dal tribunale, significa che solo gli autori di reato che mostrano del senso di colpa ed hanno altre caratteristiche adatte al trattamento possono essere rinviati a questo programma.

In conclusione, si deve sottolineare che nel programma di trattamento in questione, il terapeuta ha una straordinaria posizione di potere. Dopo tutto, è più difficile sapere cosa il cliente ha messo da parte interiormente, cosa ha condiviso solo d'impulso, ma ha perso in seguito, e cosa è restato in lui come memoria cui fare ricorso e che può usare.

REFERENCES

FREEMAN-LONGO, R., & BAYS, L. (1988). Who am I and why am I in treatment? Orwell, VT: The Safer Society Press.

FRENKEN, J., VAN STOLK, B. (1990). Behandeling van incestplegers (The treatment of incest perpetrators). Houten/Antwerp: Bohn Stafleu Van Loghum.

GIARRETTO, H. A. (1981). A comprehensive child sexual abuse treatment program. In P. B. Mrazel, & C. H. Kempe (Eds.), Sexually abused children and their families. New York/Oford: Pergamon

LAWS, D. R. (1989). Relapse prevention with sex offenders. New York: The Guilford Press.

MARSHALL, W. L., LAWS, D. R., & BARBAREE, H. E. (EDS.) (1990). Handbook of sexual assault: issues, theories, and treatrnent of the offender. New York: Plenum Press.

PITHERS, W. D., MRQUES, J. K., GIBAT, C. C., & MARLATT, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. In J. G. Greer, & I. R. Stuart (Eds.), The sexual aggressor: Current perspectives on treatment. New York: Van Nostrand Reinhold.

SALTER, A. C. (1988). Treating child sex offenders and victims: A practical guide. London: Sage Publications.

SCHORSCH, E., GALEDAY, G., HAAG, A., HAUCH, M., & LOHSE, H. (1985). Perversion als Straftat: Dynamik und Psychotherapie. Berlin: Springer-Verlag.

Résumé – L'auteur decrit ses experiences en tant que thérapeute auprés de pères incestueux qui ont été mandates par le tribunal de suivre un traitement. Ce traitement comporte cinq phses: 1) l'intervention de crise et l'évaluation; 2) une analyse de la séquence des événements qui ont précédé le contact sexuel, soit les pensées, l'état d'àme et les comportements de l'agresseur; 3) faire ressortir les sentiments de culpabilité et responsabiliser l'agresseur; 4) clarifier les sources de l'inceste, dans le contexte des problèmes personnels de l'agresseur et des problemes familiaux; 5) explorer les strategies qui previendront la récidive. On entreprend aussi des sessions thérapeutiques avec le couple et des sessions de counseling marital. Aucune récidive n'a eu lieu à ce jour.

Resumen – El autor describe sus experiencias conel tratamiento de padres que cometieron incesto y fueron sentenciados a recibir terapia. El tratamiento consistiò en cinco fases. Despues de la intervenciòn en crisis y la evaluacion, se hace un anàlisis de la secuencia de eventos, pensamientos, humores y conductas que preceden el contacto sexual. En la tercera fase, se trabaja con el sentimiento de culpa del cliente y el asume activamente la responsabilidad del abuso de su hija. En la cuarta fase, se clarifica el origen del abuso sexual en relaciòn al contexto de sus propios problemas y los problemas dentro de su familia. En la quinta fase, se practican las estrategias para prevenir las recaidas. Ademaà hay sesiones sobre relaciones de pareja asì como sesiones de orientaciòn familiar. Hasta el momento ninguno de los clientes ha reincidido.

Relazione del
prof. FREDDY GAZAN (*)

Il trattamento sotto costrizione e i diritti dell'uomo:
possibilità ed implicazioni etiche e professionali per gli operatori

I criminologi sanno che esistono, grosso modo, tre tipi di delinquenti: coloro che hanno capito e che non recidiveranno più, coloro che possono beneficiare di un accompagnamento per non commettere recidiva e coloro per i quali «non c'è nulla da fare». La prima categoria fa la felicità dei terapeuti: non commettendo in nessun caso recidiva, essi non lo faranno neanche se si impone loro un trattamento, cosicché qualsiasi trattamento a questo punto appare efficace. Il gruppo di coloro che possono beneficiare di un trattamento sarà particolarmente preso in considerazione nel nostro intervento, poiché constatiamo che molto spesso manca una cornice teorica alla loro presa in carico. Il terzo gruppo, quello che comprende coloro che in ogni caso recidiveranno, quale che sia il metodo di trattamento, pone ugualmente dei problemi di etica, tanto più insolubili in quanto i loro diritti devono essere presi in considerazione, contemporaneamente a quelli delle potenziali vittime. La nostra proposta qui non è di risolvere tale «quadratura del cerchio», ma di stabilire alcuni punti fermi teorici relativi alla loro presa in carico.

Nel suo studio del 1994, intitolato «il modello di pericolosità: analisi delle leggi e pratiche relative ai delinquenti pericolosi in diversi paesi», Petrunik, dell'Università di Ottawa, ha constatato tre modelli di presa in carico della problematica: il modello clinico, il modello giuridico, il modello socio-preventivo che chiamerei piuttosto di «protezione comunitaria». Questi modelli si sono sviluppati successivamente: negli anni 30-65 per il modello clinico, negli anni 65-90 per quello giuridico e all'inizio degli anni 90 per il modello di protezione comunitaria.

Il modello clinico si rimette alla scienza medica, e in particolare psichiatrica. «Guariremo i delinquenti»; il fatto è che questo modello crea dei problemi. I termini «psicopatia», «disturbi della personalità antisociale» hanno una consistenza variabile che è fortemente influenzata dalla gravità dei fatti commessi, il che in sé non è molto scientifico per determinare lo stato di una malattia. Le diagnosi di disturbi della personalità sono poco affidabili, poiché

(*) Consulente del Servizio di Politica Criminale del Ministero della Giustizia del Belgio. Sessuologo, Giurista, Criminologo del Centro di Ricerca e Consulenza di Sessuo-Criminologia (C.R.A.S.C.) di Bruxelles.

troppo aperti all'interpretazione soggettiva. Ma soprattutto, a livello di trattamento, la cosiddetta guarigione interviene solo raramente, per cui c'è rischio di inganno sul risultato: si deduce che una persona è guarita dal fatto che dopo lunghi anni di trattamento, bisogna dare l'impressione che si sia fatto qualcosa di efficace.

Il modello giudiziario: la diminuzione di interesse per il modello clinico si è manifestata attraverso le modifiche apportate alle intestazioni delle leggi: le leggi sulla psicopatia sono divenute leggi sulle «persone sessualmente pericolose». Gli psicopatici sessuali diventano delinquenti sessuali giudicati responsabili delle loro azioni e devono subire una condanna. Il modello giudiziario si è imposto in seguito alla crescente importanza data alle libertà individuali, che hanno facilmente permesso di constatare la mistificazione del modello medico, dimostrando la scarsa affidabilità delle valutazioni della pericolosità e la scarsa efficacia del trattamento della «malattia delinquenza sessuale». Non si può sostenere scientificamente che ci sia un'esatta sovrapposizione fra il concetto psichiatrico di «malattia mentale» e quello di «infrazione giuridica». Neanche il principio stesso della detenzione a durata indeterminata (attendere che si guarisca) è ammissibile in termine di diritti umani, nel caso di persone giudicate responsabili delle proprie azioni. Questo modello giudiziario

costituisce esso stesso oggetto di critiche. Liberando dei detenuti alla fine della loro pena, esso reinserisce nella società delle persone che sono a volte ancora molto pericolose. Ora, si sa che gli autori di aggressioni sessuali non si fanno prendere spesso, poiché il tasso di denuncia era, ed è ancora, scarso, ma inoltre si deve tenere conto della loro recidiva, che è in genere molto specifica (ed è il caso dei pedofili).

Il modello di protezione comunitaria reagisce ai modelli precedenti. Rileva il carattere illusorio del modello clinico che mira alla guarigione e non accetta che delle persone ritenute pericolose siano liberate. Questo modello si basa sulla nuova corrente che insiste sul diritto delle vittime. Inoltre non è più accettato che un piccolo numero di persone (medici, membri delle istituzioni giudiziarie) al corrente dello stato di pericolosità accettino di far correre un rischio ad altri senza informarli di ciò. Da ciò l'idea di banche dati accessibili a certi gruppi, se non addirittura alla popolazione. Da ciò anche l'iniziativa in corso in Gran Bretagna per creare una terza categoria fra i condannati ed i malati mentali: le persone pericolose che non possono accedere alle cure.

Il modello di protezione comunitaria pone al momento un doppio problema di etica. Da un lato, c'è quello della pena supplementare. Infatti, la persona è stata punita per ciò che ha fatto, ma essa lo è anche per ciò che rischia di fare in futuro. Scegliendo questo modello, la società sceglie di sacrificare un piccolo numero (i delinquenti) piuttosto che un grande numero (le potenziali vittime), in nome del pericolo che i delinquenti, già passati all'atto una volta, lo facciano di nuovo. Anche se tale supplemento di pena non è ricercato per il suo effetto punitivo, esso di fatto proroga la privazione della libertà a vantaggio di una «inabilitazione», di una neutralizzazione.

L'altro problema di etica è evidentemente che ci si basa, in materia di previsione della recidiva, su una semplice probabilità. Ora, lo stato delle conoscenze scientifiche non è tale da conoscere con certezza i rischi reali di recidiva che sono legati a delle circostanze proprie della personalità, ma anche alle situazioni con cui il delinquente rischia di avere a che fare. E' vero tuttavia che non cercare di proteggere le potenziali vittime pone allo stesso modo un problema di diritti umani.

IL CONCETTO DI COSTRIZIONE

Il più delle volte, il trattamento dei delinquenti sessuali si realizza in un contesto di costrizione. Se raramente viene imposto con la forza, molto spesso è presentato in modo tale che il delinquente capisca che è suo interesse accettarlo. Troppo spesso, in ragione di tale accettazione, si fa finta di ignorare che il contesto costrittivo impone che si adottino delle regole specifiche, trasformando il delinquente sotto costrizione in paziente ordinario.

In un articolo dedicato al consenso in materia di salute mentale (1), J. Caroll effettua un'analisi sottile della nozione di coercizione, che lo porta in particolare a distinguere fra il ricorso alla forza o alla minaccia di essa, alla manipolazione, alla persuasione. Egli attira l'attenzione anche sul fatto che a livello di pressioni, alcune di esse sono quasi indipendenti dalla volontà di coloro che le esprimono. Così, il consiglio di un medico, per lo status che gli è classicamente assegnato dalla società e dall'immaginario legato alla sua funzione, che non può essere se non «volere il bene» del paziente, è regolarmente da classificare in ciò che è sentito come una costrizione di contenuto, ma le cui forme non sono percepite come coercitive. Basta dunque che l'obiettivo perseguito dal medico sia in qualche modo diverso

da quello che immagina il paziente (protezione della società prevalente sul bene del paziente) perché ci sia inganno da parte di quest'ultimo, che assimila il consiglio al suo benessere personale, seguendo la via prescritta che può essere contraria ai suoi interessi.

Si deve quindi estrarre un corpus di regole per la situazione intermedia fra il polo del diritto della società a costringere a determinati comportamenti ed il polo della proibizione di terapie forzate. In tale contesto, l'obbligo a effettuare alcuni apprendimenti senza impegnarsi ad applicarli sembra essere

_____

(1) Consent to mental health treatment: A theorical analysis of coercion, freedom, and control; Behavioral Sciences and the Law; Ed. John Wiley & Sons, Ltd., Vol. 9, p. 129.

il minimo, mentre il trattamento per terapia, per il fatto che rischia di togliere al soggetto una parte del suo libero arbitrio, sembra essere il massimo. E' quindi palese che si deve sviluppare una legislazione specifica dettagliata, particolarmente sotto forma di un codice di comportamento iscritto in una legge specifica e dettagliata, al fine di comprendere globalmente le situazioni di trattamento sotto costrizione, dovendo questo concetto intendersi in senso lato, cioè l'incitamento, pena una conseguenza negativa di ordine penale, ad entrare in trattamento, quando invece tale iniziativa non sarebbe stata intrapresa spontaneamente.

L'inquadramento stretto delle misure e pene utilitarie

L'art. 8 della Convenzione dei Diritti dell'Uomo, che protegge la vita privata, accetta un'ingerenza della pubblica autorità, ma solamente in ragione di ciò che è «necessario (...) alla prevenzione dei reati penali, alla protezione della salute pubblica o della morale...». L'aspetto restrittivo è quindi patente: l'ingerenza è tollerata solo in ragione di ciò che è «necessario». C'è dunque un diritto-funzione, orientato verso una precisa finalità: la prevenzione dei reati penali, cioè, per quanto riguarda i delinquenti sessuali, la prevenzione della recidiva (2). Ricordiamo che l'art. 8 richiede che una legge permetta l'ingerenza. Di più, un'ordinanza recente della Corte europea dei diritti dell'uomo (3) precisa che una legge qualsiasi di abilitazione non è sufficiente in questo ambito essenziale che è la vita privata. Occorre che essa sia di una particolare precisione.

REGOLE MINIME PER UN LAVORO SOTTO COSTRIZIONE

1) Non alterare lo status dell'ingiunzione. L'esempio da non seguire è quello della Francia che, dopo aver elaborato un progetto che riguarda una «pena di controllo medico-sociale» per i delinquenti sessuali, ha modificato la facciata della sua proposta, cancellando il termine «pena» e sostituendo il termine «psico» a «medico», senza per questo cessare di coinvolgere il medico, che salva così l'apparenza di non essere iscritto in un processo che resta peno-

_____

(2) Le altre eccezioni previste da questo articolo, e cioè la protezione della salute o della morale, sono di raro ricorso, nella fattispecie; si immagina infatti difficilmente che l'intromissione nella vita privata del delinquente sessuale si faccia per proteggere la sua salute o la sua moralità – al limite già colte in fallo – quanto a quelle di altri, saranno coinvolte solo limitatamente: salute psichica o fisica della vittima di uno stupro, o moralità, ad esempio nel caso di depravazione di minore.

(3) Sentenza «Kopp contro Svizzera» del 25 marzo 1998, pubblicata in Journal des Procès, n°347 - 17 avril 1998, pp 22-27.

logico. Una tale modifica che non tocca affatto il fondo del problema è soprattutto rivelatrice delle poste in palio in termini di status socio-economici: il medico, non volendo far vedere che lavora in un contesto di costrizione, fa assumere questa azione di controllo allo psico-sociale, che egli d'altronde dirige regolarmente. È quindi sufficiente modificare la denominazione per far credere che il contenuto è diverso, e che ci si può illudere che il contesto non è quello di una terapia sotto costrizione.

Tentando di far dimenticare il contesto coercitivo, ci si sbarazza anche del rigore che si deve portare al rispetto dei diritti del delinquente.

2) Non snaturare l'intervento effettuato sotto costrizione. Trasformare un delinquente in paziente è un atto grave. Questa pratica può essere considerata come degradante e quindi contraria alla Convenzione dei diritti dell'uomo, rendendo una persona giudicata responsabile dal tribunale e che merita una pena, un essere malato che avrebbe dovuto, in questa qualità, beneficiare di una misura di cura psichiatrica. Salvo eccezioni, garantite da un meccanismo legale adeguato, i trattamenti previsti non si annovereranno in un profilo medico ma criminologico. La sovrapposizione parziale dei campi trattati dal settore medico e penale non può portare ad una confusione dei ruoli.

3) Limitarsi rigorosamente alla finalità della misura: la prevenzione della recidiva (4). Nel contesto dell'intervento sotto costrizione, conta solo la protezione della società. Non si tratta quindi, col pretesto di un calcolo secondo il quale il benessere del soggetto non potrebbe passare che per la conformità alle regole sociali, di giungere a sviluppare un approccio di salute mentale globale, contando sul fatto che la società, a lungo termine, vi si ritrovi. Come la psicanalisi, di cui si dice che la guarigione viene «inoltre», alcuni sostengono, non senza una certa pertinenza, la necessità di un approccio non imperniato sul passaggio all'atto, ma che integri di più le sfaccettature della personalità inserita nella sua rete socio-economica. Un tale approccio, per il fatto che pone il principio di implicazione più intimista generale in un contesto costrittivo, può essere adottato solo in contesto penale. Ciò non significa che questo approccio sia proibito, ma piuttosto che l'approccio sviluppato in

———————

(4) «La gestione del rischio ed il suo corollario, la riduzione della recidiva, costituiscono il fine ultimo dei servizi correzionali» precisa Kelley Blanchette della divisione della ricerca del Servizio Correzionale in Canada, in Evaluation, traitement et risque de récidive des délinquants sexuels: analyse de la documentation, août 1996, p.2. Nello stesso ordine di idee, i servizi di probation si propongono missioni simili, basandosi sugli scritti dell'americana Anna Salter: «L'intervento deve essere basato sul fatto che il colpevole si assume la piena responsabilità dei sentimenti, pensieri e comportamenti che hanno sostenuto il suo reato (...) Lo scopo dell'intervento è far sì che i delinquenti sessuali possano controllare il proprio comportamento, cosicché non commettano di nuovo il reato o un abuso su altri». The role of the probation service in protecting the public from sex offenders; Home Office; 1998, Londra.

ambito costrittivo si limita alla questione della prevenzione della recidiva, accettando tuttavia positivamente che alcuni delinquenti si coinvolgano, stavolta personalmente, in un lavoro di rimessa in discussione più globale. A titolo d'esempio in materia di delinquenza sessuale, l'individuo ha il diritto di esigere che il trattamento sia esclusivamente profilato sulla prevenzione della recidiva ma può, d'iniziativa, coinvolgersi anche oltre, conservando

tuttavia ad ogni momento la facoltà di ritornare ad un investimento basato sul solo concetto della prevenzione del passaggio all'atto: se un individuo affranca spontaneamente la propria corrispondenza con francobolli di valore nominale superiore al prezzo richiesto, questo sovrapprezzo non viene né rifiutato né «rimborsato», ma non crea nessun diritto per la società di chiedere, in avvenire, il mantenimento di un prezzo superiore. Da ciò risulta che sono delle istituzioni «giustizia» che sono condotte a sviluppare tali programmi, e non delle istituzioni «salute», che non sono specializzate in tale finalità e non offrono le garanzie in termini di controllo di una limitazione del loro ruolo alla detta finalità.

4) Sul piano del trattamento, riguardo il contesto della costrizione, spetta a chi interviene applicare le regole dello «stato di necessità», e cioè, fra due metodi di simile efficacia, usare il meno intrusivo, rispettare ugualmente il criterio della proporzionalità (adattare i metodi alla nota o presunta pericolosità sociale del soggetto tenendo conto dei rischi di recidiva).

DISTINGUERE LA GUIDANCE ED IL TRATTAMENTO

La guidance contiene la parola «guida», che significa che il cammino intrapreso è fin dall'inizio orientato. Concretamente, la messa in opera dell'attività sotto guidance è interamente ed esclusivamente orientata verso la prevenzione della recidiva. Il trattamento, invece, pur perseguendo la medesima finalità, è meno dirigistico nel suo metodo, e ricorre di più alla partecipazione attiva del delinquente.

In realtà, la distinzione guidance-trattamento si colloca in un insieme più ampio che svilupperemo, poiché ogni tipo di intervento sotto costrizione si inserisce in un ambiente particolare, che è bene prendere in considerazione per adattare le regole alla particolarità del caso. Il filo conduttore del nostro ragionamento è conforme a quella decisione della Corte di Cassazione belga (5) che riguarda un militare che si lamentava di essere stato costretto, in occasione di una cerimonia pubblica, a dovere assistere ad una Messa. Si poteva costringere in questo modo un cittadino nell'esercizio della sua professione a

———————

(5) Cass. 18 giugno 1923, pas. 1923, I, 375.

porre in essere degli atti relativi all'intimità confessionale? La risposta della legge era stata di riconoscere all'autorità il diritto di imporre la presenza in chiesa, ma non quello di imporre degli atti che implicavano l'adesione intima alla Chiesa (ad es.: confessarsi, fare la Comunione, farsi battezzare...).

Mutatis mutandis, è evidente che colui che è in terapia sotto costrizione non può essere coinvolto in azioni o pensieri che sottintendono un'adesione intima, da parte sua, ai valori sviluppati dai terapeuti. Ricordiamo che queste persone sono state riconosciute responsabili delle loro azioni, e ciò implica una padronanza da parte loro sul proprio sistema di valori. Se c'è conflitto che deriva da questo sistema di valori, spetta al sistema penale premunirsene, e non al sistema sanitario far cambiare il sistema di valori. Allo stesso modo, l'intervento penale si farà a livello dei comportamenti, non a livello di pensieri.

Il delinquente sotto costrizione terapeutica non può quindi essere sottoposto ad una terapia qualsiasi. In più, egli ha il diritto di non aderire al trattamento per il fatto che quest'ultimo comporterebbe a priori la condivisione di convinzioni profonde che egli rifiuta.

Così, si articola fra l'individuo e la società un gioco sottile di diritti e obblighi, di cui tentiamo una prima teorizzazione.

La distinzione legale fra guidance e trattamento non è che un segmento di un insieme congruente della presa in carico del delinquente sessuale che distingue: la formazione-consiglio, la guidance, il trattamento, la terapia, la pre-terapia. Questi termini tecnici sono usati in maniera insolita, tenendo presenti le tappe di un lavoro di investimento personale sempre più autonomo e coinvolgente per il delinquente, con conseguenze nell'ambito delle prese in carico sotto costrizione. Questo insieme permette le distinzioni seguenti.

La formazione-consiglio si rivolge al negatore assoluto. Facendo uso del suo diritto di negare, egli rifiuta di riconoscere di avere commesso i fatti per i quali è stato tuttavia condannato nel rispetto delle regole del diritto. Allo stesso modo, egli non riconosce la minima problematica di controllo del suo comportamento nel campo della sessualità che abusa di altri e rifiuta, in questo ambito, ogni lavoro su lui stesso di tipo psico-medico-sociale. Di fronte alla proibizione deontologica di effettuare una intrusione modificatrice di ordine psichico nei confronti di una persona giudicata responsabile, la formazione-consiglio, che, invece, può essere imposta, ha come finalità sociale di suscitare nel soggetto una messa in discussione, a partire dall'informazione data sulla sua situazione, su quella delle vittime e sui meccanismi che di solito prevalgono nel passaggio all'atto. Viene realizzato un esame delle ragioni generalmente invocate per negare, e si inquadrano anche in modo generale le conseguenze, per lui o per la sua vittima, che risultano dal fatto di negare o di ammettere. È scontato che attraverso la descrizione dettagliata di fatti, situazioni ed emozioni probabilmente vissute dal colpevole condannato ma negatore, il soggetto arrivi a sviluppare un'introspezione ed a «concepire sé stesso dall'esterno», a relativizzare, se è il caso, la sua negazione assoluta per iniziare un lavoro più personale, sia che lo faccia affermandolo chiaramente, sia che lo faccia senza osare dirlo. Questo metodo è di uso frequente nell'ambito delle formazioni erogate nel contesto dei Lavori di Interesse Generale (TIG). La persona obbligata a seguire una «formazione TIG», ad esempio perché sarà stata arrestata per guida in stato di ebbrezza, non potrà essere costretta a rivelare ai formatori il problema privato (ad es. l'incomprensione coniugale) che sta alla base della sua problematica di abuso di alcool, ma potrà esserlo a seguire una formazione che la metterà di fronte al fatto che esiste probabilmente una causa personale per questo stato di abuso di alcool, eventualmente ripetuto, e gli si raccomanda di indagare per il proprio beneficio e per quello della società. Vengono invitati degli ex-negatori in questi gruppi di formazione-consiglio, che raccontano le difficoltà che hanno avuto, in un primo momento, a non mentire più a se stessi, e in seguito a riconoscere davanti agli altri la veridicità dei fatti commessi, cosa tanto più difficile perché le persone a lui vicine sono regolarmente convinte della sua innocenza, o tentano di discolparsi, per non aver visto nulla, sostenendo il colpevole nella negazione della realtà.

Se la formazione non implica un'adesione personale a ciò che viene insegnato, può essere imposto il centro da frequentare. Per riprendere il nostro esempio del militare ribelle alle pratiche religiose, vi è qui l'obbligo di «entrare in chiesa», di ascoltare ciò che vi si dice (seguire la formazione), eventualmente di saper riportare l'argomento, ma non di coinvolgersi nel culto.

La guidance deve alla formazione il suo bagaglio teorico, essa si rivolge a colui che accetta il percorso (suivi) poiché riconosce almeno parzialmente sia la sua responsabilità

per il passaggio all'atto, sia, o in aggiunta, dei problemi nel controllo del suo comportamento sessuale. In assenza di una richiesta reale dell'individuo interessato, la guidance non può beneficiare dell'apporto spontaneo del soggetto che partecipa così in maniera piuttosto passiva al percorso che gli viene imposto. Tuttavia, poiché egli riconosce i fatti e la sua responsabilità, almeno parziale, contrariamente alla formazione, gli si può chiedere di coinvolgersi personalmente nel percorso e quindi di parlare di sé, dei suoi problemi, senza tuttavia poter dare per scontato che si confidi spontaneamente. Egli descriverà la concatenazione degli avvenimenti che sono sfociati nel passaggio all'atto, e gli si potranno fare domande sulle sue emozioni associate alle sue azioni. La guidance permette quindi un controllo esterno di frequenza e di coinvolgimento nel lavoro, ma rischia di scontrarsi con il «falso io», con l'ipocrisia e col «sembrare», per beneficiare dei vantaggi notoriamente legati ad una liberazione condizionale. Nell'ambito della guidance, a livello di valutazione, il soggetto accetta che si conduca una «visita domiciliare» della sua persona (si sottopone a test psico-fisiologici) senza poter essere costretto a condurre lui stesso gli investigatori sui luoghi problematici. Egli si lascia indagare e segue le consegne, ma può non informare chi realizza la «perquisizione della coscienza» del fatto che questi ha dimenticato di frugare in questo o in quel posto. Chi interviene in guidance è anch'egli limitato dalla finalità di quest'ultima, e cioè evitare la recidiva. Egli non può approfittare del suo diritto di interagire col soggetto delinquente per mirare riforme diverse da quelle orientate ad evitare la recidiva.

Se la guidance non implica un'adesione intima al lavoro che vi è intrapreso, può essere imposta la scelta del centro. Tuttavia è più proficuo lasciare una scelta limitata fra alcuni centri specializzati, per favorire il processo di alleanza terapeutica, che fa sì che la guidance si trasformi in trattamento.

Nel nostro esempio del militare, il soggetto, di fronte all'obbligo di scegliere fra due attività, ad esempio gestire una biblioteca (scontare la pena fino in fondo), o partecipare alla «task force» per preparare la visita del papa (la libertà condizionale), ha scelto quest'ultima attività. Ciò facendo, ci si attende da lui che partecipi all'obiettivo determinato dalla decisione governativa di una buona accoglienza al pontefice, operando attivamente perché questo obiettivo sociale venga raggiunto. Gli spetterà quindi di accettare le costrizioni che comporta (ad es.: indagine sulla sua persona, perquisizione di sicurezza in caso di guardia ravvicinata, non espressione pubblica al momento della cerimonia della sua ostilità alla fede) o di compiere atti attesi da parte sua (ad es.: leggere una lettura della messa) senza per questo dover portare danno alla sua libertà di credere, di non credere o di manifestare nell'intimità il suo stato di credente o non credente.

Il trattamento è qualitativamente di un'altra natura. Potrebbe essere sinonimo di terapia se non vi fosse il contesto di costrizione, il che fa sì che non è corretto immaginare che il soggetto agisce e si concede liberamente, quando può, obiettivamente, avere interesse a svolgere questo ruolo. Nel trattamento, il colpevole resta sotto ingiunzione, essendo redatto un rapporto a suo carico ed essendo anche comunicato all'autorità competente lo stato della sua frequenza alle sedute. Tuttavia, al contrario della guidance che è specificamente orientata verso la prevenzione della recidiva, nella fase di trattamento, il soggetto, poiché apporta del materiale che gli è proprio e che resterebbe ignorato se egli stesso non l'avesse comunicato, dà prova del suo interesse ad una sua messa in discussione in profondità e vi prende parte attiva. In tal modo, il lavoro può prendere l'aspetto di un'azione in profondità

naturalmente meno incentrata sul sintomo, a beneficio di un cambiamento di fondo le cui conseguenze colpiranno naturalmente l'essere al mondo ed in principio il suo comportamento antisociale. Poiché il trattamento non potrebbe essere imposto (solo la formazione può esserlo) ma poiché, come la guidance, si colloca in un ambito costrittivo, la scelta del centro può essere limitata, ma è preferibile che si faccia fra un numero ristretto (poiché specializzato) di servizi.

Sempre nell'ambito di un paragone con gli obblighi attesi da un militare costretto a svolgere le sue funzioni in un ambiente credente, diremo qui che il suddetto militare, spontaneamente, giunge a partecipare di sua iniziativa a ciò che si fa in ambito costrittivo. Si confesserà, fa la comunione, in modo tale che pone in atto delle azioni che rilevano del suo foro interno, che non potrebbero essergli imposte in questa sfera di intimità. «Costretto», nel nostro esempio, a partecipare all'accoglienza ufficiale del Papa, egli si impegna intimamente in questa accoglienza, senza che ciò possa essergli imposto, cantando fra i fedeli... Ciò non crea ostacolo, tuttavia, all'idea che egli resta in questo momento sotto costrizione. Se egli sa che il suo superiore è molto credente ed immagina così di fargli piacere, può fingere un atto di fede profonda o, da vero credente praticante, si trova obbligato a fare qualcosa che avrebbe fatto senza tale costrizione.

La terapia non procede in un contesto di conto da rendere ad una autorità. In terapia, il soggetto è libero di parlare, di tacere ed il suo atteggiamento non avrà effetto sulla sua situazione giuridica o amministrativa. È soltanto qui che la formulazione di una domanda appare autentica, non che essa non sia potuta esistere allo stadio della guidance o del trattamento, ma perché l'ambiente in cui essa si manifesta non è più portatore del rispetto controllato dalla norma, non effettuandosi nessun rendiconto ad altri ed essendo libera la scelta del centro. Non vi è quindi «terapia» orientata verso la prevenzione della recidiva in un contesto di costrizione.

Nell'esempio del militare, questi va o non va alla messa nella vita privata, ma ciò non riguarda la società.

La pre-terapia non è necessariamente, come potrebbe indicare il suo nome, una preparazione alla «terapia», non fosse altro perché non si può sostenere che ci sia una netta sovrapposizione fra il concetto di salute ed il campo del diritto penale («noi ignoriamo l'opzione filosofica del nostro militare, in modo che non sappiamo a cosa prepararlo, ma possiamo incitarlo ad una certa «introspezione»). L'evocazione del termine «terapia» nel concetto di «pre-terapia» trova semplicemente la sua giustificazione perché questo processo porta, nella sua durata, fino all'ultimo stadio possibile della succitata catena composta dalle tappe della formazione, della guidance, del trattamento e della terapia. Ciò facendo, copre dunque tutte queste nozioni, incitando ciascuno, se appare necessario, ad impegnarsi nella fase successiva, che invita ogni volta il soggetto ad un investimento più personale, che trova il suo eventuale sbocco ultimo nella terapia senza costrizione esterna. Il percorso pre-terapeutico si definisce quindi meno come una finalità (la terapia) che come un processo che incita alla creazione, nel colpevole, di uno stato d'animo e di capacità atte ad ottenere il suo concorso nel lavoro di messa in discussione che si inizia sulla base di una richiesta sociale di assenza di recidiva. Laddove si dovrebbe parlare di preformazione, di pre-guidance, di pre-trattamento e di pre-terapia, è più comodo parlare solo di pre-terapia.

Si può concepire che il lavoro pre-terapeutico si colloca particolarmente negli istituti penitenziari, cioè prima di tutto impegno nella guidance o nel trattamento. Così, ad

esempio, col ricorso alla pre-terapia, il negatore si può aprire all'idea di una messa in discussione che lo porterà ad ammettere una certa parte di responsabilità, che permetterà di indirizzarlo alla guidance o al trattamento piuttosto che verso la formazione-consiglio. Probabilmente, neanche la definizione 'pre-terapia' è adeguata. Infatti, se si considera che il principio della libertà terapeutica porta ugualmente sulla sua finalità («guarire, ma da cosa?»), può darsi che questa finalità non conduca ad un comportamento socialmente accettabile. Così, un terapeuta può incoraggiare un disoccupato ad accettare un lavoro in nero, il che è socialmente controindicato, ma può essere utile terapeuticamente all'interessato, che guadagna la fiducia in sé, sentendosi utile col suo lavoro, e ciò gli consente di non essere più depresso.

In realtà, il concetto di pre-terapia, nel senso letterale del termine, rileva dell'ordine della convinzione, prevedendo che l'uomo che si sente a suo agio conduce una vita sociale armoniosa, il che è solo una fra le tante ipotesi (anche se socialmente è utile). È necessario constatare che la nostra società comporta ancora numerose convinzioni che essa valorizza.

La pre-terapia sarebbe così il «patto» di un lasciar credere secondo cui non ci può essere pienezza individuale realmente soddisfacente senza che essa si armonizzi col benessere altrui. Bisogna combattere questa idea a vantaggio della soddisfazione intellettuale di dichiarare che una tale affermazione non ha nulla di scientifico?

In questo ambito, il lavoro pre-terapeutico dovrebbe tendere a rendere l'obbligo terapeutico superfluo, facendo attenzione a che il delinquente si mostri comprensivo nei confronti del mantenimento della coercizione che conserverebbe il suo significato solo presso coloro che non capiscono che è loro interesse reale (sempre l'aspetto «convinzione») sviluppare il loro «empowerment» (capacità di assumere il controllo, N.d.T.), rispettando gli altri. Come riassume J.S. Carroll, «la letteratura scientifica è abbastanza costante per affermare che se si vuole che delle persone facciano immediatamente qualcosa, bisogna ricorrere alle motivazioni più potenti e ad un gioco di manipolazioni. Invece, se ciò che si cerca è il cambiamento a lungo termine, in particolare l'interiorizzazione di modelli di comportamento esterni o di percorsi di pensiero, può apparire necessario lasciare le persone porre esse stesse la scelta» (6).

_____

(6) Traduzione libera. Op. cit. p. 137.

LE CONSEGUENZE DELLA DISTINZIONE FRA IL GRUPPO «FORMAZIONE-CONSIGLIO, GUIDANCE, TRATTAMENTO» E LA TERAPIA

Poiché il primo gruppo si sviluppa in un contesto di costrizione, esso riveste le caratteristiche conseguenti a tale scelta. Sappiamo quindi che la prevenzione della recidiva sarà la sua prospettiva immediata, cosicché i mezzi ai quali si ricorre saranno controllati alla luce di questa finalità. Più precisamente, la finalità della non-recidiva non è completamente esatta, poiché tali percorsi possono riguardare delle persone non (ancora) condannate, o che negano i fatti, cosicché la prevenzione del passaggio all'atto non può giuridicamente essere considerata come prevenzione di una «recidiva». In questa precisa situazione, il fatto per il giudice istruttore o per la camera di consiglio di imporre un percorso «salute» pone in particolare serissimi problemi di etica, poiché la persona non è dichiarata malata, ed è presunta innocente. É un processo di «neutralizzazione» che è in realtà messo in pratica, malgrado il contesto della presunzione di innocenza. Un tale obiettivo orientato verso l'evitare il passaggio all'atto può intervenire soltanto in un ambito «giustizia», che deve

precisamente vegliare a far rispettare i diritti dell'imputato. Se egli nega, non potrà frequentare la trafila «guidance» o «trattamento» sopra descritte, ma soltanto la «formazione», nell'ambito del rispetto delle succitate regole.

Questo gruppo racchiuso nella trafila «costrizione», quindi nella trafila «giustizia», dovrà sopportare un controllo sociale esterno che obbliga il praticante a redigere un rapporto periodico di frequenza, di coinvolgimento nel trattamento, ed a tollerare che, nel caso di pericolosità manifesta, se ne possa fare menzione nel suddetto rapporto.

CONCLUSIONE

Di legge eccezionale in legge eccezionale, ci sembra giunto il momento di stabilire una riflessione globale sul problema della pericolosità e del suo timore teorico ed etico. Non si tratta più semplicemente di negare l'esistenza di profili di pericolosità. D'altra parte, l'evacuazione della problematica attraverso l'etichettatura «malattia mentale» non può più essere accettata senza che una vera diagnosi di patologia sia stata posta. L'affinamento dei metodi di indagine della personalità (la psychopathic checklist di Hare), il miglioramento dell'efficacia del trattamento criminologico grazie allo sviluppo dei metodi cognitivi, lo sviluppo dei calcoli attuariali non eviteranno che persista una zona di incertezza. Spetta dunque al legislatore mettere in atto un meccanismo di gestione di questa incertezza e di inserirla in un ambito rispettoso dei diritti dell'uomo.

Roma, 16 marzo 1999

———————

(Traduzione di ANDREA BECCARINI)

PUNTO DI VISTA STRUMENTALE

PENALIZZAZIONE DE-GIURISDIZIONALIZZAZIONE

PUNTO DI VISTA AMBIENTALE

Relazione del

prof. ANTONINO IARIA (*)

Il problema della pedofilia: aspetti psichiatrici e psicologici

È indubbio che il mio intervento si colloca in uno spazio diverso da quello delle relazioni precedenti, e forse dalle finalità immediate di questo Seminario. Devo dapprima ringraziare il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria per l'occasione che mi offre di riparlare di un argomento di cui m'interesso da molti anni.

Per introdurci nel tema, che ho avuto l'incarico di svolgere, com'è mia abitudine, mi riferirò ad una citazione che mi serve ad inquadrare il problema. Giovanni Carlo Zapparoli, noto psicoanalista e psichiatra milanese, nell'introduzione all'opera «Le deviazioni sessuali» a cura di Ismond Rosen (Bompiani, Milano 1968) afferma:

«Non si può negare che poche manifestazioni psicopatologiche destano altrettanto e così diffuso interesse quanto quell'insieme di comportamenti, impostazioni psicoemotive, razionalizzazioni a volte pseudofilosofiche, che convergono a costituire i vari quadri di perversione sessuale. E nello stesso tempo pochi problemi sono stati affrontati dall'uomo della strada come da quello della scienza, sulla scorta di così evidenti pregiudizi e con tanta implicazione passionale. Anche chi voglia – per così dire – porsi al di fuori o al di sopra della mischia, assumendo per quanto lo riguarda una posizione spassionata ed obiettiva, non solo incontra difficoltà nel suo tentativo di stabilire quale tipo di pregiudizio ha determinato le conclusioni di ciascuno studioso dell'argomento, ma corre il rischio di nascondere, proprio sotto il ruolo di giudice imparziale, tutta una serie di impostazioni mentali preconcette che affondano le loro radici negli strati più riposti della sua personalità».

Questa premessa indica quanto la percezione sociale che oggi si accompagna ad un forte coinvolgimento emotivo, abbia un'importanza non trascurabile nell'individuare il fenomeno della pedofilia, e nel tentarne una conoscenza più approfondita, indispensabile per gli interventi successivi. Le reazioni violente, lo sdegno dell'opinione pubblica a tale tipo di reato di cui viene

———————

(*) Direttore del Centro Studi di Psichiatria e Scienze Umane – Santa Maria della Pietà – Roma.

a conoscenza, secondo Glueck (1965), appaiono spropositate. Egli aggiunge che può darsi che il verificarsi di un impulso sessuale che può rappresentare la manifestazione aperta di impulsi, latenti in noi tutti, ci metta a confronto con la minaccia di un prorompere di questi, che noi ci sforziamo continuamente di negare e di controllare. Secondo gli insegnamenti della psicoanalisi è probabile che in tutte le persone che si occupano della cura dei bambini ci sia una qualche reazione sessuale (in senso ampio) di solito repressa così completamente che viene percepita raramente, oppure mai.

Ecco perché nel recente Convegno all'università degli Studi di Roma «La Sapienza» del 16 e 17 ottobre 1998 (Atti che sono stati pubblicati, in questi giorni, dalle Edizioni Universitarie Romane) ho affrontato proprio la posizione dello psichiatra di fronte al problema della pedofilia. In quell'occasione affermavo, a tale riguardo, che: «l'opinione pubblica vive da anni il fenomeno con un certo allarme sociale, con una massiva, insistente ed assillante domanda di informazioni ed una richiesta di interventi per un'immediata e definitiva soluzione del problema, ma specialmente di tutti gli aspetti più minacciosi, sentiti come carichi di rischi e violenza».

Il problema era stato affrontato, in precedenza, da molti altri studiosi. Infatti, anche il Seminario su «Pedofilia tra scienze umane e giustizia penale», svoltosi a Siracusa dal 16 al 18 ottobre 1997 cercava di dare un contributo alla conoscenza di questi fatti terribili ed incomprensibili (chiamati mostruosi), che suscitano perciò una fortissima ansia.

D'altra parte, assieme ad un gruppo di collaboratori con i quali avevamo studiato questa tematica sotto vari aspetti, c'eravamo resi conto dell'importanza della «comunicazione e della situazione sociale nell'ambito dei reati sessuali su minori». Avevamo perciò analizzato come la stampa nazionale aveva trattato tale fenomeno sempre attraverso lo studio di questo tipo di reato sessuale. La ricerca si era avvalsa dell'osservazione dei dati raccolti presso l'archivio computerizzato dell'ANSA, con riferimento ai reati sessuali su minori, nel periodo compreso tra novembre 1987 e maggio 1994. Avevamo utilizzato la parola chiave d'entrata «PEDOFILIA» che prima del 1987 non compariva nell'archivio. Tralasciando l'analisi particolareggiata dei dati della ricerca (pubblicati in: «La Pedofilia. Comunicazione e contesto sociale nell'ambito dei reati sessuali su minori», «Attualità in psicologia», Anno XI-1996 n°6) si riportano qui solo le conclusioni:

1. «negli ultimi dieci anni la stampa ha mostrato una maggiore attenzione nei confronti dei reati sessuali sui minori ed in generale;
2. non sembrano modificarsi – pur cambiando i tempi – i rapporti tra vissuti e realtà nel senso che è mantenuto tuttora un coinvolgimento emotivo maggiore verso ciò che non si conosce, rispetto a ciò che si conosce;
3. la definizione «Pedofilia» trova più spazio nel linguaggio comune rispetto a prima, ma contemporaneamente, continua a non trovare una chiara posizione scientifica, né una chiarificazione con riferimento alle sue origini, a parte gli enunciati della psicoanalisi, ormai sottoposti a revisione critica, ed alle vecchie e nuove teorie sulla costituzione degenerata».
4. «viene confermata, quindi dalla stampa, la persistenza nella società, (anche se forse attenuata), dell'immagine del «mostro», del maniaco, in riferimento alle aggressioni e violenze sessuali nei confronti dei minori. C'è la tendenza ad esorcizzare la pedofilia, che suscita ancora paura, timori e terrori collettivi molto disfunzionali al vivere quotidiano».

In questa situazione l'opinione pubblica, anche attraverso i media, continua, in modo pressante, ad esercitare una richiesta insistente d'informazioni di carattere esauriente ed un'esatta delimitazione e definizione del pedofilo, che lo individui, lo includa e lo rinchiuda nel dominio del patologico. È da considerare però che la situazione culturale e sociale attuale si è notevolmente modificata nei riguardi della libertà sessuale. Mauro Barni, in un contributo sui «delitti a sfondo sessuale» (1988), sostiene giustamente che il «sesso si sdrammatizza, si svelena, ma esige al contempo una sua tutela, che s'identifica con la difesa della persona e dei suoi diritti».

Ma l'espressività sessuale può essere garantita solo da una migliore conoscenza della sessualità e dalla repressione della violenza sessuale. «I due momenti che sembrano in contrasto sarebbero invece fortemente legati e complementari di un'unica fenomenologia»; è ribadito qui il carattere di questi reati, intesi come delitti contro la persona. Invece delle vecchie e comode barriere del buon costume, questi diritti sono garantiti maggiormente da un valido ed efficiente controllo sociale contro i rischi reali.

Di fronte a tali domande, gli psichiatri, che vengono riconosciuti come titolari del sapere e dell'agire riguardo all'animo umano, hanno sempre mantenuto un atteggiamento ambiguo; essi cioè, pur carenti di conoscenze approfondite, hanno accettato l'investitura attribuita loro dall'opinione pubblica. Hanno quindi mantenuto la delega come persone che più sanno e possono, e che quindi sono in grado di rispondere alle richieste di conoscenza e rassicurazione. È da osservare qui che buona parte dell'allarme sociale nei confronti della pedofilia risponde a quella violenza dei comportamenti che, forse a torto, viene associata comunemente al fenomeno. Francesco Bruno, professore di Psichiatria Forense all'Università La sapienza di Roma, (1999) avverte, in modo chiaro, che la violenza non è caratteristica dei "pedofili", e che quelli che uccidono i bambini, eventualmente dopo averli violentati o torturati, non sono pedofili, ma sadici, malati di mente, oligofrenici. Il pedofilo, a modo suo «ama» il bambino, che ricerca individualmente, e col quale stabilisce un rapporto intenso, di tipo paterno. Egli possiede una sensibilità straordinaria, che col tempo sviluppa ed affina. Viene così a costituirsi un rapporto pervertito, e quindi patologico, con potenziali effetti destrutturanti sulla personalità del minore. Non si deve pensare che Bruno indulga ad un'idealizzazione del fenomeno; la sua descrizione del pedofilo è frutto di conoscenze rigorosamente scientifiche. Lo studio dell'autore esprime, inoltre, un'opinione di disaccordo rispetto all'ipotesi interpretativa secondo la quale, all'origine del comportamento pedofilo ci sarebbe una ripetizione di atti subiti nella propria infanzia. Egli sostiene che l'influenza di simili esperienze va considerata come un fattore aspecifico di violenza, come avviene nei serial killers, negli schizofrenici etc…

Anche il criminologo Marco Marchetti, dell'Università di Tor vergata, di Roma, riporta, in un recente studio del 1999, i dati di alcune ricerche (Abel 1989), secondo cui gli atti di violenza sessuale da parte dei pedofili sarebbero relativamente rari, e che nella maggioranza dei casi, essi si limitano ad atti di esibizionismo, ed a contatti sessuali senza elementi di violenza (Finkefor e Lewis, 1988). L'autore sottolinea il fatto che «il termine pedofilo, viene usato impropriamente, anche per connotare situazioni di incesto, o, ancora, la ricerca di contatti con prostitute adolescenti, o nei confronti di omicidi sadici di bambini; situazioni tutte che poco hanno a che fare con la pedofilia, sebbene alcuni sostengano che l'aggressione ed il sadismo siano tratti fondamentali della pedofilia» (Meyer, 1995). F. Bruno conclude poi, che «le reazioni dell'opinione pubblica e della stampa, nonché il quasi ossessivo ed indiscriminato intervento penale richiesto (che spesso si vuole il più severo possibile), di fronte a fenomeni che vengono, genericamente ed impropriamente definiti pedofilia, testimoniano, in realtà, la grande difficoltà che, nonostante tutto, noi proviamo ancora nel trattare e comprendere la complessa natura e le dimensioni della nostra sessualità».

Una breve rassegna delle opinioni di psichiatri, psicoanalisti ed altri studiosi che si sono occupati dell'argomento mettono in evidenza l'eterogeneità delle opinioni, che d'altra parte riflette quella delle anomalie, e sostanziali differenze interpretative anche nell'ordinamento nosografico. Riferirò qui una piccola parte dell'enorme bibliografia esistente, ed accennerò specialmente ai contributi contenuti negli Atti delle due riunioni, svoltesi recentemente su questa problematica, quella di Siracusa, del 16-18 ottobre 1997, e quella di Roma, del 16-17 ottobre 1998.

Comunque per dare un quadro, succinto, ma il più possibile esauriente, ma anche più chiaro, dei contributi più significativi, riporterò i dati raggruppandoli in punti che si riferiscono principalmente ad alcuni temi importanti; su questi potremo impostare una discussione.

Tanto più che il mio intervento è rivolto (forse prevalentemente a quanto mi è dato sapere) ad operatori che si trovano quotidianamente a contatto con queste persone, principalmente nelle carceri e negli ospedali psichiatrici. Essi vivono quindi il problema sulla propria pelle, ed hanno perciò l'esigenza di conoscere i contributi più interessanti sull'argomento.

Il primo quesito che si può affrontare è se negli ultimi anni vi è stato, tenendo conto anche dell'aumento della popolazione, un incremento dei reati sessuali sui minori (parliamo sempre di reato perché le ricerche sono possibili prevalentemente su questi comportamenti anormali che vengono individuati e perseguiti). Il presunto aumento potrebbe anche essere in relazione con un accrescimento dell'interesse del pubblico dimostrabile in tutto il mondo. Inoltre questi reati sarebbero, sotto la pressione della pubblica opinione, più rigorosamente indagati e perseguiti dalle autorità e vi potrebbe essere una più pronta disposizione della popolazione a denunciarli. Indubbiamente i fattori si uniscono e si intersecano ed è difficile quindi distinguerli. Purtuttavia esperti criminologi come Schultz (1959), Burger-Prinz (1965), e Giese (1962), ritengono che vi sia un aumento di questi reati ed anche Wyrsch (1961) è dello stesso parere, mentre Wyss (1967) è di idea contraria. Le cause di questo eventuale aumento sono interpretate diversamente dai vari autori. Comunque si invocano come il solito le trasformazioni della struttura sociale, la grande tolleranza in genere nei confronti della sessualità, la crescente infantilizzazione e la trascuratezza educativa dei genitori e della scuola ed infine un più rapido sviluppo psicosessuale (individui ancora bambini, ma sessualmente seducenti).

Vale qui la pena di segnalare lo studio, riportato in una relazione di Anna Colucci e Coll., intitolato «Presentazione di uno studio pilota sulla pedofilia», negli «Atti della Conferenza sulla pedofilia, Siracusa, 16-18 ottobre 1997». Gli autori riportano le cifre ufficiali sul fenomeno, partendo dalle statistiche redatte a cura del dipartimento della Pubblica Sicurezza (1996), in un dossier compilato per l'audizione alla Commissione Giustizia. I dati numerici e percentuali, per gli anni 82-96 sono molto interessanti e, sebbene non sia possibile riportarli per intero, emergono comunque, da questi, alcuni elementi molto importanti che così possono essere sintetizzati:

1. la maggior frequenza degli abusi sessuali sui minori in contesto familiare, specialmente padre su figlia, per lo più di basso ceto sociale;
2. gli autori del reato sono persone con cui i minori hanno, comunque spesso, rapporti almeno di parentela, conoscenza e frequentazione abituale. Altrimenti sono persone cui il minore è affidato per cura o custodia;
3. è dubbio se il riferito aumento del fenomeno sia dovuto ad una sua maggior visibilità, o ad un'accresciuta attenzione al mondo dell'infanzia, piuttosto che ad un aumento reale.

Analogo interesse rivestono i risultati di una ricerca svolta, dagli autori succitati, con un questionario sulla

- percezione della pedofilia,
- pedofilia e contesto familiare
- mass-media e pedofilia
- conoscenza delle leggi in merito.

Le conclusioni sottolineano la mancanza d'informazione sulla pedofilia. L'ignoranza si traduce così in «sentimenti d'ansia e paura nella gestione dell'affidamento dei minori, ed in una crescente richiesta di durissime sanzioni, come fossero una pozione magica in grado di

esorcizzare il problema». L'ipotesi del trattamento è vissuta cioè come inadeguata e non soddisfacente.

I dati riportati, a mio parere, rischiano di essere troppo generici e forse poco scientifici. Vi è qui da rilevare che l'antropologa Margareth Mead (1968) e la sociologa Schelsky, dimostrano quanto i ruoli sessuali siano influenzati da fattori socioculturali, ambientali, gerarchici e religiosi attraverso norme che portano a pene e a tabù. Glueck (1965) afferma che non esiste un modo semplice per determinare l'incidenza della pedofilia perché non è possibile ottenere cifre esatte su arresti e condanne per qualsiasi delitto sessuale e particolarmente su minori.

È possibile, d'altra parte, che ogni passo nella costruzione della sessualità matura celi il rischio di un fallimento, che non spinge però necessariamente ad atteggiamenti errati nell'ordine o contro l'ordine (come sostiene Giese, nel 1962).

L'eventuale aumento della frequenza del fenomeno, rimane quindi dubbio, e può non apparire di grande rilevanza.

Il secondo quesito riguarda la questione se la pedofilia sia un'autentica perversione sessuale, e inoltre se, comunque, possa considerarsi una forma autonoma.

Le risposte, dei diversi autori, sono differenti ed evidenziano quanto sia difficile l'inquadramento di tale alterazione negli schemi psicopatologici che risultano abbastanza rigidi. Wyss (1967), in un'ampia ricerca, ad esempio, afferma che si tratta di una pseudoperversione e che si può parlare di perversione solo nel caso di soggetti omosessuali. Egli ammette che la pedofilia è una perversione, se si considera che essa è uno smarrimento, o una distruzione della «giusta realtà dell'amore» (Gebsattel, 1968). Afferma però che, facendo riferimento ai disturbi guida delle perversioni sessuali enunciati da Giese (1962), che indicherò nel prosieguo del mio intervento, solo il gruppo dei pedofili omosessuali si adatterebbe a quello schema e che gli eterosessuali tendono ad un fine e ad un oggetto pulsionale prevalentemente normale, ma si smarrirebbero per svariati motivi nella realizzazione di tali mire. L'autore a questo punto si interroga sul concetto di perversione. A tale proposito, egli sostiene che esiste un'autentica perversione solo nel caso in cui non viene pensato e neppure attuato nella fantasia un rapporto sessuale con un partner maturo valido dell'altro sesso. Invece quando un oggetto di compensazione viene più o meno animato nella fantasia fino a diventare realtà bramata, in breve, cioè, dove l'attuazione è deficiente rispetto al voluto o ove diventa efficace il principio della pars pro toto, si dovrebbe parlare di pseudoperversione. I veri perversi avrebbero una posizione, secondo Giese (1962), errata «contro l'ordine», mentre gli altri occuperebbero una posizione errata «nell'ordine».

La pedofilia viene interpretata da Wyss, nella ricerca citata (1967), come una pseudoperversione, cioè come una manifestazione sintomatica determinata da alterazioni molto eterogenee della personalità.

Come rilevavo in precedenti lavori, in molti trattati di psichiatria noti, come quello di Mayer Gross, Slater e Roth e Henderson e Gillespie (1959), il termine pedofilia non viene menzionata. Anche una delle opere italiane più conosciute, se pur non recente – il Trattato di Psichiatria Clinica e Forense, di C. Ferrio –, nella prima edizione (1959), non riportava tra le perversioni la pedofilia; solo nella seconda, pubblicata nel 1970 dopo il Convegno di Milano del 1948, compariva la pedofilia come forma autonoma.

E venendo al DSM IV (1996), che è l'inquadramento statistico-diagnostico più noto e più usato attualmente (anche se da molti ed anche dal sottoscritto non pienamente accettato) si rileva che esso comprende la pedofilia tra le parafilie.

I caratteri distintivi che il manuale riporta sono i seguenti:

• la persona «pedofila» deve avere almeno sedici anni ed almeno cinque più del bambino, che deve essere prepubere e di meno di tredici anni di età;

• l'andamento della «Pedofilia» è cronico, con periodi che durano più di sei mesi, e che sono ricorrenti; sono presenti fantasie sessuali, pulsioni e comportamenti sessuali con minori; l'esordio si situerebbe nell'adolescenza, anche se alcuni autori lo datano nell'età adulta;

• si evidenzia un'influenza notevole delle fantasie, delle pulsioni e dei comportamenti sessuali sulle attività sociali, occupazionali, ed in tutti i campi del funzionamento mentale.

Un altro punto sul quale conviene soffermarsi, anche se brevemente, è quello della eziologia dei comportamenti pedofili. Anche qui si mettono in evidenza tutte le incertezze e i dubbi d'inquadramento: alcuni attribuiscono l'alterazione a cause costituzionali e degenerative (Kraft-Ebing (1886) parla di un sistema nervoso degenerato o malato, Moll (1912) di una costituzione ereditariamente tarata), altri danno la prevalenza a fattori psichici emozionali inconsci, oppure ancora mettono in risalto le variazioni culturali, sociali dando importanza al fatto che la definizione del fenomeno e i suoi limiti sarebbero influenzati dalla variabilità dei contesti storici, sociali ed ambientali. Wyss in una ricerca (Unzucht mit Kindern, 1967), afferma che la letteratura sull'argomento è abbastanza vasta, non sembra possibile però dimostrare, secondo l'autore, che una qualche condizione (fisica, psichica o costituzionale) ne sia la causa. Non sono stati nemmeno isolati (come sostiene Brautigam) fattori ambientali o costellazioni dell'infanzia dalle quali, anche solo con una certa probabilità, potrebbe derivare un atteggiamento sessuale abnorme. Bruno (1999) è incline a ritenere la pedofilia «un disturbo che scaturisce da un coacervo di elementi, sia di natura psicodinamica, che neuroendocrinologica». Egli aggiunge che il «disturbo ormonale» si situa a livello ipotalamico.

L'importante lezione delle teorie antropofenomenologiche ci fa considerare oltre l'origine delle perversioni anche la loro essenza ed il loro significato intrinseco. Secondo Straus (1930), Von Gebsattel (1968), Kunz (1942) ed altri, esse si manifestano come varianti, errori e distruzioni della forma, conforme alla norma, integrale della realtà dell'amore nel suo aspetto normale e nella sua interezza.

Per Kunz (1942) nei perversi è disturbata la tenerezza; Brautigam (1966) presenta nella perversione «il desiderio e nel frattempo l'incapacità all'incontro con l'altro e lo sforzo di dischiudersi nella vicinanza dell'altro e di abbandonarsi ad esso».

Medard Boss (1962) vede nella perversione la rottura della corazza irrigidita e limitata, la quale caratterizza il progetto mondano degli individui, da lui studiati, che erano nevrotici sviluppati con difetto.

Importanti e numerosi lavori in questo campo sono venuti da Bruno Callieri, Luigi Frighi e Antonio Castellani (1970). Non è qui possibile riferirne per esteso (le indicazioni precise si trovano nella bibliografia, o nei miei precedenti lavori, in cui li ho ampiamente citati); accennerò soltanto, schematicamente, ai più recenti. Callieri e Frighi (1999), sostengono che «l'incontro pedofilo», anzi, la «vergegnung» pedofila, cioè il negativo dell'incontro, è una delle più tipiche parafilie, legata anzitutto alle evidenti discordanze cronologiche. Il

pedofilo, ma non raramente la pedofila, mostrano una fissazione della libido a livello dei giochi genitali infantili, mentre il bambino, o la bambina, mostra una precocità d'intuito che supera largamente la semplice curiosità, fino a giungere, a volte, ad una sollecitazione, tanto più eccitante, quanto più, soltanto apparentemente, ingenua, se non apertamente seduttiva». Gli autori aggiungono poi che «si mostra così pienamente, l'equivoco antropologico inerente alle condotte pedofile, che si sventagliano lungo tutta una serie di fenomeni e di percorsi psicopatologici che si sovrappongono e divergono tra di loro, nelle modalità più diverse. Non esiste una psicopatologia univoca, né un typus paedophilus».

A. Castellani, studioso purtroppo scomparso, scriveva nel 1965, a tale proposito: «il corpo, come luogo dell'incontro con l'altro, richiede una realtà duale in termini di riconoscimento, differenziazione e definizione del Sé, soprattutto al fine di relazionarsi alle istanze dell'altro in modo reciproco, riconoscendo la presenza dell'altro nella sua dimensione corporea e personologica». Egli esprimeva, nel suo contributo, un dubbio sull'assoluto predominio della componente violenta e sadica, per insistere piuttosto sul grave pericolo inerente «suapte natura» alla condotta pedofila, con le gravi conseguenze sulla psicosessualità in formazione del piccolo partner. L'autore escludeva dalla pedofilia i casi più gravi ed additati alla pubblica ignominia.

Comunque sembra che la pedofilia si trovi al margine della trattazione delle perversioni, e, neppure concettualmente, sono tutti concordi nel classificarla (Wyss, 1967) fra le entità psicopatologiche classiche.

Dal punto di vista psichiatrico le perversioni vengono interpretate da alcuni autori come psicopatie e così associate, come afferma Kahn (1964), dal punto di vista nosografico, alle personalità abnormi nella loro totalità.

Wyrsch (1961) classifica le perversioni tra le reazioni e sviluppi psichici abnormi, ma ritiene che alla base e come premessa vi siano dei fattori costituzionali, quali la debolezza delle pulsioni ed un carattere che favorisce un'elaborazione abnorme di fatti psichici. Disturbi patologici della struttura della personalità sono presenti nei soggetti, in cui il comportamento pedofilo compare improvvisamente; la persona viene a trovarsi così, completamente e precisamente al di fuori del quadro di una vita e di un tipo di personalità che può essere per altri versi normale. Burger-Prinz e Fischer (1965), rilevano, nei pedofili, disturbi patologici della struttura della personalità. Gli autori indicano come distintivi di queste personalità processi involutivi con perdita di vitalità, ma anche psicosi endogene, traumi cerebrali organici ed ebbrezza acuta da alcool; in questi casi l'affezione avrebbe coinvolto tutta la personalità.

Fischer distingue, in questo gruppo sintomatico, un gruppo nucleare nel quale il fenomeno pedofilo non può essere riferito a disturbi che si possono inquadrare con diagnosi psichiatriche.

Dal punto di vista psicoanalitico (farò qui solo un breve cenno, perché è stato scritto molto su questo tema da vari autori ed anche dal sottoscritto e dai suoi collaboratori). Freud (1905) prima e Fenichel (1941) poi, interpretano le perversioni secondo la teoria delle pulsioni. La scelta pedofila è ricondotta ad una scelta oggettuale narcisistica. L'angoscia di castrazione farebbe preferire come oggetti sessuali i bambini per superare i conflitti e i disagi di rapporto con le figure adulte.

L'atto pedofilo, secondo Renard (1955), sarebbe l'atto terminale di «un processo complesso di difesa; il suo desiderio dovrebbe essere considerato un autentico sintomo nevrotico. Glueck (1965) riporta l'ipotesi che la pedofilia sia la conseguenza del blocco dello

sviluppo psicosessuale, in seguito ad un trauma precoce, o, meglio, per un'atmosfera restrittiva della sessualità. Lo stesso autore, con Hammer (1957) avevano individuato quattro fattori fondamentali alla base della pedofilia, e cioè: reazione al complesso edipico, con paure di castrazione e dei rapporti con l'altro sesso in condizioni di sviluppo con inibizioni relazionali ti tipo schizoide/schizofrenico; debolezza dell'Io ed inadeguato controllo degli impulsi. Kohut (1971-77), superando la classica teoria delle pulsioni, e basandosi sulla psicologia del Sè, mette in risalto come "l'attività perversa comprenda un tentativo disperato di ristabilire l'integrità e la coesione del Sè, in assenza di risposte empatiche" da parte degli altri. Più recentemente, Mitchell (1988) sostiene che l'attività sessuale può essere legata ad una fuga dalla relazione oggettuale, ai fini della ricerca di una propria autonomia. Gabbard (1994) sostiene che l'attività pedofila, inconsciamente idealizzata, arriva paradossalmente a creare una nuova sicurezza, in quanto il rapporto viene vissuto come fusione con un oggetto ideale, fino ad una ri-formazione di un Sè giovanile.

Riferite le indagini e tentativi di far rientrare i comportamenti pedofili in quadri psichiatrici conosciuti, tentativi che, come si è visto, hanno avuto poco successo, vediamo gli apporti dei vari studiosi sulla personalità del pedofilo e sugli eventuali caratteri distintivi.

Per la trattazione dei contenuti più importanti su questo punto, iniziamo sempre da Kraft-Ebing (1886, il primo psichiatra, come già detto, che si è occupato della «pedofilia erotica»). Egli distingueva i casi non psicopatologici da quelli psicopatologici. Tra i primi annoverava «individui dissoluti che hanno sperimentato tutti i tipi possibili di pratiche sessuali normali e abnormi con donne ed il cui unico scopo per danneggiare una fanciulla poteva essere quello di sperimentare una nuova situazione». Aggiungeva che in questi soggetti è possibile che il vigore per una relazione sessuale con una donna non sia più sufficiente oppure abbisogni di stimoli nuovi. Vi sono, sempre secondo l'autore, anche giovani che non si fidano, o non si fidano più, del proprio vigore e della propria sicurezza per avere rapporti con una donna adulta. La ricerca pedofila, che appare più rassicurante, rappresenta quindi un rimedio equivalente all'insuccesso nel coito, vero o previsto, e si limita talvolta a manifestazioni di palpamento. Altre caratteristiche comuni a queste persone, secondo Kraft-Ebing (1886), sono: tare ereditarie, tendenza primaria verso soggetti immaturi, rappresentazioni voluttuose e semplice palpamento libidinoso che può portare da solo al soddisfacimento sessuale.

Anche Lipmann ritiene che gli autori di reati di libidine su bambini abbiano una ridotta capacità psichica in tutti i campi, dai gracili di mente fino agli idioti.

Kahn (1964) insiste sulla inadeguatezza di questi soggetti che manifestano: timidezza, insicurezza, paura di fallimenti nel confronto con un partner maturo, per una sostanziale immaturità.

Gillins trovò che molti di questi soggetti erano stati educati fuori dall'ambiente familiare, non si sentivano amati, vivevano con coppie genitoriali non riuscite, alcuni erano illegittimi, spesso erano pregiudicati penali e non avevano un mestiere. Molti di essi avevano tare familiari, non erano sposati, o erano divorziati, o alcoolisti, o illegittimi (statisticamente il doppio che nella popolazione media) o, infine, sviluppati sessualmente in ritardo.

Tutti gli autori (Ellis, Shaskan, ecc.) hanno rilevato, costantemente nei pedofili, un'immaturità ed un'inibizione sessuale. Le affezioni chiaramente psicopatologiche come le psicosi, l'epilessia, l'alcoolismo non sono state evidenziate in un grande numero di soggetti. Alcuni di questi presentavano disturbi della personalità dovuti alla senilità. C' era, in alcuni,

un abbinamento dell'Eros pedagogico con la pulsione sessuale, era il caso di assistenti della gioventù, insegnanti, etc. Si notava inoltre in essi, una notevole labilità della personalità.

Plaut (1954), studioso che ha svolto importanti ricerche sull'argomento, descrive i pedofili come soggetti immaturi psico-sessualmente, con una sessualità rudimentale e abortiva, incerti nella scelta dell'oggetto d'amore, incapaci di creare una relazione adeguata con l'oggetto. «A loro - afferma - è sufficiente il pensiero di una relazione erotica sessuale e per questo basta il fatto che l'oggetto del loro interesse sia veramente vicino e di potere avere un contatto». Essi desiderano e si accontentano anche che la persona sia palpabile nel vero senso della parola. Anche nei soggetti sposati i rapporti erotici non erano, secondo l'autore, sufficienti a rendere la vita felice; prima del matrimonio essi avevano avuto delle difficoltà ad avviare relazioni con l'altro sesso, ma si sarebbero poi sposati nella speranza che le cose sarebbero cambiate. Anche i celibi cercano di realizzare, sotto un'enorme tensione, le proprie fantasie ed immagini sessuali. Talvolta essi, durante l'azione, possono arrivare a compiere un'aggressione in varie forme e gradi pur non sembrando soggetti dediti all'uso della forza. Può accadere al contrario, eccezionalmente, che un soggetto pedofilo immaturo diventi il sedotto, specie se viene a contatto con individui che «nonostante la giovane età la sanno più lunga» di loro. Può avvenire, ancora, che nei pedofili si instaurino dei meccanismi ossessivi che li porti alla coazione patologica riducendo ancora lo spazio di libertà psichica di questi soggetti, già così limitato.

Una forma che si ritrova negli stati sociali più bassi è anche il reato d'incesto: le famiglie in genere sono costituite da molti figli, hanno condizioni di povertà e si trovano in situazioni precarie di abitazione; i genitori si erano dedicati poco ai loro figli, esercitavano talvolta solo un severo controllo; l'autore dei reati era spesso il padre.

Una particolare considerazione agli atti di libidine compiuti da vecchi su bambini, viene data da Sculte (1959). Egli interpreta l'atto, in quei casi, come una compensazione della tendenza pulsionale sessuale che negli anziani si allenta e perde il vigore naturale. Vi sarebbe inoltre una diminuzione dell'efficienza dei freni inibitori ed uno smussamento del mondo etico ed estetico. I problemi ed i bisogni affettivi del vecchio trascurato e qualche volta escluso dalla famiglia e dalla società lo potrebbero spingere verso i bambini che dimostrano, con lui, una certa risonanza affettiva. Tutto questo, indubbiamente, vale sul piano dei tentativi di comprensione di comportamenti, ma questi devono pur sempre essere considerati nocivi ai singoli ed alla società, specie quando vengono agiti con la forza.

Gabbard (1995) descrive anche un gruppo di pedofili che commettono reati senza l'uso della forza, sono uomini maturi incapaci di differire il loro bisogno di soddisfacimento. Tale incapacità è da attribuire, in alcuni casi, solo ad un difetto di personalità in quanto per il resto appaiono del tutto normali, in altri vi è una gracilità mentale. Alcuni di questi appartengono al gruppo dei ladruncoli, essi cercano di soddisfare nel più breve tempo possibile i loro desideri, cioè prendono quello che vogliono senza riguardo alla circostanza e alle persone. Altri ancora, da fanciulli, vivevano, date le condizioni familiari sfavorevoli, al di fuori della famiglia partecipando a giochi sessuali con i coetanei, ma essendo sedotti a volte da adulti. Un'importante descrizione clinica e classificazione è riportata in uno studio compiuto nella prigione di Sing Sing nel 1955 da Glueck e collaboratori (1965). Egli descrive cinque sottogruppi, di diversa gravità, distinti per il tipo di attività sessuale: l'oggetto etero, o omosessuale pre-para o post-pubere, la recidività, l'incesto, ecc.

L'autore rileva inoltre che molti avevano avuto esperienze sessuali traumatizzanti durante i primi anni dello sviluppo, che potevano influire sulla scelta del soggetto per compiere l'atto criminale.

Per ultimo, conviene elencare anche i classici segni che caratterizzano le personalità perverse, e quindi anche i pedofili, riportati da Giese (1969) e cioè:

1. l'essere schiavi della sessualità;
2. l'aumento del numero delle relazioni perverse, mentre la soddisfazione decresce;
3. un erlebnis appetitivo che li porta a vivere i fatti con modalità maniacale;
4. l'elaborazione delle fantasie delle pratiche sessuali e specialmente della raffinatezza;
5. la periodicità dell'inquietudine perversa.

Comunque, parlando delle condotte pedofile, Wyss (1967) sostiene che, dai risultati delle sue indagini (su 160 persone «pedofile») non si può affermare che esista una personalità pedofila, bensì diversi gruppi tipici di pedofili. Non è possibile evidenziare una causa comune di tali comportamenti anche se l'autore ammette che «la sua indagine ne abbia smarrito l'origine genetica, nonostante tutto forse unitaria». L'autore denuncia anche, per una ricerca statistica corretta., la carenza di gruppi di confronto. I risultati delle indagini lo portano a concludere che non esistono pedofili «normali» il che solleva numerosi e gravi problemi di carattere penale per l'adozione di relative misure come per altri reati.

Francesco Bruno (1999) si pone anche il quesito medico-legale, se cioè «dobbiamo considerare colui che compie abusi sessuali un delinquente o un malato». Egli propende per l'opinione che il pedofilo sia l'una cosa e l'altra, e dovrebbe essere incluso tra i «malati di mente autori di reato». Aggiunge che questa definizione non sembra potersi applicare però a tutti i casi.

Specie in sede di esperienze peritali, ho espresso il parere che la risposta al quesito in oggetto possa essere ricercata soltanto caso per caso, dopo aver esaminato molti aspetti della personalità del soggetto.

Fra gli studi più recenti, voglio ricordare il contributo dei miei giovani collaboratori Paolo Capri ed Anita Lanotte. P. Capri (1999) in «Il profilo del pedofilo, realtà o illusione?» (Atti della Conferenza sulla pedofilia, svolta a Siracusa il 16-18 ott. 1997), mette in rilievo come le descrizioni dell'incontro pedofilo, nella letteratura specialistica, sono prevalentemente di tipo comportamentistico, piuttosto che intuitivo-dinamiche. Egli chiarisce così un equivoco frequente; sostiene cioè che «non sempre il sintomo della pedofilia ha valore di disturbo psichico relativo, in modo esclusivo, alle perversioni, nelle quali può anche essere inserito, ma solo a livello descrittivo. Sembra avere, invece, significatività relativamente a processi psicopatologici dell'Io stratificati a livello profondo». Continua poi affermando che «un'ultima distinzione dovrebbe essere riferita a quanto l'agire pedofilo viene vissuto in modo conflittuale o meno dal soggetto». Conclude che «dobbiamo ritenere illusorio, almeno per ora, formulare scientificamente il profilo del pedofilo».

Lo stesso P. Capri, in altro convegno, già citato (Roma 1988), nel contributo. «La pedofilia, difficoltà e complessità di interpretazione» (1999), riferisce le interpretazioni del fenomeno relative all'eros greco, esamina la storia del termine e dei suoi significati sia nell'età classica sia contemporanea, in diverse culture, ed accenna ad alcune delle interpretazioni e teorie psicologiche e psicodinamiche. Riporta infine i risultati del test di Roscharch. Nelle conclusioni, afferma che: «raramente la personalità realmente pedofila

assume caratteristiche di violenza fisica. Ciò non toglie, ovviamente, che possano esistere anche, in associazione, pedofilia e violenza, numericamente poco rilevante, secondo la nostra esperienza». Costatando poi che molte ombre avvolgono il problema della pedofilia, rileva che queste potrebbero essere attribuite anche alla limitata produzione scientifica di studi e ricerche, specialmente sui singoli casi.

In occasione della stessa Conferenza di Siracusa, (1997), A. Lanotte ha presentato un lavoro dal suggestivo titolo «La pedofilia: se questo è amore. Psicologia e psicopatologia dell'incontro». Dopo un excursus storico-psicologico sulle perversioni, attraverso Freud, Krafft-Ebing, Kahn, Wyrsch, etc., l'autrice si sofferma sulla definizione della pedofilia, riferendo le opinioni di molti autori. Affronta anche la questione della frequenza del fenomeno, che si può valutare solo dai dati sulle attività criminose. Riferisce poi l'allarme espresso dal giudice Zincani, in occasione del processo tenuto a Bologna nel 1988, nei confronti di sei uomini accusati di reati sessuali a danno di bambini fra i 10 ed i 13 anni, e di commercio di materiale pornografico. Diceva già allora il giudice: «I pedofili, mentre in passato vivevano colpevolmente e di nascosto, oggi organizzano un vero e proprio sodalizio permanente, intessendo una rete di rapporti, senza più freni inibitori… con collegamenti internazionali, statuti, bollettini ecc…». A questo proposito, ricordo come, al castello Belgioioso di Parma, sia stato recentemente presentato il volume «Diario di un pedofilo», di William Andraghetti, un operatore turistico bolognese che ebbe una condanna ad otto anni di reclusione per violenza sessuale su minore.

A. Lanotte, nel lavoro citato, analizza le relazioni oggettuali e lo sviluppo psicosessuale del bambino, e la condizione dello «incontro», per indagare «le individuali modalità dell'essere nell'amore del pedofilo.», illustrando le caratteristiche essenziali della relazione pedofila, la descrive come un incontro caratterizzato dal «gioco segreto», in cui «la corporeità sarà l'ambito stesso dell'incontro amoroso».

Farò ancora un accenno, che può avere anche un carattere storico, alla prima ricerca condotta dal sottoscritto (quando era Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Castiglione delle Stiviere – MN–), nella Sezione Giudiziaria. I tratti comuni messi in evidenza esaminando 156 casi (150 uomini e sei donne) che avevano compiuto reati sessuali contro minori di quattordici anni erano i seguenti:

1. in rapporto alle varie malattie mentali, i soggetti erano distribuiti in frenastenici (42.29%), schizofrenici (12.17%), alcolisti cronici (11.53%), psicosi dell'età involutiva (10.25%): le personalità psicopatiche (14.10%) erano studiate in un gruppo a parte, perché sembrava quello più interessante dal punto di vista della comprensione del fenomeno;
2. c'era una maggiore frequenza di reati sessuali su minori rispetto a quella dei reati sessuali in genere (dato confermato dalle ricerche di Glueck);
3. il rapporto con la malattia mentale era poco significativo;
4. il comportamento pedofilo era più frequente nell'età matura e nei celibi, mentre nella suddetta casistica vi era una scarsa incidenza di reati fra gli educatori o fra coloro che per motivi professionali erano a contatto con bambini;
5. l'aggressività (altri delitti contro la persona) si associava raramente all'attività sessuale;
6. la pedofilia si manifestava prevalentemente in direzione eterosessuale: solo per le personalità psicopatiche, appariva come una tendenza indifferenziata.

Affrontando ora il tema di questo seminario, e cioè il trattamento degli autori dei reati sessuali sui minori, ed il bisogno di formazione degli operatori, accennerò ad alcune considerazioni che riguardano la profilassi. A tale proposito, ricordo uno studio di MM. R. Lafon, J. Trivas e R. Pouget che si domandano se si può prevedere una profilassi di questi comportamenti. La loro risposta è che è difficile lottare contro un fatto culturale, cioè contro la posizione culturale di fronte a questi fatti, basata essenzialmente sul terrore e sul pregiudizio. Purtuttavia, essi ammettono che una prevenzione si impone, e che potrebbe consistere nella correzionalizzazione (sempre di repressione si tratta) di questi reati piuttosto che nei giudizi penali. Il numero importante delle provocazioni e degli atti consentiti facilmente da parte delle vittime, i tempi lunghi che precedono la denuncia, rendono la prevenzione difficile, senza omettere la frequenza dei casi non denunciati, e quindi sconosciuti.

Comunque le misure preventive, secondo gli autori, potrebbero essere:

1. mediche e psichiatriche, con risultati modesti;
2. psicologiche e pedagogiche (nella famiglia e nella scuola con molta prudenza e rapportate al contesto culturale, sociale e ambientale);
3. sociali: nei vari ambienti sociali e familiari la situazione si configura in maniera diversa; in ogni problema culturale bisogna considerare due elementi: la causa che lo fa insorgere, ed il ruolo che esso assume; i due fattori non si debbono confondere.

Per amore di completezza accennerò brevemente anche agli importantissimi problemi che riguardano il trattamento di questi soggetti. Ho detto brevemente perché gli studi, le ricerche su questo argomento non sono molti, e non vengono riportati risultati molto positivi. Personalmente le mie esperienze sono veramente scarse, per cui posso riferirmi solo alla mia lunga pratica di psicoanalista e psichiatra. Ritengo che i dati che riporterò possano servire a tutti gli operatori che entrano in rapporto con queste persone, per cercare di stabilire una relazione valida e proficua.

Vi è da notare, come ha già riferito qui Frenken, che negli operatori c'è un atteggiamento generale di sfiducia e di resistenza emotiva. D'altra parte, anche se spesso nascosto a loro stessi ed agli altri, in tutti gli operatori, è presente una certa repulsione ad interessarsi di questi soggetti, per la carica emozionale che il fenomeno pedofilo implica. Non possiamo, infatti, negare che un fondo di pregiudizio sociale e umano, comune a tutta la popolazione esista anche negli addetti ai lavori – Freud sostiene, infatti «che gli eventi umani i cui significati appaiono enigmatici e inspiegabili e che hanno alla base contenuti intensamente angoscianti, vengono percepiti come perturbanti». D'altra parte in genere gli psichiatri e gli psicologi in specie sono chiamati ad occuparsi di questi problemi principalmente come consulenti tecnici, in occasione di reati commessi da queste persone. La loro opera si esaurisce nel fare un'analisi anche approfondita dell'autore del reato e nel riferire un parere sulla sua responsabilità (capacità di intendere e/o volere, pericolosità sociale) al giudice che glielo ha richiesto. Nella relazione peritale non si chiedono, ne vengono per lo più date, indicazioni di trattamento, avendo la perizia finalità essenzialmente giudiziarie.

Lo psichiatra, che si trova ad operare negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari o specialmente nelle strutture penitenziarie, si può trovare, talvolta, di fronte a questi soggetti. Anche in queste situazioni, almeno in tempi non recenti (attualmente ho notizie che vi sono esperienze – a Lodi e Biella per esempio – anche di trattamento di cui abbiamo qui sentito

parlare e che abbiamo ascoltato con enorme interesse) egli non aveva molti mezzi oltre che i comuni trattamenti psichiatrici tradizionali. D'altra parte ricordo che nel 1972 il V Congresso Nazionale di Antropologia Criminale ha dedicato una giornata alla discussione sul trattamento criminologico negli OPG.

In una mia relazione parlavo allora delle tecniche psicoterapeutiche individuali o di gruppo evidenziando le innegabili difficoltà di applicazione e di realizzazione in ambiente istituzionale; riconoscevo un valore positivo alla formazione psicodinamica degli operatori specie degli psichiatri che poteva influire notevolmente e quotidianamente sul loro atteggiamento nell'affrontare i vari problemi di quelle istituzioni. Aggiungevo che invece i trattamenti, che tendevano a trasformare le istituzioni, cercando di stabilire una vita comunitaria, potevano avere indubbi risultati se si riusciva ad ottenere anche una trasformazione radicale degli atteggiamenti culturali, degli operatori e dei pazienti, e se successivamente si poteva attuare, dopo la dimissione, una prosecuzione del trattamento all'esterno dell'istituzione.

La letteratura attuale mette in evidenza, nella descrizione dei trattamenti, analoghe difficoltà. Queste sono da riferirsi alla conoscenza poco approfondita dei comportamenti, delle varie psicopatologie, ove esistenti, ed alle incertezze degli inquadramenti, dello studio della personalità di questi soggetti e delle relazioni pedofile stesse. Le limitazioni e le difficoltà costituiscono il motivo fondamentale della scarsa diffusione dei trattamenti psicoterapeutici individuali. È qui opportuno ricordare che Kohut (1971), sostiene che lo psicoterapeuta dovrà riferirsi, nel suo lavoro, a tutta la storia personale del soggetto, considerando il disturbo come parte integrante della persona, ed ove possibile, cercare di integrare l'alterazione col funzionamento della mente.

Comunque, attenendoci ai dati essenziali, i trattamenti, in generale, si possono raggruppare in terapie psichiatriche classiche, terapie biologiche, psicoterapie individuali e di gruppo, metodi socio-psichiatrici, inibizione reciproca o contro-condizionamento (per gli ossessivi specialmente) e terapie di decondizionamento. A questo proposito conviene soffermarsi su un argomento molto discusso e cioè quello della castrazione. La castrazione chirurgica viene indicata per i soggeti più gravi che manifestano, però, un accordo formale sul trattamento. I contributi riferiti fanno rilevare però che la terapia è molto contrastata per motivi morali ma anche per i risultati molto discussi. Ellemberger, per quanto riguarda anche la castrazione chimica, ammette che non si può rifiutare a priori un metodo che ha permesso a un numero discreto di delinquenti sessuali recidivi di condurre una vita sociale normale invece di passarla in prigione. Ma questo vale per la castrazione libera e volontaria e per casi selezionati con criteri rigorosi; la cura presuppone inoltre l'esistenza ed il buon funzionamento di un'organizzazione medico-socio-giudiziaria che pochi paesi possiedono attualmente. Anche per la castrazione chimica ormonale sono citati degli inconvenienti (atrofia dei testicoli per trattamenti prolungati). Francesco Bruno (1999), in una relazione sulle «prospettive terapeutiche della pedofilia» (Convegno di Roma, del 12/10/1988), afferma che gli effetti della castrazione chimica, «si sono dimostrati tra i più efficaci, nella riduzione del recidivismo dei crimini sessuali». Egli aggiunge che «questo trattamento è efficace, reversibile e sufficientemente privo di controindicazioni gravi, tuttavia, presenta anch'esso non trascurabili problemi morali, non risolvibili attraverso il necessario e libero consenso informato». Raccomanda poi che alla terapia farmacologica venga associata quella psicologica, poiché l'azione sul fattore biologico facilita l'intervento psicologico ed ambientale. I farmaci utilizzati sono il metoxi-progesterone acetato (MPA), il cyproterone

acetato (CPA), la triptorelina, proposta da ricercatori israeliani. Secondo studi statunitensi, l'MPA consentirebbe di recuperare il comportamento sessuale nell'80 per cento dei casi. Questi farmaci ridurrebbero il testosterone disponibile, venendo così a modificarsi gli effetti sull'aggressività e sull'eccitazione sessuale. Bruno ha riferito, in altre occasioni, d'aver curato, con tali farmaci, un centinaio di persone che presentavano perversioni sessuali, di questi quindici erano pedofili. I suoi pazienti sostenevano di essere cambiati dopo le cure, d'essere, in altre parole, meno schiavi delle loro devianti pulsioni sessuali, e di sentirsi placati.

Non mi dilungo oltre sui trattamenti perché la relazione del prof. Frenken è stata abbastanza esauriente. Desidero solo notare, in concordanza con lui, che è opportuno iniziare a preparare accuratamente progetti d'intervento in cui i trattamenti possano servire come prevenzione delle recidive. Data però l'eterogeneità dei comportamenti degli individui, si ritiene necessario un approfondimento conoscitivo, anche teorico, delle caratteristiche dei soggetti. Dobbiamo tenere presente una regola, che potremmo chiamare clinica; in altre parole, che le reazioni di un soggetto sono incomprensibili se non si conosce il suo protagonista: hanno enorme valore cioè, tutti i dati della sua storia, del suo sviluppo, dei suoi vissuti, del contesto culturale, sociale e ambientale dove ha passato la sua vita e specialmente le interazioni che sono passate fra lui e gli elementi della sua storia.

È indispensabile inoltre dedicare più tempo ed energie alla formazione degli operatori, di coloro che stanno concretamente a contatto con questi soggetti, e di tutti quelli che sono interessati al problema, oltre che della maturazione dell'opinione pubblica. Comunque è importante continuare lo scambio periodico e costante d'informazioni tra gli studiosi, che, per fortuna, vengono da background culturali professionali diversi e che quindi possono contribuire all'allargamento e all'apertura pluridisciplinare, alla conoscenza, ancora purtroppo scarsa, di questi fenomeni e quindi alla progettazione degli interventi che dovranno anche questi essere, naturalmente, pluralistici.

RIASSUNTO

Poche manifestazioni psicopatologiche destano altrettanto interesse e coinvolgimento emotivo quanto le perversioni sessuali. L'opinione pubblica vive il problema della pedofilia con un notevole allarme sociale, e con un'accresciuta attenzione rispetto al passato. La vita sessuale è stata riconosciuta come un diritto dell'individuo, e questo pone delle nuove necessità di definizione e delimitazione in campo scientifico e legale, sia riguardo ai confini dell'esercizio di questo diritto, quando la sessualità si esprime in comportamenti che la coscienza comune attribuisce al campo penale, sia riguardo agli interventi da porre in essere in questi casi, e per la tutela del diritto ad un autonomo sviluppo psicofisico dei minori coinvolti. In questo contesto si fa pressante la richiesta di definizione, conoscenza e rassicurazione che viene rivolta agli psichiatri, in quanto titolari principali del sapere organizzato e dell'agire riguardo al comportamento umano. Si prendono qui in esame alcuni dei contributi più significativi sul tema, da parte di psichiatri delle più varie tendenze, con particolare attenzione ai lavori più recenti. Pur nella prevedibile eterogeneità delle visioni e degli aspetti presi in considerazione, si possono individuare alcuni quesiti e questioni di particolare e comune interesse. È innanzitutto da verificare se esista un aumento reale del fenomeno. È opinione dell'autore, in accordo con la maggioranza degli studi, che non di aumento reale si tratti, ma di accresciuto allarme, maggior disponibilità d'informazioni, e maggior sensibilità ai diritti dei minori. La seconda questione è se la pedofilia debba essere considerata o no una perversione, e se sia da considerare una forma autonoma. Vengono poi riportate e discusse le principali teorie etiopatogenetiche. Il quarto problema riguarda lo studio delle personalità dei pedofili, per verificare l'esistenza di tratti comuni, che possano essere considerati caratteristici o specifici. L'autore esamina il tema seguendo le grandi linee teoriche della psichiatria contemporanea, con particolare attenzione alle prospettive analitica ed antropofenomenologica. La maggioranza dei contributi più qualificati concorda nella inesistenza di un «typus paedophilus», mentre sarebbero sempre presenti, nei pedofili, degli elementi aspecifici, quali immaturità ed inibizione sessuale. Vengono poi discusse le forme di trattamento mediante medicinali e psicoterapia, nelle sue varie forme. Si sottolinea l'importanza di valutare ciascun caso singolarmente e la necessità e validità di un approccio multidisciplinare, sia ai fini della miglior conoscenza del fenomeno, sia di un più efficace trattamento. Allo stesso modo si deve cercare di migliorare l'informazione a disposizione della pubblica opinione, per promuovere un atteggiamento meno ideologico e più consapevole.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (1994). Tr. It. Masson, Milano 1996.

BARNI M. I delitti a sfondo sessuale. Aspetti giuridici. In Rivista Fed. Med. Nro. XLI, pagg. 9-10.

BONAFIGLIA L. Rassegna bibliografica sulle possibili strategie terapeutiche impiegate con pazienti pedofili in: La problematica attuale delle condotte pedofile. Ed. Riun. Roma. 1999. Pagg. 269-301.

BOSS M. Senso e contenuto delle perversioni sessuali. Sugarco Ed. Milano. 1962.

BRAUTIGAM W. Teoria della perversione sessuale. Atti del IV Congresso mondiale di psichiatria. Madrid 1966.

BRUNO F. Prospettive terapeutiche delle pedofilie. La problematica attuale delle condotte pedofile. Ed. Univ. Roma 1999 pagg. 213-222

BRUNO F. Castrazione chirurgica? intervista in: La Repubblica 3/9/1996.

BURGER-PRINZ H. Die Personlichkeit des Paedofilen. In Beitrag Sexualforsch. 34. 1965. Pagg. 18-23.

CALLIERI B., CASTELLANI A. Aspetti antropologici dei comportamenti sessuali abnormi. In Rass. Med. Foren. 8.1. 1970.

CALLIERI B., FRIGHI L. Aspetti psicologici e psicopatologici delle pedofilie. In La problematica attuale delle condotte pedofile. Ed. Univ. Roma. 1999. Pagg. 39-50

ELLEMBERGER H. Castration des pervers sexuels. Enc. Med. Chir. 37105 H10. Parìs. 1955.

FENICHEL O. Trattato di Psicoanalisi delle Nevrosi e delle Psicosi. (1945). Tr. It. Astrolabio. Roma. 1951.

FERRIO C. Trattato di psichiatria clinica e forense. I ed. 1959, II ed. 1970 UTET. Torino. 1959 pagg.1624-1625.

FORNARI U. Delitti a sfondo sessuale. Aspetti epidemiologici. In Riv. Fed. Med. nro. XLII. 1.1988.

FRENKEN J., GIJS L.M.A., DAAN VAN BEEK M.A. La ricerca ed il trattamento dei delinquenti sessuali in Olanda. Relazione al Seminario Internazionale . Roma 10-12/3/1999.

FREUD S. Tre saggi sulla teoria sessuale. Tr. It. Opere, vol. IV. Boringhieri . Torino, 1970.

FREUD S. Il perturbante. In L'Io e l'Es ed altro. Tr. It. Opere. Vol.IV. Boringhieri. Torino.1989.

GABBARD G.O. Psichiatria psicodinamica. Tr. It. Raffaello Cortina Ed. Milano. 1995.

GEBSATTEL V.E.VON. Allgemaine und medizinische Antropologie des Geschletslebens. Die Sexualitat des Menschen. F. Euke Verlag. Stuttgard 1968.

GIESE H. Psychopathologie der Sexualitat. F. Euke Verlag. Stuttgard. 1962.

GLUECK B.C. JR. PEDOPHILIA, SEXUAL BEHAVIOR AND THE LAW. Thomas Publ. Sprigfield Illinois. USA.1965.

IARIA A. Contributo allo studio della pedofilia e delle sue implicanze psichiatrico-forensi. In Il Lav. Neuropsichiatrico Vol 44. Fasc. 3. 1968.

IARIA A. Esperienze di trattamento nell'ambito degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. In Atti del V° Convegno Naz. Di Antropologia Criminale. Bergamo 24/91972. Pubbl. a cura dell'Ospedale Maggiore. Bergamo. 1972.

IARIA A., LA NOTTE A., CAPRI P., BAMBINO A.M, DE PETRILLO A., FUERTE L., LIVERANI T. La Pedofilia. Comunicazione e contesto sociale nell'ambito dei reati sessuali su minori Attualità in Psicologia. Anno XI vol2. EUR Ed. Roma. 1999.

KOHUT H. Narcisismo del Se. (1971). Tr. It. Boringhieri. Torino 1976.

KOHUT H. La guarigione del Se.(1977). Tr. It. Boringhieri. Torino. 1980.

KRAFFT-EBING R.VON. Psichopatia Sexualis. (1886). Tr. It. Manfredi. Milano. 1953.

KUNZ H. Zur Theorie der Perversionen in Monatschr. fur Psychiat. 105.1.1942.

LAFON M.M.R., TRIVAS J., POUGET R. Aspects psichologiques sur les enfants et les adolescents. Annales Medico-Psycholog. II. Nro.5. dec. 1958.

MARCHETTI M. Condotte antisociali e parafilie. Problematica attuale delle condotte pedofile. Ed. Riun. Roma. 1999. Pagg. 85-94.

MASUD KAHN R. Alienation in Perversion. Hogart Press. London 1979. Tr. It. Le figure della perversione. Bollati Boringhieri 1982

MAYER GROSS W., SLATER E., ROYH M. Psichiatria Clinica. Tr. It. Tip. Classica. Firenze. 1959.

Mead M. Psichiatria ed Etnologia. Psichiatria del Presente. Tr. It. ETIM Vaduz. Tip. PUG. vol. X. Roma. 1968. Pagg. 3-27.

MOLL A. The sexual Life of the Child. Mc Millan Co. New York. NY. USA. 1912.

PLAUT P. Der Sexualverbrechten und seine Personlichkeit. Enke ver. Stuttgart.1954.

RENARD M. Troubles du comportement sexuel. In Enc. Med. Chir. Psy. Vol I° 37105 GIO. Parìs 1955.

ROSOLATO G. Perversions sexuelles. In Enc. Med. Chir. Psychiat. 37392 A10 e C10. Parìs 1955.

SCHULTE W. Griese als Tuterunzuchtiger Handlungen an Kindern. In Ms. dir. Krim. 5/6. 538. 1959.

WYRSCH J. Die sexuellen Perversionen und psychiatric-forensische Bedeutung der Sittlichkeitsdelikten. Psychiatrie der Gegenwart. Band III. Springer Verlag. Berlin 1961.

STRAUS E. Evénement et expériences vécues. Berlin. 1930.

WYSS R. Unzucht mit Kindern. Springer Verlag. Berlin 1967.

ZAPPAROLI G. Introduzione. in Le Deviazioni Sessuali. A cura di Rosen I. Bompiani. Milano. 1968.

Relazione del

prof. ANTONINO IARIA (*)

Il problema della pedofilia: aspetti psichiatrici e psicologici

È indubbio che il mio intervento si colloca in uno spazio diverso da quello delle relazioni precedenti, e forse dalle finalità immediate di questo Seminario. Devo dapprima ringraziare il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria per l'occasione che mi offre di riparlare di un argomento di cui m'interesso da molti anni.

Per introdurci nel tema, che ho avuto l'incarico di svolgere, com'è mia abitudine, mi riferirò ad una citazione che mi serve ad inquadrare il problema. Giovanni Carlo Zapparoli, noto psicoanalista e psichiatra milanese, nell'introduzione all'opera «Le deviazioni sessuali» a cura di Ismond Rosen (Bompiani, Milano 1968) afferma:

«Non si può negare che poche manifestazioni psicopatologiche destano altrettanto e così diffuso interesse quanto quell'insieme di comportamenti, impostazioni psicoemotive, razionalizzazioni a volte pseudofilosofiche, che convergono a costituire i vari quadri di perversione sessuale. E nello stesso tempo pochi problemi sono stati affrontati dall'uomo della strada come da quello della scienza, sulla scorta di così evidenti pregiudizi e con tanta implicazione passionale. Anche chi voglia – per così dire – porsi al di fuori o al di sopra della mischia, assumendo per quanto lo riguarda una posizione spassionata ed obiettiva, non solo incontra difficoltà nel suo tentativo di stabilire quale tipo di pregiudizio ha determinato le conclusioni di ciascuno studioso dell'argomento, ma corre il rischio di nascondere, proprio sotto il ruolo di giudice imparziale, tutta una serie di impostazioni mentali preconcette che affondano le loro radici negli strati più riposti della sua personalità».

Questa premessa indica quanto la percezione sociale che oggi si accompagna ad un forte coinvolgimento emotivo, abbia un'importanza non trascurabile nell'individuare il fenomeno della pedofilia, e nel tentarne una conoscenza più approfondita, indispensabile per gli interventi successivi. Le reazioni violente, lo sdegno dell'opinione pubblica a tale tipo di reato di cui viene

———————

(*) Direttore del Centro Studi di Psichiatria e Scienze Umane – Santa Maria della Pietà – Roma.

a conoscenza, secondo Glueck (1965), appaiono spropositate. Egli aggiunge che può darsi che il verificarsi di un impulso sessuale che può rappresentare la manifestazione aperta di impulsi, latenti in noi tutti, ci metta a confronto con la minaccia di un prorompere di questi,

che noi ci sforziamo continuamente di negare e di controllare. Secondo gli insegnamenti della psicoanalisi è probabile che in tutte le persone che si occupano della cura dei bambini ci sia una qualche reazione sessuale (in senso ampio) di solito repressa così completamente che viene percepita raramente, oppure mai.

Ecco perché nel recente Convegno all'università degli Studi di Roma «La Sapienza» del 16 e 17 ottobre 1998 (Atti che sono stati pubblicati, in questi giorni, dalle Edizioni Universitarie Romane) ho affrontato proprio la posizione dello psichiatra di fronte al problema della pedofilia. In quell'occasione affermavo, a tale riguardo, che: «l'opinione pubblica vive da anni il fenomeno con un certo allarme sociale, con una massiva, insistente ed assillante domanda di informazioni ed una richiesta di interventi per un'immediata e definitiva soluzione del problema, ma specialmente di tutti gli aspetti più minacciosi, sentiti come carichi di rischi e violenza».

Il problema era stato affrontato, in precedenza, da molti altri studiosi. Infatti, anche il Seminario su «Pedofilia tra scienze umane e giustizia penale», svoltosi a Siracusa dal 16 al 18 ottobre 1997 cercava di dare un contributo alla conoscenza di questi fatti terribili ed incomprensibili (chiamati mostruosi), che suscitano perciò una fortissima ansia.

D'altra parte, assieme ad un gruppo di collaboratori con i quali avevamo studiato questa tematica sotto vari aspetti, c'eravamo resi conto dell'importanza della «comunicazione e della situazione sociale nell'ambito dei reati sessuali su minori». Avevamo perciò analizzato come la stampa nazionale aveva trattato tale fenomeno sempre attraverso lo studio di questo tipo di reato sessuale. La ricerca si era avvalsa dell'osservazione dei dati raccolti presso l'archivio computerizzato dell'ANSA, con riferimento ai reati sessuali su minori, nel periodo compreso tra novembre 1987 e maggio 1994. Avevamo utilizzato la parola chiave d'entrata «PEDOFILIA» che prima del 1987 non compariva nell'archivio. Tralasciando l'analisi particolareggiata dei dati della ricerca (pubblicati in: «La Pedofilia. Comunicazione e contesto sociale nell'ambito dei reati sessuali su minori», «Attualità in psicologia», Anno XI-1996 n°6) si riportano qui solo le conclusioni:

1. «negli ultimi dieci anni la stampa ha mostrato una maggiore attenzione nei confronti dei reati sessuali sui minori ed in generale;
2. non sembrano modificarsi – pur cambiando i tempi – i rapporti tra vissuti e realtà nel senso che è mantenuto tuttora un coinvolgimento emotivo maggiore verso ciò che non si conosce, rispetto a ciò che si conosce;
3. la definizione «Pedofilia» trova più spazio nel linguaggio comune rispetto a prima, ma contemporaneamente, continua a non trovare una chiara posizione scientifica, né una chiarificazione con riferimento alle sue origini, a parte gli enunciati della psicoanalisi, ormai sottoposti a revisione critica, ed alle vecchie e nuove teorie sulla costituzione degenerata».
4. «viene confermata, quindi dalla stampa, la persistenza nella società, (anche se forse attenuata), dell'immagine del «mostro», del maniaco, in riferimento alle aggressioni e violenze sessuali nei confronti dei minori. C'è la tendenza ad esorcizzare la pedofilia, che suscita ancora paura, timori e terrori collettivi molto disfunzionali al vivere quotidiano».

In questa situazione l'opinione pubblica, anche attraverso i media, continua, in modo pressante, ad esercitare una richiesta insistente d'informazioni di carattere esauriente ed un'esatta delimitazione e definizione del pedofilo, che lo individui, lo includa e lo rinchiuda

nel dominio del patologico. È da considerare però che la situazione culturale e sociale attuale si è notevolmente modificata nei riguardi della libertà sessuale. Mauro Barni, in un contributo sui «delitti a sfondo sessuale» (1988), sostiene giustamente che il «sesso si sdrammatizza, si svelena, ma esige al contempo una sua tutela, che s'identifica con la difesa della persona e dei suoi diritti».

Ma l'espressività sessuale può essere garantita solo da una migliore conoscenza della sessualità e dalla repressione della violenza sessuale. «I due momenti che sembrano in contrasto sarebbero invece fortemente legati e complementari di un'unica fenomenologia»; è ribadito qui il carattere di questi reati, intesi come delitti contro la persona. Invece delle vecchie e comode barriere del buon costume, questi diritti sono garantiti maggiormente da un valido ed efficiente controllo sociale contro i rischi reali.

Di fronte a tali domande, gli psichiatri, che vengono riconosciuti come titolari del sapere e dell'agire riguardo all'animo umano, hanno sempre mantenuto un atteggiamento ambiguo; essi cioè, pur carenti di conoscenze approfondite, hanno accettato l'investitura attribuita loro dall'opinione pubblica. Hanno quindi mantenuto la delega come persone che più sanno e possono, e che quindi sono in grado di rispondere alle richieste di conoscenza e rassicurazione. È da osservare qui che buona parte dell'allarme sociale nei confronti della pedofilia risponde a quella violenza dei comportamenti che, forse a torto, viene associata comunemente al fenomeno. Francesco Bruno, professore di Psichiatria Forense all'Università La sapienza di Roma, (1999) avverte, in modo chiaro, che la violenza non è caratteristica dei "pedofili", e che quelli che uccidono i bambini, eventualmente dopo averli violentati o torturati, non sono pedofili, ma sadici, malati di mente, oligofrenici. Il pedofilo, a modo suo «ama» il bambino, che ricerca individualmente, e col quale stabilisce un rapporto intenso, di tipo paterno. Egli possiede una sensibilità straordinaria, che col tempo sviluppa ed affina. Viene così a costituirsi un rapporto pervertito, e quindi patologico, con potenziali effetti destrutturanti sulla personalità del minore. Non si deve pensare che Bruno indulga ad un'idealizzazione del fenomeno; la sua descrizione del pedofilo è frutto di conoscenze rigorosamente scientifiche. Lo studio dell'autore esprime, inoltre, un'opinione di disaccordo rispetto all'ipotesi interpretativa secondo la quale, all'origine del comportamento pedofilo ci sarebbe una ripetizione di atti subiti nella propria infanzia. Egli sostiene che l'influenza di simili esperienze va considerata come un fattore aspecifico di violenza, come avviene nei serial killers, negli schizofrenici etc…

Anche il criminologo Marco Marchetti, dell'Università di Tor vergata, di Roma, riporta, in un recente studio del 1999, i dati di alcune ricerche (Abel 1989), secondo cui gli atti di violenza sessuale da parte dei pedofili sarebbero relativamente rari, e che nella maggioranza dei casi, essi si limitano ad atti di esibizionismo, ed a contatti sessuali senza elementi di violenza (Finkefor e Lewis, 1988). L'autore sottolinea il fatto che «il termine pedofilo, viene usato impropriamente, anche per connotare situazioni di incesto, o, ancora, la ricerca di contatti con prostitute adolescenti, o nei confronti di omicidi sadici di bambini; situazioni tutte che poco hanno a che fare con la pedofilia, sebbene alcuni sostengano che l'aggressione ed il sadismo siano tratti fondamentali della pedofilia» (Meyer, 1995). F. Bruno conclude poi, che «le reazioni dell'opinione pubblica e della stampa, nonché il quasi ossessivo ed indiscriminato intervento penale richiesto (che spesso si vuole il più severo possibile), di fronte a fenomeni che vengono, genericamente ed impropriamente definiti pedofilia, testimoniano, in realtà, la grande difficoltà che, nonostante tutto, noi proviamo

ancora nel trattare e comprendere la complessa natura e le dimensioni della nostra sessualità».

Una breve rassegna delle opinioni di psichiatri, psicoanalisti ed altri studiosi che si sono occupati dell'argomento mettono in evidenza l'eterogeneità delle opinioni, che d'altra parte riflette quella delle anomalie, e sostanziali differenze interpretative anche nell'ordinamento nosografico. Riferirò qui una piccola parte dell'enorme bibliografia esistente, ed accennerò specialmente ai contributi contenuti negli Atti delle due riunioni, svoltesi recentemente su questa problematica, quella di Siracusa, del 16-18 ottobre 1997, e quella di Roma, del 16-17 ottobre 1998.

Comunque per dare un quadro, succinto, ma il più possibile esauriente, ma anche più chiaro, dei contributi più significativi, riporterò i dati raggruppandoli in punti che si riferiscono principalmente ad alcuni temi importanti; su questi potremo impostare una discussione. Tanto più che il mio intervento è rivolto (forse prevalentemente a quanto mi è dato sapere) ad operatori che si trovano quotidianamente a contatto con queste persone, principalmente nelle carceri e negli ospedali psichiatrici. Essi vivono quindi il problema sulla propria pelle, ed hanno perciò l'esigenza di conoscere i contributi più interessanti sull'argomento.

Il primo quesito che si può affrontare è se negli ultimi anni vi è stato, tenendo conto anche dell'aumento della popolazione, un incremento dei reati sessuali sui minori (parliamo sempre di reato perché le ricerche sono possibili prevalentemente su questi comportamenti anormali che vengono individuati e perseguiti). Il presunto aumento potrebbe anche essere in relazione con un accrescimento dell'interesse del pubblico dimostrabile in tutto il mondo. Inoltre questi reati sarebbero, sotto la pressione della pubblica opinione, più rigorosamente indagati e perseguiti dalle autorità e vi potrebbe essere una più pronta disposizione della popolazione a denunciarli. Indubbiamente i fattori si uniscono e si intersecano ed è difficile quindi distinguerli. Purtuttavia esperti criminologi come Schultz (1959), Burger-Prinz (1965), e Giese (1962), ritengono che vi sia un aumento di questi reati ed anche Wyrsch (1961) è dello stesso parere, mentre Wyss (1967) è di idea contraria. Le cause di questo eventuale aumento sono interpretate diversamente dai vari autori. Comunque si invocano come il solito le trasformazioni della struttura sociale, la grande tolleranza in genere nei confronti della sessualità, la crescente infantilizzazione e la trascuratezza educativa dei genitori e della scuola ed infine un più rapido sviluppo psicosessuale (individui ancora bambini, ma sessualmente seducenti).

Vale qui la pena di segnalare lo studio, riportato in una relazione di Anna Colucci e Coll., intitolato «Presentazione di uno studio pilota sulla pedofilia», negli «Atti della Conferenza sulla pedofilia, Siracusa, 16-18 ottobre 1997». Gli autori riportano le cifre ufficiali sul fenomeno, partendo dalle statistiche redatte a cura del dipartimento della Pubblica Sicurezza (1996), in un dossier compilato per l'audizione alla Commissione Giustizia. I dati numerici e percentuali, per gli anni 82-96 sono molto interessanti e, sebbene non sia possibile riportarli per intero, emergono comunque, da questi, alcuni elementi molto importanti che così possono essere sintetizzati:

1. la maggior frequenza degli abusi sessuali sui minori in contesto familiare, specialmente padre su figlia, per lo più di basso ceto sociale;
2. gli autori del reato sono persone con cui i minori hanno, comunque spesso, rapporti almeno di parentela, conoscenza e frequentazione abituale. Altrimenti sono persone cui il minore è affidato per cura o custodia;

3. è dubbio se il riferito aumento del fenomeno sia dovuto ad una sua maggior visibilità, o ad un'accresciuta attenzione al mondo dell'infanzia, piuttosto che ad un aumento reale.

Analogo interesse rivestono i risultati di una ricerca svolta, dagli autori succitati, con un questionario sulla

- percezione della pedofilia,
- pedofilia e contesto familiare
- mass-media e pedofilia
- conoscenza delle leggi in merito.

Le conclusioni sottolineano la mancanza d'informazione sulla pedofilia. L'ignoranza si traduce così in «sentimenti d'ansia e paura nella gestione dell'affidamento dei minori, ed in una crescente richiesta di durissime sanzioni, come fossero una pozione magica in grado di esorcizzare il problema». L'ipotesi del trattamento è vissuta cioè come inadeguata e non soddisfacente.

I dati riportati, a mio parere, rischiano di essere troppo generici e forse poco scientifici. Vi è qui da rilevare che l'antropologa Margareth Mead (1968) e la sociologa Schelsky, dimostrano quanto i ruoli sessuali siano influenzati da fattori socioculturali, ambientali, gerarchici e religiosi attraverso norme che portano a pene e a tabù. Glueck (1965) afferma che non esiste un modo semplice per determinare l'incidenza della pedofilia perché non è possibile ottenere cifre esatte su arresti e condanne per qualsiasi delitto sessuale e particolarmente su minori.

È possibile, d'altra parte, che ogni passo nella costruzione della sessualità matura celi il rischio di un fallimento, che non spinge però necessariamente ad atteggiamenti errati nell'ordine o contro l'ordine (come sostiene Giese, nel 1962).

L'eventuale aumento della frequenza del fenomeno, rimane quindi dubbio, e può non apparire di grande rilevanza.

Il secondo quesito riguarda la questione se la pedofilia sia un'autentica perversione sessuale, e inoltre se, comunque, possa considerarsi una forma autonoma.

Le risposte, dei diversi autori, sono differenti ed evidenziano quanto sia difficile l'inquadramento di tale alterazione negli schemi psicopatologici che risultano abbastanza rigidi. Wyss (1967), in un'ampia ricerca, ad esempio, afferma che si tratta di una pseudoperversione e che si può parlare di perversione solo nel caso di soggetti omosessuali. Egli ammette che la pedofilia è una perversione, se si considera che essa è uno smarrimento, o una distruzione della «giusta realtà dell'amore» (Gebsattel, 1968). Afferma però che, facendo riferimento ai disturbi guida delle perversioni sessuali enunciati da Giese (1962), che indicherò nel prosieguo del mio intervento, solo il gruppo dei pedofili omosessuali si adatterebbe a quello schema e che gli eterosessuali tendono ad un fine e ad un oggetto pulsionale prevalentemente normale, ma si smarrirebbero per svariati motivi nella realizzazione di tali mire. L'autore a questo punto si interroga sul concetto di perversione. A tale proposito, egli sostiene che esiste un'autentica perversione solo nel caso in cui non viene pensato e neppure attuato nella fantasia un rapporto sessuale con un partner maturo valido dell'altro sesso. Invece quando un oggetto di compensazione viene più o meno animato nella fantasia fino a diventare realtà bramata, in breve, cioè, dove l'attuazione è deficiente rispetto al voluto o ove diventa efficace il principio della pars pro toto, si dovrebbe parlare di pseudoperversione. I veri perversi avrebbero una posizione,

secondo Giese (1962), errata «contro l'ordine», mentre gli altri occuperebbero una posizione errata «nell'ordine».

La pedofilia viene interpretata da Wyss, nella ricerca citata (1967), come una pseudoperversione, cioè come una manifestazione sintomatica determinata da alterazioni molto eterogenee della personalità.

Come rilevavo in precedenti lavori, in molti trattati di psichiatria noti, come quello di Mayer Gross, Slater e Roth e Henderson e Gillespie (1959), il termine pedofilia non viene menzionata. Anche una delle opere italiane più conosciute, se pur non recente – il Trattato di Psichiatria Clinica e Forense, di C. Ferrio –, nella prima edizione (1959), non riportava tra le perversioni la pedofilia; solo nella seconda, pubblicata nel 1970 dopo il Convegno di Milano del 1948, compariva la pedofilia come forma autonoma.

E venendo al DSM IV (1996), che è l'inquadramento statistico-diagnostico più noto e più usato attualmente (anche se da molti ed anche dal sottoscritto non pienamente accettato) si rileva che esso comprende la pedofilia tra le parafilie.

I caratteri distintivi che il manuale riporta sono i seguenti:

• la persona «pedofila» deve avere almeno sedici anni ed almeno cinque più del bambino, che deve essere prepubere e di meno di tredici anni di età;

• l'andamento della «Pedofilia» è cronico, con periodi che durano più di sei mesi, e che sono ricorrenti; sono presenti fantasie sessuali, pulsioni e comportamenti sessuali con minori; l'esordio si situerebbe nell'adolescenza, anche se alcuni autori lo datano nell'età adulta;

• si evidenzia un'influenza notevole delle fantasie, delle pulsioni e dei comportamenti sessuali sulle attività sociali, occupazionali, ed in tutti i campi del funzionamento mentale.

Un altro punto sul quale conviene soffermarsi, anche se brevemente, è quello della eziologia dei comportamenti pedofili. Anche qui si mettono in evidenza tutte le incertezze e i dubbi d'inquadramento: alcuni attribuiscono l'alterazione a cause costituzionali e degenerative (Kraft-Ebing (1886) parla di un sistema nervoso degenerato o malato, Moll (1912) di una costituzione ereditariamente tarata), altri danno la prevalenza a fattori psichici emozionali inconsci, oppure ancora mettono in risalto le variazioni culturali, sociali dando importanza al fatto che la definizione del fenomeno e i suoi limiti sarebbero influenzati dalla variabilità dei contesti storici, sociali ed ambientali. Wyss in una ricerca (Unzucht mit Kindern, 1967), afferma che la letteratura sull'argomento è abbastanza vasta, non sembra possibile però dimostrare, secondo l'autore, che una qualche condizione (fisica, psichica o costituzionale) ne sia la causa. Non sono stati nemmeno isolati (come sostiene Brautigam) fattori ambientali o costellazioni dell'infanzia dalle quali, anche solo con una certa probabilità, potrebbe derivare un atteggiamento sessuale abnorme. Bruno (1999) è incline a ritenere la pedofilia «un disturbo che scaturisce da un coacervo di elementi, sia di natura psicodinamica, che neuroendocrinologica». Egli aggiunge che il «disturbo ormonale» si situa a livello ipotalamico.

L'importante lezione delle teorie antropofenomenologiche ci fa considerare oltre l'origine delle perversioni anche la loro essenza ed il loro significato intrinseco. Secondo Straus (1930), Von Gebsattel (1968), Kunz (1942) ed altri, esse si manifestano come varianti, errori e distruzioni della forma, conforme alla norma, integrale della realtà dell'amore nel suo aspetto normale e nella sua interezza.

Per Kunz (1942) nei perversi è disturbata la tenerezza; Brautigam (1966) presenta nella perversione «il desiderio e nel frattempo l'incapacità all'incontro con l'altro e lo sforzo di dischiudersi nella vicinanza dell'altro e di abbandonarsi ad esso».

Medard Boss (1962) vede nella perversione la rottura della corazza irrigidita e limitata, la quale caratterizza il progetto mondano degli individui, da lui studiati, che erano nevrotici sviluppati con difetto.

Importanti e numerosi lavori in questo campo sono venuti da Bruno Callieri, Luigi Frighi e Antonio Castellani (1970). Non è qui possibile riferirne per esteso (le indicazioni precise si trovano nella bibliografia, o nei miei precedenti lavori, in cui li ho ampiamente citati); accennerò soltanto, schematicamente, ai più recenti. Callieri e Frighi (1999), sostengono che «l'incontro pedofilo», anzi, la «vergegnung» pedofila, cioè il negativo dell'incontro, è una delle più tipiche parafilie, legata anzitutto alle evidenti discordanze cronologiche. Il pedofilo, ma non raramente la pedofila, mostrano una fissazione della libido a livello dei giochi genitali infantili, mentre il bambino, o la bambina, mostra una precocità d'intuito che supera largamente la semplice curiosità, fino a giungere, a volte, ad una sollecitazione, tanto più eccitante, quanto più, soltanto apparentemente, ingenua, se non apertamente seduttiva». Gli autori aggiungono poi che «si mostra così pienamente, l'equivoco antropologico inerente alle condotte pedofile, che si sventagliano lungo tutta una serie di fenomeni e di percorsi psicopatologici che si sovrappongono e divergono tra di loro, nelle modalità più diverse. Non esiste una psicopatologia univoca, né un typus paedophilus».

A. Castellani, studioso purtroppo scomparso, scriveva nel 1965, a tale proposito: «il corpo, come luogo dell'incontro con l'altro, richiede una realtà duale in termini di riconoscimento, differenziazione e definizione del Sé, soprattutto al fine di relazionarsi alle istanze dell'altro in modo reciproco, riconoscendo la presenza dell'altro nella sua dimensione corporea e personologica». Egli esprimeva, nel suo contributo, un dubbio sull'assoluto predominio della componente violenta e sadica, per insistere piuttosto sul grave pericolo inerente «suapte natura» alla condotta pedofila, con le gravi conseguenze sulla psicosessualità in formazione del piccolo partner. L'autore escludeva dalla pedofilia i casi più gravi ed additati alla pubblica ignominia.

Comunque sembra che la pedofilia si trovi al margine della trattazione delle perversioni, e, neppure concettualmente, sono tutti concordi nel classificarla (Wyss, 1967) fra le entità psicopatologiche classiche.

Dal punto di vista psichiatrico le perversioni vengono interpretate da alcuni autori come psicopatie e così associate, come afferma Kahn (1964), dal punto di vista nosografico, alle personalità abnormi nella loro totalità.

Wyrsch (1961) classifica le perversioni tra le reazioni e sviluppi psichici abnormi, ma ritiene che alla base e come premessa vi siano dei fattori costituzionali, quali la debolezza delle pulsioni ed un carattere che favorisce un'elaborazione abnorme di fatti psichici. Disturbi patologici della struttura della personalità sono presenti nei soggetti, in cui il comportamento pedofilo compare improvvisamente; la persona viene a trovarsi così, completamente e precisamente al di fuori del quadro di una vita e di un tipo di personalità che può essere per altri versi normale. Burger-Prinz e Fischer (1965), rilevano, nei pedofili, disturbi patologici della struttura della personalità. Gli autori indicano come distintivi di queste personalità processi involutivi con perdita di vitalità, ma anche psicosi endogene, traumi cerebrali organici ed ebbrezza acuta da alcool; in questi casi l'affezione avrebbe coinvolto tutta la personalità.

Fischer distingue, in questo gruppo sintomatico, un gruppo nucleare nel quale il fenomeno pedofilo non può essere riferito a disturbi che si possono inquadrare con diagnosi psichiatriche.

Dal punto di vista psicoanalitico (farò qui solo un breve cenno, perché è stato scritto molto su questo tema da vari autori ed anche dal sottoscritto e dai suoi collaboratori). Freud (1905) prima e Fenichel (1941) poi, interpretano le perversioni secondo la teoria delle pulsioni. La scelta pedofila è ricondotta ad una scelta oggettuale narcisistica. L'angoscia di castrazione farebbe preferire come oggetti sessuali i bambini per superare i conflitti e i disagi di rapporto con le figure adulte.

L'atto pedofilo, secondo Renard (1955), sarebbe l'atto terminale di «un processo complesso di difesa; il suo desiderio dovrebbe essere considerato un autentico sintomo nevrotico. Glueck (1965) riporta l'ipotesi che la pedofilia sia la conseguenza del blocco dello sviluppo psicosessuale, in seguito ad un trauma precoce, o, meglio, per un'atmosfera restrittiva della sessualità. Lo stesso autore, con Hammer (1957) avevano individuato quattro fattori fondamentali alla base della pedofilia, e cioè: reazione al complesso edipico, con paure di castrazione e dei rapporti con l'altro sesso in condizioni di sviluppo con inibizioni relazionali ti tipo schizoide/schizofrenico; debolezza dell'Io ed inadeguato controllo degli impulsi. Kohut (1971-77), superando la classica teoria delle pulsioni, e basandosi sulla psicologia del Sè, mette in risalto come "l'attività perversa comprenda un tentativo disperato di ristabilire l'integrità e la coesione del Sè, in assenza di risposte empatiche" da parte degli altri. Più recentemente, Mitchell (1988) sostiene che l'attività sessuale può essere legata ad una fuga dalla relazione oggettuale, ai fini della ricerca di una propria autonomia. Gabbard (1994) sostiene che l'attività pedofila, inconsciamente idealizzata, arriva paradossalmente a creare una nuova sicurezza, in quanto il rapporto viene vissuto come fusione con un oggetto ideale, fino ad una ri-formazione di un Sè giovanile.

Riferite le indagini e tentativi di far rientrare i comportamenti pedofili in quadri psichiatrici conosciuti, tentativi che, come si è visto, hanno avuto poco successo, vediamo gli apporti dei vari studiosi sulla personalità del pedofilo e sugli eventuali caratteri distintivi.

Per la trattazione dei contenuti più importanti su questo punto, iniziamo sempre da Kraft-Ebing (1886, il primo psichiatra, come già detto, che si è occupato della «pedofilia erotica»). Egli distingueva i casi non psicopatologici da quelli psicopatologici. Tra i primi annoverava «individui dissoluti che hanno sperimentato tutti i tipi possibili di pratiche sessuali normali e abnormi con donne ed il cui unico scopo per danneggiare una fanciulla poteva essere quello di sperimentare una nuova situazione». Aggiungeva che in questi soggetti è possibile che il vigore per una relazione sessuale con una donna non sia più sufficiente oppure abbisogni di stimoli nuovi. Vi sono, sempre secondo l'autore, anche giovani che non si fidano, o non si fidano più, del proprio vigore e della propria sicurezza per avere rapporti con una donna adulta. La ricerca pedofila, che appare più rassicurante, rappresenta quindi un rimedio equivalente all'insuccesso nel coito, vero o previsto, e si limita talvolta a manifestazioni di palpamento. Altre caratteristiche comuni a queste persone, secondo Kraft-Ebing (1886), sono: tare ereditarie, tendenza primaria verso soggetti immaturi, rappresentazioni voluttuose e semplice palpamento libidinoso che può portare da solo al soddisfacimento sessuale.

Anche Lipmann ritiene che gli autori di reati di libidine su bambini abbiano una ridotta capacità psichica in tutti i campi, dai gracili di mente fino agli idioti.

Kahn (1964) insiste sulla inadeguatezza di questi soggetti che manifestano: timidezza, insicurezza, paura di fallimenti nel confronto con un partner maturo, per una sostanziale immaturità.

Gillins trovò che molti di questi soggetti erano stati educati fuori dall'ambiente familiare, non si sentivano amati, vivevano con coppie genitoriali non riuscite, alcuni erano illegittimi, spesso erano pregiudicati penali e non avevano un mestiere. Molti di essi avevano tare familiari, non erano sposati, o erano divorziati, o alcoolisti, o illegittimi (statisticamente il doppio che nella popolazione media) o, infine, sviluppati sessualmente in ritardo.

Tutti gli autori (Ellis, Shaskan, ecc.) hanno rilevato, costantemente nei pedofili, un'immaturità ed un'inibizione sessuale. Le affezioni chiaramente psicopatologiche come le psicosi, l'epilessia, l'alcoolismo non sono state evidenziate in un grande numero di soggetti. Alcuni di questi presentavano disturbi della personalità dovuti alla senilità. C' era, in alcuni, un abbinamento dell'Eros pedagogico con la pulsione sessuale, era il caso di assistenti della gioventù, insegnanti, etc. Si notava inoltre in essi, una notevole labilità della personalità.

Plaut (1954), studioso che ha svolto importanti ricerche sull'argomento, descrive i pedofili come soggetti immaturi psico-sessualmente, con una sessualità rudimentale e abortiva, incerti nella scelta dell'oggetto d'amore, incapaci di creare una relazione adeguata con l'oggetto. «A loro - afferma - è sufficiente il pensiero di una relazione erotica sessuale e per questo basta il fatto che l'oggetto del loro interesse sia veramente vicino e di potere avere un contatto». Essi desiderano e si accontentano anche che la persona sia palpabile nel vero senso della parola. Anche nei soggetti sposati i rapporti erotici non erano, secondo l'autore, sufficienti a rendere la vita felice; prima del matrimonio essi avevano avuto delle difficoltà ad avviare relazioni con l'altro sesso, ma si sarebbero poi sposati nella speranza che le cose sarebbero cambiate. Anche i celibi cercano di realizzare, sotto un'enorme tensione, le proprie fantasie ed immagini sessuali. Talvolta essi, durante l'azione, possono arrivare a compiere un'aggressione in varie forme e gradi pur non sembrando soggetti dediti all'uso della forza. Può accadere al contrario, eccezionalmente, che un soggetto pedofilo immaturo diventi il sedotto, specie se viene a contatto con individui che «nonostante la giovane età la sanno più lunga» di loro. Può avvenire, ancora, che nei pedofili si instaurino dei meccanismi ossessivi che li porti alla coazione patologica riducendo ancora lo spazio di libertà psichica di questi soggetti, già così limitato.

Una forma che si ritrova negli stati sociali più bassi è anche il reato d'incesto: le famiglie in genere sono costituite da molti figli, hanno condizioni di povertà e si trovano in situazioni precarie di abitazione; i genitori si erano dedicati poco ai loro figli, esercitavano talvolta solo un severo controllo; l'autore dei reati era spesso il padre.

Una particolare considerazione agli atti di libidine compiuti da vecchi su bambini, viene data da Sculte (1959). Egli interpreta l'atto, in quei casi, come una compensazione della tendenza pulsionale sessuale che negli anziani si allenta e perde il vigore naturale. Vi sarebbe inoltre una diminuzione dell'efficienza dei freni inibitori ed uno smussamento del mondo etico ed estetico. I problemi ed i bisogni affettivi del vecchio trascurato e qualche volta escluso dalla famiglia e dalla società lo potrebbero spingere verso i bambini che dimostrano, con lui, una certa risonanza affettiva. Tutto questo, indubbiamente, vale sul piano dei tentativi di comprensione di comportamenti, ma questi devono pur sempre essere considerati nocivi ai singoli ed alla società, specie quando vengono agiti con la forza.

Gabbard (1995) descrive anche un gruppo di pedofili che commettono reati senza l'uso della forza, sono uomini maturi incapaci di differire il loro bisogno di soddisfacimento. Tale incapacità è da attribuire, in alcuni casi, solo ad un difetto di personalità in quanto per il resto appaiono del tutto normali, in altri vi è una gracilità mentale. Alcuni di questi appartengono al gruppo dei ladruncoli, essi cercano di soddisfare nel più breve tempo possibile i loro desideri, cioè prendono quello che vogliono senza riguardo alla circostanza e alle persone. Altri ancora, da fanciulli, vivevano, date le condizioni familiari sfavorevoli, al di fuori della famiglia partecipando a giochi sessuali con i coetanei, ma essendo sedotti a volte da adulti. Un'importante descrizione clinica e classificazione è riportata in uno studio compiuto nella prigione di Sing Sing nel 1955 da Glueck e collaboratori (1965). Egli descrive cinque sottogruppi, di diversa gravità, distinti per il tipo di attività sessuale: l'oggetto etero, o omosessuale pre-para o post-pubere, la recidività, l'incesto, ecc.

L'autore rileva inoltre che molti avevano avuto esperienze sessuali traumatizzanti durante i primi anni dello sviluppo, che potevano influire sulla scelta del soggetto per compiere l'atto criminale.

Per ultimo, conviene elencare anche i classici segni che caratterizzano le personalità perverse, e quindi anche i pedofili, riportati da Giese (1969) e cioè:

1. l'essere schiavi della sessualità;
2. l'aumento del numero delle relazioni perverse, mentre la soddisfazione decresce;
3. un erlebnis appetitivo che li porta a vivere i fatti con modalità maniacale;
4. l'elaborazione delle fantasie delle pratiche sessuali e specialmente della raffinatezza;
5. la periodicità dell'inquietudine perversa.

Comunque, parlando delle condotte pedofile, Wyss (1967) sostiene che, dai risultati delle sue indagini (su 160 persone «pedofile») non si può affermare che esista una personalità pedofila, bensì diversi gruppi tipici di pedofili. Non è possibile evidenziare una causa comune di tali comportamenti anche se l'autore ammette che «la sua indagine ne abbia smarrito l'origine genetica, nonostante tutto forse unitaria». L'autore denuncia anche, per una ricerca statistica corretta., la carenza di gruppi di confronto. I risultati delle indagini lo portano a concludere che non esistono pedofili «normali» il che solleva numerosi e gravi problemi di carattere penale per l'adozione di relative misure come per altri reati.

Francesco Bruno (1999) si pone anche il quesito medico-legale, se cioè «dobbiamo considerare colui che compie abusi sessuali un delinquente o un malato». Egli propende per l'opinione che il pedofilo sia l'una cosa e l'altra, e dovrebbe essere incluso tra i «malati di mente autori di reato». Aggiunge che questa definizione non sembra potersi applicare però a tutti i casi.

Specie in sede di esperienze peritali, ho espresso il parere che la risposta al quesito in oggetto possa essere ricercata soltanto caso per caso, dopo aver esaminato molti aspetti della personalità del soggetto.

Fra gli studi più recenti, voglio ricordare il contributo dei miei giovani collaboratori Paolo Capri ed Anita Lanotte. P. Capri (1999) in «Il profilo del pedofilo, realtà o illusione?» (Atti della Conferenza sulla pedofilia, svolta a Siracusa il 16-18 ott. 1997), mette in rilievo come le descrizioni dell'incontro pedofilo, nella letteratura specialistica, sono prevalentemente di tipo comportamentistico, piuttosto che intuitivo-dinamiche. Egli chiarisce così un equivoco frequente; sostiene cioè che «non sempre il sintomo della pedofilia ha

valore di disturbo psichico relativo, in modo esclusivo, alle perversioni, nelle quali può anche essere inserito, ma solo a livello descrittivo. Sembra avere, invece, significatività relativamente a processi psicopatologici dell'Io stratificati a livello profondo». Continua poi affermando che «un'ultima distinzione dovrebbe essere riferita a quanto l'agire pedofilo viene vissuto in modo conflittuale o meno dal soggetto». Conclude che «dobbiamo ritenere illusorio, almeno per ora, formulare scientificamente il profilo del pedofilo».

Lo stesso P. Capri, in altro convegno, già citato (Roma 1988), nel contributo. «La pedofilia, difficoltà e complessità di interpretazione» (1999), riferisce le interpretazioni del fenomeno relative all'eros greco, esamina la storia del termine e dei suoi significati sia nell'età classica sia contemporanea, in diverse culture, ed accenna ad alcune delle interpretazioni e teorie psicologiche e psicodinamiche. Riporta infine i risultati del test di Roscharch. Nelle conclusioni, afferma che: «raramente la personalità realmente pedofila assume caratteristiche di violenza fisica. Ciò non toglie, ovviamente, che possano esistere anche, in associazione, pedofilia e violenza, numericamente poco rilevante, secondo la nostra esperienza». Costatando poi che molte ombre avvolgono il problema della pedofilia, rileva che queste potrebbero essere attribuite anche alla limitata produzione scientifica di studi e ricerche, specialmente sui singoli casi.

In occasione della stessa Conferenza di Siracusa, (1997), A. Lanotte ha presentato un lavoro dal suggestivo titolo «La pedofilia: se questo è amore. Psicologia e psicopatologia dell'incontro». Dopo un excursus storico-psicologico sulle perversioni, attraverso Freud, Krafft-Ebing, Kahn, Wyrsch, etc., l'autrice si sofferma sulla definizione della pedofilia, riferendo le opinioni di molti autori. Affronta anche la questione della frequenza del fenomeno, che si può valutare solo dai dati sulle attività criminose. Riferisce poi l'allarme espresso dal giudice Zincani, in occasione del processo tenuto a Bologna nel 1988, nei confronti di sei uomini accusati di reati sessuali a danno di bambini fra i 10 ed i 13 anni, e di commercio di materiale pornografico. Diceva già allora il giudice: «I pedofili, mentre in passato vivevano colpevolmente e di nascosto, oggi organizzano un vero e proprio sodalizio permanente, intessendo una rete di rapporti, senza più freni inibitori… con collegamenti internazionali, statuti, bollettini ecc…». A questo proposito, ricordo come, al castello Belgioioso di Parma, sia stato recentemente presentato il volume «Diario di un pedofilo», di William Andraghetti, un operatore turistico bolognese che ebbe una condanna ad otto anni di reclusione per violenza sessuale su minore.

A. Lanotte, nel lavoro citato, analizza le relazioni oggettuali e lo sviluppo psicosessuale del bambino, e la condizione dello «incontro», per indagare «le individuali modalità dell'essere nell'amore del pedofilo.», illustrando le caratteristiche essenziali della relazione pedofila, la descrive come un incontro caratterizzato dal «gioco segreto», in cui «la corporeità sarà l'ambito stesso dell'incontro amoroso».

Farò ancora un accenno, che può avere anche un carattere storico, alla prima ricerca condotta dal sottoscritto (quando era Direttore dell'Ospedale Psichiatrico di Castiglione delle Stiviere – MN–), nella Sezione Giudiziaria. I tratti comuni messi in evidenza esaminando 156 casi (150 uomini e sei donne) che avevano compiuto reati sessuali contro minori di quattordici anni erano i seguenti:

1. in rapporto alle varie malattie mentali, i soggetti erano distribuiti in frenastenici (42.29%), schizofrenici (12.17%), alcolisti cronici (11.53%), psicosi dell'età involutiva (10.25%): le personalità psicopatiche (14.10%) erano studiate in un

gruppo a parte, perché sembrava quello più interessante dal punto di vista della comprensione del fenomeno;
2. c'era una maggiore frequenza di reati sessuali su minori rispetto a quella dei reati sessuali in genere (dato confermato dalle ricerche di Glueck);
3. il rapporto con la malattia mentale era poco significativo;
4. il comportamento pedofilo era più frequente nell'età matura e nei celibi, mentre nella suddetta casistica vi era una scarsa incidenza di reati fra gli educatori o fra coloro che per motivi professionali erano a contatto con bambini;
5. l'aggressività (altri delitti contro la persona) si associava raramente all'attività sessuale;
6. la pedofilia si manifestava prevalentemente in direzione eterosessuale: solo per le personalità psicopatiche, appariva come una tendenza indifferenziata.

Affrontando ora il tema di questo seminario, e cioè il trattamento degli autori dei reati sessuali sui minori, ed il bisogno di formazione degli operatori, accennerò ad alcune considerazioni che riguardano la profilassi. A tale proposito, ricordo uno studio di MM. R. Lafon, J. Trivas e R. Pouget che si domandano se si può prevedere una profilassi di questi comportamenti. La loro risposta è che è difficile lottare contro un fatto culturale, cioè contro la posizione culturale di fronte a questi fatti, basata essenzialmente sul terrore e sul pregiudizio. Purtuttavia, essi ammettono che una prevenzione si impone, e che potrebbe consistere nella correzionalizzazione (sempre di repressione si tratta) di questi reati piuttosto che nei giudizi penali. Il numero importante delle provocazioni e degli atti consentiti facilmente da parte delle vittime, i tempi lunghi che precedono la denuncia, rendono la prevenzione difficile, senza omettere la frequenza dei casi non denunciati, e quindi sconosciuti.

Comunque le misure preventive, secondo gli autori, potrebbero essere:

1. mediche e psichiatriche, con risultati modesti;
2. psicologiche e pedagogiche (nella famiglia e nella scuola con molta prudenza e rapportate al contesto culturale, sociale e ambientale);
3. sociali: nei vari ambienti sociali e familiari la situazione si configura in maniera diversa; in ogni problema culturale bisogna considerare due elementi: la causa che lo fa insorgere, ed il ruolo che esso assume; i due fattori non si debbono confondere.

Per amore di completezza accennerò brevemente anche agli importantissimi problemi che riguardano il trattamento di questi soggetti. Ho detto brevemente perché gli studi, le ricerche su questo argomento non sono molti, e non vengono riportati risultati molto positivi. Personalmente le mie esperienze sono veramente scarse, per cui posso riferirmi solo alla mia lunga pratica di psicoanalista e psichiatra. Ritengo che i dati che riporterò possano servire a tutti gli operatori che entrano in rapporto con queste persone, per cercare di stabilire una relazione valida e proficua.

Vi è da notare, come ha già riferito qui Frenken, che negli operatori c'è un atteggiamento generale di sfiducia e di resistenza emotiva. D'altra parte, anche se spesso nascosto a loro stessi ed agli altri, in tutti gli operatori, è presente una certa repulsione ad interessarsi di questi soggetti, per la carica emozionale che il fenomeno pedofilo implica. Non possiamo, infatti, negare che un fondo di pregiudizio sociale e umano, comune a tutta la popolazione esista anche negli addetti ai lavori – Freud sostiene, infatti «che gli eventi

umani i cui significati appaiono enigmatici e inspiegabili e che hanno alla base contenuti intensamente angoscianti, vengono percepiti come perturbanti». D'altra parte in genere gli psichiatri e gli psicologi in specie sono chiamati ad occuparsi di questi problemi principalmente come consulenti tecnici, in occasione di reati commessi da queste persone. La loro opera si esaurisce nel fare un'analisi anche approfondita dell'autore del reato e nel riferire un parere sulla sua responsabilità (capacità di intendere e/o volere, pericolosità sociale) al giudice che glielo ha richiesto. Nella relazione peritale non si chiedono, ne vengono per lo più date, indicazioni di trattamento, avendo la perizia finalità essenzialmente giudiziarie.

Lo psichiatra, che si trova ad operare negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari o specialmente nelle strutture penitenziarie, si può trovare, talvolta, di fronte a questi soggetti. Anche in queste situazioni, almeno in tempi non recenti (attualmente ho notizie che vi sono esperienze – a Lodi e Biella per esempio – anche di trattamento di cui abbiamo qui sentito parlare e che abbiamo ascoltato con enorme interesse) egli non aveva molti mezzi oltre che i comuni trattamenti psichiatrici tradizionali. D'altra parte ricordo che nel 1972 il V Congresso Nazionale di Antropologia Criminale ha dedicato una giornata alla discussione sul trattamento criminologico negli OPG.

In una mia relazione parlavo allora delle tecniche psicoterapeutiche individuali o di gruppo evidenziando le innegabili difficoltà di applicazione e di realizzazione in ambiente istituzionale; riconoscevo un valore positivo alla formazione psicodinamica degli operatori specie degli psichiatri che poteva influire notevolmente e quotidianamente sul loro atteggiamento nell'affrontare i vari problemi di quelle istituzioni. Aggiungevo che invece i trattamenti, che tendevano a trasformare le istituzioni, cercando di stabilire una vita comunitaria, potevano avere indubbi risultati se si riusciva ad ottenere anche una trasformazione radicale degli atteggiamenti culturali, degli operatori e dei pazienti, e se successivamente si poteva attuare, dopo la dimissione, una prosecuzione del trattamento all'esterno dell'istituzione.

La letteratura attuale mette in evidenza, nella descrizione dei trattamenti, analoghe difficoltà. Queste sono da riferirsi alla conoscenza poco approfondita dei comportamenti, delle varie psicopatologie, ove esistenti, ed alle incertezze degli inquadramenti, dello studio della personalità di questi soggetti e delle relazioni pedofile stesse. Le limitazioni e le difficoltà costituiscono il motivo fondamentale della scarsa diffusione dei trattamenti psicoterapeutici individuali. È qui opportuno ricordare che Kohut (1971), sostiene che lo psicoterapeuta dovrà riferirsi, nel suo lavoro, a tutta la storia personale del soggetto, considerando il disturbo come parte integrante della persona, ed ove possibile, cercare di integrare l'alterazione col funzionamento della mente.

Comunque, attenendoci ai dati essenziali, i trattamenti, in generale, si possono raggruppare in terapie psichiatriche classiche, terapie biologiche, psicoterapie individuali e di gruppo, metodi socio-psichiatrici, inibizione reciproca o contro-condizionamento (per gli ossessivi specialmente) e terapie di decondizionamento. A questo proposito conviene soffermarsi su un argomento molto discusso e cioè quello della castrazione. La castrazione chirurgica viene indicata per i soggeti più gravi che manifestano, però, un accordo formale sul trattamento. I contributi riferiti fanno rilevare però che la terapia è molto contrastata per motivi morali ma anche per i risultati molto discussi. Ellemberger, per quanto riguarda anche la castrazione chimica, ammette che non si può rifiutare a priori un metodo che ha permesso a un numero discreto di delinquenti sessuali recidivi di condurre una vita sociale

normale invece di passarla in prigione. Ma questo vale per la castrazione libera e volontaria e per casi selezionati con criteri rigorosi; la cura presuppone inoltre l'esistenza ed il buon funzionamento di un'organizzazione medico-socio-giudiziaria che pochi paesi possiedono attualmente. Anche per la castrazione chimica ormonale sono citati degli inconvenienti (atrofia dei testicoli per trattamenti prolungati). Francesco Bruno (1999), in una relazione sulle «prospettive terapeutiche della pedofilia» (Convegno di Roma, del 12/10/1988), afferma che gli effetti della castrazione chimica, «si sono dimostrati tra i più efficaci, nella riduzione del recidivismo dei crimini sessuali». Egli aggiunge che «questo trattamento è efficace, reversibile e sufficientemente privo di controindicazioni gravi, tuttavia, presenta anch'esso non trascurabili problemi morali, non risolvibili attraverso il necessario e libero consenso informato». Raccomanda poi che alla terapia farmacologica venga associata quella psicologica, poiché l'azione sul fattore biologico facilita l'intervento psicologico ed ambientale. I farmaci utilizzati sono il metoxi-progesterone acetato (MPA), il cyproterone acetato (CPA), la triptorelina, proposta da ricercatori israeliani. Secondo studi statunitensi, l'MPA consentirebbe di recuperare il comportamento sessuale nell'80 per cento dei casi. Questi farmaci ridurrebbero il testosterone disponibile, venendo così a modificarsi gli effetti sull'aggressività e sull'eccitazione sessuale. Bruno ha riferito, in altre occasioni, d'aver curato, con tali farmaci, un centinaio di persone che presentavano perversioni sessuali, di questi quindici erano pedofili. I suoi pazienti sostenevano di essere cambiati dopo le cure, d'essere, in altre parole, meno schiavi delle loro devianti pulsioni sessuali, e di sentirsi placati.

Non mi dilungo oltre sui trattamenti perché la relazione del prof. Frenken è stata abbastanza esauriente. Desidero solo notare, in concordanza con lui, che è opportuno iniziare a preparare accuratamente progetti d'intervento in cui i trattamenti possano servire come prevenzione delle recidive. Data però l'eterogeneità dei comportamenti degli individui, si ritiene necessario un approfondimento conoscitivo, anche teorico, delle caratteristiche dei soggetti. Dobbiamo tenere presente una regola, che potremmo chiamare clinica; in altre parole, che le reazioni di un soggetto sono incomprensibili se non si conosce il suo protagonista: hanno enorme valore cioè, tutti i dati della sua storia, del suo sviluppo, dei suoi vissuti, del contesto culturale, sociale e ambientale dove ha passato la sua vita e specialmente le interazioni che sono passate fra lui e gli elementi della sua storia.

È indispensabile inoltre dedicare più tempo ed energie alla formazione degli operatori, di coloro che stanno concretamente a contatto con questi soggetti, e di tutti quelli che sono interessati al problema, oltre che della maturazione dell'opinione pubblica. Comunque è importante continuare lo scambio periodico e costante d'informazioni tra gli studiosi, che, per fortuna, vengono da background culturali professionali diversi e che quindi possono contribuire all'allargamento e all'apertura pluridisciplinare, alla conoscenza, ancora purtroppo scarsa, di questi fenomeni e quindi alla progettazione degli interventi che dovranno anche questi essere, naturalmente, pluralistici.

RIASSUNTO

Poche manifestazioni psicopatologiche destano altrettanto interesse e coinvolgimento emotivo quanto le perversioni sessuali. L'opinione pubblica vive il problema della pedofilia con un notevole allarme sociale, e con un'accresciuta attenzione rispetto al passato. La vita sessuale è stata riconosciuta come un diritto dell'individuo, e questo pone delle nuove necessità di definizione e delimitazione in campo scientifico e legale, sia riguardo ai confini dell'esercizio di questo diritto, quando la sessualità si esprime in comportamenti che la coscienza comune attribuisce al campo penale, sia riguardo agli interventi da porre in essere in questi casi, e per la tutela del diritto ad un autonomo sviluppo psicofisico dei minori coinvolti. In questo contesto si fa pressante la richiesta di definizione, conoscenza e rassicurazione che viene rivolta agli psichiatri, in quanto titolari principali del sapere organizzato e dell'agire riguardo al comportamento umano. Si prendono qui in esame alcuni dei contributi più significativi sul tema, da parte di psichiatri delle più varie tendenze, con particolare attenzione ai lavori più recenti. Pur nella prevedibile eterogeneità delle visioni e degli aspetti presi in considerazione, si possono individuare alcuni quesiti e questioni di particolare e comune interesse. È innanzitutto da verificare se esista un aumento reale del fenomeno. È opinione dell'autore, in accordo con la maggioranza degli studi, che non di aumento reale si tratti, ma di accresciuto allarme, maggior disponibilità d'informazioni, e maggior sensibilità ai diritti dei minori. La seconda questione è se la pedofilia debba essere considerata o no una perversione, e se sia da considerare una forma autonoma. Vengono poi riportate e discusse le principali teorie etiopatogenetiche. Il quarto problema riguarda lo studio delle personalità dei pedofili, per verificare l'esistenza di tratti comuni, che possano essere considerati caratteristici o specifici. L'autore esamina il tema seguendo le grandi linee teoriche della psichiatria contemporanea, con particolare attenzione alle prospettive analitica ed antropofenomenologica. La maggioranza dei contributi più qualificati concorda nella inesistenza di un «typus paedophilus», mentre sarebbero sempre presenti, nei pedofili, degli elementi aspecifici, quali immaturità ed inibizione sessuale. Vengono poi discusse le forme di trattamento mediante medicinali e psicoterapia, nelle sue varie forme. Si sottolinea l'importanza di valutare ciascun caso singolarmente e la necessità e validità di un approccio multidisciplinare, sia ai fini della miglior conoscenza del fenomeno, sia di un più efficace trattamento. Allo stesso modo si deve cercare di migliorare l'informazione a

disposizione della pubblica opinione, per promuovere un atteggiamento meno ideologico e più consapevole.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (1994). Tr. It. Masson, Milano 1996.

BARNI M. I delitti a sfondo sessuale. Aspetti giuridici. In Rivista Fed. Med. Nro. XLI, pagg. 9-10.

BONAFIGLIA L. Rassegna bibliografica sulle possibili strategie terapeutiche impiegate con pazienti pedofili in: La problematica attuale delle condotte pedofile. Ed. Riun. Roma. 1999. Pagg. 269-301.

BOSS M. Senso e contenuto delle perversioni sessuali. Sugarco Ed. Milano. 1962.

BRAUTIGAM W. Teoria della perversione sessuale. Atti del IV Congresso mondiale di psichiatria. Madrid 1966.

BRUNO F. Prospettive terapeutiche delle pedofilie. La problematica attuale delle condotte pedofile. Ed. Univ. Roma 1999 pagg. 213-222

BRUNO F. Castrazione chirurgica? intervista in: La Repubblica 3/9/1996.

BURGER-PRINZ H. Die Personlichkeit des Paedofilen. In Beitrag Sexualforsch. 34. 1965. Pagg. 18-23.

CALLIERI B., CASTELLANI A. Aspetti antropologici dei comportamenti sessuali abnormi. In Rass. Med. Foren. 8.1. 1970.

CALLIERI B., FRIGHI L. Aspetti psicologici e psicopatologici delle pedofilie. In La problematica attuale delle condotte pedofile. Ed. Univ. Roma. 1999. Pagg. 39-50

ELLEMBERGER H. Castration des pervers sexuels. Enc. Med. Chir. 37105 H10. Parìs. 1955.

FENICHEL O. Trattato di Psicoanalisi delle Nevrosi e delle Psicosi. (1945). Tr. It. Astrolabio. Roma. 1951.

FERRIO C. Trattato di psichiatria clinica e forense. I ed. 1959, II ed. 1970 UTET. Torino. 1959 pagg.1624-1625.

FORNARI U. Delitti a sfondo sessuale. Aspetti epidemiologici. In Riv. Fed. Med. nro. XLII. 1.1988.

FRENKEN J., GIJS L.M.A., DAAN VAN BEEK M.A. La ricerca ed il trattamento dei delinquenti sessuali in Olanda. Relazione al Seminario Internazionale . Roma 10-12/3/1999.

FREUD S. Tre saggi sulla teoria sessuale. Tr. It. Opere, vol. IV. Boringhieri . Torino, 1970.

FREUD S. Il perturbante. In L'Io e l'Es ed altro. Tr. It. Opere. Vol.IV. Boringhieri. Torino.1989.

GABBARD G.O. Psichiatria psicodinamica. Tr. It. Raffaello Cortina Ed. Milano. 1995.

GEBSATTEL V.E.VON. Allgemaine und medizinische Antropologie des Geschletslebens. Die Sexualitat des Menschen. F. Euke Verlag. Stuttgard 1968.

GIESE H. Psychopathologie der Sexualitat. F. Euke Verlag. Stuttgard. 1962.

GLUECK B.C. JR. PEDOPHILIA, SEXUAL BEHAVIOR AND THE LAW. Thomas Publ. Sprigfield Illinois. USA.1965.

IARIA A. Contributo allo studio della pedofilia e delle sue implicanze psichiatrico-forensi. In Il Lav. Neuropsichiatrico Vol 44. Fasc. 3. 1968.

IARIA A. Esperienze di trattamento nell'ambito degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. In Atti del V° Convegno Naz. Di Antropologia Criminale. Bergamo 24/91972. Pubbl. a cura dell'Ospedale Maggiore. Bergamo. 1972.

IARIA A., LA NOTTE A., CAPRI P., BAMBINO A.M, DE PETRILLO A., FUERTE L., LIVERANI T. La Pedofilia. Comunicazione e contesto sociale nell'ambito dei reati sessuali su minori Attualità in Psicologia. Anno XI vol2. EUR Ed. Roma. 1999.

KOHUT H. Narcisismo del Se. (1971). Tr. It. Boringhieri. Torino 1976.

KOHUT H. La guarigione del Se.(1977). Tr. It. Boringhieri. Torino. 1980.

KRAFFT-EBING R.VON. Psichopatia Sexualis. (1886). Tr. It. Manfredi. Milano. 1953.

KUNZ H. Zur Theorie der Perversionen in Monatschr. fur Psychiat. 105.1.1942.

LAFON M.M.R., TRIVAS J., POUGET R. Aspects psichologiques sur les enfants et les adolescents. Annales Medico-Psycholog. II. Nro.5. dec. 1958.

MARCHETTI M. Condotte antisociali e parafilie. Problematica attuale delle condotte pedofile. Ed. Riun. Roma. 1999. Pagg. 85-94.

MASUD KAHN R. Alienation in Perversion. Hogart Press. London 1979. Tr. It. Le figure della perversione. Bollati Boringhieri 1982

MAYER GROSS W., SLATER E., ROYH M. Psichiatria Clinica. Tr. It. Tip. Classica. Firenze. 1959.

Mead M. Psichiatria ed Etnologia. Psichiatria del Presente. Tr. It. ETIM Vaduz. Tip. PUG. vol. X. Roma. 1968. Pagg. 3-27.

MOLL A. The sexual Life of the Child. Mc Millan Co. New York. NY. USA. 1912.

PLAUT P. Der Sexualverbrechten und seine Personlichkeit. Enke ver. Stuttgart.1954.

RENARD M. Troubles du comportement sexuel. In Enc. Med. Chir. Psy. Vol I° 37105 GIO. Parìs 1955.

ROSOLATO G. Perversions sexuelles. In Enc. Med. Chir. Psychiat. 37392 A10 e C10. Parìs 1955.

SCHULTE W. Griese als Tuterunzuchtiger Handlungen an Kindern. In Ms. dir. Krim. 5/6. 538. 1959.

WYRSCH J. Die sexuellen Perversionen und psychiatric-forensische Bedeutung der Sittlichkeitsdelikten. Psychiatrie der Gegenwart. Band III. Springer Verlag. Berlin 1961.

STRAUS E. Evénement et expériences vécues. Berlin. 1930.

WYSS R. Unzucht mit Kindern. Springer Verlag. Berlin 1967.

ZAPPAROLI G. Introduzione. in Le Deviazioni Sessuali. A cura di Rosen I. Bompiani. Milano. 1968.

Relazione del
prof. Ivano Spano (*)

Problematiche psicologiche, conflitti, ambivalenze dell'operatore addetto al trattamento degli autori di reati sessuali

Ringrazio per l'occasione offertami che è stato motivo di riflessione su un tema verso il quale il mio impegno di studio, verosimilmente e contrariamente a quanti sono presenti in sala, non è che marginale. Questo, non significa che non abbia anche per me una rilevanza notevole. È evidente la problematica sociale e individuale legata ai comportamenti oggetto degli approfondimenti di questo seminario.

Questo interesse mi ha portato a produrre alcune riflessioni di cui tenterò una traduzione per voi e che verosimilmente mi portano su sentieri che si caratterizzano diversamente da quelli già agiti. Faccio riferimento alle relazioni precedenti e a quelle che non ho sentito per il fatto di aver avuto occasione di conoscere già i lavori sia del prof. Traverso che di operatori di questo settore. Oggi, inoltre, ho avuto la possibilità di riempire alcune lacune grazie alle relazioni del prof. Frenken e del prof. Iaria che sono state illuminanti essendo due punti di vista complementari che hanno approfondito il tema stesso.

La mia esercitazione, allora, spero non sia un esperimento fatto sulla vostra pelle, ma semmai solo un rischio di natura intellettuale da assumere per me, cercherà di uscire dal piano immediato dell'analisi già ampiamente sviluppata in questo contesto.

Mi sembra, tutto sommato, che molti elementi sono stati annunciati. Anche il documento presentato oggi alla discussione del gruppo è un documento che mi sembra maturo, certo come ogni cosa perfezionabile e, come dire, estendibile, articolabile, poi ,verificabile nelle singole dimensioni di intervento.

Quindi ritengo che si sia avviata di già una riflessione abbastanza avanzata per cui eviterò il piano dell'analisi per posizionarmi sul piano del senso (un accenno mi è parso di cogliere nell'intervento del prof. Iaria stamattina quando citava l'assenza dell'approccio antropofenomenologico).

_____

(*) Docente di Sociologia presso la facoltà di Psicologia di Padova. Direttore della Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Analitica – Université Jean Monet – Bruxelles.

È un piano difficile, un territorio impervio e che io ritengo estremamente produttivo. In altre parole voglio dire che forse è possibile, sulla base di diversi contributi (anche la relazione del prof. Gazan ci ha dato degli esempi di alcune aporie, della necessità di estendere alcuni concetti), produrre un salto concettuale, epistemiologico (ho apprezzato particolarmente alcune riflessioni della dr.ssa Ciardiello sul trattamento e la formazione proprio per l'impianto epistemologico che le sorreggevano).

Allora, penso che sia importante non continuare ad articolare l'analisi, ma riflettere su alcuni passaggi.

Per questo, mi sono venuti in mente, quasi spontaneamente, quattro quadri: sono forse tanti e il tempo credo non riuscirà a permettermi l'estensione di tutte le figure in essi contenute.

I quattro quadri sono:

1. il setting dove si trovano le persone di cui noi dobbiamo conoscere non solo l'esistenza, ma la realtà specifica, ovvero coloro che sono rei di reati a sfondo sessuale: il carcere.

   È un «grande» assente dal dibattito in corso, tranne dire che esistono diverse modalità di vivere oggettivamente il carcere per questi colpevoli di reato;

2. il secondo discorso che pure mi sembra assente, anche se parliamo di reati a sfondo sessuale, è la sessualità. Non se ne parla. Certo il prof. Iaria ha introdotto riflessioni notevoli. Chiaramente, per la brevità del tempo dedicato alla sua relazione è stato costretto ad una sintesi diabolica che a volte non ha permesso la comprensione immediata dei testi a cui si stava riferendo e della rilevanza clinica offerta dalla sua notevole esperienza.

3. il terzo quadro è la formazione (è, poi, questo il tema del convegno), una formazione che forse può essere pensata in maniera trasformativa, capace di includere due dimensioni, cioè una formazione che già è qualcosa di vicino al trattamento, alla terapia.

   Fuor di metafora oggi si parla di pedagogia clinica, si parla di approccio clinico alla formazione, come un territorio nuovo, foriero di buone avventure (sempre che ci si metta con l'atteggiamento del neofita come sto facendo io, incantandomi di fronte a cose nuove, cogliendone il senso e poi perfezionandone le pratiche, traducendole sul piano delle reciproche esperienze);

4. il quarto assente è proprio il bambino, l'infanzia (assenti come tentativo di riflettere su queste grandi realtà dell'esperienza umana e sul loro significato), visto che poi di reati sessuali a carico di bambini si parla.

Mi è venuto in mente leggendo l'invito, che cosa ha fatto il ministro Livia Turco quando il problema della pedofilia in Italia ha preso una diversa visibilità, si è evidenziato diversamente.

La risposta è stata quella di estendere l'educazione sessuale nelle scuole! Insomma, una semplificazione drammatica, certo non con un grande respiro culturale a fronte di una situazione del genere. Ma, ogni cosa, ha indubbiamente un suo senso.

Non voglio polemizzare oltre ma, certo è, che questi corto circuiti tra un fatto che si rende visibile e dall'altra parte la necessità dello Stato, della società di far ricorso a piani di emergenza (rincorrendo le situazioni e tamponandole) non mi sembrano l'emblema di pratiche sociali capaci di farsi carico delle dimensioni problematiche degli eventi. È pur vero che si può acconsentire a che nella scuola si faccia un esercizio di questo tipo, anche se non vedo a chi potrà giovare essendo il problema altrove.

Ciò che si rende necessario è una rivisitazione complessiva e coraggiosa della problematica dell'infanzia, della cultura dell'infanzia, del suo significato e la cosa va ben oltre l'educazione sessuale.

Rispetto ai quattro quadri proposti ho preso come punto di riferimento un concetto che mi sembra essere l'elemento unificante: il concetto di relazione.

I reati a sfondo sessuale, ovviamente, rimandano alla relazione sessuale, solo che questa assume una particolare fenomenologia. Questi reati si caratterizzano dal punto di vista relazionale per la posizione degli attori del rapporto, in cui si dà la prevaricazione di un soggetto, colui che agisce il comportamento, che vede l'altro non come un altro da sé, ma come oggetto per la soddisfazione del suo bisogno, come estensione del suo bisogno.

Se la relazione è il centro del nostro interesse, sia che si parli di sessualità che di terapia, di trattamento, pur riconoscendo la difficoltà insita nel definire e chiarire il concetto stesso di relazione, questa va esplorata con molta consapevolezza.

Sul concetto di relazione bisognerebbe aprire un dibattito approfondito fino a esplorare i fondamenti antropologici della natura umana. Quindi, vengo al dunque con estrema brevità: l'essenza del discorso sulla relazione richiama immediatamente il fatto che nella relazione esiste un soggetto e un oggetto. Ma, essendo la relazione qualcosa che è immediatamente espressione della natura dell'uomo, il modo di essere umano della relazione sta nella simmetria, nello scambio, nell'interscambiabilità di queste due posizioni, al punto che il soggetto della relazione possa diventare oggetto della relazione stessa e l'oggetto della relazione possa divenire soggetto.

In coloro i quali sono colpevoli di reati a sfondo sessuale viene a mancare questa simmetria: viene a mancare anche la distanza riflessiva tra il soggetto e l'oggetto.

C'è una situazione fusionale tra il soggetto e l'oggetto, cioè io «mangio l'oggetto» ed estendo la mia esigenza, soddisfo il mio bisogno. Qui, certamente, la libido non è trattenuta, è dispersa nel gesto. Negando l'altro come modalità della mia stessa definizione ed esistenza, la relazione perde anche il suo significato di essere immediata, laddove per immediato si intende « la manifestazione della natura stessa del soggetto», cioè il suo partecipare alla esistenza originaria, alla realtà attraverso cui si costituisce il soggetto.

Rispetto a queste considerazioni, introdurre la riflessione sul carcere ha senso poiché, straordinariamente, colui che è colpevole di reati a sfondo sessuale si trova esattamente a vivere, e in maniera coercitiva, quel comportamento che lui ha inflitto alla sua vittima, una posizione in cui l'oggetto è lui, e c'è qualcuno che decide per lui e detta le regole del suo agire.

Territorio questo molto interessante: certo non è per questo che meccanicamente, fisicamente la simmetria si produce e ha senso. Lo Stato la realizza in quella forma che è la detenzione, ma non è per questo il soggetto che la patisce può prendere coscienza di

questa dinamica relazionale ponendosi nella condizione-posizione di reincontrare se stesso (la sua natura). Però le possibilità per questo salto (terapeutico) si possono determinare. Realmente questo soggetto/oggetto può recuperare la sua soggettività all'interno di una progettualità nuova che traduce il significato di socializzazione che la pena dovrebbe contenere, una socializzazione che non è esclusione di tutte le possibilità, le potenzialità del soggetto, ma loro attivazione all'interno di una modalità progettuale, (nel senso letterale, che lo proietta all'esterno): la possibilità di ritornare un soggetto capace di riconoscere l'altro e quindi di ritrovare la simmetria come sostanza della relazione stessa.

Questa è la «guarigione» anche dal punto di vista della terapia analitica. Quello che sa fare il terapeuta, la capacità di mettere costantemente in relazione conscio/inconscio, le due dimensioni fondamentali dell'esperienza, lo deve fare anche il paziente. Questo soggetto deve riappropriarsi di questa sua modalità di esistenza che ha nella relazione il suo fondamento. Il pieno rispetto, quindi, dei due della relazione e del reciproco appartenersi/esserci.

È il tema dell'alterità che i filosofi, e non solo, trattano e ne ricercano continui approfondimenti, un tema fondamentale che dovrebbe supportare passaggi culturali importanti, epocali.

Siamo alla fine di questo secondo millennio che in qualche modo sta facendo delenda cartago del significato e dell'esperineza profonda della relazione.

Oggi si celebrano relazioni prevalentemente di tipo utilitaristico, estensione tout-court di bisogni ego-riferiti: l'altro è visto solo in funzione mia e la relazione, così, si oggettiva (l'altro non è colto in sé e per sé ma per me).

Stiamo in qualche modo producendo una cultura che facilita e non inibisce, non rappresenta un territorio di possibile prevenzione ma, semmai, di accelerazione di processi di oggettivazione.

Personalmente non credo molto alla esigenza di oggettività da parte dell'uomo posta, prepotentemente, al centro del suo agire e misura stessa della sua razionalità. È, questa, una nuova trappola per l'umanità, un nuovo riduzionismo che l'umanità sta sperimentando nel tentativo inarrestabile di sperimentare-incontrare se stessa (ma, su questo, bisognerebbe aprire un altro tavolo di discussione). Intanto, ciò che è invariante nella realtà, fisso, stabile, certo fino a prova contraria continua ad essere espressione dell'intima natura del reale e tutto ciò che è dubbio, effervescenza, diversità, perturbazione, specificità, soggettività appare ininfluente, irrazionale e non è esprime l'esatta misura della realtà e della sua esistenza.

Credo che un salto epistemologico si imponga e che sia rappresentato dalla possibilità di raggiungere una visione della conoscenza come conoscenza della complessità in cui la realtà sia, ad un tempo, espressione di ciò che è costante ma anche di ciò che è instabile, di ordine e di disordine, di una natura che è dialettica come, d'altronde, è dialettica la vita.

Tra l'altro, e lo dice François Jacob, premio nobel per la medicina e direttore per 35 anni dell'Istituto Pasteur di Parigi, la logica del vivente si fonda sulla diversità: senza la diversità biologica l'esistenza umana potrebbe scomparire ad opera, per esempio, di un unico virus. Da qui la necessità, quindi, di una visione della realtà che si alimenti di questa complessità.

Il discorso, qui introdotto, sulla relazione potrebbe essere veramente la struttura che connette l'articolazione di grossi piani di emergenza sociale.

Oggi siamo di fronte a una deprivazione totale del soggetto e le esperienze sia individuali che collettive sono sempre più omologate.

Da alcune indagini condotte da un gruppo di ricerca sulla prima infanzia, da me coordinato, si evince come il 50% dei bambini di un paese ameno come Sant'Arcangelo di Romagna, non giocano più con gli altri bimbi ma giocano prevalentemente da soli. Così, a Padova il 35% dei bambini sono nella stessa condizione.

Il bambino esce dal gruppo di socializzazione dei pari ed entra in uno stato di perenne solitudine giocando in un modo nuovo e apparente. L'infanzia si tramuta in una palestra di astrazioni, di esercizi di computo, di sviluppo di logiche che non sono infantili, ma che sono quelle dell'adulto: il computer come meccanismo di gioco del soggetto dove, piuttosto che giocare si è giocati.

Dove va a finire la capacità normativa del soggetto? Il gioco è quella modalità attraverso cui il bambino recupera a sé la capacità di orientarsi e quindi anche di agire (sottostare ma anche dissentire) le regole del gioco e di attivare modelli di relazione con l'ambiente.

Quando noi perdiamo di vista questa dimensione abbiamo mortificato il bambino e noi stessi e inciso a livello profondo dell'essere. Quel bambino che è solo, isolato è, ad un tempo già adulto, parte della logica degli adulti e ha drammaticamente corto-circuitato una serie significativa di esperienze. È la civiltà del tempo reale, della omologazione e massificazione. È una contraddizione, un paradosso per cui ognuno di noi si sente invaso dall'altro mentre è completamente solo, incapace di relazionarsi e di dare un senso alla relazione.

Anche la riflessione generale sulla sessualità, qui introdotta anche per necessità rispetto al tema del Convegno, a mio avviso acquisisce un significato estremamente importante in relazione alla formazione dell'identità del soggetto e, quindi, della relazione tra l'io e l'alter.

Umberto Galimberti, filosofo e analista a orientamento junghiano, afferma (Il Corpo, Feltrinelli) che «il soggetto sperimenta sempre se stesso nell'amore».

È un'affermazione fondamentale: la sessualità è proprio quella dimensione attraverso cui il soggetto fa esperienza di sé grazie all'altro, all'esserci dell'altro. Ecco perché il gesto amoroso, affettivo include quella dimensione erotica della vita che Battaille, con grande saggezza, definisce essere «innanzitutto l'affermazione della vita dentro la morte». Che cosa ha a che fare questa definizione dell'erotismo con molte delle sue manifestazioni conclamate è difficile da cogliere!

Eros pone in essere le possibilità della vita come tensione del soggetto a essere attraverso l'altro, a relazionarsi con l'altro e porre, così, in essere la possibilità della sua esistenza, della sua emancipazione e della sua individuazione.

Galimberti dicendoci che nell'amore il soggetto sperimenta sempre se stesso, che, grazie all'altro, fa esperienza di sé, introduce la consapevolezza di quella modalità indeterminata, che l'amore restituisce al soggetto proprio perché il soggetto può scoprire attraverso l'altro parti di sé non conosciute e, soprattutto, inattese.

Ha ragione Heisenberg per cui non solo nella natura, ma anche nella cultura esiste il principio di indeterminazione, il sapere qualcosa di sé grazie all'altro. Certamente in coloro che oggettivano la relazione sessuale dove chi desidera non desidera l'altro come possibilità del suo divenire, ma l'altro è visto come prolungamento, soddisfazione del suo bisogno, del suo desiderio, è emergente un soggetto che non lascia nulla alla

indeterminazione, anzi pianifica, in quel circolo che il Prof. Frenken visualizzava, la strategia di seduzione, di irretimento dell'altro magari con un fair play rinnovato, non violento, per poter però in qualche modo recuperarlo come oggetto, non come altro da sé, quell'altro che libera in me le possibilità della mia esistenza, ma che mi mette anche di fronte a modalità del mio esserci con cui non ho ancora fatto i conti.

Con un amico il Prof. Cesare Padovani di Rimini, che fu il primo in Italia a parlare di handicap come manifestazione della diversità del soggetto nel suo libro La speranza handicappato, abbiamo scritto un lavoro insieme dal titolo Handicap sesso omissis: elogio della disubbidienza sessuale. Vi si diceva che l'aforismo amare per sempre ha poco senso, ma che, invece, andava sostituito con amare sempre, cioè con la possibilità del soggetto di mantenere sempre questo investimento della realtà attraverso l'altro e attraverso l'altro questa tensione che è poi ciò che basa il suo stesso processo di individuazione, di realizzazione.

Qui siamo di fronte, a mio avviso, al venir meno di tutte queste dimensioni perché la sessualità, come modalità espressiva del soggetto, dà senso all'esistenza, non è qualcosa di esterno di cui ci si deve appropriare, qualcosa da consumare e da esercitare.

Quando leggevo i risultati della ricerca di Turner in cui si diceva che gli operatori che lavorano con sex offender possono sviluppare una avversione tale per questi e per i loro comportamenti da aver, addirittura, paura di toccare il proprio figlio, di lavarlo. Qui, c'è la rappresentazione sulla scena di un corpo che alla fine non sta nella relazione, non è quello del figlio intendo, ma quella del reo che gli si rappresenta, quel corpo che in qualche modo è osceno (fuori di scena), non è il corpo dell'altro come estensione del mio desiderio, quindi come modalità di ricongiungimento con l'altro.

C'è una frase splendida di Fromm ne L'arte di amare che dice «Nell'amore i due divengono uno pur rimanendo due». Questo fa capire che il gesto sessuale è un gesto attraverso cui i due soggetti partecipano di una comune dimensione pur restando due, un'esperienza che illumina entrambi gli scenari e permette ai singoli soggetti di recuperarsi, di ritrovarsi all'interno di questa relazione.

Con i colpevoli di reato a sfondo sessuale, chiaramente, questa reciprocità, questa alterità, questa possibilità di fare esperienza di sé grazie all'altro non c'è, è bloccata alla radice.

Qual è il senso di questa esperienza?

Qui, siamo di fronte a un soggetto che nella incapacità di essere sé stesso, di trascendersi, cerca disperatamente conferma di sé, di ciò che è (di quel poco che è) attraverso l'auto legittimazione-l'auto affermazione di sé e, questo, con tutti i mezzi.

Siamo all'interno di una dimensione esperenziale-culturale che vede il soggetto ego-riferito, capace di amare solo se stesso. L'esterno, l'altro da sé non ha, quindi, senso, ed è completamente disinvestito. Più che teorico il disinvestimento è pratico.

Che questo disinvestimento per l'altro da noi, per la dimensione esterna sia all'ordine del giorno lo dimostrano non solo questi comportamenti acuti ma, in generale, il disamore per la cosa pubblica. Il questa situazione una certa politica che praticamente conferma questa tendenza come la scelta di «privatizzare ciò che è pubblico» non fa che confermare questa modalità comportamentale del soggetto che già si è costituita, anche se non completamente per nostra fortuna, come visione della realtà.

Quando il soggetto non ha più una adeguata relazione con l'esterno (con la realtà tutta e con l'altro uomo) anche il suo corpo gli rimanda la sua situazione di depressione, di

incapacità di cogliere la sua originaria natura, la sua identità e si ammala di amnesia. Non a caso le patologie di questa epoca sono poi quelle che colpiscono il sistema immunitario (la memoria biologica) riducendo la sua capacità di distinguere il self da non-self, l'io dal non-io, l'interno dall'esterno. Ma, un sistema immunitario ego-riferito finisce per essere, nella sua presunta totipotenza, in balia di ogni evento.

Si va contro la natura dell'uomo e l'estensione delle sue possibilità.

Non considerate questo come un discorso politico, ma culturale, di senso. Mantenere questa dimensione è fondamentale, mantenere la capacità collettiva di investire e di riconoscersi l'uno dall'altro è vitale. Permettetemi una citazione, che può sembrare fuori campo, di Karl Marx ne La sacra famigli. Marx dice: «L'amore insegna per primo a l'uomo a riconoscersi nell'altro, nel mondo al di fuori di lui».

L'esistenza dà senso alla relazione e la relazione all'esistenza: il soggetto investendo la realtà pone in essere se stesso e significa la realtà come propria realtà.

Un ultimo passaggio sul tema dell'infanzia. Sull'infanzia avrei voluto dirvi un po' di cose interessanti. Il mio punto di vista ve lo annuncio solo attraverso le parole di un autore molto importante, di cultura francese Gaston Bachelard, che era docente di matematica alla Sorbonne e che poi si dedica alla poesia e si preoccupa di indagare l'uomo e la sua modalità originaria di manifestarsi. Ne La poetica della rêverie scrive: «L'infanzia è certamente più grande della realtà». Una frase questa un po' ermetica, se non riferita all'intero discorso di Gaston Bachelard. L'infanzia rimanda all'infanzia dell'uomo, all'origine di un processo, all'alba dello sviluppo della coscienza, alla rêverie, così come la chiama Bachelard, lo schiudersi della coscienza al mondo. Il bambino ha una modalità diversa di relazionarsi alla realtà: è incantato rispetto alla realtà e ogni oggetto è investito di senso, quasi che lui e la realtà siano la stessa cosa.

Questa confusione non è certo lo stato che io auspico per l'uomo adulto, ma questa esperienza rappresenta un passaggio importante dal punto di vista sia filogenetico che dal punto di vista ontogenetico, passaggio significativo al fine che il soggetto si separi dall'oggetto prendendo coscienza di questo e, contemporaneamente di sé come soggetto cosciente. Oggi la separazione tra il soggetto e la realtà (gli oggetti) è una astrazione, rappresenta più una modalità pratica che una modalità teoretica (conoscitiva). Questo allontana il soggetto dalla sua realtà, dalla sua natura e lo separa da sé. Questa schizofrenia è totale oggi, e ciò è perverso, ed è come pervertire la natura del soggetto, le sue modalità di individuarsi, di realizzarsi, il suo progetto evolutivo.

Quindi l'infanzia ha un sapore altro, non coincide con l'amministrazione di una fase (la prima) della vita.

Oggi, purtroppo, non esiste una cultura dell'infanzia, ovvero la cultura dell'infanzia è la cultura dell'adulto, ciò che l'adulto reputa essere i bisogni e le modalità esistenziali ed espressive del bambino.

Ancora una volta il soggetto è negato nella sua realtà e nel suo progetto autonomo e questo è una infelicità, è una mortificazione. Noi riteniamo che un soggetto non possa avere dignità di soggetto stesso e lo consideriamo come «territorio» da colonizzare. Questo è drammatico! Anche se si fanno esperimenti di «Città dei bambini», di «parlamentini dei bambini», il problema, in realtà, è ben diverso: è quello di una cultura all'interno della quale i diversi soggetti, bambini compresi, possono recuperare quella inespressività, come diceva Polanyi, che è tipica dei bambini e delle donne.

Questa invisibilità dell'infanzia deve potersi annullare e il bambino deve essere il soggetto all'interno di una dinamica relazionale nei confronti dell'adulto che porti, progressivamente, all'emancipazione del bambino: da una relazione, quindi, di dipendenza ad una relazione di intersoggettività dove i due, adulto e bambino, si rapportano per le loro esperienze, per quello che sono.

La non cultura dell'infanzia o la sua apparenza premia anche il comportamento di chi prevarica nella relazione il bambino. Ma, le violenze sull'infanzia sono molteplici e non sono solo violenze sessuali.

Ogni colonizzazione compie sempre grandi disastri nel presunto tentativo di «far del bene» all'altro. Quando noi siamo andati nell'Africa nera, anche il fatto di aver introdotto i tacchi a spillo ha coinciso con la moria di molte donne colpite da ernia al disco e quello che noi pensavamo un avanzamento economico e sociale si è rivelato un disastro.

Era l'affermazione della nostra cultura contro la loro e, quindi, non si dava alcuna dialettica tra esperienze diverse, ma la mortificazione di una realtà ad opera di un'altra. Di atteggiamenti e comportamenti di mortificazione dell'infanzia la nostra cultura è piena e non può non prenderne coscienza.

Ora, dovendo accennare al tema del lavoro degli operatori che sono in stretto contatto con persone colpevoli di reati a sfondo sessuale e a danno di bambini non si può non mettere in primo piano la relazione stretta tra l'ambito dei comportamenti cosiddetti normali e l'ambito dei comportamenti patologici e devianti.

Da questo punto di vista, gli operatori di questo settore non possono non alimentarsi di una cultura capace di trovare un senso generale e profondo in questi comportamenti, al di là di un sentimento di rigetto immediato verso gli stessi.

La clinica della formazione è di fatto quello spazio che va tra il mondo delle formazione e il mondo della vita. Una forma di latenza pedagogica, un territorio all'interno del quale il soggetto deve ritrovare il senso della sua esperienza formativa e non lo può che trovare nella relazione con l'altro.

Leggo e chiudo con una frase di un autore che ritengo molto importante anche se non condivido tutto il suo pensiero. Martin Buber dice: «Il rapporto formativo è esso stesso una relazione: ogni relazione è il dato fondamentale dell'esperienza umana. L'Io si coglie primariamente configurato nell'essere relazionato con il tu che lo costituisce. Il fatto fondamentale è la relazione dell'uomo con l'uomo e si stabilisce quando un soggetto vede nell'altro la sua alterità e vuole comunicare con lui».

Per Buber l'uomo è comprensibile solo nel suo stato dialogico, nell'essere a due, nell'incontro con l'altro.

Questo incontro può costituire un'autentica presa di coscienza da parte del soggetto di ciò che è e di come percepisce la realtà.

Alla fine si può vedere come il concetto espresso da Martin Buber altro non sia che il concetto di relazione stessa.

È questo concetto che ho voluto porre al centro del mio intervento, una centralità che non è solo legata al testo ma che è soprattutto riferimento per una nuova epistemologia, per nuovi processi di fondazione dei saperi. È questo riferimento epistemologico che è a base del documento elaborato dalla dottoressa Ciardiello che citavo.

Lì si parla di risorsa umana e di formazione come capacità di «apprendere ad apprendere», un processo autopoietico attraverso cui il soggetto autoproduce, si auto-

regola ed evolve se stesso ma non come risorsa in sé ma come capace di relazione,quindi, di organizzazione.

È questo il concetto, oggi strategico, di «lerning organization», di organizzazione che apprende.

A mio avviso questa dimensione della formazione sembra essere quella più importante e più produttiva, in particolare, per coloro che si occupano (a vario titolo) di soggetti colpevoli di reati a sfondo sessuale. Un modello clinico nell'ambito della formazione che si alimenta di queste premesse e la cui articolazione andrebbe, ovviamente, approfondita. Va da sé che questo approccio si presenta, ad un tempo, come contributo alle specifiche competenze e come elemento unificante di queste.

Con questo chiudo il mio intervento, una sorta di sviluppo di idee che se anche non troppo coordinate spero, perlomeno, capaci di produrre un avanzamento della problematizzazione del campo.

Relazione del
dr. PierLuigi Morini (*)

Ontogenesi dei sex offenders – La cornice dell'intervento realizzato presso la C.C. di Lodi

Cercherò di far emergere gli assunti di base che orientano la ricerca intervento del gruppo Lodi, attraverso il confronto con quelli delle pratiche più diffuse (1). Il luogo in cui avverrà il confronto è quello delle reciproche rappresentazioni fra paziente, terapeuta e istituzione; ossia quel territorio di confine in cui si costruiscono relazioni e si definiscono le identità.

La relazione «rappresentazione-interazione» è già un assunto di base. Un assunto buono per iniziare l'analisi, visto che trova grande diffusione nella ricerca e nelle applicazioni di diversi settori della Psicologia e della Sociologia (2). Pensiamo ad esempio alle Rappresentazioni Sociali (3), all'Interazionismo Simbolico (4), al Costruttivismo (5) o alla relazione fra rappresentazioni oggettuali e fenomeni transferali in Psicoanalisi (6).

Prima di esplorare il circuito rappresentativo nei diversi paradigmi di ricerca, desidero illustrarvi la «struttura vuota» della analisi, quella che coincide con il problema originario della genesi del sexual abuser (s.a.), e che presuppone soltanto lo spazio di una rappresentazione mentale.

Un oggetto è per un soggetto.

Così il sexual abuser è per una vittima, che ne subisce l'incontenibile violenza; così il S.A. è per un terapeuta, che vorrebbe restituirlo ad una vita normale; così il S.A. è per la collettività, che ne ha letto le cronache sulla stampa ————————

(*) Psicologo clinico presso le C.C. di Lodi e Milano.

(1) Per compiere questa operazione, verrà sacrificata l'esposizione delle procedure specifiche, reperibili con maggior dettaglio nel progetto, che è agli atti del seminario.

(2) L'assunto che più avvicina la psicoanalisi al cognitivismo è proprio quello secondo il quale gli individui agiscono non tanto in relazione a configurazioni «oggettive» del mondo, quanto invece alle proprie rappresentazioni mentali del mondo esterno, così come lo interpretano.

(3) Moscovici, Jodelet, Paez e Ecebbarria, Doise, Morin e Verges.

(4) Berger Lukman.

(5) Kelly.

(6) Greenson, Zetzel, Klein ecc.

locale, ne teme la pericolosità e quindi lecitamente ne chiede il controllo alle istituzioni preposte.

Siamo tuttavia sicuri che il S.A., in questi tre casi, corrisponda alla me- desima persona?

Se così non fosse, ovvero, se queste tre rappresentazioni del S.A. non coincidessero perfettamente in un'unica rappresentazione, quale di queste tre corrisponderebbe a quella che il S.A. ha di sé medesimo?

Per dovere di completezza dovremmo aggiungere, a questo manipolo di S.A. rappresentati, quello «vero», ossia quella «cosa» metafisica e meta-empirica sconosciuta a tutti, quella che solo a Dio è dato di conoscere nella sua totalità.

Sempre per amore di completezza, dovremmo considerare l'intera questione in una prospettiva diacronica, per cui il S.A., che la vittima probabilmente conosceva, prima del reato, difficilmente coinciderà con quella persona che ha sperimentato durante il reato, o che ricorderà a dieci anni di distanza…

Avverto un leggero sconforto. Il caos, il disordine, minacciano di prevalere. Se così fosse, niente più rimarrebbe al proprio posto, resterebbe solo fumo, vento che ha fame. Nessuna paura, è la razionalità a venirci in soccorso, quella razionalità che nella scienza prende corpo dal principio di identità e non contraddizione e che nel pensiero comune è alla base di ogni processo di categorizzazione.

Così, nell'economia psichica di ciascuna persona per la quale quel S.A. è «qualcosa», le informazioni attuali, i ricordi e le aspettative vengono ripetutamente passate al setaccio per conformarsi ad un unico oggetto, coerente e il più possibile rassicurante. Il caos in cui minacciava di precipitarci una violenza primitiva ed incomprensibile cede il passo alla comprensione ordinata. La novità spaventosa si rapporta già al noto, e il confronto produce la trasformazione di entrambe (7). Aristotele ha vinto Eraclito, così come la rimozione ha avuto la meglio sul ricordo dell'inganno collusivo.

Potremmo approfondire l'esame dei movimenti che realizzano questa operazione, tanto nella vittima quanto nella collettività. Tuttavia quello che più ci interessa oggi è ciò che accade nel S.A., e più precisamente, nell'interazione del S.A. con l'area trattamentale. In fin dei conti è un fatto incontestabile che gli sviluppi di tale interazione siano di cruciale importanza, per gli esiti del trattamento.

Collochiamoci allora al «momento zero» dell'analisi che propongo, quello che coincide con l'ingresso del S.A. in carcere. Iniziamo il nostro

_____

(7) Questo processo è stato descritto da Piaget nella prospettiva evolutiva, come risultato di un continuo adattamento fra assimilazione e accomodamento. Moscovici, Jodelet e Doise hanno rivisto lo stesso processo nella prospettiva che rivela l'importanza della

comunicazione (fra soggetti appartenenti a grandi gruppi di opinione, comunità scientifiche ecc.)

incontro con una persona definitivamente smascherata, catapultata fuori dalla società; poiché ha osato violare le sue leggi più remote e primordiali. Queste leggi «universalmente condivise» che, attraverso il mito, avevano permesso di dare un «ordine» all'esercizio dei piaceri sessuali, confinando la violenza primitiva fuori dal cerchio della comunità.

A grandi linee, il S.A. che entra in carcere sperimenta una condizione di derealizzazione e deperonalizzazione, in coincidenza con la dismissione dei ruoli sociali pre-detentivi e la assunzione del ruolo del detenuto. In queste condizioni la sua capacità contrattuale (8) è estremamente debole.

Vediamo allora cosa succede a questa persona, quando entra in un istituto in cui è adottato un modello di intervento comportamentista.

Nel paradigma comportamentista l'uomo è identificabile ad un organismo che recepisce stimoli, ambientali ed interni, e produce delle risposte o comportamenti. L'intera storia di quell'organismo può essere descritta come una successione di condizionamenti grazie ai quali, dato uno stimolo o costellazione di stimoli l'organismo ha appreso determinati comportamenti (9).

Il caso del S.A. può essere sintetizzato nella seguente formula: l'organismo X ha iniziato a produrre comportamenti sessualmente devianti come risposta a stimoli esterni ed interni, fra i quali rabbia, noia, ansia sociale e depressione.

La terapia si costituisce come tentativo di rompere questa associazione mediante un condizionamento per il quale, associando uno stimolo condizionante allo stimolo originario (o al comportamento conseguente) si otterrà una risposta diversa dal comportamento sessuale deviante.

Il processo che porta dallo stimolo al comportamento deviante può essere scomposto in una successione di specifici sotto-processi, che si attivano in serie quando la risposta del primo costituisce lo stimolo per il successivo.

Il tentativo di interrompere il processo che porta alla ricaduta si realizza quindi attraverso diversi interventi in successione, ognuno per ogni anello della catena. Non li esamineremo in dettaglio (10). Consideriamo invece le tre rappresentazioni dell'oggetto S.A: per il terapeuta, per l'istituzione e per sé medesimo.

_____

(8) Uso l'espressione «capacità contrattuale» per riferirmi al potere che il soggetto esprime in una relazione nella definizione del proprio ruolo e di quello dell'interlocutore.

(9) La tesi di fondo di matrice darwiniana presuppone la selezione naturale dei comportamenti adattivi e l'estinzione dei comportamenti disadattivi.

(10) Note, ad esempio, sono le tecniche di «desensibilizzazione sistematica», «immersione», (flooding); «condizionamento avversivo» (avversive counter conditioning); la «terapia implosiva» (implosion); l'apprendimento per osservazione (modeling) e la più recente tecnica «I.M.D.R.».

Per il terapeuta comportamentista il S.A. rappresenta un organismo che ha scarso controllo sull'intero processo; un organismo che riconosce stimoli negativi e produce risposte disadattive e che quindi va ri-condizionato al fine di riportare i suoi comportamenti nella norma.

Per l'istituzione il S.A. rappresenta un soggetto che va punito per il reato commesso ma al contempo corretto poiché il reato è prodotto da una persona che esercita scarse o nessuna influenza sull'intero processo.

Quando il S.A. aderisce a questo modello, si rappresenta come un riflesso di ciò che egli è per il terapeuta e per l'istituzione: un corpo che deve essere riprogrammato. L'unico ambito in cui può esercitare la propria responsabilità riguarda la decisione di sottomettersi o meno alla cura.

Per chiudere il cerchio delle rappresentazioni sociali diciamo che per il S.A. il terapeuta è qualcosa di simile ad un addestratore; l'istituzione è qualcosa di simile ad una madre invadente ed iperprotettiva, che punisce l'errore ma giustifica il reo in quanto non responsabile delle sue azioni.

Il rischio di questo tipo di trattamento è che il soggetto, se entra in questa rappresentazione di sé, sviluppi una identificazione con la malattia, attraverso una cristallizzazione del vissuto abnorme nell'esperienza di sé con conseguente deresponsabilizzazione, stile: «quello che è successo non dipende da me, ma dalla mia malattia».

Nel paradigma cognitivista le cose funzionano un poco diversamente (11).

Sostanzialmente nel paradigma cognitivista l'oggetto di studio non è più il comportamento osservabile ma l'attività mentale dell'organismo. Al posto dell'organismo troviamo un sistema cognitivo, che è attivo sia nella determinazione dei comportamenti ma anche nella ricezione degi stimoli (12).

Torniamo allora al quesito originario: cosa ne è del S.A. che entra in un istituto in cui è adottato un modello di intervento cognitivista?

Possiamo dire che il S.A. che si affaccia all'istituto rappresenta un sistema cognitivo che in alcune parti è organizzato in funzione di diverse distorzioni cognitive, le quali conducono l'individuo ad azioni disadattive (13). Questa è la rappresentazione del S.A. nel terapeuta cognitivista. Obiettivo della terapia

_____

(11) A dire il vero nel panorama della psicologia contemporanea coesistono diverse tradizioni cognitiviste, abbiamo il paradigma computazionale di Fodor, quello ecologico di Gibson, quello connesionista di Quinlan ecc. Non è questa la sede per approfondire le differenze. cercherò di illustrare il «nocciolo» rifacendomi a quelli che considero i più autorevoli esponenti del cognitivismo e della psicoterapia cognitiva, ossia Neisser e Beck.

(12) Così, ad esempio, il processo percettivo non è più inteso in senso unidirezionale, ma diventa un processo circolare. La percezione degli stimoli, così come la produzione di comportamenti è «guidata» da schemi d'orientamento, mappe cognitive che funzionano come strutture attive che ricercano le informazioni e dirigono le azioni. (Neisser '93).

(13) Beck '79.

consiste quindi nel portare il S.A. a «colmare il vuoto» che sta tra lo stimolo e la risposta, riconoscendo i pensieri automatici o autonomi che sono alla base degli schemi che guidano al reato. Successivamente il paziente riesce a interpretare tali pensieri come fenomeni psicologici «puri», interni, che non rimandano immediatamente ad una realtà fattuale. In altre parole il paziente impara a distinguere con chiarezza i propri processi mentali interni dagli stimoli che provengono dal mondo esterno. Questa operazione

consente un distanziamento del paziente dai contenuti delle sue distorsioni cognitive. Si gettano così le basi della guarigione: il paziente diventa capace di correggersi.

Notiamo due differenze importanti, nel focus e nella forma del processo terapeutico cognitivista.

In primo luogo, l'attenzione ed il centro dell'intervento si spostano dal comportamento disadattivo alle ideazioni disadattive che conducono al comportamento. In secondo luogo è il processo terapeutico a cambiare di aspetto. L'esercizio della terapia non assomiglia più ad un addestramento diretto dall'esterno, ma diventa un lavoro di ricerca comune, dove terapeuta e paziente collaborano per individure e risolvere i problemi del paziente (14).

In sostanza il S.A. si rappresenta come una persona attiva che, sotto la guida del terapeuta, esplora i propri processi mentali ed impara a correggerli, o perlomeno a controllarli (15).

Per l'istituzione il S.A. rappresenta ancora un soggetto che deve essere punito, tuttavia l'addestramento che propone non è più l'addestramento di una persona incapace di controllo. Viene assunta la potenzialità di controllo, e quindi l'addestramento si realizza attraverso la persona. È infatti il soggetto ad essere diretto nella esplorazione della «scatola nera» della propria patologia, perché da solo riesca a rimettere a posto i pezzi.

Per chiudere il cerchio delle rappresentazioni diciamo che l'istituzione è vissuta dal S.A. come una madre un poco ambigua, benché più supportiva e responsabilizzante: punisce per il reato commesso, ma aiuta a comprenderne le ragioni attraverso il processo che porta alla guarigione. Il terapeuta è vissuto come un maestro, un istruttore, una guida che sostiene nella ricerca del problema ed insegna i metodi per risolverlo.

Anche in questo tipo di trattamento il rischio e che il S.A. rimanga intrappolato nella rappresentazione di sé patologica, in cui il vuoto che sta fra lo stimolo e la risposta, e che produrrebbe il comportamento abnorme, non viene trasformato, ma solo controllato.

_____

(14) (Ibidem).

(15) Non ci troviamo più di fronte a un terapeuta che cura il malato perché è il malato a curarsi con l'aiuto del terapeuta. Il paziente è più attivo, benché la relazione continui ad essere asimmetrica: il paziente apprende e comprende i propri disturbi nella prospettiva del terapeuta.

Paradigma Psicoanalitico. Apparentemente il problema è di facile soluzione. Si potrebbe liquidare rilevando che nel paradigma psicoanalitico il S.A. non esiste, così come non esistono, o meglio, non mi risulta esistano programmi di trattamento penitenziario rivolti a S.A. a modello psicoanalitico.

In realtà la Psicoanalisi è stata la prima a porsi il problema delle perversioni circa 90 anni fa, ed anche oggi non mancano riflessioni organiche circa il problema (16), così come esistono istituti in cui gli autori di reati a sfondo sessuale vengono seguiti nella fase post detentiva.

Cercherò di essere sintetico benché anche nella psicoanalisi coesistano orientamenti molto diversi fra loro (basti pensare alle differenze tra le freudiane ortodosse e le neo-freudiane, quelle junghiane ecc.)

In questo paradigma le manifestazioni comportamentali sono meno rilevanti dell'organizzazione strutturale entro la quale assumono singnificato. Così un delirio può essere un episodio circoscritto in una persona nevrotica, come la manifestazione di una

frattura difficilmente sanabile. Questo per dire che per la psicoanalisi non c'è un sexual abuser ma personalità strutturate nevroticamente, persone con disturbi di personalità del gruppo B e C (disturbi di tipo borderline, narcisistico, antisociale, istrionico, ossessivo-compulsivo e di evitamento) e vere sindromi psicotiche. Ne consegue che non vi sia un trattamento specifico per sexual abuser, anche se vi sono diverse cliniche per il trattamento delle perversioni.

Giungiamo infine all'attività del gruppo Lodi.

Dirò subito che non è possibile rifarci ad una unica tradizione di ricerca (17).

Nella nostra prospettiva teorica il S.A. esiste in quanto soggetto detenuto per aver commesso un reato a sfondo sessuale (18).

———————

(16) Per esempio, è interessante il tentativo dell'Institute for Psychoanalysis di Chicago di riassumere in un unico corpo la complessa fenomenologia delle perversioni. Goldberg, in particolare, esamina le perversioni attraverso 3 condizioni (ognuna delle quali necessaria ma non sufficiente): Sessualizzazione come reazione a minacce di disintegrazione del Sé; Scissione verticale che comporta la coesistenza di Sé contraddittori; e dinamiche famigliari particolari che impediscono o interferiscono pesantemente con la vicenda edipica.

(17) Il nostro orientamento epistemologico ha come pietra angolare il paradigma della complessità e si orienta tra il segmento costruttivista del cognitivismo (Piaget e Kelly), la Psicologia Sociale europea (Moscovici, Mugny e Papastamou) e la tecnica gruppoanalitica che ha avuto origine da Bion e Foulkes. Con qualche precisazione, potremmo utilizzare la definizione di modello analitico socio-cognitivo.

(18) In alcuni di loro abbiamo riscontrato manifestazioni patologiche più o meno gravi e compromettenti, che vanno dai disturbi di personalità del gruppo B, C e vere psicosi. Non mancano tuttavia casi di persone relativamente sane o nevrotiche. Non deve essere trascurato il fatto che gran parte degli studi sui S.A. riguardano soggetti in detenzione. Le richieste e le offerte di aiuto formulate nel mondo esterno riguardano quasi sempre le vittime e molto raramente gli autori di reati a sfondo sessuale.

Ne consegue che l'attività proposta nell'istituto di Lodi si rivolge a una pluralità di soggetti portatori di una grande disomogeneità. Cercherò di tratteggiare gli aspetti essenziali della nostra metodologia nelle tre prospettive di intervento, ossia a livello individuale, di gruppo e di comunità.

A livello individuale il fulcro dell'intervento non è il reato, ma il «qui ed ora» del detenuto. Il primo obiettivo consiste nel fare emergere tutte le risorse che il soggetto ancora possiede. Tali risorse sono necessarie, per poter intraprendere un percorso di rilettura della esperienza personale. Inoltre, impostare la relazione sul riconoscimento delle risorse, piuttosto che sulla patologia, equivale a stabilire una strategia di meta-confronto, e al contempo favorire lo sviluppo di una buona relazione terapeutica (19).

Col procedere del lavoro individuale i detenuti che, secondo le concezioni classiche, risultano idonei al lavoro di gruppo, vengono invitati a proseguire l'esplorazione in questo tipo di setting.

La fase gruppoanalitica costituisce il centro dell'intervento.

Le idee base dell'approccio gruppoanalitico, sono le seguenti (20):

1) Centralità dell'elaborazione emotiva del gruppo (21).

2) Centralità delle difficoltà che emergono nel qui ed ora del campo gruppale, rispetto alle difficoltà diacroniche portate da ciascun partecipante.

Queste due idee base della metodologia gruppoanalitica guidano a un terzo aspetto, simile a ciò che abbiamo già visto a proposito del processo terapeutico nel paradigma cognitivista: il terapeuta come co-ricercatore. Nella dimensione gruppoanalitica questo aspetto è più marcato, e principalmente deriva dal fatto che il terapeuta è parte del gruppo. La sua funzione si rivela come una costante tensione a creare, promuovere e mantenere le condizioni necessarie all'elaborazione dell'esperienza vissuta dai soggetti.

L'elaborazione del controtransfert è la funzione imprescindibile che il terapeuta deve essere disposto a mettere in gioco, per consentire la trasformazione autentica di questa esperienza. Non si tratta di «banalizzare» i significati del crimine. Il crimine per cui la persona è detenuta non è un elemento aleatorio, un accidente, così come nemmeno è ciò a cui la persona deve essere costantemente ricondotta, e ridotta, perché la sua personalità diventi finalmente comprensibile. Il crimine è, nella storia della persona, la parte di un tutto. Un tutto che include anche il futuro di quella persona. Non riuscire a

_____

(19) Il terapeuta è certo delle responsabiltà del detenuto, dunque non è interessato a strappargli una confessione. Ciò che desidera è andare oltre. In questo modo ha inizio un processo esplorativo in cui il detenuto «si racconta» per i momenti che ritiene per sé più significativi.

(20) Neri C., '97.

(21) Tale elaborazione ha origine nel ruolo attivo e nella corresponsabilità relativa che i soggetti sperimentano attraverso il gruppo, assumendo e vivendo in prima persona ruoli e posizioni affettive diverse.

vederlo non equivale soltanto ad essere nelle condizioni di poter fare ben poco per promuoverlo. Significa, al peggio, contribuire a comprometterlo. Per dire altrimenti: occorre aver maturato una certa familiarità con i propri «mostri interni» per riuscire a vedere in queste persone qualcosa di diverso dai «mostri» che devono essere corretti (22).

Così, nel gruppo, la ricomposizione del significato del crimine, l'integrazione di questo nella vita del soggetto, «riempiono il vuoto che sta tra lo stimolo e la risposta», modificandola. Modificazione che possiede tutta la forza della risonanza emotiva evocata dall'esplorarsi e sperimentarsi «in relazione» agli altri.

A livello di comunità intramuraria voglio rilevare soltanto che nella nostra prospettiva ogni variabile «contestuale» è assunta al rango «sperimentale» (23); poiché costituisce fattore terapeutico, così come ha connotazione ed effetto terapeutico un semplice colloquio diagnostico, o una intervista in profondità. L'attenzione a questo livello è quindi rivolta principalmente ai processi di reciproche influenze, che scaturiscono nelle interazioni tra soggetti nel gruppo e soggetti esterni al gruppo, tra detenuti e agenti di polizia penitenziaria, cappellano, volontari, ecc.

Mi auguro che quanto esposto vi consenta di inferire direttamente il circuito delle rappresentazioni sociali nella prospettiva relazionale tra paziente e terapeuta. Aggiungo solo che nella sperimentazione del gruppo Lodi i detenuti coinvolti vivono l'istituzione come una madre punitiva ma non disattenta, in quanto offre, ma non impone (e quindi nemmeno premia) l'opportunità di una prospettiva terapeutica, per chi lo desidera.

Consideriamo i limiti e i pregi più evidenti dell'intervento proposto a Lodi.

Personalmente ritengo che un primo grande limite sia relativo al fatto che non tutti i soggetti sono idonei o disponibili a sperimentarsi nel lavoro di gruppo. Per cui resta il problema di cosa fare con loro. Il pregio più evidente è che chi aderisce al progetto sperimenta l'avvio di un processo trasformativo, finalmente in grado di superare la costruzione della rappresentazione sociale di sé come S.A.. La costituzione di una motivazione intrinseca al trattamento è evidente. Ne è prova il fatto che il detenuto, giunto a fine pena, chiede spontaneamente di poter continuare il lavoro di esplorazione e trasformazione intrapreso in carcere.

Ed eccoci così al secondo grande limite. Tutti sappiamo che i tempi della cura non possono essere preventivamente definiti, e tanto meno coincidere con i tempi della pena.

_____

(22) Morini, '98. Appendice al progetto. (in pubblicazione).

(23) Da ciò consegue la necessità di un intervento formativo ad ampio spettro, rivolto a tutte le figure professionali che interagiscono col detenuto per reati a sfondo sessuale.

Riuscire a portare a fine pena una persona che ha raggiunto importanti acquisizioni, facendo proprio il bisogno di proseguire la sua ricerca sapendo che fuori troverà il vuoto, è molto scoraggiante.

Qualsiasi intervento terapeutico intramurario si realizza in un contesto profondamente diverso dal contesto in cui il soggetto ha esperito il reato.

L'inserimento nella comunità esterna è sempre molto difficile e problematico, soprattutto quando alle proprie difficoltà oggettive si aggiunge l'handicap dello stigma.

Ed è proprio in questa fase così delicata, a livello di comunità esterna, che l'attualità registra le lacune più gravi. Manca una agenzia capace di risposte adeguate a strategie di prevenzione primaria, secondaria e terziaria: un riferimento territoriale forte, che accompagni il detenuto in tutte le tappe del reinserimento, monitorando insieme a lui la gestione degli stress, che sia anche capace e pronta ad interventi d'urgenza. Personalmente ritengo che questo rappresenti l'unico modo efficace perché il S.A. non rischi di diventare una profezia che si auto-adempie (24).

_____

(24) Vedi ad esempio le ricerche di Snyder, Andrson e Bem, Gove, ecc.

Bibliografia

Beck, A. T. (1979), Cognitive Therapy, International Universities Press, Boston.

Berger, P. e Luckman,T. (1984), La realtà come costruzione sociale, Il Mulino, Bologna.

Goldberg, A. (1998), Perversione e Perversioni, Boringhieri, Torino.

Gove, W.R. (1975) (a cur di) The labeling of deviance: Evaluating a Perspecfive, Wiley New York.

Greenson, R.R. (1994), Tecnica e pratica psicoanalitica, Feltrinelli, Milano.

Kelly, G. A. (1955), The Psychology of Personal Construct, Norton, New York.

Morini, P. L. (1997), Progetto di intervento terapeufico rivolto a soggetti condannati per reati a sfondo sessuale, documento presentato al P.R.A.P. della Lombardia il 15.06.97 dalla direzione della C.C. di Lodi, Lodi.

Morini P. L. (1998) Assunti di base e strategie dell'intervento intramurario presso la C. C. di Lodi (in pubblicazione).

Moscovici, S. e Hewstone, M. (1989), Rappresentazioni sociali e spiegazioni sociali: dallo scienziato 'ingenuo' allo scienziato 'dilettante', in M. Hewstone, Teoria dell'attribuzione, Il Mulino, Bologna.

Moscovici, S. (1988), Le rappresentazioni sociali, in V. Ugazio, (a cura di) La costruzione della conoscenza, Franco Angeli, Milano.

Neri, C. (1997), Gruppo, Borl, Roma.

Neisser, U. (1993), Conoscenza e realtà, Il Mulino, Bologna.

Skinner, B.F. (1953), Science and human behaviour, Macmillian, New York.

Snyder, M., Tanke, E.D. e Berscheid, E. (1977), Social perception and interpersonal behavior: On the self-fulfilling nature of social stereotypes, in Journal of Personality and Social Psychology, 35, 656-666.

Zetzel, E.R. (1956), Current Concepts of Tansference, in International Joumal of Psichoanaysis, 37, 369-376.

PROGETTO DI INTERVENTO TERAPEUTICO RIVOLTO
A SOGGETTI CONDANNATI PER REATI A SFONDO SESSUALE

Introduzione

La C.C. di Lodi ospita in media 75 detenuti, 2/5 dei quali ristretti nella sezione dei «protetti». La maggioranza dei detenuti «protetti» ha subito una condanna per reati a sfondo sessuale.

La particolare configurazione dell'istituto, la mancanza di una politica trattamentale specifica per tale tipologia di reati, uniti ad una profonda sensibilità della direzione, sono stati elementi determinanti affinché l'inserimento in organico di un nuovo esperto ex art. 80 rappresentasse occasione per la sperimentazione di una attività trattamentale mirata.

Tale esperienza ha avuto inizio nel novembre 1996, è tuttora in corso ed ha coinvolto la totalità dei detenuti protetti.

Il lavoro svolto è stato continuamente revisionato in collaborazione con il Direttore Gloria Manzelli, l'ispettore capo Raffaele Ciaramella, gli educatori Walter Gentile e Mimmo Grieco e la collega Marika Romanini.

Il progetto di intervento che qui si propone è innanzitutto merito loro.

Definizione dei problemi relativi al trattamento di soggetti condannati per reati a sfondo sessuale

Le statistiche relative all'incidenza dei reati a sfondo sssuale parlano, al momento della stesura di questo progetto, di circa 300 soggetti imputati o condannati nella sola Regione Lombardia. È possibile inferire dalle cronache che si tratti di una realtà emergente in progressiva espansione.

I soggetti condannati per i reati sopra menzionati sono fortemente stigmatizzati nella società e ancora di più tra la popolazione detenuta.

Ciò che si conosce da tempo grazie agli autori della teoria dell'etichettamento (H.S. Becker; D. Chapman; A.V. Cicourel; K.T. Erickson; J.I. Kitsuse; E. Lemert, D. Matza; ecc.) si evidenzia per questi casi con particolare nitidezza. Non è soltanto la società civile a segnare l'abisso che la separa da questi soggetti; non sono soltanto i detenuti comuni a rimarcare con pesantezza la sostanziale differenza che li disingue dai «mostri», ma paradossalmente sono gli stessi condannati per reati a sfondo sessuale a condividerne le rappresentazioni sociali e le argomentazioni.

La società dei consumi si nutre in modo feticista dei soggetti soltanto imputati di reati a sfondo sessuale per utilizzarli come capri espiatori, in una sorta di «contrappeso dialettico» che compensa la progressiva mercificazione della sessualità. (Negli Usa il pornobusiness ha fatturato nel '95 otto miliardi di dollari...) (Per un approfondimento di questo punto costituiscono ottimo riferimento le ricerche di M. Foucault: «Storia della sessualità»; Baudrillard: «Lo scambio simbolico e la morte»; Levi Strauss: «Il feticismo oggi».)

Anche il condannato per reati comuni trae giovamento dalla loro presenza. Grazie ad essa egli si sente un poco più «normale» e vicino alla società civile.

Il condannato per reati a sfondo sessuale è per tutti – e per sé medesimo – un mostro che non merita alcun tentativo di recupero, poiché l'efferatezza dei crimini di cui si è macchiato lo situa troppo al di là dei limiti del comprensibile, e quindi del ricuperabile.

Il detenuto comune ha a disposizione un repertorio di operazioni che gli consente di non allontanarsi totalmente dalla società che lo condanna.

Facendo ricorso ad alcuni valori/costrutti socialmente riconosciuti (quali forza, coraggio, intrprendenza, astuzia, ecc.) è ancora possibile trovare terreno per una

identificazione positiva con la società esterna (per conservare una immagine di sé radicata nella rappresentazione sociale della «persona che ha valore»); oltre a ciò le relazioni tra «compagni di sezione» possono stringersi grazie a quei valori/costrutti che nella società si negano ma che sono riconosciute con assolutezza tra pari (solidarietà, rispetto della parola data, e tutto quell'insieme di regole che compongono un vero e proprio «codice di onore intramurario»).

Il tossicodipendente ad esempio, grazie al suo ormai riconosciuto status di «malato», può in qualche misura giustificare e giustificarsi per i reati commessi. Questi sono a corollario della sua dipendenza da una sostanza nociva. Egli è quindi automaticamente riscattabile nella misura in cui si impegna ad affrancarsi dalla sostanza, offrendosi alla presa in carico da parte dei SerT.

Le prospettive per i «comuni» sopra accennate, offrono la possibilità di mettere in moto una serie di operazioni difensive che consentono alle istanze razionali di non frantumarsi, a fronte delle ondate di stress e frustrazioni imposte dalla condizione detentiva. Le implicazioni negative di tali prospettive sono ben note. Ad esempio la condivisione di ideologie devianti che si elaborano attraverso l'assunzione di abitudini, cultura, e identità strettamente legate a contesto carcerario (Vedi Clemmer D.: The Prison Community, '58); oppure il rinforzo positivo di quelle strategie di autoderesponsabilizzazione che il tossicodipendente mette in atto nell'autodefinirsi tale. Tuttavia è nell'immediato contesto detentivo che queste prospettive sono qui considerate, ed è innegabile che esse soddisfino nei detenuti il loro bisogno di mantenere un certo livello di autostima, coerenza interna e integrità della propria identità, spesso messe a dura prova dai fattori fortemente ansiogeni originati nell'esperienza detentiva (abbandono di ruoli, modi di essere, abitudini, per assumere quelli richiesti dal ruolo di «detenuto»; separazione e distanza dagli ambienti e dalle persone significative, ecc.).

Chi si macchia di reati a sfondo sessuale incarna e rappresenta l'aberrazione umana. Come tale non ha possibilità di far ricorso ad alcuna seppure generica operazione difensiva. Non è un malato e non ha onore. Ciò a cui ha diritto, che si merita soltanto, è il confinamento al girone più periferico della marginalità.

Restano quali estreme difese una ostinata negazione (sul fronte esterno) accompagnata ad una continua tensione a rimuovere le vicende che hanno portato al reato (sul fronte interno).

Si può facilmente intuire quanto il mantenimento ad oltranza di tale situazione sia dannosa oltreché penosa per i soggetti in questione.

Gli stessi operatori penitenziari (agenti, educatori, esperti ex art. 80) che si scontrano continuamente con questo atteggiamento, se non adeguatamente formati, possono sperimentare una notevole frustrazione nell'esercizio del loro mandato. Per riuscire a stabilire un contatto umano, sono infatti costantemente «sedotti a credere», o perlomeno a fingere di credere, alla loro innocenza. Il rischio di assumere «modalità relazionali collusive» (1) con questi detenuti è molto alto, e certamente non giova alla salute mentale di nessuno.

La risultante ultima del quadro così succintamente delineato è che si rischi di promuovere una profonda scissione nella esperienza di sé dei soggetti con reati a sfondo sessuale. Le possibili conseguenze di ciò sono altamente devastanti, tanto per i soggetti in questione quanto per la collettività che li accoglierà quando questi

IL SEMINARIO

IN BELGIO

PROGETTO WOLF

SEMINARIO DI STUDIO IN **BELGIO**

RELAZIONE DI SINTESI (*)

La visita di studio in forma seminariale è stata possibile effettuarla grazie alla accogliente disponibilità del Ministero di Giustizia del Belgio nella persona del Dott. Nouwynck, magi-strato responsabile del Servizio di politica criminale, e del Prof. F. Gazan, esperto e consulente dello stesso Ministero, il quale ha preparato in concreto il programma ed ha incoraggiato sin dal nascere il Progetto WOLF.

L'Amministrazione Belga ha riservato alla delegazione italiana una ospitalità degna di apprezzamento. Grazie al programma messo appunto i delegati hanno avuto una idea abbastanza completa della risposta istituzionale attuata in Belgio al problema degli autori di reati sessuali sia nei confronti dei minorenni che delle altre violenze in genere.

Doveroso il ringraziamento al nostro partner per il contributo dato alla riuscita del seminario di studio.

I COMPONENTI DELLA DELEGAZIONE

Nella composizione della delegazione l'Ufficio della Formazione ha voluto che fossero presenti operatori del Gruppo di Lavoro ed operatori delle sedi periferiche che si erano già confrontati con il problema all'attenzione del progetto o che, pur senza azioni specifiche avevano nella realtà di lavoro una numerosa presenza di persone detenuta per reati sessuali e segnatamente di sfruttamento sessuale di minori.

Dott. Sebastiano ZINNA – Direttore Coordinatore di Servizio Sociale e coordinatore del Gruppo di Lavoro WOLF – Ufficio Centrale della Formazione e Aggiornamento del Personale

Dott. Angela MAGNINO – Direttore di Servizio Sociale del C.S.S.A. di Novara

Sig.ra Loreta TARABORELLI – Collaboratore Amministrativo, componente del Gruppo di Lavoro WOLF

Dott. F. Angelo VACCA – Educatore Coordinatore per Adulti – componente del Gruppo di Lavoro WOLF

Isp. Domenico FILIPPI – Ispettore di Polizia Penitenziaria – Casa Circondariale di Vallo della Lucania

Dott. Giovanni Walter GENTILE – Educatore per Adulti presso la Casa Circondariale di Lodi

Dott. Andrea BECCARINI – Traduttore interprete – Ufficio Centrale della Formazione e Aggiornamento del Personale

_____

Questa relazione ha sintetizzato e rielaborato i materiali documentali raccolti e si è avvalsa dei contributi offerti dai componenti la delegazione nella visita di studio seminariale in Belgio. La traduzione dei testi è stata prodotta dal Dott. Andrea BECCARINI e la stesura definitiva è stata curata dal Dott. Sebastiano ZINNA.

ISTITUZIONI VISITATE ED INCONTRI REALIZZATI

30 novembre 1998

Incontro con i responsabili del *Servizio di Politica Criminale* presso il Ministero della Giustizia del Belgio:

– Dott. Nouwynch, magistrato responsabile del servizio

– Prof. F. Gazan, consigliere del Ministro di giustizia e direttore del CRASC (centro Ambulatoriale di ricerca e azione sessuo-criminologica)

– M.me I. Storme, psicologa presso il Servizio di politica criminale.

1 dicembre 1998

Prigione di Bruges

Incontro con il servizio specializzato della prigione.

2 dicembre 1998

Visita al *Centro Ambulatoriale* presso un complesso ospedaliero di *Anversa* e incontro con il Prof. Cosyns responsabile del Centro

Tournai: visita di un centro ambulatoriale e un centro chiuso presso un complesso ospedaliero psichiatrico di difesa sociale per persone sottoposte a misura di sicurezza.

3 dicembre 1998

Visita al Centro ambulatoriale CRASC e incontro un direttorecon il Prof. F. Gazan

Visita alla *prigione* semiaperta di *Marneffe* e incontro con il servizio specializzato dell'istituto.

DESCRIZIONI DELLE STRUTTURE VISITATE

Complesso penitenziario di Bruges

Uno dei più grandi e moderni istituti penitenziari del Belgio (circa 1200 detenuti) con due sezioni maschili per detenuti con condanne per reati sessuali: una riservata a condannati con pene fino a cinque anni e l'altra a condannati con pene sopra i cinque anni.

Centro Ambulatoriale di Anversa

Trova collocazione all'interno del reparto di Psichiatria del Complesso Ospedaliero. E' diretto dal prof. P. Cosyns.

Centro di difesa sociale «le Marroniers» di Tournai:

L'Istituto ospita coloro nei confronti dei quali il Magistrato, accertata la pericolosità sociale, con sentenza di proscioglimento, ha ordinato la misura di sicurezza per la commissione di un reato per il quale la legge prevede una pena non inferiore nel massimo a 10 anni. L'Istituto ospita 340 soggetti malati psichiatrici, di cui 120 internati per reati sessuali, 60 dei quali con gravi disturbi mentali.

La gestione delle attività sanitarie è demandata al Ministero della Sanità. Le spese di ricovero sono a carico del Ministero della Giustizia, al quale compete la gestione del servizio di controllo. I rapporti tra i due Ministeri sono regolati da apposita convenzione.

La gestione delle attività terapeutiche è assicurata da una èquipe pluridisciplinare che riferisce semestralmente ad una commissione (composta da: Procuratore del re, un avvocato, un medico) con una valutazione circa l'andamento complessivo e l'adesione al programma da parte dell'interessato. E ciò anche ai fini della modifica delle prescrizioni, tra le quali vi è infatti quella che impegna l'internato a sottoporsi ad un percorso terapeutico e riabilitativo adeguato alle sue condizioni.

Servizio ambulatoriale U.P.P.L. di Tournai

Servizio U.P.P.L. (Unità Pilota di Psicopatologia Legale) diretto dal Prof. Bernard Pihet, psicologo specializzato in Psicoterapia analitica e sistemica, psico-sociologo e formatore anche per il Ministero di Giustizia.

L'U.P.P.L. nasce nel 1998 su iniziativa di quattro esperti che decisero di mettere insieme le loro risorse, preservando l'originalità e l'autonomia del proprio lavoro nella istituzione e nella Regione Vallona. L'unità si costituisce come centro di riferimento (scientifico e organizzativo) con il compito di provvedere immediatamente:

– alla formazione di base di un certo numero di terapisti nella diagnostica e nel trattamento di delinquenti sessuali;

– alla redazione di un rapporto annuale sulle attività di trattamento effettuate dai quattro terapisti dell'U.P.P.L. nei quattro centri della Regione Vallona e dalle loro èquipe riconosciute dal Ministero dell'azione sociale e della sanità. Gli strumenti impiegati nei quattro Centri differiscono sia per il tipo di pazienti che essi ricevono che per la tipologia di cura che essi dispensano oltre che per il tipo di istituzione nella quale essi lavorano.

Dipendono dal Ministero della Sanità che li ha creati e dal Ministero della Giustizia di cui sono centro di consulenza.

Nel 1997 più di 250 sono stati i soggetti trattati, autori di reati sessuali, la maggior parte dei quali con obbligo giudiziario.

Centro ambulatoriale di Bruxelles C.R.A.S.C.

L'idea di creare un centro ambulatoriale per il trattamento di autori di reati sessuali è nata quando, dopo l'esperienza del Canada e degli Stati Uniti, il Prof. Gazan ha dovuto confrontarsi con un problema di grossa entità postogli, 12 anni fa, nell'iniziare la strutturazione di un intervento terapeutico nei confronti di soggetti autori di reati legati alla prostituzione. Egli percepì immediatamente il senso della grande sfida che gli si poneva: all'epoca esistevano solo centri per alcolisti e per tossicodipendenti, ma non per autori di reati sessuali.

Tale scelta, che apparve all'inizio azzardata, in quanto la sua creazione era molto in anticipo rispetto alla sensibilità dell'opinione pubblica, costituiva l'avvio di una

sperimentazione che non aveva precedenti in Belgio. Rappresentava il primo tentativo dichiarato di affrontare il problema delle psicopatologie sessuali, complicato, nella maggioranza dei casi, da rapporti con la giustizia.

Attualmente, più di 225 sono gli autori di reati sessuali trattati, la maggior parte dei quali con obbligo giudiziario. La peculiarità degli interventi resi dal CRASC viene espressa anche dalla presa in carico dei delinquenti sessuali detenuti, sottoposti a liberazione condizionale o anche dopo la liberazione condizionale.

Nell'applicazione dell'operatività terapeutica, il Centro si avvale di personale adeguatamente formato, che privilegia i metodi psico-dinamico e cognitivo-comportamentale.

-I terapisti, dando vita a gruppi multidisciplinari, operano a differenti livelli assistenziali. Essi cercano di gestire al meglio le possibilità fornite dalla struttura anche in tema di farmacoterapia, che prevede l'impiego di calmanti, cosa che, in precedenza, veniva vista come attentato ai diritti dell'uomo.

Centro penitenziario semiaperto di Marneffe.

Costruito nel XIX secolo, fu prima collegio per internati, successivamente case-alloggio per rifugiati israeliani. Solo dopo la loro evacuazione verso la Francia nel 1940, l'amministrazione penitenziaria decise di utilizzare il territorio di Marneffe per la produzione di ortaggi per gli istituti penitenziari della regione. I condannati ritenuti idonei al lavoro dei campi e suscettibili di adattarsi ad un regime comune in un stabilimento privo di mezzi di sicurezza furono assegnati a quello che poi è divenuto il Centro Penitenziario agricolo di Marneffe.

Attualmente il Centro comprende un territorio di 40 ettari e la struttura ospita 125 condannati a misure correzionali con ancora un anno da espiare, recidivi condannati dopo la decisione dell'apposita commissione dei casi individuali (organismo centrale belga che decide tra l'altro anche della concessione della liberazione condizionale.

Gli istituti aperti, come Marneffe, che godono di un regime penitenziari molto mite, sono particolarmente destinati a tossicodipendenti e autori di reati sessuali.

I detenuti lavoranti sono impiegati oltre che nei campi, in lavori di manutenzione del fabbricato, lavori domestici, in falegnameria, dove vengono fabbricati prodotti destinati ai diversi dipartimenti ministeriali ma soprattutto agli istituti penitenziari.

IL PROGETTO PILOTA PER DELINQUENTI SESSUALI IN BELGIO

Le tappe essenziali che hanno portato alla realizzazione del progetto pilota possono essere così delineate.

Attraverso una serie di tappe che partono dal 1989, anno in cui viene definita la «violenza sessuale», passano attraverso la legge 13 aprile 1995 (concernente i delinquenti sessuali su minorenni e che sancisce un importante principio: la liberazione condizionale del condannato è subordinata ad un parere di un servizio specializzato e alla previsione di una sorveglianza sociale e, se necessario, nel quadro di un trattamento terapeutico idoneo da parte di un servizio specializzato).

Ulteriore passaggio normativo è rappresentato dalla legge 5 marzo 1998 che entrerà in vigore il 1 marzo 1999 che disciplina la concessione della liberazione condizionale.

Infine notevole spinta ed accelerazione alla elaborazione di un progetto pilota per il trattamento dei delinquenti sessuali è venuto dalla risonanza sociale avuta dall'affare Dutroux.

Il Ministero della Giustizia ha individuato otto strutture penitenziarie (quattro per la Regione Fiamminga e quattro per la Regione Vallona) dove realizzare il progetto e insediare le èquipe specializzate seguendo i criteri della quantità di pena, sopra o sotto i cinque anni, o dalla posizione giuridica di condannato o di internato.

Va evidenziato che i membri delle équipes psicosociali (psichiatri, psicologi, assistenti sociali) degli istituti della Regione Fiamminga hanno ricevuto una formazione da parte del Centro Universitario di Medicina Legale di Anversa.

Le attività all'interno delle istituzioni penitenziarie prevedono innanzi tutto una osservazione dei condannati finalizzata alla assegnazione nell'istituto ritenuto più idoneo tra quelli designati.

Il lavoro successivo è diretto ad una osservazione ed orientamento più incisivo volto a suscitare una motivazione ad intraprendere un percorso terapeutico in ambiente esterno (detto «guidance» cioè trattamento obbligatorio) al fine di ridurre, per il futuro, la recidiva.

Occorre precisare a questo punto che il sistema penale belga prevede il probation in fase di cognizione e la liberazione condizionale dopo la condanna secondo dei criteri:

– aver scontato un terzo della pena, due terzi se recidivo o dopo dieci anni se condannato all'ergastolo;

– poter presentare un programma di riabilitazione dal quale deve emergere la sua (del condannato) volontà ed il suo sforzo di reinserimento sociale;

– non debbono esserci controindicazioni che comportino un rischio per la società o che contrastino con le condizioni di reinserimento sociale del condannato.

L'ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA REALIZZAZIONE DELLA DECISIONE POLITICA

L'organizzazione del Ministero della Giustizia Belga è efficacemente rappresentata dagli schemi che si allegano. L'elemento significativo, per quanto concerne la problematica connessa con il Progetto WOLF, è costituito dalla creazione di un servizio *psico-sociale centrale* al quale fanno capo le èquipe periferiche.

Il servizio psico-sociale centrale è composto da due coordinatori psicologici, tre ispettori per ciascuna delle due Regioni Federali, un giurista per i problemi legali (contratti e convenzioni) ed un criminologo.

L'èquipe periferica (E.P.S.) è composta dal direttore psicosociale (in genere un vice direttore della prigione), il quale fa da tramite tra l'èquipe e la direzione; uno psichiatra (a part-time), psicologi e assistenti sociali (a tempo pieno).

Le E.P.S. forniscono perizie e pareri per qualunque libera–zione condizionale. Inoltre si occupano, sempre all'interno delle strutture penitenziarie, di «pre-terapia»: attività trattamentali finalizzate al rafforzamento della motivazione a partecipare a percorsi terapeutici da realizzare fuori dal carcere.

Le E.P.S., nella loro costituzione, devono rispondere a dei requisiti importanti quali la multidisciplinarietà, la specializzazione nel trattamento degli autori di reati sessuali, devono essere capaci di adottare specifici metodi di intervento e garantire la formazione permanente.

Uno degli aspetti che va sottolineato riguarda anche la distribuzione delle competenze nella gestione del trattamento dei sex offenders. In Belgio si verifica, in questo ambito, qualcosa di simile a quanto previsto nel sistema italiano nel trattamento dei tossicodipendenti.

Infatti l'attività trattamentale intramuraria (definita «preterapia») è di competenza federale e spetta al Ministero della Giustizia; il trattamento all'esterno («terapia») ricade nella competenza della salute e quindi delle Regioni.

Per coordinare operativamente le competenze è stato stilato un accordo tra Stato federale e regioni.

TRATTAMENTO DELL'AUTORE DI REATO SESSUALE REALIZZATO PRESSO IL CENTRO DI ANVERSA

Il quadro di riferimento teorico è quello cognitivo-comportamentale.

Tuttavia non sono esclusi altri approcci quale quello psicodinamico, criminologico, e se del caso farmacologico. Si può affermare che in definitiva si ha prevalente un *approccio di tipo eclettico* e che si cerca di disporre un ventaglio diversificato di risposte trattamentali.

La logica trattamentale si sviluppa lungo un itinerario che può essere sintetizzato in tre tappe:

1. intervista conoscitiva ed esplorativa (due ore)
2. pretrattamento: diagnosi, valutazione, motivazione (24 ore in 10/15 sessioni o due-tre mesi circa)
3. psicoterapia, farmacoterapia, follow–up, counselling (due anni circa).

Nodo cruciale dell'attività diagnostica è rappresentato dalla ricostruzione-scomposizione della *catena comportamentale*. Attraverso la narrazione, da parte

dell'autore, delle sei antecedenti il fatto e attraverso le verifiche con le fonti documentali disponibili (dossier della giustizia, interrogatori delle vittime..) si cerca di individuare le situazione ad alto rischio di recidiva e si lavorerà per la modificazione consequenziale dei comportamenti.

Le modificazioni comportamentali sono stimolate attraverso un percorso in sette moduli:

1) pretrattamento: diagnosi e assunzione della responsabilità del fatto;
2) lavoro sulle distorsioni cognitive, sulla negazione, sul minimizzare;
3) controllo dell'eccitazione psicosessuale con uso di farmaci (effetto annullamento cosiddetta castrazione chimica (12/20% dei casi ambulatoriali) o antidepressivi
4) consapevolezza e attenzione per le vittime (affective/victime empaty)
5) Prevenzione della recidiva 1
6) Prevenzione di recidiva 2
7) Educazione sessuale e indicazioni per corretti comportamenti considerando anche l'associazione di problematiche correlate con alcool e droga.

Il quadro complessivo che si viene a delineare vede come punti saldi di riferimento che interagiscono tra di loro:

1. Obbligazione giudiziaria
2. Terapia
3. Cliente
4. Vittime

Di particolare interessate l'introduzione delle vittime nel percorso terapeutico. È molto importante che l'autore di reato sviluppi nei confronti della vittima sentimenti ed attenzione mentre in genere, con tipiche distorsioni cognitive, tenta in ogni modo di eliminare la «presenza», che invece viene ricordata anche con tecniche da psicodramma quale la sedia vuota o con l'invito a scrivere una lettera (che non sarà mai spedita) che servirà a rilevare le distorsioni cognitive.

LA FORMAZIONE DEGLI OPERATORI

Gli elementi comuni alle esperienze formative realizzate possono essere così riassunti: tutti gli interventi si collocano all'interno di un progetto complessivo alla cui attuazione concorrono, per lo più, professionisti quali psicologi, psichiatri, assistenti sociali, criminologi. Per la loro competenza professionale sono destinatari di attività di formazione che potremmo definire «mirata» al progetto obiettivo nel quale sono chiamati ad offrire la loro collaborazione.

I tratti individuali evidenziati prevedono:

1) *Informazione* sul fenomeno, sulla sua importanza e risonanza sociale
2) *Comprensione* delle patologie narcisistiche e i meccanismi che le determinano
3) Lavoro sulla *motivazione* e sulle *emozioni* per superare il rifiuto a lavorare con gli autori di reati sessuali (violentatori, pedofili....)
4) Lavoro sugli atteggiamenti nei confronti della sessualità e della patologia sessuale attuato mediante il confronto in gruppo.
5) Studio delle attitudini e atteggiamenti terapeutici e diagnostici
6) Studio della recidiva
7) Come lavorare con detenuti e il mondo giudiziario
8) Come gestire i problemi dei pazienti quali il diniego, la menzogna, il rifiuto di introspezione o altri problemi specifici posti da questi particolari soggetti.

ULTERIORE PRECISAZIONE DEL QUADRO NORMATIVO BELGA

Il quadro normativo Belga prevede accanto alla detenzione i seguenti istituti alternativi al carcere:

– Liberazione condizionale
– Procedura di liberazione degli internati (modica e revoca della misura di sicurezza)
– Messa a disposizione del governo (una particolare «misura di sicurezza» destinata ai delinquenti abituali)
– Sospensione della pena e affidamento in prova (in fase di cognizione del processo)

– Messa in libertà con obblighi (misure cautelari non detentive da parte del giudice istruttore)

– Mediazione penale che può essere di quattro tipi: mediazione tra autore e vittima, lavoro di interesse generale, la formazione e il trattamento medico o terapeutico.

– Sospensione della esecuzione della pena per motivi di salute, in vista di una liberazione condizionale, in vista dell'allontanamento dal paese (stranieri), per attenuare il sovraffollamento delle carceri (per persone non pericolose e con pena non superiore a tre anni.

Questo quadro normativo che si applica alla generalità dei condannati o imputati, quando il destinatario del beneficio è un autore di reato sessuale nei confronti di un minore *la liberazione è sempre subordinata al parere dell'èquipe specializzata e all'obbligo di seguire una «guidance» (trattamento riabilitativo obbligatorio)*.

Altro elemento significativo è rappresentato dalla stretta connessione tra programma intrapenitenziario e trattamento psicosociale extra–penitenziario. Coerenza e continuità devono caratterizzare i due momenti.

Netta poi appare la distinzione tra controllo e terapia per gli ammessi ai benefici di legge. *Il controllo* è affidato al Servizio Sociale incaricato della esecuzione delle decisioni giudiziarie (assistenti di giustizia); *il trattamento psicosociale* è affidato alle équipe di sanità specializzate delle Regioni.

Si ritiene utile, per un confronto con la situazione Italiana illustrare sinteticamente i *COMPITI DEGLI ASSISTENTI DI GIUSTIZIA*:

– comunicano all'èquipe psico-sociali le informazioni che hanno nei loro dossiers e che ritengono opportune e necessarie per realizzare il trattamento obbligatorio nel rispetto delle competenze giudiziarie che possono opporre dei limiti alla documentazione da mettere a disposizione. La persona condannata ha il diritto di opporre il rifiuto alla comunicazione di una informazione o di un documento;

– collaborano con le équipe psicosociale del carcere e degli istituti di difesa sociale (OPG);

– svolgono le inchieste e prendono in cario i casi di «guidance» imposte dall'autorità giudiziaria;

– motivano e sostengono l'interessato nel suo inserimento sociale;

– vigilano sul rispetto delle condizioni imposte e collaborano con il Procuratore del Re e la polizia;

– curano il coordinamento e l'integrazione di tutti gli interventi durante la gestione dei casi e in questo senso gli assistenti di giustizia occupano una posizione chiave tra le autorità giudiziarie, centri esterni e le persone condannate;

– redigono regolarmente un rapporto sull'andamento della misura, per le valutazioni dell'autorità competente entro un mese dall'inizio della liberazione condizionale. In seguito tutte le volte che sarà utile o su richiesta dell'autorità competente almeno ogni sei mesi con le proposte che ritengono necessarie;

– spiegano alle persone interessate il valore della legge e le aiutano a capire gli elementi essenziali del loro comportamento delinquente. Danno loro delle spiegazioni sul procedimento giudiziario in corso ed offrono la possibilità di esprimere il loro parere. In questo ambito, l'attenzione si concentrerà soprattutto sul pericolo di stigmatizzazione della persona interessata e sul loro reinserimento nella società;

– attirano l'attenzione delle persone interessate sulle condizioni imposte e sulle eventuali conseguenze di un non rispetto di esse. Se una condizione imposta si rileva inutile, troppo pesante o stigmatizzante, possono chiedere all'autorità competente di sospenderla in tutto o in parte o di modificarla.

In questo particolare quadro di azione – trattamento dei condannati – appare importante la sottolineatura data «*all'obbligo di impegno*» da parte degli enti coinvolti (Ministero della Giustizia, regioni, èquipe psicosociale) a mettere in atto tutto *il possibile per ottenere il risultato atteso*: reinserimento sociale e prevenzione della recidiva. Queste parti tuttavia non possono garantire il risultato della loro azione.

L'Amministrazione belga infine ha stabilito che, sul problema specifico del trattamento degli autori di reati sessuali, sia attuato un monitoraggio e uno studio scientifico. A tale scopo si auspica la creazione di un modello di registrazione dei dati, una rete di èquipe specializzate e un metodo generale di valutazione.

CONCLUSIONI

In estrema sintesi gli elementi caratterizzanti dell'esperienza belga sono:

– avere collegato la concessione dei benefici di legge per i condannati alla sottoposizione ad un percorso psicosociale di riabilitazione e terapia (qualcosa di molto simile a quanto, nella legislazione Italiana, è previsto per i tossicodipendenti);

– un secondo elemento è rappresentato dal concetto di «guidance» (percorso terapeutico obbligatorio) con la definizione di compiti e ruoli dei diversi attori;

– formazione specifica per gli operatori impegnati nelle attività trattamentali e organizzazione di èquipe psicosociali pluridisciplinari;

– stretta integrazione e continuità delle attività trattamentali tra dentro e fuori del carcere;

– i tempi «terapeutici» fuori dal carcere sono abbastanza lunghi: da due a cinque anni.

Occorre evidenziare infine che la problematica rappresentata dagli autori di reati sessuali, grazie anche alla forte spinta sociale manifestatasi in occasione di gravissimi fatti di cronaca, è emersa dall'oblio o dall'area di rimozione in cui era confinata. Appare ben visibile l'impegno in termini di strutture, personale e risorse. In questo senso l'Amministrazione della giustizia ha voluto concretamente attestare il proprio impegno civile operando fattivamente per la riduzione della recidiva.

La esplicitazione di questo impegno, sancito come obbligo di fare tutto il possibile per ottenere i risultati attesi, costituisce senza dubbio la migliore legittimazione per sostenere lo sforzo organizzativo ed economico per contribuire, per la propria parte, a combattere e contrastare un fenomeno di rilevante allarme sociale.

Roma, 27 febbraio 1999

SITUAZIONE LEGISLATIVA IN BELGIO

I. LEGISLAZIONE E PRATICA

A. Misure generali

c. Prevenzione, rintracciamento, assistenza

9. Invitare i servizi di polizia a dare particolare importanza alla prevenzione, alla rivelazione ed alle investigazioni relative alle infrazioni in materia di sfruttamento sessuale dei bambini e degli adolescenti, ed assegnare loro i mezzi sufficienti a raggiungere questi scopi.

La lotta contro la tratta degli esseri umani è un terreno d'azione prioritario del Governo Belga. Un nucleo «Tratta degli esseri umani» è stato creato all'interno dell'Ufficio centrale Ricerche della Polizia il 23 novembre 1992, e ciò su iniziativa del Ministro dell'Interno. L'11 novembre 1995 il Ministero della Giustizia ha, da parte sua, deciso di creare un nucleo «sparizione di bambini» all'interno dell'Ufficio centrale delle Ricerche della Polizia. Questo nucleo ha per compito il coordinamento, il sostegno e la perizia che riguardano delle sparizioni allarmanti di minori

d. Diritto penale e procedura penale.

12. Vegliare alla salvaguardia dei diritti e degli interessi dei bambini e degli adolescenti nel corso delle procedure, rispettando altresì i diritti dei presunti autori di reati.

I bambini e gli adolescenti beneficiano di tutte le garanzie che mirano a salvaguardare i diritti e gli interessi di ogni vittima e che sono sanciti dal diritto positivo belga e dalle pertinenti convenzioni internazionali in materia che vincolano il Belgio. La salvaguardia dei diritti e degli interessi dei bambini e degli adolescenti nel contesto giudiziario è tuttavia stato l'oggetto di una particolare attenzione da parte del legislatore belga.

Così, partendo dall'idea che numerosi bambini non sono in grado di denunciare a tempo debito gli abusi di cui sono oggetto, il legislatore belga, attraverso la legge del 13 aprile 1995 relativa agli abusi sessuali nei confronti di minori, ha derogato alla normale

scadenza dei termini di prescrizione. Ha optato per il sistema di computo del periodo a partire dai 18 anni di età della vittima: il termine di prescrizione di 5 anni per un reato o di 10 anni per un crimine comincia soltanto a partire dal compimento della maggiore età della vittima. I reati che danno luogo al prolungamento del periodo di prescrizione sono stati enumerati limitativamente. Si tratta di reati che riguardino la soddisfazione, da parte dell'autore dell'abuso, delle proprie passioni, a condizione che vi sia stato contatto fisico - sia un oltraggio al pudore, sia uno stupro - e, d'altra parte, di reati che si riferiscono alla soddisfazione delle passioni degli altri - la depravazione e la prostituzione dei minori.

Bisogna notare che la legge del 13 aprile 1995, contenente delle disposizioni mirate alla repressione della tratta degli esseri umani e della pornografia infantile, amplia il mandato del Centro per le pari opportunità e per la lotta contro il razzismo, istituito da una legge del 15 febbraio 1993. Il centro è ormai incaricato di stimolare la lotta contro la tratta degli esseri umani. Esso si vede d'altra parte riconoscere il diritto di stare in giudizio in materia di tratta degli esseri umani e di pornografia infantile. È stato parimenti accordato dalla legge il diritto di azione in materia alle associazioni riconosciute a tale scopo dal Re ed alle organizzazioni di pubblico interesse.

Il diritto di stare in giudizio conferisce il diritto di costituirsi parte civile in tutti gli stadi della procedura penale. Il Centro per le pari opportunità e la lotta contro il razzismo, così come i succitati organismi di pubblico interesse e le associazioni riconosciute, si sono visti riconoscere il diritto di stare in giudizio sia allorché sia stato portato un pregiudizio ai fini statutari che essi perseguono, sia su richiesta della vittima, ma anche senza il previo accordo di quest'ultima. Questa soluzione è stata adottata perché, nel settore considerato, essendo comune la violenza, la vittima che deposita una querela rischia di essere oggetto di rappresaglie.

13. Assicurare, lungo tutto il corso delle procedure giudiziarie ed amministrative il carattere confidenziale dei dossier ed il diritto al rispetto della vita privata dei bambini e degli adolescenti vittime di sfruttamento sessuale, evitando, in particolare, la divulgazione di ogni informazione che possa portare alla loro identificazione.

In eccezione alla regola della pubblicità delle udienze, un minore potrà beneficiare della porte chiuse, conformemente all'art. 148 della Costituzione che dispone in maniera del tutto generale che il tribunale può, con una sentenza, ordinare l'udienza a porte chiuse qualora la pubblicità sia pericolosa per l'ordine o il costume. Il minore potrà altresì beneficiare delle porte chiuse conformemente all'art. 190 del Codice dell'Istruttoria Penale il cui campo di applicazione è più ristretto. Questa disposizione stabilisce che, allorché le azioni giudiziarie sono fondate sugli articoli 372 al 378 del Codice penale relativi all'oltraggio al pudore ed alla violenza, la giurisdizione della sentenza può ordinare le porte chiuse su richiesta di una delle parti o della vittima, particolarmente per proteggere la loro privacy. Alcuni di questi articoli dal 372 al 378 fanno espresso riferimento agli oltraggi al pudore o alle violenze commesse sulla persona di un bambino, sia facendo dell'età del bambino un'aggravante, sia facendone un elemento del reato.

Per di più e conformemente all'art. 378 bis del Codice penale, la pubblicazione e la diffusione a mezzo libri, stampa, cinema, radio, televisione o in qualsiasi altro modo, di testi, disegni fotografie o immagini qualsiasi in grado di rivelare l'identità della vittima di un reato di cui agli artt. da 372 a 378 sono proibite, salvo se questa ultima ha dato il suo consenso scritto o se il magistrato istruttore ha dato il suo accordo per le necessità dell'inchiesta.

Inoltre, in deroga alla legge del 4 ottobre 1867 sulle circostanze attenuanti, la legge del 13 aprile 1995 relativa agli abusi sessuali su minori prevede che la violenza commessa sulla persona di un bambino minore degli anni dieci è suscettibile di essere oggetto di un rinvio al tribunale correzionale. Per i casi di media gravità, la questione potrà essere rinviata davanti al tribunale correzionale, piuttosto che davanti alla Corte d'Assise, Sono le conseguenze penali relative alla solennità di un processo di assise, la pubblicità (anche se è a porte chiuse) e la lentezza della procedura che deve sfociare nel processo di assise che hanno giustificato questa modifica legislativa nell'interesse della vittima.

14. Instaurare, per i bambini vittime o testimoni di sfruttamento sessuale, delle condizioni di udienza particolari, mirate a diminuirne gli effetti traumatizzanti e ad accrescere la credibilità delle loro dichiarazioni nel rispetto della loro dignità.

Costatando che il contesto giudiziario non è stressante solo per l'imputato o l'accusato , ma che lo è anche per la vittima, e tanto più quando si tratta di un bambino, il legislatore ha introdotto, con la legge del 13 aprile 1995 relativa agli abusi sessuali sui minori, un nuovo articolo 91 nel codice penale, che introduce un'autorizzazione di accompagnamento per il caso in cui la vittima è minore, ed allega un abuso sessuale dello stesso tipo di quelli interessati dal prolungamento del termine di prescrizione. Questo accompagnamento è autorizzato fin dalla prima udienza effettuata dall'autorità giudiziaria. Il termine «autorità giudiziaria» deve intendersi in senso largo.

Altre condizioni particolari di udienza, come quelle consistenti nell'installazione di un sistema di telecamere a circuito chiuso od il ricorso ad un sistema di schermo opaco per nascondere l'aggressore non sono stati accettate. Tuttavia, il Ministro della Giustizia si è impegnato a sostenere due progetti pilota nelle circoscrizioni di Bruxelles e di Charleroi, lanciati precedentemente dalle autorità giudiziarie di queste circoscrizioni, che consistono nel registrare le prime deposizioni per evitare che il minore debba ripetere più volte gli stessi fatti.

15. Prevedere l'indennizzo dei bambini e degli adolescenti vittime di sfruttamento sessuale, secondo un regime appropriato.

Non esiste un regime di indennizzo speciale per i bambini e gli adolescenti. In materia si applicano quindi le norme del diritto comune.

16. Prevedere la possibilità di pignorare e confiscare i guadagni provenienti da reati relativi allo sfruttamento sessuale dei bambini e degli adolescenti.

Gli artt. 42 e sgg. del Codice penale prevedono una confisca speciale delle cose che formano l'oggetto del reato, da quelle che sono servite o sono state destinate a commetterlo quando la proprietà ne appartiene al condannato, alle cose che dal reato sono state prodotte, ai vantaggi patrimoniali derivati direttamente dal reato, ai beni e valori che sono stati loro sostituiti ed ai proventi di questi vantaggi investiti. La legge del 13 aprile 1995 contenente disposizioni mirate alla repressione della tratta degli esseri umani e della pornografia infantile introduce un articolo 382 bis nel IV Capitolo del Codice penale intitolato «Della corruzione della gioventù e della prostituzione». In virtù di tale nuova disposizione, la confisca speciale di cui al suddetto art. 42 può essere applicata anche se la proprietà delle cose, alle quali essa si rivolge, non appartiene al condannato. Questa disposizione è applicabile ai reati contenuti nel Cap. IV del Codice penale, alcuni dei quali riguardano in modo specifico i minori.

Per di più, in conformità alla legge del 13 aprile 1995, la confisca speciale prevista all'art. 42 del Codice penale potrà essere applicata anche ai reati relativi alla pornografia infantile contenuti nell'art. 383 bis introdotto da questa stessa legge nel Codice penale, e ciò anche se la proprietà delle cose alle quali essa si rivolge non appartiene al condannato.

B. Misure relative alla pornografia che utilizza dei bambini.

1. Prevedere delle sanzioni appropriate che tengano conto della gravità del reato commesso da chi assicura la produzione e la distribuzione di ogni materiale pornografico che coinvolga bambini.

Fino a poco tempo fa, i fatti di pornografia non erano contemplati espressamente dal Codice penale. Questi fatti, pur coinvolgendo o rappresentando dei minori, erano sanzionati nella prospettiva delle disposizioni del codice penale attinente all'oltraggio pubblico e al buoncostume. La legge del 13 aprile 1995 introduce un art. 383 bis nel Codice penale. Questa nuova disposizione introduce la parola «pornografia» nel Codice ma riguarda solo i minori di sedici anni. Essa prevede una sanzione appropriata che tenga conto della gravità del reato. Essa dispone, infatti, che chiunque avrà esposto, venduto, affittato, distribuito o consegnato degli emblemi, oggetti, film, fotografie, diapositive o altri supporti visivi

rappresentanti delle posture o degli atti sessuali a carattere pornografico, che implichino o coinvolgano dei minori degli anni sedici o li avrà, allo scopo di commercio e di distribuzione, fabbricati, detenuti o fatti importare, consegnati ad un agente di trasporto o di distribuzione, sarà punito con la reclusione ed una ammenda da centomila franchi a due milioni di franchi.(1)

Per di più, è stato impiantato un sistema di interdizione, con la stessa legge del 13 aprile 1995. Così ogni condanna per dei fatti di cui, fra l'altro, all'art. 383 bis del Codice penale può comportare una durata da 1 a 20 anni di interdizione dal diritto di partecipare ad un insegnamento in un istituto pubblico o privato che accolga dei minori e dal diritto di far parte di ogni istituzione o associazione la cui attività riguardi a titolo principale dei minori.

2. Esaminare l'opportunità di introdurre delle sanzioni penali per la semplice detenzione di qualsiasi materiale pornografico che coinvolga dei bambini.

La citata legge del 13 aprile 1995 annovera come reato anche il fatto di possedere consapevolmente del materiale pornografico che coinvolga o rappresenti un minore degli anni sedici. Chiunque si sarà reso colpevole di questo reato sarà punito con la reclusione da un mese a un anno e con una ammenda da centomila franchi a due milioni di franchi. Si deve notare che possesso e detenzione sono all'occorrenza sinonimi. Non è quindi necessario che l'autore del reato sia proprietario dei supporti. Anche il prestito è ugualmente contemplato.

3. Assicurare, in particolare con una cooperazione sul piano internazionale, la localizzazione delle imprese, delle associazioni o degli individui che utilizzano dei bambini per la produzione di materiale pornografico e che intrattengono spesso relazioni a livello di altri paesi.

Nella misura in cui si tratta di attività penalmente perseguibili, le regole di diritto comune sono applicabili in materia. Nessuna regola particolare è applicabile.

4. Progettare di informare il pubblico, al fine di sensibilizzarlo, sulla politica penale messa in atto, il numero di azioni giudiziarie effettuate e di condanne emesse nelle questioni di pornografia infantile, assicurando l'anonimato dei bambini coinvolti e degli autori presunti.

Come si è già detto, la legge del 13 aprile 1995 contenente disposizioni al fine della repressione della tratta degli esseri umani e della pornografia infantile amplia il mandato del Centro per le pari opportunità e per la lotta al razzismo creato con una legge del 15 febbraio 1993. Il Centro è ormai incaricato di stimolare la lotta contro la tratta degli esseri umani. Ai sensi del decreto reale del 16 giugno 1995 relativo alla missione ed alle competenze del Centro per le pari opportunità e per la lotta al razzismo in materia di lotta contro la tratta internazionale degli esseri umani ed anche all'esecuzione dell'art. 11, par. 5 della legge succitata del 13 aprile 1995, il Centro elabora un rapporto annuale indipendente e pubblico di valutazione sull'evoluzione ed i risultati della lotta contro la tratta internazionale degli esseri umani che sarà consegnato al Governo. Il rapporto per l'anno 1995 è stato consegnato al Governo.

Inoltre, ai sensi della legge del 13 aprile 1995, il Governo fa annualmente rapporto al Parlamento sull'applicazione della detta legge e sulla lotta alla tratta degli esseri umani in generale. É espressamente previsto che questo rapporto contenga un esposto della situazione per quanto riguarda le azioni giudiziarie. Nella misura in cui questo rapporto è trasmesso al Parlamento, esso diverrà un documento parlamentare accessibile al pubblico. Il rapporto annuale per l'anno 1995/1996 è in corso di preparazione.

_____

(1) Le cifre indicate sono reali. Ciò significa che si è tenuto conto dell'art. 1 della legge del 5 marzo 1952 (pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del Belgio il 3 aprile 1952, ultima modiofica in data 24 dicembre 1993, pubblicata il 31 dicembre 1993) che prevede che l'ammontare delle ammende penali sia maggiorato di millenovecento novanta decimi, cioè moltiplicato per 200.

C. Misure relative alla prostituzione di bambini e adolescenti

3. Intensificare gli sforzi al fine di individuare e sanzionare, da un lato coloro che favoriscono, incoraggiano la prostituzione di bambini e adolescenti, o ne traggono profitto, e, d'altro lato, i clienti della prostituzione infantile.

3.1. Incriminazione dello sfruttamento della prostituzione.

La legge del 13 aprile 1995 modifica l'art. 379 del Codice penale. Ai sensi di questa nuova disposizione, chiunque avrà attentato al pudore eccitando, favorendo o facilitando, per soddisfare le passioni altrui, la depravazione, la corruzione o la prostituzione di un minore sarà punito con la reclusione e un'ammenda da centomila franchi a cinquanta milioni di franchi, se il minore non ha ancora raggiunto l'età di sedici anni compiuti. La pena sarà la reclusione la reclusione da 15 a 20 anni e una multa de duecentomila franchi a venti milioni di franchi se il minore non ha ancora compiuto i dieci anni.

Un'azione in cessazione potrà, inoltre, essere introdotta presso il presidente del tribunale di prima istanza da parte dei ministri competenti se vi sia constatazione di infrazione alla legislazione sociale in luoghi ove vi sia un ragionevole motivo di supporre che siano commessi reati contenuti, fra l'altro, nel nuovo art. 379 del Codice penale. Sebbene emersa da una procedura penale, l'azione di cessazione è di natura civile. Essa è formata ed istruita secondo le forme della procedura per direttissima.

3.2. Incriminazione della pubblicità per la prostituzione infantile

La pubblicità in favore della prostituzione e dello sfruttamento sessuale è anch'essa sanzionata dalla legge. L'art. 380 quater, paragrafo 2 del Codice penale che sanzionava la pubblicità ai fini della prostituzione, della depravazione e dello sfruttamento sessuale degli adulti e dei bambini è stato abrogato, e sostituito dall'art. 380 quinquies, introdotto dalla legge del 27 marzo 1995. Ai termini di questa nuova disposizione, verrà punito con la reclusione da due mesi a due anni e con un'ammenda da quarantamila franchi a quattrocentomila franchi chiunque – con qualunque mezzo – faccia o faccia fare, pubblichi, distribuisca, o diffonda della pubblicità, in maniera diretta o indiretta, anche dissimulandone la natura sotto degli artifici di linguaggio, per un'offerta di servizi a carattere sessuale aventi uno scopo lucrativo diretto o indiretto, in particolare allorché questa pubblicità fa menzione di servizi proposti sia da minori che da persone presunte tali. La pena sarà della reclusione da tre mesi a tre anni e con una ammenda da sessantamila a seicentomila franchi allorché la suddetta pubblicità ha per oggetto o per effetto, diretto o indiretto, di facilitare la prostituzione o la depravazione di un minore o il suo sfruttamento a fini sessuali.

3.3. Incriminazione della clientela della prostituzione infantile

La situazione dei clienti della prostituzione infantile è coperta dagli articoli 372 e 375 del Codice penale. Conformemente all'art. 372, ogni oltraggio al pudore commesso senza violenza né minacce sulla persona o con l'aiuto della persona di un bambino minore degli anni sedici, verrà punito con la reclusione. Ai sensi dell'art. 375, par. 6, è ritenuto stupro con violenza ogni atto di penetrazione sessuale, di qualsiasi natura esso sia e con qualunque mezzo, commesso sulla persona di bambino minore degli anni quattordici. In questo caso, la pena sarà la reclusione da quindici a venti anni. Sarà la reclusione da 30 a 40 anni, se il bambino è minore degli anni dieci.

3.4. Sanzione di interdizione

Inoltre, un sistema di interdizione è stato impiantato dalla legge del 13 aprile 1995 contenente delle disposizioni finalizzate alla repressione della tratta degli esseri umani e della pornografia infantile. Così, ogni condanna per i fatti considerati, fra l'altro, dai nuovi articoli 379, 380 quinquies del Codice penale, così come dagli articoli 372 e 375 può comportare, per una durata da 1 a 20 anni, l'interdizione dal diritto a partecipare all'insegnamento in un istituto privato o pubblico che accolga dei minori, e dal diritto di far parte di qualsiasi istituzione o associazione la cui attività riguardi a titolo principale dei minori.

4. Creare o sviluppare delle unità speciali nell'ambito della polizia e migliorare all'occorrenza i loro metodi di lavoro al fine di lottare contro il prossenetismo riguardante i bambini e gli adolescenti.

Come detto in precedenza, un nucleo «Tratta degli esseri umani» è stato creato all'interno dell'Ufficio centrale delle ricerche della Polizia il 23 novembre 1992, su iniziativa del Ministro dell'Interno; l'11 settembre 1995, il Ministro della Giustizia ha, da parte sua, deciso di creare un nucleo «sparizione di bambini» all'interno dell'Ufficio centrale delle ricerche della Polizia. Questo nucleo ha per compiti il coordinamento, il sostegno e la perizia riguardanti delle sparizioni allarmanti di minori.

5. Dissuadere le agenzie turistiche dal favorire il turismo sessuale, di qualunque tipo, in particolare con la pubblicità, istituendo consultazioni fra loro ed i servizi pubblici.

La pubblicità in favore del turismo sessuale era coperta dal vecchio art. 380 quater, par. 2 del Codice penale, che sanzionava la pubblicità finalizzata alla prostituzione, depravazione e sfruttamento sessuale di adulti e bambini. Questo articolo è stato abrogato e sostituito dall'art. 380 quinquies introdotto dalla legge 27 marzo 1995. È ormai questa nuova disposizione che copre la pubblicità in favore del turismo sessuale.

D. Misure relative alla tratta di bambini e di adolescenti

1. Sorvegliare le attività delle agenzie artistiche, matrimoniali e di adozione, al fine di controllare lo spostamento di bambini e di adolescenti da un paese all'altro o all'interno di uno stesso paese, e di impedire il loro eventuale avviamento alla prostituzione o verso altre forme di sfruttamento sessuale.

Il legislatore belga ha rivolto una particolare attenzione al ruolo delle agenzie matrimoniali. Egli ha infatti regolamentato la materia con la legge del 9 marzo 1993, tendente a regolamentare e controllare le attività di imprese delle mediazione matrimoniale. Conformemente all'art. 4 di detta legge, l'offerta di incontri fra terze persone, finalizzati direttamente o indirettamente a sfociare nel matrimonio o in una unione stabile può riguardare solo persone maggiorenni che hanno effettuato una domanda allo scopo di matrimonio o di una unione stabile. Inoltre, ai sensi dell'art. 11 di tale legge, sarà punito il responsabile dell'impresa di mediazione matrimoniale che, con pretesto di una presentazione di candidati al matrimonio o ad una stabile unione, avrà presentato o messo in contatto delle persone, una delle quali è remunerata dall'impresa, o si trovi posta direttamente o indirettamente sotto la sua autorità, o non abbia effettuato domanda allo scopo di matrimonio o di unione stabile.

II. ASPETTI INTERNAZIONALI

1. Ratifica e firma delle seguenti convenzioni:

– La Convenzione delle Nazioni Unite per la repressione della tratta degli esseri umani e dell'altrui sfruttamento (1950)

Il Belgio ha aderito a questa Convenzione il 22 giugno 1965.

– La convenzione dell'Aia riguardante la competenza delle autorità, la legge applicabile e il riconoscimento delle decisioni in materia di adozione (1965).

Il Belgio non ha firmato tale Convenzione.

– La Convenzione europea in materia di adozione dei bambini (1967)

Il Belgio non ha firmato questa convenzione.

– La Convenzione n° 138 riguardante l'età minima di ammissione al lavoro, dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro

Lo strumento della ratifica del Belgio è stato registrato il 19 aprile 1988.

– La Convenzione delle Nazioni Unite relativa ai diritti dei bambini (1989)

Questa convenzione è stata ratificata dal Belgio (legge del 25 novembre 1991).

2. Introdurre delle regole di competenza extraterritoriale al fine di permettere l'azione giudiziaria e la sanzione dei cittadini che hanno commesso dei reati relativi allo sfruttamento sessuale di bambini e adolescenti al di fuori del territorio nazionale o di rivedere, all'occorrenza, le regole esistenti in questo campo e di migliorare la cooperazione internazionale a questo scopo.

A partire dal momento in cui un reato penale sia parzialmente commesso nel paese, l'art. 3 del Codice penale trova la sua applicazione. Secondo questa disposizione, il reato commesso in territorio belga da Belgi o da stranieri è punito conformemente alle disposizioni delle leggi belghe. Secondo la teoria dell'ubiquità oggettiva, appena un elemento costitutivo di un reato è realizzato nel Regno, le giurisdizioni belghe sono competenti per conoscerlo nella sua totalità, senza essere legate dalle condizioni restrittive applicabili alle infrazioni interamente commesse all'estero come la doppia incriminazione... La giurisprudenza offre numerosi esempi di questa concezione.

La legge del 13 aprile 1995 ha introdotto un nuovo articolo 10 ter nel Titolo preliminare del Codice di procedura criminale che permette l'azione giudiziaria in Belgio, anche senza denuncia o avviso ufficiale della autorità straniera, non soltanto verso il Belga, come in passato, ma anche verso lo straniero che si trovi in Belgio. I reati ai quali si applica questa disposizione sono enumerati limitativamente. Si tratta precisamente di oltraggio al pudore e di violenza sessuale commessi su persona minore degli anni sedici, di corruzione di minorenne, di tratta degli esseri umani, della pornografia infantile e dell'art. 11 della legge 9 marzo 1993 sulle imprese di mediazione matrimoniale. Si deve notare che, se l'esigenza della doppia incriminazione non è menzionata esplicitamente nell'art. 10 ter, tuttavia appare proprio tale la volontà del legislatore. Inoltre, l'art. 10 ter esige per l'applicazione delle regole dell'extraterritorialità che il Belga o lo straniero in questione sia trovato in Belgio.

A. La presa in carico dei delinquenti sessuali in Belgio

La legislazione sullo stupro è stata ridefinita nel 1992.

Definizione di stupro:

«ogni atto di penetrazione sessuale, di qualsiasi natura esso sia e con qualunque mezzo sia perpetrato, commesso su una persona che ad esso non acconsente»: lo stupro non è più limitato alla sola penetrazione vaginale o anale, ma comprende tutte le forme di penetrazione sessuale, di cui possono essere vittime tanto l'uomo che il bambino, oltre che la donna. L'autore non è necessariamente un uomo e lo stupro può verificarsi fra partner di una coppia costituita.

Definizione di stupro su minore:

Al di sotto dei 14 anni un minore non ha la capacità legale di acconsentire ad un atto sessuale. A quel punto, ogni atto di penetrazione di cui sarebbe l'oggetto è qualificato «stupro».

La relazione sessuale fra un minore ed un adulto qualsiasi, o che ha autorità sul minore, o che ne è un ascendente (padre, madre, nonni) può costituire una circostanza aggravante.

B. Pene applicate:

Misure legali riguardanti la presa in carico dei delinquenti sessuali

Come ogni altro delinquente, l'autore di uno stupro o di un oltraggio al buoncostume nei confronti di un adulto o di un minore è considerato, fino a prova contraria, responsabile delle sue azioni; è quindi suscettibile di essere condannato e non richiede *a priori* alcun trattamento. Se rivelasse essere «anormale», sarebbe allora irresponsabile delle sue azioni e non potrebbe essere condannato; dovrebbe beneficiare di un internamento in un ospedale psichiatrico o in altro istituto. In realtà, nel campo della delinquenza sessuale, le cose non sono così chiare poiché la tendenza attuale è di imporre un «seguito» (*follow up*) terapeutico ai delinquenti sessuali anche se sono considerati come pienamente responsabili (e quindi mentalmente «sani»). Il seguito imposto può essere precedente o successivo alla sentenza (che l'imputato sia o meno detenuto) o post-carcerario.

Legislazione riguardante i delinquenti sessuali responsabili

In Europa, le disposizioni legali che prevedono, sotengono o impongono delle cure ai delinquenti sessuali non sono omogenee. In Belgio esiste l'obbligo giuridico del follow up terapeutico.

• Obbligo di trattamento prima che sia pronunciata la sentenza:

In Belgio, il giudice istruttore può prendere certe misure alternative alla detenzione preventiva; può in particolare imporre un follow up terapeutico all'accusato.

• Obbligo di trattamento dopo il pronunciamento della sentenza:

La presa in carico può essere prevista nel pronunciamento della sentenza e sostituire la pena, o essere aggiuntiva a quest'ultima; essa può essere imposta al detenuto come condizione della sua liberazione oppure essere proposta al detenuto al momento della sua liberazione senza obbligo di sottomettervisi.

In Belgio (legge del 13 aprile 1995), ogni autore di reato sessuale nei confronti di minori che voglia beneficiare di una liberazione condizionale è, secondo l'art. 7, obbligato a sottomettersi ad una assistenza o ad un trattamento la cui durata è predeterminata.

Legislazione riguardante i delinquenti irresponsabili

In Belgio, l'accusato è esentato dalla responsabilità per stato di demenza o grave squilibrio mentale che lo renda incapace del controllo delle sue azioni.

Tuttavia, il delinquente alienato non è «libero». In Belgio egli è affidato agli ospedali psichiatrici ordinari, oppure agli E.D.S. (Istituti di Difesa Sociale).

Segreto Professionale

In Belgio il segeto profesionale è assicurato al delinquente. Secondo il progetto di «Accordo di cooperazione fra lo Stato Federale e la Regione Vallona riguardante l'assistenza e il trattamento di autori di reati a carattere sessuale», il terapeuta che lavora in collaborazione con le autorità giudiziarie o gli assistenti di giustizia dovrebbe dire unicamente se il delinquente sessuale si presenta bene agli appuntamenti e con quale frequenza sono fissate le sedute. Tuttavia, se il terapeuta ritiene che vi sia una situazione che presenti un rischio serio per dei terzi e che la presa in carico non offra uscita a questa situazione, dovrebbe informarne l'assistente di giustizia

C. Le prese in carico

In Belgio esistono delle strutture specializzate nel trattamento dei delinquenti sessuali. Vi sono anche alcuni centri ambulatoriali, in cui si recano alcuni delinquenti sessuali, che sviluppano una presa in carico per questo tipo di persone, senza essere ufficialmente riconosciuti come centri specializzati.

Classificazioni delle strutture istituzionali

Si ricorda che:

– il delinquente sessuale irresponsabile delle sue azioni è posto in un istituto psichiatrico, dove riceve delle cure adeguate al suo disturbo mentale

– in Belgio, il detenuto che presenta scompensi psichici o sviluppa disturbi mentali può essere curato dal servizio psichiatrico del carcere, oppure essere trasferito in ambiente psichiatrico per il periodo necessario a ricevere cure adeguate.

– il delinquente che lo richiede può essere curato anche da un terapeuta esterno.

Ambito di intenamento psichiatrico

In Belgio, come tutti gli altri delinquenti irresponsabili, i delinquenti sessuali giudicati irresponsabili vengono posti e curati in Istituti di difesa sociale (EDS) o in ospedali psichiatrici ordinari.

Servizi ambulatoriali o residenziali (ambiente extramurario)

In Belgio, il trattamento extramurarrio non è il monopolio di centri specializzati come l'UFC (*universitaire forensich centrum*), il CRASC (centro di ricerca azione sessuo-criminologica), l'UPPL (unità pilota di psichiatria legale), il centro ospìedaliero psichiatrico «Les Marroniers», il centro ospedaliero di Charleroi. Esistono anche altre strutture, come servizi universitari, centri di salute mentale, ed anche centri SOS Famiglia-Bambini e «*Kind in Nood*» che prendono in carico deliquenti sessuali.

D. Tipi di trattamento

In Belgio, in ambiente intramurario, sebbene il trattamento non sia una missione dei servizi psicosociali, questi servizi penitenziari hanno per progetto di siluppare una presa in carico «preterapeutica» il cui scopo è condurre il delinquente sessuale ad accettare un percorso terapeutico post-carcerario.

In ambiente di internamento psichiatrico, nelle EDS, la presa in carico dei delinquenti sessuali tende ad essere eclettica. Essa associa diversi metodi psicanalitici, comportamentali, cognitivi e farmacologici, ed effettua anche un lavoro di famiglia o di coppia. L'ottica dei centri TBS in Olanda è simile a quella sviluppata nelle EDS: il trattamento è volutamente eclettico e diversificato, in modo da poter rispondere il più adeguatamente possibile ai bisogni del soggetto. Influenzato all'origine dalla corrente psicanalitica, l'approccio terapeutico evolve ora verso metodi più comportamentali e cognitivi.

Per quanto riguarda il trattamento di tipo **residenziale**, in Belgio esiste il Centro Ospedaliero di Charleroi che propone un trattamento residenziale, poiché gli altri centri sono «ambulatori».

– *Tipi di trattamento:*

In Belgio, il trattamento extramurario sviluppato all'U.F.C. (Universitaire forensich Centrum) è comportamentale e cognitivo – si basa sull'uso dell'*offense script* e sul concetto di prevenzione della recidiva – e vi associa a volte un trattamento farmacologico. Il CRASC (Centro di ricerca azione sessuale-crirninologica) associa dei metodi psicodinamici, comportamentali, cognitivi e farmacologici. AII'UPPL (Unità pilota di psichiatria legale), nel centro Ospedaliero Psichiatrico «les Marroniers», nel centro ospedaliero universitario di Charleroi, presso il servizio di salute mentale del CLIPS i trattamenti eclettici associano

diversi metodi terapeutici: psicoterapia psicodinamica, comportamentale, cognitiva, transazionale, individuale ed in gruppo.

Tipi di popolazione e criteri di inclusione ed esclusione dai trattamenti

Popolazione

Per quanto riguarda l'età degli autori di reato, le strutture di presa in carico dei condannati per delinquenza sessuale si occupano essenzialmente di adulti.

Il trattamento per i delinquenti sessuali minorenni in Belgio è assicurato dal CRASC (Centro di ricerca azione sessuale-criminologica), per mezzo di terapeuti abituati agli adolescenti delinquenti, ma non specializzati nella presa in carico dei comportamenti sessuali devianti

Diagnostica:

Non vi è una stretta relazione fra il fatto di commettere un reato sessuale e l'appartenenza ad una categoria diagnostica, ciò significa che una tipologia criminologica basata sulla natura del reato sessuale non ha nulla a che vedere con una classificazione in termine di diagnostica psichiatrica. La diagnostica ha un ruolo essenziale nella decisione di considerare un imputato responsabile o irresponsabile. In quest'ultimo caso, in Belgio egli viene spesso internato.

Tipi di reati:

Per l'UFC (istituzione ospedaliera ed ambulatoriale), in Belgio, si hanno i seguenti dati sulla distribuzione dei delinquenti in funzione del tipo di reato:

- Pedofilia 70,5%
- Esibizionismo 15,6%
- Feticismo e Travestitismo 2,1%
- Sadismo 1,4%
- Masochismo 0,3%
- Altra parafilia..... 6,1%
- Stupro 4,0%

Pericolosità

La pericolosità influenza notevolmente le misure prese nei confronti dei delinquenti sessuali. Un delinquente, prima e dopo la condanna, potrà beneficiare di disposizioni diverse) detenzione, tipo di istituto, misure alternative, *probation*, liberazione condizionale, ...) secondo che appaia più o meno pericoloso. Gli imputati che non sembrino pericolosi, o che non lo siano più costituiscono, con i condannati in fine di pena, una buona parte di coloro che frequentano i centri ambulatoriali.

Criteri di esclusione-ammissione al trattamento

– Ambito penitenziario:

I servizi psico-sociali in Belgio, il cui obiettivo di lavoro è di stimolare il delinquente sessuale ad accettare una presa in carico, non fissano criteri precisi di esclusione o ammissione alla presa in carico.

– Ambito di internamento psichiatrico

Negli ambiti di internamento psichiatrico (in Belgio: ospedali di psichiatria ordinaria), il solo criterio che il soggetto deve presentare per poter beneficiare di un trattamento è la malattia mentale.

– Servizi ambulatoriali e residenziali

In Belgio i centri sono l'UFC (*universitaire forensich centrum*) ed il CRSC (Centro di ricerca azione sessuale-criminologica). I criteri di esclusione sono:

- Il diniego (se la persona nega di avere un problema relativo alla sessualità)
- Un debole Quoziente Intellettivo (se è molto basso)
- Malattia mentale (se psicosi)
- L'impossibilità di operare un trattamento ambulatoriale
- Nessuna turba legata alla sessualità

«Filosofia» dell'equipe in questi due centri: l'approccio medico-psicologico e cognitivo-comportamentale mira ad eliminare le cognizioni ed i comportamenti

devianti; il che non può essere realizzato, evidentemente con un soggetto che neghi o non presenti delinquenza sessuale.

La valutazione ed i suoi strumenti

Prima di ogni trattamento, il delinquente sessuale è oggetto di una valutazione, di una diagnosi che permette di oggettivare i deficit, i bisogni e le risorse del soggetto. In tal modo, egli potrà essere orientato verso un trattamento adeguato, verso un insieme di terapie adatte oppure verso parecchi moduli terapeutici.

Questa tappa preliminare può, inoltre, costituire una fase di pre-terapia: il soggetto è portato se non a riconoscere un problema e a formularlo. almeno ad analizzarsi, a criticarsi ad elaborare una riflessione su di lui e sulla sua azione ed a partecipare le sue cognizioni su se stesso, sugli altri, sul suo atto.

Tabella degli strumenti utilizzati per la valutazione nei due centri UFC e CRASC:

MMPI .....*Multiphasic Personality Inventory*
MSI .....*Multiphasic Sex Inventory*
BUSS .....*Hostility aggression Scale*
BURT .....*Burt Rape Myth Acceptance Scale*
ABEL & BECKER .....*Cognitive Scale*
RAVEN
TAT .....*Thematic Apperception Test*
RORSCACH
LE WAIS .....*Wechsler Adulte Intelligence Scale*
PCL
NEO PIR

Mezzi concessi alle strutture istituzionali per assicurare la presa in carico dei delinquenti sessuali

In Belgio, viene imposto un percorso terapeutico ai delinquenti sessuali liberati. Inoltre, il delinquente sessuale qualora venga riconosciuto responsabile dei suoi atti, è curato in seguito ad una misura alternativa.

In Belgio, dei centri, degli istituti, degli ospedali psichiatrici (spesso riservati ai delinquenti) assicurano il trattamento dei delinquenti sessuali riconosciuti irresponsabili.

Una rete di centri o di servizi ambulatoriali o residenziali permette, fra l'altro, la presa in carico post-carceraria dei delinquenti sessuali liberati.

Dal punto di vista del tipo di trattamento, in Belgio esistono degli psicoterapeuti che nei loro studi privati usano un metodo *psicodinamico*, in associazione con altri metodi (medico, comportamentale, sistemico e cognitivo), ma sostanzialmente orientato alla ricerca, col delinquente sessuale, del senso e della funzione del sintomo nell'economia psichica particolare.

In alcuni centri ambulatoriali si usa il metodo *cognitivo-comportamentale*, mentre negli EDS e in altri servizi ambulatoriali, il trattamento dei delinquenti sessuali viene concepito come un'associazione di diversi metodi – psicanalitico, comportamentale, sistemico e cognitivo – realizzato con un lavoro multidisciplinare.

Il rapporto sulla *Legislazione belga* è stato tratto da:

Implementation of Recommendation N° R(91) 11 on sexual exploitation, pornography and prostitution of, and trafficking in, children and young adults a cura del Comitato Europeo per i Problemi Criminali (CDPC), Strasburgo, Luglio 1997.

Il rapporto su *La presa in carico dei delinquenti sessuali in Belgio* è stato tratto da:

Résumé "Ètude comparative: la prise en charge spécialisée et structurée des delinquants sexuels en Europe" N° 96/002 - STOP II" - Ètude réalisée avec le soutien du programme STOP de la commission européenne et du ministère de la Justice belge. A cura di J.P. Cornet, F. de Leval, C. Mormont. Bruxelles, 1998.

Relazione del

prof. FREDDY GAZAN

Introdotto timidamente nella nostra legislazione, poi con sempre maggiore evidenza, il trattamento sotto costrizione crea dei problemi (1). E ne crea in maggior numero allorché interviene riguardo a persone non ancora giudicate, o che addirittura non lo saranno mai se si sottopongono al trattamento. Sotto alcuni aspetti, il trattamento obbligatorio o percepito come tale (*probation* pretoria) appare come la fase di esecuzione di un processo di normalizzazione sociale che può d'altronde inaugurarsi sotto forma di ricerca proattiva. Così, la presenza di un nome sull'elenco degli abbonati ad una pubblicazione «limite» può, attraverso la ricerca proattiva, portare ad un'interpellanza di verifica della commissione di un'infrazione che di per sé indurrà o meno un comportamento conforme di consulenza terapeutica, per il timore di essere perseguiti per un'infrazione non meglio precisata, che può addirittura non essere mai stata commessa, col pretesto che la frequentazione di una zona a rischio comporta una problematica. Così, in un caso simile, la presa in carico terapeutica offre una risposta di conformità sociale a ciò che è stato rivelato come un comportamento a rischio, che permette alla società di fare pressione e di fissare dei limiti, risparmiandosi la fatica di stabilire delle prove della realizzazione di un'infrazione ed un processo (2).

In un caso come questo, alla ricerca proattiva corrisponde il *trattamento proattivo* (3), che si deduce tanto più facilmente in materia di reati contro il costume, in quanto le infrazioni sono espresse in termini vaghi (4), potendo lasciar credere che un reato sia stato com-

———————

(1) Cfr. in particolare PH. SAVAGE, *Les soins obligatoires en matière pénale*; La Semaine Juridique (JCP), Ed. G, n° 45-46, 4062, pp. 460-466; *Le système correctionnel canadien et la nouvelle pénologie; la notion de risque*. M. VACHERET, J. DOZOIS, G. LEMIRE; DÉVIANCE ET SOCIÉTÉ, 1998, vol. 22, n°1, pp. 37-50; *L'injonction thérapeutique*, M. SETBON, J. DE CALAN, 1998, CNRS; si veda anche il n° speciale di Panopticon de janvier-fevrier 1996.

(2) «La dimensione proattiva in realtà non è per nulla una semplice prevenzione, poiché essa suppone un'azione di sorveglianza mirata ad influire eventualmente su un soggetto individuale. Essa implica un'anticipazione, un gioco sulla temporalità in cui, nel nome di un'eventualità futura, si tenta di modificare il presente. La raccolta di informazioni è orientata verso l'azione repressiva ancor prima che la persona commetta l'infrazione. C'è quindi sempre una dimensione coercitiva virtuale, dimensione a volte dissuasiva nel controllo proattivo che non è presente nell'approccio tradizionale della prevenzione». D. BIGO, *La recherche proactive et la gestion du risque*; Déviance et Société, 1997, vol. 21, n°4, p. 423, 424.

(3) Tanto più giustificato poiché «è sempre più riconosciuto che una piccola percentuale di contravventori è responsabile di un'ampia parte della totalità degli atti criminali in un gruppo di età: si stima generalmente che circa il 6% dei delinquenti siano responsabili del 50 al 70% dei reati (Tremblay, 1997). Il fatto che questi autori di reato seguano dei percorsi di sviluppo molto simili (...) fonda la nostra fiducia sulla capacità di una strategia proattiva di identificare e di mettere a fuoco efficacemente dei punti di intervento prima del passaggio a degli atti devianti o ad una delinquenza cronica». R. HASTINGS, *La prévention du crime par le développement social: une stratégie à la recherche d'une synthèse*, Criminologie, Vol. XXXI, n°1, dossier: la prévention de l'inadaptation sociale; 1998, p. 111. La citazione di Tremblay si riferisce alla sua opera *Comprendre et favoriser le développement des enfants (pour changer le monde)*, in Société royale du Canada (dir.), vol. delle presentazioni, vol. 50.

(4) Ad. es.: i termini «depravazione», «pornografia», «contraria al buon costume», «oltraggio al pudore», ecc.

messo, quando invece non è così (5). Come osserveremo, dedicandoci in particolare al caso del trattamento dei delinquenti sessuali, che farà da filo conduttore, anche quando l'infrazione si verifica, il principio della presa in carico terapeutica non è privo di problemi, poiché questa pone il problema della sovrapposizione del campo medico con quello delle infrazioni. Tuttavia, nell'ambito della legge del 13 aprile 1995 che introduce il trattamento obbligatorio dei delinquenti sessuali che hanno commesso reati su vittime minorenni, il Ministero della Giustizia era stato a questo proposito quanto mai preciso in Commissione Giustizia della Camera, affermando che: «il presente progetto di legge non considera la pedofilia come una malattia. (...) Di qui, salvo prova individuale contraria, la pedofilia costituisce innanzitutto un comportamento delinquente» (6). Facendo ciò, si accoglie la strada presa da numerose legislazioni straniere (7). Questa è anche la posizione adottata recentemente dall'Associazione Psichiatrica Americana (8), interessata in prima linea.

Il tranello in cui non bisogna quindi cadere, sebbene il percorso che il nostro paese tenta di intraprendere conduca là (9), è quello di sostituire lo status di malato a quello di responsabile: uscendo dall'aula del tribunale dalla porta «condannato» o dalla porta «difesa sociale», gli autori di abusi sessuali, per parlare solo di essi, si ritroverebbero infatti nella stessa stanza, quella della salute mentale. Il «vantaggio» che ne risulta è di aggirare il rispetto che si deve ai diritti individuali (10). Non soltanto trasformare l'autore giudicato responsabile di un crimine o un reato in malato che ha bisogno di cure è già un attentato all'autodeterminazione ed alla dignità umana, quindi un'infrazione all'art. 5 della Convenzione dei diritti dell'uomo, ma inoltre, ciò facendo, si arriva a fare della *terapia* sotto costrizione. Ciò è tanto meno ammissibile visto che, ad esempio, il decreto del 16 aprile 1996 della Regione francofona relativo ai servizi di salute mentale, sancisce, all'art. 4, l'esigenza dell'espressione di una «richiesta» della persona che si fa curare. Mentre il diritto al silenzio è di fatto garantito nella procedura pena-

———————

(5) Secondo Riehle, la politica del controllo dei rischi può comportare al di là dell'emarginazione, la criminalizzazione non tanto di un comportamento, quanto quella di individui membri di alcuni gruppi all'interno della società, oppure di questi stessi gruppi. Brants e Field, citando questo autore, esemplificano questa previsione formulata nel 1985 con un caso scoperto dalla Commissione Van Traa in Olanda, riguardante il modo in cui alcuni turchi si ritrovavano individuati come sospetti di fatti non commessi sulla base di ricerche proattive che si autoalimentavano. *Les méthodes d'enquête policières proactive et leur contrôle*; Déviance et société, 1997, Vol. 21, n°4, p. 409-410.

(6) Rapporto della Commissione Giustizia di Mme Merckx - Van Goey, 8, punto 2.1; Doc. Parl., Camera, Sessione 1994-95, n°1785/3.

(7) È in particolare il caso della Gran Bretagna: «Il Mental Health Act (1983) esclude specificamente la devianza sessuale come forma di malattia mentale, allontanando la perpetrazione di reati sessuali dall'ambito della competenza medica»; *Sex offenders: a framework for the evaluation of community-based treatment*. A report for the Home Office by M. Barker and R. Morgan; Fac. of Law, Univ. of Bristol, March 1993, p.6. E' anche il caso del Canada: «Il Comitato (Badgley) ha chiaramente indicato che lo sfruttamento sessuale doveva essere considerato un atto criminale piuttosto che un semplice problema di salute mentale che non comporta alcune responsabilità nei confronti della vittima». In WELLES M., *L'exploitation sexuelle des enfants et la législation canadienne*, Ministère de la Justice, 190, p.8.

(8) «La Società dovrebbe usare il sistema della giustizia penale - e non quello sanitario - per proteggere se stessa dai deliquenti sessuali. (...) Secondo un approccio deontologico, quasi tutti i delinquenti sessuali sono consapevoli, agiscono in modo moralmente responsabile facendo scelte colpevoli nel decidere se commettere un reato. Di conseguenza, essi dovrebbero essere ritenuti responsabili di quelle scelte e meritano di essere puniti per i reati commessi. Un approccio empirico sostiene tale posizione.» J.Q. LA FOND, *Social control of sex offenders in the USA: Criminal punishment and involountary hospitalization*. Seattle Univ. School of Law; Intervention au XXXIII Internat. Congress Law & Mental Health, July, 1-4, 1998. Paris. L'autore cita in questo senso la posizione dell'American Psychiatric Association adottata dal suo comitato direttivo nel dicembre 1996.

(9) Cfr. i protocolli di cooperazione in preparazione fra lo Stato Federale e le Comunità e Regioni.

(10) Su questo tema, si legga anche: CAROLINE GENDREAU, *Le droit du patient psychiatrique de consentir à un traitement: élaboration d'une norme internationale*; Ed. Thémis, 1996, Québec.

le (11), senza che un senso particolare possa essere attribuito a tale mutismo, qui, al contrario, attraverso l'atto minimo di accettazione della sottomissione ad un trattamento imposto, se ne effettuerebbe automaticamente una interpretazione, assimilandola ad una «richiesta» di cure che viene da colui che le deve subire; ciò permette ai terapeuti di dimenticare l'ambito costrittivo della presa in carico e di fare «come se» l'individuo facesse terapia liberamente e spontaneamente (12). La creazione di «*forensic centers*» a partire dalle Comunità e dalle Regioni a questo proposito pone però dei problemi molto seri. Riprendendo sotto diversi aspetti ciò che si fa nei paesi anglosassoni, si fa astrazione dal contesto in cui questi centri funzionano. L'analogia con le conseguenze dell'introduzione delle tecniche del DEA da parte degli americani in Europa è sorprendente, tanto il ricorso a questi metodi implicava un contesto di funzionamento (in particolare in materia di provocazione della polizia) poco compatibile con il nostro diritto. Così questi «*forensic centres*» che funzionano in un ambito diverso da quello della giustizia, e cioè delle entità federate, anche se a volte in associazione col federale, sembrano contrastare direttamente con le prescrizioni relative alla protezione della vita privata, in particolare per quanto riguarda il trattamento dei dati sensibili relativi alla vita sessuale ed ai dati giudiziari (13).

IL CONCETTO DI COSTRIZIONE

La costrizione è un concetto sovradeterminante e sovradeterminato. Secondo che si inquadri questo concetto sotto l'aspetto della persona chiamata a conformarsi o richiedente la conformità, secondo che si aderisca all'idea che in termini di responsabilità il comportamento adattato può portare a conseguenze sentite come costrizioni che bisogna assumere, secondo anche i criteri ritenuti per determinare la costrizione: semplice restrizione di scelta o imposizione coercitiva di un comportamento, atteggiamento o di un pensiero, si arriva a integrare sotto questa parola numerosi significati diversi, che rendono difficile operare il concetto. Fra la persona condannata a seguire un trattamento nel centro x e quella sotto probation pretoria spinta con minacce ad entrare in trattamento, in un luogo qualunque, non c'è che un gioco di sfumature, essendo il legame comune l'obbligo soggettivamente vissuto del trattamento. Ora, che sia sotto una forma o sotto l'altra, non v'è dubbio che un trattamento imposto attenta al principio dell'inviolabilità della persona, alla sua autodeterminazione ed alla sua vita privata. È particolarmente evidente nell'ambito del trattamento della delinquenza sessuale. Ciò richiede un ambito rigido relativo ai diritti ed agli obblighi che si iscrivono in un tale contesto e ci si può solo spaventare il fatto che esso non esista.

Di fronte a questo vuoto, estrarremo qui ciò che ci sembra costituire le regole elementari da rispettare in questo ambito dell'eccezione.

In un articolo dedicato al consenso in materia di salute mentale (14), J. Caroll effettua-

---

(11) Cfr. in particolare l'articolo 14-3 g) del patto internazionale relativo ai diritti civili e politici del 19 dicembre 1966. Per riferimenti di giurisprudenza di sentenze di Corti Europee, si legga B. BOULOC, *Le silence de la personne mise en examen peut-il justifier sa mise en détention?* Rec. Dalloz Sirey, 1995, 41e cahier, pp. 315.

(12) «Come concepire 'la psicoterapia come una pena (...)' allorché il suo principio primo suppone l'adesione? Come, ancor più, trasformare il detenuto in paziente? E' propio qui tutta l'ambiguità di progetti che rischiano di suggerire che 'la medicina o le tecniche psicoterapeutiche sono in grado di controllare le recidive (...), istituendo la scienza come «panacea» della violenza (...), suggerendo illusori avvicinamenti fra guarire la società e guarire il delinquente (...), o trascurando più brutalmente a volte il fatto che curare non è punire (...)»; G. VIGARELLO, *Histoire du viol. XVIe-XXe siècle*. Seuil, 1997, p. 281.

(13) Riaffrontiamo questa importante questione in nota 26, sostenendo che tali centri devono essere dipendenti dall'autorità federale.

(14) *Consent to mental health treatment: A theorical analysis of coercion, freedom, and control*; Behavioral Sciences and the Law; Ed. John Wiley & Sons, Ltd., Vol. 9, p. 129.
un'analisi sottile della nozione di coercizione, che lo porta in particolare a distinguere fra il ricorso alla forza o alla minaccia di essa, alla manipolazione, alla persuasione. Egli attira l'attenzione anche sul fatto che a livello di pressioni, alcune di esse sono quasi indipendenti dalla volontà di coloro che le esprimono. Così, il consiglio di un medico, per lo status che gli è classicamente assegnato dalla società e dall'immaginario legato alla sua funzione, che non può essere se non «volere il bene» del paziente, è regolarmente da classificare in ciò che è sentito come una costrizione di contenuto, ma le cui forme non sono percepite come coercitive. Basta dunque che l'obiettivo perseguito dal medico sia in qualche modo diverso da quello che immagina il paziente (protezione della società prevalente sul bene del paziente) perché ci sia inganno da parte di quest'ultimo, che assimila il consiglio al suo benessere personale, seguendo la via prescritta che può essere contraria ai suoi interessi.

Si deve quindi estrarre un corpus di regole per la situazione intermedia fra il polo del diritto della società a costringere a determinati comportamenti ed il polo della proibizione di terapie forzate. In tale contesto, l'obbligo a effettuare alcuni apprendimenti senza impegnarsi ad applicarli sembra essere il minimo, mentre il trattamento per terapia, per il fatto che rischia di togliere al soggetto una parte del suo libero arbitrio, sembra essere il massimo. È quindi palese che si deve sviluppare una legislazione specifica dettagliata, particolarmente sotto forma di un codice di comportamento iscritto in una legge specifica e dettagliata, al fine di comprendere globalmente le situazioni di trattamento sotto costrizione, dovendo questo concetto intendersi in senso lato, cioè l'incitamento, pena una conseguenza negativa di ordine penale, ad entrare in trattamento, quando invece tale iniziativa non sarebbe stata intrapresa spontaneamente.

L'INQUADRAMENTO STRETTO DELLE MISURE E PENE UTILITARIE

L'art. 8 della Convenzione dei Diritti dell'Uomo, che protegge la vita privata, accetta un'ingerenza della pubblica autorità, ma solamente in ragione di ciò che è «necessario (...) alla prevenzione dei reati penali, alla protezione della salute pubblica o della morale...». L'aspetto restrittivo è quindi patente: l'ingerenza è tollerata solo in ragione di ciò che è «necessario». C'è dunque un diritto-funzione, orientato verso una precisa finalità: la prevenzione dei reati penali, cioè, per quanto riguarda i delinquenti sessuali, la prevenzione della recidiva (15). Ricordiamo che l'art. 8 richiede che una legge permetta l'ingerenza. Di più, un'ordinanza recente della Corte europea dei diritti dell'uomo (16) precisa che una legge qualsiasi di abilitazione non è sufficiente in questo ambito essenziale che è la vita privata. Occorre che essa sia di una particolare precisione. Ora, su quale legge riposa la *probation* pretoria?

La Convenzione dei diritti dell'uomo riguarda inoltre l'ingerenza effettuata da una pubblica autorità. Ma cosa accade allorché è l'autorità pubblica che apre la porta all'ingerenza, ma lascia che sia un servizio privato ad effettuarla, oppure un servizio pubblico che non appartiene alla stessa competenza? Di nuovo, è di grande importanza che questo servizio privato sia seriamente inquadrato, non fosse altro perché la finalità di ciò che vi è intrapreso deve poter essere ad ogni momento giustificata sulla base della sua adeguatezza diretta all'obiettivo della prevenzione della recidiva: limitazione all'ingerenza strettamente necessaria, sovvenzionamento da parte dell'autorità pubblica che ha nelle sue attribuzioni il diritto di ingerenza. Quando l'ingerenza è realizzata per delega all'interno di un'istituzione che non ha come ————————

(15) Le altre eccezioni previste da questo articolo, e cioè la protezione della salute o della morale, sono di raro ricorso, nella fattispecie; si immagina infatti difficilmente che

l'intromissione nella vita privata del delinquente sessuale si faccia per proteggere la sua salute o la sua moralità – al limite già colte in fallo – quanto a quelle di altri, saranno coinvolte solo limitatamente: salute psichica o fisica della vittima di uno stupro, o moralità, ad esempio nel caso di depravazione di minore.

(16) Sentenza «Kopp contro Svizzera» del 25 marzo 1998, pubblicata in Journal des Procès, n°347 - 17 avril 1998, pp 22-27.

finalità la prevenzione della recidiva nei confronti delle persone considerate responsabili (ad es. un organismo della sanità), è meglio stabilire che l'ingerenza non è conforme alle esigenze espresse nella Convenzione. Così, nella citata ordinanza delle Corte europea, la decisione è essa stessa segno del carattere inaccettabile di ciò che una misura che attenta alla protezione della vita privata, nella fattispecie una intercettazione telefonica, sia messa in atto da un impiegato dei telefoni. Nel nostro caso, non vi sarebbero problemi a che l'ingerenza fosse realizzata da un servizio di esecuzione delle pene ed altre misure alternative, invece di un servizio che ha un'altra finalità (ad es. un ospedale).

L'ambito dell'ingerenza che esula dal diritto comune perché comporta la violazione della vita privata e la gestione di un rischio eventuale futuro (punire per ciò che si rischia di fare piuttosto per ciò che si è fatto) (17), può essere tollerato solo se c'è una base legale molto precisa, se le situazioni mirate sono di grande gravità o se la probabilità di recidiva è particolarmente elevata («al di là di ogni ragionevole dubbio») e rischia di attuarsi in breve tempo. Ci sembra che il legislatore può tuttavia predeterminare delle categorie ispirate a questi criteri, come ha fatto in materia di liberazione condizionale dei delinquenti sessuali, ma determinando regole molto precise. Così, l'obiettivo della *guidance* o del trattamento menzionato nella legge non è determinato. È perché se fosse diverso da quello della rigorosa prevenzione della recidiva, vi sarebbe motivo di considerare che la legge infrange la Convenzione dei diritti dell'uomo che si deve interpretare come mirante a questa finalità. Non è forse evidente che questo obiettivo deve, *delege ferenda*, essere iscritto a grandi lettere nel testo legale?

REGOLE MINIME PER UN LAVORO SOTTO COSTRIZIONE

1) Non alterare lo status dell'ingiunzione. L'esempio da non seguire è quello della Francia che, dopo aver elaborato un progetto che riguarda una «pena di controllo medico-sociale» per i delinquenti sessuali, ha modificato la facciata della sua proposta, divenuta la legge del 4 giugno 1998, cancellando il termine «pena» e sostituendo il termine «psico» a «medico», senza per questo cessare di coinvolgere il medico, che salva così l'apparenza di non essere iscritto in un processo che resta penologico. Una tale modifica che non tocca affatto il fondo del problema è soprattutto rivelatrice delle poste in palio in termini di status socio-economici: il medico, non volendo far vedere che lavora in un contesto di costrizione, fa assumere questa azione di controllo allo psico-sociale, che egli d'altronde dirige regolarmente. È quindi sufficiente modificare la denominazione per far credere che il contenuto è diverso, e che ci si può illudere che il contesto non è quello di una terapia sotto costrizione.

Tentando di far dimenticare il contesto coercitivo, ci si sbarazza anche del rigore che si deve portare al rispetto dei diritti del delinquente.

2) Non snaturare l'intervento effettuato sotto costrizione. Trasformare un delinquente in paziente è un atto grave. Questa pratica può essere considerata come degradante e quindi contraria alla Convenzione dei diritti dell'uomo, rendendo una persona giudicata responsabile dal tribunale e che merita una pena, un essere malato che avrebbe dovuto, in questa qualità, beneficiare di una misura di cura psichiatrica. Salvo eccezioni, garantite da un meccanismo legale adeguato, i trattamenti previsti non si annovereranno in un profilo medico ma criminologico. Supponiamo la condanna di un innocente. Questa situazione, davvero eccezionale, può tuttavia verificarsi, particolarmente in materia di reati sessuali, dove spesso è il principio della parola dell'uno contro quella dell'altro che prevale, tanto più che la preoccupazione di prevenire la vittimizzazione successiva con l'assoluzione di un colpevole svolge un ruolo importante. Il giorno in cui questo innocente condannato vuole beneficiare di una libe-

———————

(17) Cfr. in particolare: *Beyond just deserts: Sentencing violent and sexual offenders*; C. CLARKSON, The Howard Journal, vol. 36, n°3, aug. 97. *Protective sentences: Ethics, rights and sentencing policy.* R. HENHAM; Intern. Journ. of the Socio. of the Law, 25, 1997, 45-63.
razione condizionale, egli deve scegliere: sia essere coerente con se stesso, e quindi rifiutare una *guidance* o un trattamento per delinquenti sessuali, il che significa restare in carcere fino all'ultimo giorno della sua pena. Sia, e lo si capisce, scegliere di abbreviare al massimo la lunghezza della detenzione accettando la *guidance* o il trattamento, continuando ad affermare la propria innocenza. Se si può comprendere che il sistema penitenziario continui ad essere coerente con se stesso, considerando l'individuo colpevole e mettendo in opera una struttura di controllo criminologico, non si potrebbe che denunciare un sistema in cui fosse il medico a sostituire la giustizia, utilizzando come presupposto della diagnosi una decisione giudiziaria. Rimetterebbe forse in discussione la decisione del tribunale il non adempiere, da parte sua, il compito affidatogli dalla società, poiché quest'ultima gli attribuisce un preciso ruolo di neutralizzazione. Un tale esempio basta per indicare che non si può regolare il problema del controllo penale al di fuori del sistema che l'ha generato, questo, creando le condizioni del suo intervento coercitivo prevedendo anche le garanzie che restano legate alla logica del sistema. La sovrapposizione parziale dei campi trattati dal settore medico e penale non può portare ad una confusione dei ruoli.

3) Limitarsi rigorosamente alla finalità della misura: la prevenzione della recidiva. Nel contesto dell'intervento sotto costrizione, conta solo la protezione della società. Non si tratta quindi, col pretesto di un calcolo secondo il quale il benessere del soggetto non potrebbe passare che per la conformità alle regole sociali, di giungere a sviluppare un approccio di salute mentale globale, contando sul fatto che la società, a lungo termine, vi si ritrovi. Come la psicanalisi, di cui si dice che la guarigione viene «inoltre», alcuni sostengono, non senza una certa pertinenza, la necessità di un approccio non imperniato sul passaggio all'atto, ma che integri di più le sfaccettature della personalità inserita nella sua rete socio-economica. Un tale approccio, per il fatto che pone il principio di implicazione più intimista generale in un contesto costrittivo, può essere adottato solo in contesto penale. Ciò non significa che questo approccio sia proibito, ma piuttosto che l'approccio sviluppato in ambito costrittivo si limita alla questione della prevenzione della recidiva, accettando tuttavia positivamente che alcuni delinquenti si coinvolgano, stavolta personalmente, in un lavoro di rimessa in discussione più globale. A titolo d'esempio in materia di delinquenza sessuale, l'individuo ha il diritto di esigere che il trattamento sia esclusivamente profilato sulla prevenzione della recidiva ma può, d'iniziativa, coinvolgersi anche oltre, conservando tuttavia ad ogni momento la facoltà di ritornare ad un investimento basato sul solo concetto della prevenzione del passaggio all'atto: se un individuo affranca spontaneamente la propria corrispondenza con francobolli di valore nominale superiore al prezzo richiesto, questo sovrapprezzo non viene né rifiutato né rimborsato, ma non crea nessun diritto per la società di chiedere, in avvenire, il mantenimento di un prezzo superiore. Da ciò risulta che sono delle istituzioni «giustizia» che sono condotte a sviluppare tali programmi (18), e non delle istituzioni «salute», che non sono specializzate in tale finalità e non offrono le garanzie in termini di controllo di una limitazione del loro ruolo alla detta finalità.

4) Scegliere fra due vie simili, la meno derogante al diritto comune. Allorché occorre il mandato di un giudice istruttore per procedere alla perquisizione di locali privati, la «per quisizione delle coscienze private», sotto forma di perizia di personalità, si può fare sulla

---

(18) «La gestione del rischio ed il suo corollario, la riduzione della recidiva, costituiscono il fine ultimo dei servizi correzionali» precisa Kelley Blanchette della divisione della ricerca del Servizio Correzionale in Canada, in *Evaluation, traitement et risque de récidive des délinquants sexuels: analyse de la documentation,* août 1996, p.2. Nello stesso ordine di idee, i servizi di *probation* si propongono missioni simili, basandosi sugli scritti dell'americana Anna Salter: «L'intervento deve essere basato sul fatto che il colpevole si assume la piena responsabilità dei sentimenti, pensieri e comportamenti che hanno sostenuto il suo reato (...) Lo scopo dell'intervento è far sì che i delinquenti sessuali possano controllare il proprio comportamento, cosicché non commettano di nuovo il reato o

un abuso su altri». *The role of the probation service in protecting the public from sex offenders*; Home Office; 1998, Londra.
base di una semplice richiesta del procuratore del re. Sul piano del trattamento, riguardo il contesto della costrizione, spetta a chi interviene applicare le regole dello «stato di necessità», e cioè, fra due metodi di simile efficacia, usare la meno intrusiva, rispettare ugualmente il criterio della proporzionalità (adattare i metodi alla nota o presunta pericolosità sociale del soggetto tenendo conto dei rischi di recidiva).

DISTINGUERE FRA GUIDANCE **E TRATTAMENTO**

La legge del 13 aprile 1995 relativa agli abusi sessuali nei confronti di minori distingue la *guidance* dal trattamento. Il legislatore non ha spiegato in cosa consisteva questa differenza introdotta dal Ministero della Giustizia e in seguito presentata in altri testi legali (19). Una memoria redatta sulla storia di questa legge (20) accredita la tesi secondo la quale questa distinzione deriva dalla partecipazione del Ministero della Giustizia, tre mesi prima, ad un colloquio organizzato all'ULB il 12 e 13 gennaio '95, relativo all'approccio criminologico della pedofilia, nel corso del quale fu esplicitamente perorata la causa della distinzione «*guidance*-trattamento».

Il legislatore, riprendendo questa distinzione fra *guidance* e trattamento, non era al corrente della teorizzazione di questi concetti ripresi dal Ministero della Giustizia. Egli immaginava che il termine *guidance* avesse un significato particolare che egli voleva promuovere, poiché permetteva più facilmente di sfuggire alle pastoie del segreto professionale e quindi di far consegnare un rapporto periodico del centro di *guidance*. Infatti, e ciò sarà confermato in seguito dall'affare Dutroux, la necessità di sapere un minimo di ciò che accade in terapia è indispensabile se si vuole gestire la pericolosità. In maniera confusa, il legislatore pensava che la *guidance* non fosse affare dei medici, e che sfuggisse quindi al segreto professionale, mentre il trattamento lo era, il che è imbarazzante per imporre la consegna di rapporti, poiché alcuni medici rifiutano di farne (21).

Ad un attento esame, la distinzione su questo piano non regge. Un individuo che si impegna nella *guidance* giunge rapidamente a confidare dei segreti e la legge non fa distinzione nell'art. 458 del Codice penale relativo al segreto professionale secondo la qualifica del detentore del segreto, se non citando a titolo di esempio alcune professioni. Che si tratti dunque di un medico, psicologo o assistente sociale, tutti sono tenuti al segreto. Inoltre, non ci sono solo i medici che rifiutano di consegnare i rapporti, ed anche alcuni psicologi fanno la stessa cosa.

Se è la questione del rapporto e del suo contenuto che ha portato alla distinzione fra *guidance* e trattamento, essa è sbagliata. Essa infatti non ha resistito alla nuova legge sulla liberazione condizionale che non riserva una sorte particolare all'una o all'altra forma di intervento in termini di obbligo di rapporti da redigere. Chiunque intervenga in materia di trattamento o di *guidance*, tutti sono tenuti a piegarsi all'obbligo del rapporto.

———————

(19) Cfr. in particolare i decreti reali 8 e 9 in materia di protezione della riservatezza e la legge relativa al casellario giudiziale centrale. Da notare, riguardo la legge relativa alla libertà condizionale, il caso tipico dell'estensione di una misura prevista per i delinquenti sessuali ad altre forme di percorso, che favoriscono il principio classico dell'eccezione che diventa poco a poco la regola (per richiamo, senza che si sia «teorizzato» questa guidance o trattamento).

(20) J.FR. MINET; *Criminalisation primaire: modèle d'analyse et étude de cas. La loi du 13 avril 95 relative aux abus sexuels à l'égard des mineurs*. P. 104.

(21) A questo proposito, si vedano le discussioni condotte in Commissione Giustizia al Senato nel: Rapport effectué par Mme Herzet; Doc. Parl., Sénat, Session 1994-1995, n° 1348/2. Così, il Ministro della Giustizia, dopo aver attestato la necessità di un controllo (p. 12 in fine), rileva che «i medici oppongono sistematicamente ad ogni domanda il segreto professionale» (p. 13), e prosegue dichiarando che «i termini 'trattamento terapeutico' non sono forse i termini più adatti, poiché suppongono un passaggio obbligato da un medico. Forse si potrebbe parlare di *guidance*?» (p.13).

Appare dunque importante ritornare alla fonte di questa distinzione, così come fu formulata durante il colloquio: la *guidance* contiene la parola «guida», che significa che il cammino intrapreso è fin dall'inizio orientato. Concretamente, la messa in opera dell'attività

sotto *guidance* è interamente ed esclusivamente orientata verso la prevenzione della recidiva. Il trattamento, invece, pur perseguendo la medesima finalità, è meno dirigistico nel suo metodo, e ricorre di più alla partecipazione attiva del delinquente.

In realtà, la distinzione *guidance*-trattamento si colloca in un insieme più ampio che svilupperemo, poiché ogni tipo di intervento sotto costrizione si inserisce in un ambiente particolare, che è bene prendere in considerazione per adattare le regole alla particolarità del caso. Il filo conduttore del nostro ragionamento è conforme a quella decisione della Corte di Cassazione (22) che riguarda un militare che si lamentava di essere stato costretto, in occasione di una cerimonia pubblica, a dovere assistere ad una Messa. Si poteva costringere in questo modo un cittadino nell'esercizio della sua professione a porre in essere degli atti relativi all'intimità confessionale? La risposta della legge era stata di riconoscere all'autorità il diritto di imporre la presenza in chiesa, ma non quello di imporre degli atti che implicavano l'adesione intima alla Chiesa (ad es.: confessarsi, fare la Comunione, farsi battezzare...).

Mutatis mutandis, è evidente che colui che è in terapia sotto costrizione non può essere coinvolto in azioni o pensieri che sottintendono un'adesione intima, da parte sua, ai valori sviluppati dai terapeuti. Ricordiamo che queste persone sono state riconosciute responsabili delle loro azioni, e ciò implica una padronanza da parte loro sul proprio sistema di valori. Se c'è conflitto che deriva da questo sistema di valori, spetta al sistema penale premunirsene, e non al sistema sanitario far cambiare il sistema di valori. Allo stesso modo, l'intervento penale si farà a livello dei comportamenti, non a livello di pensieri.

Il delinquente sotto costrizione terapeutica non può quindi essere sottomesso a una terapia qualsiasi. In più, egli ha il diritto di non aderire al trattamento per il fatto che quest'ultimo comporterebbe a priori la condivisione di convinzioni profonde che egli rifiuta. Così, si articola fra l'individuo e la società un gioco sottile di diritti e obblighi, di cui tentiamo una prima teorizzazione. Nella sua «Storia dello stupro», G. Vigarello non dice nulla di diverso, affermando: «Oggi è senza dubbio inesorabile il ricorso all'obbligo delle cure, una delle pochissime strade che evitano il ritorno alle repressioni arcaiche. E ancora, bisogna misurare le esigenze di rispetto della persona umana che questo ricorso deve comportare. Ancora, bisogna misurare anche la pericolosa illusione di sradicamento del male che esso può provocare» (23).

La distinzione legale fra guidance e trattamento non è che un segmento di un insieme congruente della presa in carico del delinquente sessuale che distingue: la formazione-consiglio, la guidance, il trattamento, la terapia, la pre-terapia. Questi termini tecnici sono usati in maniera insolita, tenendo presenti le tappe di un lavoro di investimento personale sempre più autonomo e coinvolgente per il delinquente, con conseguenze nell'ambito delle prese in carico sotto costrizione. Questo insieme permette le seguenti distinzioni:

La formazione-consiglio si rivolge al negatore assoluto. Facendo uso del suo diritto di negare, egli rifiuta di riconoscere di avere commesso i fatti per i quali è stato tuttavia condannato nel rispetto delle regole del diritto. Allo stesso modo, egli non riconosce la minima problematica di controllo del suo comportamento nel campo della sessualità che abusa di altri e rifiuta, in questo ambito, ogni lavoro su lui stesso di tipo psico-medico-sociale. Di fronte alla proibizione deontologica di effettuare una intrusione modificatrice di ordine psichico nei confronti di una persona giudicata responsabile, la formazione-consiglio, che, invece, può essere imposta, ha come finalità sociale di suscitare nel soggetto una messa in discussione, a partire dall'informazione data sulla sua situazione, su quella delle vittime e sui meccanismi

(22) Cass. 18 giugno 1923, pas. 1923, I, 375, citato da A. BLOCH, *Vragen omtrent gewetenvrijheid en rechterlijke macht*; in Panopticon, 1987, nr 1, pp. 9-38.

(23) Op. cit., p. 281.

che di solito prevalgono nel passaggio all'atto. Viene realizzato un esame delle ragioni generalmente invocate per negare, e si inquadrano anche in modo generale le conseguenze, per lui o per la sua vittima, che risultano dal fatto di negare o di ammettere. È scontato che attraverso la descrizione dettagliata di fatti, situazioni ed emozioni probabilmente vissute dal colpevole condannato ma negatore, il soggetto arrivi a sviluppare un'introspezione ed a «concepire se stesso dall'esterno», a relativizzare, se è il caso, la sua negazione assoluta per iniziare un lavoro più personale, sia che lo faccia affermandolo chiaramente, sia che lo faccia senza osare dirlo. Questo metodo è di uso frequente

nell'ambito delle formazioni erogate nel contesto dei Lavori di Interesse Generale (TIG). La persona obbligata a seguire una «formazione TIG», ad esempio perché sarà stata arrestata per guida in stato di ebbrezza, non potrà essere costretta a rivelare ai formatori il problema privato (ad es. l'incomprensione coniugale) che sta alla base della sua problematica di abuso di alcool, ma potrà esserlo a seguire una formazione che la metterà di fronte al fatto che esiste probabilmente una causa personale per questo stato di abuso di alcool, eventualmente ripetuto, e gli si raccomanda di indagare per il proprio beneficio e per quello della società. Vengono invitati degli ex-negatori in questi gruppi di formazione-consiglio, che raccontano le difficoltà che hanno avuto, in un primo momento, a non mentire più a se stessi, e in seguito a riconoscere davanti agli altri la veridicità dei fatti commessi, cosa tanto più difficile perché le persone a lui vicine sono regolarmente convinte della sua innocenza, o tentano di discolparsi, per non aver visto nulla, sostenendo il colpevole nella negazione della realtà.

Se la formazione non implica un'adesione personale a ciò che viene insegnato, può essere imposto il centro da frequentare. Per riprendere il nostro esempio del militare ribelle alle pratiche religiose, vi è qui l'obbligo di «entrare in chiesa», di ascoltare ciò che vi si dice (seguire la formazione), eventualmente di saper riportare l'argomento, ma non di coinvolgersi nel culto.

La guidance deve alla formazione il suo bagaglio teorico, essa si rivolge a colui che accetta il percorso (*suivi*) poiché riconosce almeno parzialmente sia la sua responsabilità per il passaggio all'atto, sia, o in aggiunta, dei problemi nel controllo del suo comportamento sessuale. In assenza di una richiesta reale dell'individuo interessato, la *guidance* non può beneficiare dell'apporto spontaneo del soggetto che partecipa così in maniera piuttosto passiva al percorso che gli viene imposto. Tuttavia, poiché egli riconosce i fatti e la sua responsabilità, almeno parziale, contrariamente alla formazione, gli si può chiedere di coinvolgersi personalmente nel percorso e quindi di parlare di sé, dei suoi problemi, senza tuttavia poter dare per scontato che si confidi spontaneamente. Egli descriverà la concatenazione degli avvenimenti che sono sfociati nel passaggio all'atto, e gli si potranno fare domande sulle sue emozioni associate alle sue azioni. La *guidance* permette quindi un controllo esterno di frequenza e di coinvolgimento nel lavoro, ma rischia di scontrarsi con il «falso io», con l'ipocrisia e col «sembrare», per beneficiare dei vantaggi notoriamente legati ad una liberazione condizionale. Nell'ambito della *guidance*, a livello di valutazione, il soggetto accetta che si conduca una «visita domiciliare» della sua persona (si sottopone a test psico-fisiologici) senza poter essere costretto a condurre lui stesso gli investigatori sui luoghi problematici. Egli si lascia indagare e segue le consegne, ma può non informare chi realizza la «perquisizione della coscienza» del fatto che questi ha dimenticato di frugare in questo o in quel posto. Chi interviene in *guidance* è anch'egli limitato dalla finalità di quest'ultima, e cioè evitare la recidiva. Egli non può approfittare del suo diritto di interagire col soggetto delinquente per mirare riforme diverse da quelle orientate verso la prevenzione della recidiva.

Se la *guidance* non implica un'adesione intima al lavoro che vi è intrapreso, può essere imposta la scelta del centro. Tuttavia è più proficuo lasciare una scelta limitata fra alcuni centri specializzati, per favorire il processo di alleanza terapeutica, che fa sì che la guidance si trasformi in trattamento.

Nel nostro esempio del militare, il soggetto, di fronte all'obbligo di scegliere fra due attività, ad esempio gestire una biblioteca (scontare la pena fino in fondo), o partecipare alla «task force» per preparare la visita del papa (la libertà condizionale), ha scelto quest'ultima attività. Ciò facendo, ci si attende da lui che partecipi all'obiettivo determinato dalla decisione governativa di una buona accoglienza al pontefice, operando attivamente perché questo obiettivo sociale nega raggiunto. Gli spetterà quindi di accettare le costrizioni che comporta (ad es.: indagine sulla sua persona, perquisizione di sicurezza in caso di guardia ravvicinata, non espressione pubblica al momento della cerimonia della sua ostilità alla fede) o di compiere atti attesi da parte sua (ad es.: leggere una lettura della messa) senza per questo dover portare danno alla sua libertà di credere, di non credere o di manifestare nell'intimità il suo stato di credente o non credente.

Il trattamento è qualitativamente di un'altra natura. Potrebbe essere sinonimo di terapia se non vi fosse il contesto di costrizione, il che fa sì che non è corretto immaginare che il soggetto agisce e si concede liberamente, quando può, obiettivamente, avere interesse a

svolgere questo ruolo. Nel trattamento, il colpevole resta sotto ingiunzione, essendo redatto un rapporto a suo carico ed essendo anche comunicato all'autorità competente lo stato della sua frequenza alle sedute. Tuttavia, al contrario della *guidance* che è specificamente orientata verso la prevenzione della recidiva, nella fase di trattamento, il soggetto, poiché apporta del materiale che gli è proprio e che resterebbe ignorato se egli stesso non l'avesse comunicato, dà prova del suo interesse ad una sua messa in discussione in profondità e vi prende parte attiva. In tal modo, il lavoro può prendere l'aspetto di un'azione in profondità naturalmente meno incentrata sul sintomo, a beneficio di un cambiamento di fondo le cui conseguenze colpiranno naturalmente l'essere al mondo ed in principio il suo comportamento antisociale. Poiché il trattamento non potrebbe essere imposto (solo la formazione può esserlo) ma poiché, come la guidance, si colloca in un ambito costrittivo, la scelta del centro può essere limitata, ma è preferibile che si faccia fra un numero ristretto (poiché specializzato) di servizi.

Sempre nell'ambito di un paragone con gli obblighi attesi da un militare costretto a svolgere le sue funzioni in un ambiente credente, diremo qui che il suddetto militare, spontaneamente, giunge a partecipare di sua iniziativa a ciò che si fa in ambito costrittivo. Si confesserà, fa la comunione, in modo tale che pone in atto delle azioni che rilevano del suo foro interno, che non potrebbero essergli imposte in questa sfera di intimità. «Costretto», nel nostro esempio, a partecipare all'accoglienza ufficiale del Papa, e gli si impegna intimamente in questa accoglienza, senza che ciò possa essergli imposto, cantando fra i fedeli... Ciò non crea ostacolo, tuttavia, all'idea che egli resta in questo momento sotto costrizione. Se egli sa che il suo superiore è molto credente ed immagina così di fargli piacere, può fingere un atto di fede profonda o, da vero credente praticante, si trova obbligato a fare qualcosa che avrebbe fatto senza tale costrizione.

La terapia non procede in un contesto di conto da rendere ad una autorità. In terapia, il soggetto è libero di parlare, di tacere ed il suo atteggiamento non avrà effetto sulla sua situazione giuridica o amministrativa. È soltanto qui che la formulazione di una domanda appare autentica, non che essa non sia potuta esistere allo stadio della *guidance* o del trattamento, ma perché l'ambiente in cui essa si manifesta non è più portatore del rispetto controllato dalla norma, non effettuandosi nessun rendiconto ad altri ed essendo libera la scelta del centro. Non vi è quindi «terapia» orientata verso la prevenzione della recidiva in un contesto di costrizione.

Nell'esempio del militare, questi va o non va alla messa nella vita privata, ma ciò non riguarda la società.

La pre-terapia non è necessariamente, come potrebbe indicare il suo nome, una preparazione alla «terapia», non fosse altro perché non si può sostenere che ci sia una netta sovrapposizione fra il concetto di salute ed il campo del diritto penale («noi ignoriamo l'opzione filosofica del nostro militare, in modo che non sappiamo a cosa prepararlo, ma possiamo incitarlo ad una certa «introspezione»). L'evocazione del termine «terapia» nel concetto di «pre-terapia» trova semplicemente la sua giustificazione perché questo processo porta, nella sua durata, fino all'ultimo stadio possibile della succitata catena composta dalle tappe della formazione, della *guidance*, del trattamento e della terapia. Ciò facendo, copre dunque tutte queste nozioni, incitando ciascuno, se appare necessario, ad impegnarsi nella fase successiva, che invita ogni volta il soggetto ad un investimento più personale, che trova il suo eventuale sbocco ultimo nella terapia senza costrizione esterna. Il percorso pre-terapeutico si definisce quindi meno come una finalità (la terapia) che come un processo che incita alla creazione, nel colpevole, di uno stato d'animo e di capacità atte ad ottenere il suo concorso nel lavoro di messa in discussione che si inizia sulla base di una richiesta sociale di assenza di recidiva. Laddove si dovrebbe parlare di pre-formazione, di pre-*guidance*, di pre-trattamento e di pre-terapia, è più comodo parlare solo di pre-terapia.

Si può concepire che il lavoro pre-terapeutico si colloca particolarmente negli istituti penitenziari, cioè prima di tutto impegno nella *guidance* o nel trattamento. Così, ad esempio, col ricorso alla pre-terapia, il negatore si può aprire all'idea di una messa in discussione che lo porterà ad ammettere una certa parte di responsabilità, che permetterà di indirizzarlo alla *guidance* o al trattamento piuttosto che verso la formazione-consiglio. Probabilmente, neanche la definizione 'pre-terapia' è adeguata. Infatti, se si considera che il principio della libertà terapeutica porta ugualmente sulla sua finalità («guarire, ma da cosa?»), può darsi che questa finalità non conduca ad un comportamento socialmente

accettabile. Così, un terapeuta può incoraggiare un disoccupato ad accettare un lavoro in nero, il che è socialmente controindicato, ma può essere utile terapeuticamente all'interessato, che guadagna la fiducia in sé, sentendosi utile col suo lavoro, e ciò gli consente di non essere più depresso.

In realtà, il concetto di pre-terapia, nel senso letterale del termine, rileva dell'ordine della convinzione, prevedendo che l'uomo che si sente a suo agio conduce una vita sociale armoniosa, il che è solo una fra le tante ipotesi (anche se socialmente è utile) (24). È necessario constatare che la nostra società comporta ancora numerose convinzioni che essa valorizza.

La pre-terapia sarebbe così il «patto» di un lasciar credere secondo cui non ci può essere pienezza individuale realmente soddisfacente senza che essa si armonizzi col benessere altrui. Bisogna combattere questa idea a vantaggio della soddisfazione intellettuale di dichiarare che una tale affermazione non ha nulla di scientifico?

In questo ambito, il lavoro pre-terapeutico dovrebbe tendere a rendere l'obbligo terapeutico superfluo, facendo attenzione a che il delinquente si mostri comprensivo nei confronti del mantenimento della coercizione che conserverebbe il suo significato solo presso coloro che non capiscono che è il loro interesse reale (sempre l'aspetto «convinzione») sviluppare il loro «*empowerment*» (capacità di assumere il controllo, N.d.T.), rispettando gli altri. Come riassume J.S. Carroll, «la letteratura scientifica è abbastanza costante per affermare che se si vuole che delle persone facciano immediatamente qualcosa, bisogna ricorrere alle motivazioni più potenti e ad un gioco di manipolazioni. Invece, se ciò che si cerca è il cambiamento a lungo termine, in particolare l'interiorizzazione di modelli di comportamento esterni o di percorsi di pensiero, può apparire necessario lasciare le persone porre esse stesse la scelta» (25).

---

(24) Ci rammarichiamo che questa questione, così come quella del trattamento sotto costrizione – abbordato in maniera piuttosto descrittiva – non sia stata trattata più ampiamente nel suo rapporto con i diritti fondamentali dal *Vade-Mecum Pénologique. Mesures et peines alternatives.* G. KELLENS, T. PETERS e coll., U.G.A., 1997. Quest'opera è tuttavia interessante per le distinzioni che stabilisce e per l'interesse che porta al contesto degli interventi.

(25) Traduzione libera. Op. cit. p. 137.

LE CONSEGUENZE DELLA DISTINZIONE FRA IL GRUPPO «FORMAZIONE - CONSIGLIO, GUIDANCE**, TRATTAMENTO» E LA TERAPIA**

Poiché il primo gruppo si sviluppa in un contesto di costrizione, esso riveste le caratteristiche conseguenti a tale scelta. Sappiamo quindi che la prevenzione della recidiva sarà la sua
prospettiva immediata, cosicché i mezzi ai quali si ricorre saranno controllati alla luce di questa finalità. Più precisamente, la finalità della non - recidiva non è completamente esatta, poiché tali percorsi possono riguardare delle persone non (ancora) condannate, o che negano i fatti, cosicché la prevenzione del passaggio all'atto non può giuridicamente essere considerata come prevenzione di una «recidiva». In questa precisa situazione, il fatto per il giudice istruttore o per la camera di consiglio di imporre un percorso «salute» pone in particolare serissimi problemi di etica, poiché la persona non è dichiarata malata, ed è presunta innocente. É un processo di «neutralizzazione» che è in realtà messo in pratica, malgrado il contesto della presunzione di innocenza. Un tale obiettivo orientato verso l'evitare il passaggio all'atto può intervenire soltanto in un ambito «giustizia», che deve precisamente vegliare a far rispettare i diritti dell'imputato. Se egli nega, non potrà frequentare la trafila «*guidance*» o «trattamento» sopra descritte, ma soltanto la «formazione», nell'ambito del rispetto delle succitate regole.

Questo gruppo racchiuso nella trafila «costrizione», quindi nella trafila «giustizia», dovrà sopportare un controllo sociale esterno che obbliga il praticante a redigere un rapporto periodico di frequenza, di coinvolgimento nel trattamento, e a sopportare che, nel

caso di pericolosità manifesta, se ne possa fare menzione nel suddetto rapporto. Questa visione delle cose è stata sviluppata in particolare nell'ambito della legge sulla liberazione condizionale (26), ma non è corredata, nel testo, delle garanzie minime per il liberato condizionale di vedere precisamente limitato l'intervento nei suoi confronti alla sola prevenzione del passaggio all'atto. Aprendo la porta ad una gestione «salute» di questa categoria di persone, si dà una base strutturale alla deriva del ruolo «salute» verso il ruolo repressivo, che si tratti di una misura alternativa alla reclusione o della detenzione.

Di nuovo, si percepisce molto bene qui che in assenza di modello teorico, il legislatore ha arrangiato delle soluzioni che si presumono realizzare la quadratura del cerchio, mescolando dei concetti medici e criminologici, allo stesso tempo per evitare di cadere nella violazione del segreto professionale (l'articolo 7, alla fine della nuova legge sulla liberazione condizionale non obbliga alla denuncia ma la rende legale in alcuni casi di «difficoltà»), per garantire la libertà terapeutica (allorché non si tratti di terapia ma di prevenzione della recidiva) e di rispondere alla pressione sociale legittima di non lasciare senza reazione la conoscenza che si ha di una situazione allarmante di pericolosità. Ciò facendo, la risposta si rivela inadeguata: il liberato condizionale che presenta una difficoltà in trattamento può essere denunciato, mentre il delinquente che ha avuto la «fortuna» di non essere preso può continuare come più gli piace poiché il suo terapeuta non beneficia dell'eccezione alla legge sul segreto professionale anche se il colpevole fa scientemente correre un rischio importante alla società, non seguendo le consegne. Si finge di garantire la libertà terapeutica, quando il legislatore, a giusto titolo, ha lasciato l'ultima parola alla Commissione competente in materia di liberazione condizionale, poiché in virtù dell'art. 7, comma 3, quest'ultima deve esprimere il suo accordo sulla scelta proposta. Una tale posizione non è sostenibile, a confronto con l'articolo 5.6 della Dichiarazione di Amsterdam promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), il che indica precisamente che il percorso messo in opera non può essere un percorso «salute» ma una modalità di esecuzione della pena o una misura di tipo criminologico (27). Tanto più che la Dichiarazione permette la libera scelta «del» medico, mentre la

———————

(26) Articolo 7, par. 5.

(27) Secondo l'articolo 5.6, «I pazienti hanno il diritto di scegliere il loro medico, od altro dispensatore di cure, ed anche l'istituto di cura, e di cambiarli, nella misura in cui ciò è compatibile col funzionamento del sistema sanitario». La restrizione relativa alla compatibilità col funzionamento del sistema sanitario non può essere confusa con la compatibilità del funzionamento del sistema del percorso giudiziario. Questa dichiarazione è stata pubblicata nella Rev. Gén. des As. et des Resp., 1998, n° 12892.

legge sulla liberazione condizionale impone per i delinquenti sessuali il ricorso ad un servizio, e non autorizza la consulenza di una sola persona.

Non converrebbe una volta per tutte riflettere su ciò che si vuole, piuttosto che infilare la testa nella sabbia? Un giurista può diventare avvocato o procuratore. Ciò facendo egli decide professionalmente di difendere prima di tutto l'individuo o la società. Perché non dovrebbe esserci una stessa possibilità per gli operatori psicologici ? (con questo termine si è tradotto il termine francese '*psys*', che indica sia gli psicologi, che gli psichiatri, che gli psicoterapeuti; N. d. T.) Se ci fossero operatori psicologici per la società e operatori psicologici per l'individuo, non vi sarebbe nulla di scandaloso nel fatto che quelli della società denuncino un rischio di pericolosità (28), per quanto essi siano legalmente in una situazione che fa loro svolgere questo ruolo (di qui il paragone con i procuratori). Ciò si farebbe con tanti meno problemi perché la tendenza è di andare verso una perizia contraddittoria al penale. Ogni tendenza avrebbe così l'opportunità di esprimersi ed i ruoli sarebbero chiari.

Nell'ambito di questa proposta presentata a titolo di discussione, i pareri richiesti ai servizi specializzati nella *guidance* e nel trattamento dei delinquenti (29) sessuali prima della liberazione condizionale o della liberazione in prova, per gli articoli 3, §3, 4°, 16, §4, b) della legge del 5 marzo 1998 ed 8 della legge del 13 aprile 1995, lo sarebbero quindi dall'équipe psicosociale che rappresenta la società (ricordiamo che legalmente la liberazione condizionale è un favore) con la possibilità, per il detenuto, di ricorrere ad un parere esterno; ipotesi che esiste già. Questa équipe sarebbe distinta da quella che lavorerebbe in favore dei detenuti, Così, un detenuto con tendenze suicide avrebbe diritto al suo proprio operatore psicologico, che non sarebbe quello della società, anche se viene

pagato dalla società. L'operatore psicologico del detenuto, contrariamente a quello della società, è tenuto ad uno stretto segreto professionale e non appartiene alla stessa équipe (non dovrebbe forse essere remunerato da un'autorità diversa dalla Giustizia?). Al contrario, e ciò già esiste, l'operatore psicologico della società deve sottostare all'articolo 29 del Codice di procedura penale, che lo obbliga a denunciare ogni crimine o delitto di cui è a conoscenza. Egli si troverebbe infatti nella stessa situazione dell'esperto, di fronte al tribunale che rende conto di questa istanza. Nella nostra ipotesi, dunque, i ruoli sono chiariti.

Per il delinquente sessuale in consulenza ambulatoriale, sarebbe la stessa cosa. Essendo il percorso costrittivo direttamente orientato verso l'evitare la recidiva, l'individuo si trova in una rete di centri «giustizia» che lavorano per la società con la facoltà, per l'operatore psicologico, di fare presente, nel suo rapporto, una situazione di pericolosità e senza che vi sia luogo di parlare di «libertà terapeutica», poiché la prevenzione della recidiva non è terapia (ciò non significa che alcuni centri distinti gli possano essere proposti). In compenso, cade l'ambiguità di centri di salute mentale preposti alla guidance o al trattamento sotto coercizione, dei quali ci si chiede se esistano per aumentare il controllo sociale o per aiutare il loro paziente. I mezzi sono quelli della guidance suddetta con le regole del rispetto della sola finalità di questa guidance, per le quali in ogni momento una modalità terapeutica deve poter essere giustificata in rapporto alla prevenzione della recidiva, alla regola meno intrusiva ed alla proporzionalità. Questi centri «giustizia» permetterebbero quindi di evitare la pericolosa

———————

(28) Il problema è che il mestiere di operatore psicologico, per il fatto di essere più vicino al concetto di controllo, generalmente poco gratificante, fa sì che chi interviene in carcere cerca di far dimenticare questo aspetto, per rivestire la maschera della terapia, in accordo col paziente. Dan Kaminski attesta così un giuoco di «*razionalizzazioni utili*, destinate a preservare delle fragili passerelle fra l'etica della loro formazione di aiutante e la loro specifica posizione professionale». In «L'examen de personnalité comme élément d'une proposition de libération conditionnelle: limites et possibilités», Rev. Dr. Pén. et Crim., janv. 98, p. 71.

(29) Il fatto di riferirsi a dei servizi di «delinquenti» per casi di difesa sociale è poco appropriato, ma tuttavia è rivelatore del fatto che la preoccupazione del legislatore, sia per dei casi di difesa sociale che per dei condannati, mira ad una stessa cosa: non tenere conto di ciò che sono, ma di ciò che potrebbero fare: passare all'atto.

deriva di alcuni centri di salute mentale che tentano di dimenticare che devono offrire dei servizi sulla base di una richiesta. Non tenere più conto della richiesta comporta una confusione fra il loro ruolo di promozione dell'individuo e quello di protezione della società. Confusione tanto più criticabile, in quanto il soggetto che frequenta un centro privato (in opposizione ad un centro che riceve finanziamenti pubblici) ha naturalmente diritto ad un autentico segreto professionale. Ogni confusione deve essere denunciata, poiché sono le persone meno benestanti che frequentano i centri di salute mentale pubblici e sono quindi i meno protetti nei confronti del concetto estensibile di segreto professionale, sviluppato da centri che ora lavorerebbero sotto costrizione, ora no (30).

Ci sembra quindi, al contrario di ciò che si fa attualmente, che l'approccio più rispettoso dei diritti dell'uomo implichi che i centri per delinquenti sessuali giudicati responsabili siano sviluppati non a partire da centri di salute (31), bensì dal servizio dell'esecuzione delle decisioni giudiziarie, il che accade regolarmente negli Stati Uniti, in Inghilterra, in Canada, paesi considerati i più avanzati nella presa in carico dei delinquenti sessuali (32). La *guidance* ed il trattamento si realizzerebbero quindi all'interno di un servizio di esecuzione delle decisioni giudiziarie, che è il più accreditato per intervenire associando il diritto all'intromissione legale nella vita privata all'obbligo di non oltrepassare la ricerca della sola finalità della prevenzione della recidiva. Questo servizio dovrebbe impegnare del personale avente un'adeguata formazione (ad es. degli psicologi). La successione nel possesso delle istituzioni della sanità non si effettuerebbe che nelle condizioni legalmente previste, ad es. l'articolo 21 della legge di difesa sociale. Per delega, e pur rimpiangendo l'assenza di dibattito di principio sulla questione della privatizzazione di certe modalità di esecuzione della pena o del trattamento

———————

(30) Il problema è tanto più serio perché è evidente che i delinquenti sessuali si suddividono in tutte le classi della popolazione, mentre coloro che vengono arrestati appartengono in larga misura alle classi svantaggiate, più permeate dai servizi sociali e dalla sanità. In questo senso, cfr. in particolare M. BARKER E R. MORGAN, *op. cit.*, p.5.

(31) È interessante notare che in Belgio è lo Stato federale, il Ministero della Giustizia, che ha proposto l'idea di una presa in carico a livello di Comunità o di Regioni del delinquenti sessuali, nonostante sia il contesto penale ad essere interessato. Colpisce constatare che questa tendenza è già ben nota all'estero e denunciata per il fatto che sotto l'apparenza della carta della responsabilizzazione locale, in realtà si gioca la questione della competenza penale locale che dovrebbe essere assunta dai centri di salute mentale del quartiere. In «questo contesto, il concetto di svolta comunitaria diventa una maschera ideologica che nasconde o giustifica il subappalto di clientele dello stato. Ciò spiega perché è così spesso lo Stato, tanto a livello politico quanto burocratico, che cerca di vendere questa strategia, ed anche perché le Comunità affermano che spesso il vero messaggio di essa è un abbandono, piuttosto che un partenariato». Citato da R. Hastings, op. cit., pp. 120-121, e l'autore si riferisce al 1° Rapporto nazionale del Conseil national de Prévention du Crime (Ottawa, CNPC, 1995, p. 6-8), ed alle teorie di Cohen, *Vision of social control,* N.Y., Polity, 1985, p. 83-86.

(32) Ciò non significa che il modello «sanità» non vi sia coinvolto, in particolare con i centri medico-legali di tipo «forense». In realtà, il nostro diritto dovrebbe ancora meno essere aperto all'approccio coercitivo che si iscrive al di fuori dell'ambito della Giustizia, tanto più che al contrario del diritto consuetudinario , la sensibilità continentale del «Rechtstaat» proibisce numerose pratiche accettate nei paesi anglosassoni come naturali nel nome degli interessi dello Stato. Così, le questioni relative al segreto professionale nei confronti di dichiarazioni raccolte da autori di abusi sessuali su bambini non pongono più problemi da tempo, per quanto riguarda la necessità di denunciare. Il fatto che la corrente «presa in carico di autori di abusi sessuali» venga dal mondo anglosassone e che ad essa ci si riferisca in termini di modello, può ugualmente avere delle conseguenze sul contesto di questa introduzione. C. Brants, S. Field citano in un contesto simile il caso dell'introduzione degli approcci americani della DEA in materia di droga. Queste pratiche imponevano allo stesso tempo «un modello americano di mantenimento dell'ordine e della sua ideologia che non tenevano conto delle esigenze delle leggi europee». In Op. Cit., p. 405; gli autori citano a questo proposito NADELMANN E., *Cops across borders. The internationalization of U.S. Criminal Law Enforcement,* Univ. Park (PA), Pennsylvania State Univ. Press, 1993, Cap. 4.
sotto costrizione, la presa in carico potrebbe ugualmente attuarsi all'interno di istituzioni specializzate a vocazione criminologica, delle quali si sorveglierebbe, controllo alla mano, che esse orientino i loro interventi verso la sola finalità della prevenzione della recidiva. Sotto questo controllo della Giustizia, alcuni centri di salute potrebbero anche pretendere di esercitare questa attività, ma abbiamo già precisato i problemi che comporterebbe per essi lavorare nell'ambito della costrizione e della giustizia, poiché essi ricevono regolarmente dei finanziamenti di istituzioni federate la cui finalità non è evidentemente la prevenzione della recidiva; vi sarebbe distorsione di oggetto sociale.

Poiché i centri specializzati sarebbero in numero limitato, l'eccezione resterebbe un'eccezione. Il timore di accordare loro un diritto di divulgazione (non un obbligo) ad un'istituzione terza in presenza di una pericolosità grave volontariamente mantenuta potrebbe realizzarsi più facilmente e non essere limitata ai liberati condizionalmente (ad es. ai sottoposti a probation). L'errore infatti è nell'immaginare che questo diritto esista già sulla base dell'articolo 422bis del Codice penale relativo alla omissione di soccorso a persona in pericolo.

Si ponga il caso, non teorico, di un praticante dell'arte di guarire o di un istitutore che essendo già passato all'atto su un bambino della sua clientela o scuola senza che le autorità giudiziarie ne siano informate, giunge a confidarsi in uno dei centri specializzati. Nel corso del trattamento, appaiono segnali manifesti di pericolosità, mentre il soggetto rifiuta di lasciare il pubblico dei bambini al quale si rivolge nell'ambito della sua professione. Da un lato, l'istituzione di guidance o di trattamento è tenuta al segreto professionale, dall'altro essa non può servire da alibi al perverso che viene a cercare una scusa, frequentandola, continuando volontariamente a mantenere delle situazioni ad alto rischio. In caso di arresto, queste persone fanno presto a spiegare che sono in buona fede, avendo iniziato un trattamento i cui effetti sfortunatamente non sono all'altezza delle loro attese. La modifica legislativa intervenuta nel percorso di controllo dei liberati condizionalmente lascia quindi ancora integro il problema dei centri che hanno in carica dei delinquenti confessi, che, in conoscenza di causa, fanno correre un pericolo ad altri, allorché l'articolo 422bis del Codice

penale relativo all'omissione di soccorso di persona in pericolo non offre nessun aiuto poiché non è possibile sapere se il pericolo è imminente o meno, in quanto un pedofilo può tendere il suo tranello nel corso di parecchi mesi, se non di anni. Se non si modifica la legge, cosa si constata? Che la giurisprudenza va alla deriva, tutelando sempre meno il segreto professionale, associando ogni pedofilo ad un aggressore che sta per passare imminentemente all'atto (33), e che può perciò essere in ogni circostanza denunciato nel nome di un sedicente atto di necessità.

Una strada che merita riflessione sarebbe piuttosto attribuire alcuni effetti, come esiste nel diritto francese (art. 223-1 C. P.), ad alcune forme predeterminate del dolo eventuale. In tal modo, colui che, in un contesto dato precedentemente definito, adotta e mantiene volontariamente un comportamento a rischio può vedere alcune conseguenze derivarne, anche se la conseguenza negativa grave che poteva seguire non è intervenuta. Il capitano di una nave lo ha imparato a sue spese, avendo accettato a bordo 112 passeggeri in più del limite previsto. Fu condannato senza che vi fosse stato il minimo incidente (34). Nel campo dell'aggressione sessuale di cui ci occupiamo, non si tratterebbe di sanzionare il delinquente sessuale che mantenesse un comportamento a rischio (caso di medico pedofilo già passato all'atto che continua ad operare in un istituto per la gioventù), bensì di permettere all'operatore del tratta-

———————

(33) Rev. Dr. Pén. et Crim. n°5, mai 1997, 575-577. Vedasi anche il nostro commento circostanziato che critica il ricorso non motivato alla nozione di «stato di ncessità», che permette di denunciare ogni pedofilo, in nota 30, in: *Traitement, accompagnement psycho-criminologique, guidance ou controle social?*; Fr. Gazan, Forensic n° 17, Paris, p. 25.

(34) Esempio citato in: «Mise en péril d'autrui - Violation délibérée d'une obligation de prudence et de sécurité»; Rev. pénit. et de dr. pén., n°2, avril-juin 1997; Bull. Soc. Gén. des prisons et de la légis. crim.

mento di essere liberato dal segreto professionale in caso di mantenimento volontario del comportamento a rischio (35).

Noi proponiamo quindi che si metta fine all'ipocrisia che scaturisce dalla nuova legge sulla liberazione condizionale che autorizza la persona o il ser-

vizio che realizza il controllo a mettere al corrente la Commissione competente in materia di liberazione condizionale delle «difficoltà» sopravvenute. Certo, siamo riconoscenti al legislatore di rifiutare di punire sulla base di un concetto teorico, come quello di «pericolosità». Tuttavia, adottando il termine «difficoltà», è probabilmente quello di pericolosità che esso suggerisce al magistrato, obbligando questi a fare il passo che non ha osato fare. Da un lato, inserendo questa facoltà di eccezione soltanto nella legge sulla liberazione condizionale, egli disdegna la maggioranza delle situazioni poiché si sa bene che, ancora oggi, la maggior parte degli abusi sessuali intrafamiliari resta ignota alle autorità giudiziarie, cosicché i centri specializzati pullulano di situazioni sconosciute alla polizia; a volte i casi sono tanto più gravi perché questi delinquenti passati all'atto riescono a non farsi prendere e a non seguire le istruzioni del centro di *guidance*, non essendovi tenuti. D'altra parte, rifiutando di non guardare in faccia la situazione, cioè la questione della pericolosità, è lo status della misura di sicurezza che non è dibattuto, mentre è fondamentale.

LA MISURA DI SICUREZZA

Così come si considera di solito, vi sono tre tipi di detenuti. Innanzitutto coloro che hanno «capito» subito. Lo «*short-sharp-shock*» (espressione che indica una breve ma severa condanna detentiva inflitta ad un delinquente nel tentativo di scoraggiarlo dal commettere ulteriori reati. In questo caso, l'espressione viene usata dall'autore per indicare un impatto psicologico tale da indurre nel colpevole il rifiuto di qualsiasi recidiva. *N. d. T.*) del loro arresto e le conseguenze che ne derivano fanno sì che essi non ricominceranno. Non recidiveranno, anche senza terapia. Nel settore dei delinquenti sessuali, questo è per lo più il caso degli autori di incesti scoperti dalla polizia. Poi, coloro che per mezzo di un controllo sociale o una *guidance* appropriata apprenderanno i concetti minimi per non ricominciare. Infine, l'ultima categoria, con i quali «non funziona nulla», e che recidiveranno. È evidentemente questa categoria che occorre «neutralizzare». Il problema è che non solo manca uno strumento affidabile per distinguere chi appartiene ad una categoria o all'altra (il

ricorso all' «esperto» in questo senso è regolarmente una falsa apparenza), ma inoltre non si possono in coscienza rinchiudere per tutta la vita dei delinquenti di cui si sa che saranno portati a recidivare naturalmente, senza però poterlo provare al cento per cento, senza sapere quando avverranno tali recidive e senza tenere conto, sulla base del principio dell'uguaglianza fra i condannati, della gravità della recidiva potenziale. Infine, solo dei casi estremamente gravi possono essere oggetto di una misura di sicurezza, come la messa a disposizione del Governo. *Ciò significa, che lo si voglia o no, che, tranne i casi più gravi, i recidivi «per i quali non funziona nulla» si ritroveranno necessariamente per la strada* (36)*, e si presumerà che commettano recidiva. Il problema nei loro confronti non è quindi terapeutico, ma di gestione del rischio, e questo è un concetto puramente criminologico, e non medico.*

Alcuni immaginano che «sanitarizzando» la problematica si giunge di fatto a trarsi d'impaccio in rapporto al problema del divario fra i fatti commessi che necessitano una pena limi-

---

(35) La divulgazione potrebbe essere graduale: innanzitutto ad una istanza non giudiziaria (es.: il consigliere per la gioventù o un centro di sos bambini), ed in seguito, se occorre, con l'accordo di questi ultimi, all'istanza giudiziaria. In questo caso, quest'ultima potrà all'occorrenza perseguire per gli atti commessi in precedenza.

(36) In questo senso e su questo argomento, si legga CL. FAUGERON E J.M. LE BOULAIRE, *Quelques remarques à propos de la recidive*, Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (Cesdip), n°65, Paris, 1992. Vedasi in particolare la pag. 15.

tata e la pericolosità potenziale che necessita una neutralizzazione a durata indeterminata. In effetti, dichiarando malato qualcuno, si dà non solo l'illusione di venirgli in aiuto, ma soprattutto si provoca questa rottura fondamentale fra la durata della pena ed il fatto commesso: «vi rinchiudiamo non per ciò che avete fatto, ma perché siete malato». *In realtà, il paradosso è totale: lo si è punito per ciò che ha fatto, e, in seguito, al momento di liberarlo, lo si dichiara malato per punirlo per ciò che potrebbe fare. Ora, se egli era malato, c'era da punirlo per ciò che ha fatto?* (37).

Ciò facendo, si provoca un ritorno verso la politica degli anni '50-'70, che si basava sul concetto della personalità criminale per psichiatrizzare i delinquenti (38), dimenticando in fretta la parte delle circostanze situazionali e sociali nel passaggio all'atto. Mentre sono stati necessari secoli per depsichiatrizzare l'omosessualità, si psichiatrizza la pedofilia. Certo, non potremmo accettare di ammettere i comportamenti pedofili. In questo caso, la reazione sociale deve essere diversa da quella nei confronti dell'omosessualità. Ma sul piano psichiatrico, si tratta ugualmente di una devianza in rapporto all' «oggetto». In questo caso, perché l'omosessualità sarebbe depsichiatrizzata e la pedofilia no? Lo si sarà capito, la posta in gioco è piuttosto quella di voler dichiarare malato colui il cui comportamento sociale è inaccettabile, al fine di rendere legittimo un intervento sul suo psichismo, e non soltanto, come propone un approccio più criminologico, sul suo comportamento (39).

Recentemente, la stampa (40) citava una decisione della Corte d'Appello in seduta giudicante, che dava ragione ad una diplomatica belga che, avendo denunciato una pratica fraudolenta della sua ambasciata, si era ritrovata trasferita per «problemi psichici». Così quindi, la tecnica trita e ritrita che ha fatto le prove nell'Europa dell'Est è sempre alla porta: psichiatrizzare permette di ottenere per vie traverse ciò che non si ottiene altrimenti (41).

Nella sua opera particolarmente ben documentata, La tirannia del piacere, J. C. Guillebaud (42) intitola il capitolo 12 «Fra il giudice e il medico». Partendo dalla constatazione che «siamo meno preoccupati di cambiare la società che di *renderla sicura*», egli rivela, seguendo diversi autori, le ragioni che sono alla base: la dislocazione del sociale, lo svanire dei punti di riferimento e dei legami di appartenenza. «Il nuovo Codice penale mostra involontariamente il legame fra due logiche contraddittorie dell'individualismo contemporaneo, quella della rivendicazione infinita di diritti e quella della domanda di protezione» (43).

---

(37) «È pericoloso dare una giustificazione psichiatrica ad una sanzione penale»; H. Leclerc, Presidente della lega per i diritti dell'uomo in Francia, in «La question pédophile»; Ed. Tel Quel. L'infini, Paris, 1997, p. 8.

(38) «È soprattutto la paura che ci porta – al di là della ragionevolezza – verso questa regressione positivista. La medicalizzazione del giudiziario, infatti, permette di far riapparire

le figure più antiche della scienza criminale ai suoi inizi. Quella di una pretesa «natura criminale», vecchia luna della criminologia, che è per il diritto penale ciò che il riferimento al «sesso forte» è per l'antropologia. (...) La designazione del perverso sessuale da parte della medicina si lega così con delle tradizioni tanto desuete e deliranti quanto le teorie sulla disuguaglianza delle razze umane di Gobineau o quelle dei nazisti che definivano la morfologia dell'ebreo». Esse permettono di giustificare, è vero, l'eliminazione senza ricorso del nuovo «mostro», cioè del pericolo. Come possiamo essere così disattenti alla gravità di tali ritorni indietro?», in J.CL. GUILLEBAUD, *La tyrannie du plaisir*; Seuil, 1998, p. 322.

(39) Alla luce della sentenza Winterwerp, Th. Douraki rileva che la Corte Europea dei diritti dell'uomo «che si fonda sull'art.5 della Convenzione, proibisce la detenzione di una persona per il solo fatto che le sue idee o il suo comportamento si discostano dalle norme riconosciute in una data società». In «La dangerosité, le traitement psychiatrique et la Convention européenne des droits de l'homme» Rev. intern. de crim. et de pol. tech. n°4, 1997, Genève, p. 439.

(40) Demi-victoire pour une diplomate. La Libre Belgique, 3 avril 1998.

(41) «la psichiatrizzazione della repressione è inquietante ed è in grado di destabilizzare il diritto penale»; H. Leclerc, op. cit. p. 8.

(42) Op. cit., pp. 303-325.

(43) A. GARAPON, D. SALAS, *La république pénalisée*; Hachette, 1996, cité par J. Cl. Guillebaud, op. cit., pp. 310-311

Il diritto penale sta entrando sempre più nella nostra vita privata, e vorrebbe ormai farlo, arma suprema, con lo psichiatra, cosicché il mondo del pensiero non gli sfugga (44). Infatti, il magistrato si vede costretto a trovare una via d'uscita per evitare di essere accusato di imporre la propria soggettività: la sua via d'uscita è l'esperto. «Il ruolo crescente svolto nelle preture e presso i magistrati dagli esperti di ogni tipo (...) è uno dei fenomeni più inquietanti e dei meno denunciati che ci siano. Innanzitutto perché è il segno di una deriva «psicologizzante» del diritto che i giuristi sono i primi a denunciare. In secondo luogo, perché questo ricorso folle ad una pretesa razionalità scientifica testimonia un'ingenuità paradossale. Essa è più pericolosa di quanto si sarebbe tentati di credere» (45). «Dietro il regno dell'esperto si profila il rischio di un ordine medico che sostituirebbe l'ordine morale. E che ci farebbe ben presto rimpiangere quest'ultimo» (46), (47).

Più prosaicamente, osservando in faccia il criterio della pericolosità e dunque la necessità di misure di sicurezza per casi che non rientrano nella messa a disposizione del governo, ma anche tenendo conto dei fatti commessi, si pone il problema di sapere se non sia necessario lavorare su un'altra base. Un magistrato, piuttosto che assegnare una misura di *probation* di tre anni, non dovrebbe assegnare una misura, diciamo, di 500 ore? Cosa significano effettivamente tre anni, quando si ignora se il percorso controllato si farà sulla base di una consultazione psicologica di più volte a settimana o soltanto di una volta al mese? Il concetto di *guidance* o trattamento così come ne disegniamo l'economia e come la permette la legge, ci porta a non essere più soddisfatti di sapere semplicemente se un percorso viene effettuato. La periodicità e il coinvolgimento sono delle nozioni importanti da controllare. Se è fissato un certo numero di ore, secondo l'evoluzione della *guidance*, questo, su decisione della commissione competente in materia di liberazione condizionale, potrebbe essere adeguatamente ripartito tenendo conto nello stesso tempo dei fatti posti (che si evidenzierebbero dal numero di ore assegnate) e delle misure di sicurezza. Così, se un individuo si applica in quello che conviene chiamare un «trattamento», (in opposizione a *guidance*), la consumazione delle ore del «capitale *guidance*» si farebbe in poco tempo, ma sulla base di un investimento accurato. Al contrario, se l'individuo limita la sua partecipazione al minimo necessario per essere in regola con la *guidance*, ma non coinvolgendosi personalmente, la guidance dovrà essere allungata nel tempo, passando da una frequenza settimanale all'inizio ad una frequenza più dilatata in seguito, questione di prolungare il percorso di controllo per un periodo di tempo più conseguente che potrebbe, per mezzo di una decisione motivata della Commissione, durare, o perfino superare i dieci anni (senza tuttavia oltrepassare il capitale di ore deciso dal giudice che pronuncia la condanna).

Si potrebbe anche andare più lontano, proibendo al giudice chiamato a comminare la pena di ricorrere ad un esperto per determinare se l'individuo rappresenta o meno un pericolo per la società, al fine di conservare alla pena il suo ruolo retributivo. Il giudice infligge una pena per ciò che è stato fatto. In seguito, con una tabella di equivalenza fra i giorni di detenzione e quelli di *sursis* (sospensione) di *probation*, apparirebbero le diverse

modalità della pena. Evitando il ben noto sistema secondo cui una persona è vista per «un quarto d'ora» da un «esperto» per determinare l'organizzazione dell'applicazione della pena, sareb-

———————

(44) «Lo psichiatra è un medico, ricordiamolo: è quindi alla malattia che si collega l'infrazione»; H. Leclerc, op. cit, p. 7.

(45) J. Cl. Guillebaud, op. cit. p. 320.

(46) J. Cl. Guillebaud, op. cit. p. 324.

(47) «È ormai tempo di uscire dalla classica perizia psichiatrica le cui insufficienze sono, ai nostri giorni, sempre più evidenti. La valutazione criminologica delle persone che commettono infrazioni più gravi o ripetute dovrebbe essere affidata ad équipes specializzate altamente qualificate in strutture *giudiziarie* a vocazione regionale». In *De la nécessité impérieuse de créer des centres d'évaluation et d'expertise criminologiques,* BÉNÉZECH et coll., Ann. Méd. Psychol., 1995, 153, 9, 597-600, citato da J.L. Senninger e M. Birig in «De la dualité d'experts à la dualité d'expertises», Forensic, n°16, 1997. La sottolineatura è la nostra.

bero i servizi psicosociali dell'istituto (se la persona è detenuta) o il centro di *guidance* specializzato, dopo un primo lavoro di una lunghezza piuttosto consistente, che formulerebbe alla commissione, stavolta sulla base di una conoscenza prolungata, una proposta di modalità del resto del percorso di controllo. La commissione prenderebbe la sua decisione sulla base di questo rapporto sottoposto a discussione, ed anche, all'occorrenza, dei dati attuariali (48) per decidere della durata temporale del percorso di controllo. Così, ad esempio, i violentatori avrebbero un percorso intenso su un periodo relativamente breve, ma tuttavia con brevi sequenze di «richiamo della vaccinazione» sempre più distanziate, mentre i pedofili potrebbero essere oggetto di un percorso nettamente più lungo, ma meno intenso dopo un primo anno di *guidance* settimanale (49).

Questa proposta incontra anche l'esperienza del campo. Alcuni delinquenti non sono suscettibili o non vogliono effettuare un lavoro di introspezione. La *guidance* avrà perciò un impatto nei loro confronti soltanto momentaneo, cosicché è importante, in maniera distanziata nel tempo, ristabilire alcune sessioni di richiamo della legge e dei suoi dettami, che essi non interiorizzano a lungo termine.

Questo capitale *guidance* potrebbe essere all'occorrenza convertito in ore T.I.G. (Lavori di interesse generale), sia che il lavoro, che può essere effettuato con l'interessato è troppo limitato (ad es. se egli nega, si può prescrivere solo una formazione - consiglio, la quale, in mancanza di materiale proprio all'individuo, può solo essere di durata più breve di un trattamento, anche se si possono comunque fare dei richiami), sia (ricordiamo il caso di coloro che appaiono, dopo un periodo minimo di *guidance*, aver effettivamente «capito subito») che non ci sia più luogo a trattamento.

In conclusione, l'approccio criminologico, che può avere delle componenti in particolare mediche, sociali o psicologiche, può risentire di realizzarsi sotto la costrizione nella misura in cui essa prende di mira la semplice prevenzione della recidiva, ha un obiettivo limitato, ben circoscritto dalla sua finalità ed offre un inquadramento giuridico ben preciso che lega l'intervento ai comportamenti illegali, e non ai pensieri. Questo ambito non reca danno a livello deontologico alla libertà dei professionisti che in esso rientrano. Così, il medico di un servizio specializzato nella presa in carico dei delinquenti sessuali, resta libero, secondo il concetto giuridico di «atto staccabile», di prescrivere o meno un farmaco inibitore della libido sessuale e terrà conto del parere del delinquente sessuale anche se, avendo presente la protezione della società, terrà a stimolare nel delinquente un atteggiamento di responsabilità, incitandolo ad accettare tale farmaco, se è il caso. Essendo la presa in carico criminologica, il contesto globale è quello della prevenzione della recidiva per mezzo della *guidance*, situazione nota al delinquente che sa come comportarsi. Al contrario, nell'approccio «sanitario», apparirebbe estremamente pericoloso che un intervento si faccia sotto costrizione, effettuandosi nei confronti di un delinquente riconosciuto responsabile delle sue azioni per il semplice motivo che i suoi atti sono illegali. Se la persona è riconosciuta responsabile, come far rientrare tale intervento costrittivo sotto supervisione medica?

Lo sviluppo recente della terapia imposta è quindi condotto a doversi definire in un ambito legale non derogatorio ai diritti dell'uomo. In un primo tempo si è sentita la necessità

———————

(48) Influenzando solo la modalità della pena e non il suo quantum, il ricorso ai dati attuariali non apparirebbe più come scioccante, soprattutto se si aggiunge alle informazioni cliniche. Su questo tema, leggere in particolare: D.M. DOREN; *Recidivism base rates, predictions of sex offenders recidivism, and the «sexual predator» commitment laws*; Behav. Sci. Law, 16, 97-114, JOHN WILEY & SONS, LTD ET M. D. CUNNINGHAM, T.J. REIDY, *Integrating base rate data in violence risk assessment at capital sentencing*, Behav, Sci. Law, 16, 71-95, 1998, John Wiley & Sons, Ltd.

(49) In maniera costante, si considera che i pedofili hanno una carriera delinquente prolungata, al contrario di quella dei violentatori. Secondo il Howard League's Working Party Report on Unlawful Sex, è stato osservato che gli autori di abuso sui bambini tendono non solo ad essere più grandi di età dei violentatori ma anche della media degli altri delinquenti. Citato da M. Barker e R. Morgan, op. cit. p. 6.

di creare dei centri specializzati. Constatando lo sviluppo di un turismo terapeutico orientato verso la frequenza di centri poco esigenti, è emersa la necessità dell'organizzazione della trafila del trattamento e si organizza attraverso protocolli di cooperazione che associano in maniera torbida giustizia e sanità. La terza tappa dell'evoluzione sarà dunque di collocare il sistema nel suo ambito, rispetto al contesto della coercizione, quello della giustizia (50). Il controllo democratico è a questo prezzo.

Roma, 9 marzo 1999

(*Traduzione di* ANDREA BECCARINI)

Relazione del

prof. P. COSYNS (*)
Università di Anversa

Il Belgio è una piccola nazione di 30.510 kmq (circa metà dalla superficie della West Virginia), con 10 milioni di abitanti, e confina con la Francia, l'Olanda e la Germania. È uno stato federale con una monarchia costituzionale. La struttura dello stato federale è piuttosto complessa, con tre comunità e tre regioni. Ogni comunità ha la sua lingua (Fiammingo, Francese e Tedesco), mentre le regioni sono entità economiche territorialmente definite. Le tre regioni sono le Fiandre (popolazione 5.770.000 persone) a nord, Vallonia (popolazione 3.260.000 persone) al sud, e la regione di Bruxelles (950.000 abitanti) nel centro del paese.

Il sistema del diritto penale, comprese le corti di giustizia e le carceri, è materia federale, mentre il sistema sanitario (trattamento delle persone) è una responsabilità mista dello stato federale e delle comunità. Questo stato delle cose ha implicazioni nel trattamento dei delinquenti sessuali. Il diritto penale (amministrato dal Ministero della Giustizia) è lo stesso per l'intero paese, ma la politica del trattamento può variare secondo le comunità, se organizzato e prestato dal sistema sanitario e non dal sistema giudiziario.

EVOLUZIONE DELL'OPINIONE PUBBLICA BELGA E DEL DIRITTO PENALE

Nei primi anni '80 ci fu il fallimento dei tentativi degli attivisti pedofili mirato a far ritirare la definizione di pedofilia come disturbo mentale. Essi erano incitati dall'agitazione e dalla protesta degli attivisti gay negli Stati Uniti, che ebbe come risultato la rimozione dell'omosessualità dal manuale delle malattie mentali dell'Associazione Psichiatrica Americana. Questi attivisti sostenevano che la pedofilia era, come l'omosessualità, un valido modo di amare alternativo, e contestavano l'idea che i contatti pedofili fossero nocivi.

Comunque, contemporaneamente ci fu una quantità crescente di prove scientifiche che indicavano che l'abuso sessuale su bambini ha gravi effetti psicopatologici sia a breve che lungo termine (Finkelhorn, 1986; Sheldrick, 1991). La pubblica opinione in Belgio è diventata sempre più preoccupata della sorte delle vittime della violenza criminale in generale ed ha richiesto un approccio sempre più appropriato da parte delle organizzazioni mediche e di applicazione della legge. L'attenzione si spostò facilmente sui bambini e sulle donne come vittime principali dei delinquenti sessuali maschi. Mancava qualsiasi prova di un aumento oggettivo della criminalità legata al sesso, ma il tabù crebbe, mentre diminuiva la soglia di tolleranza per reati di tale genere. Casi di omicidi a sfondo sessuale di bambini sono stati (ed sono tuttora) evidenziati dalla stampa ed hanno provocato notevole indignazione fra la gente.

Questa evoluzione dell'opinione pubblica rafforzò l'approccio femminista che vedeva la violenza sessuale come un'espressione del potere maschile e come mezzo di oppressione e

_____

(*) Paul Cosyns è professore di psichiatria, psichiatria forense e deontologia medica presso l'Università di Anversa (Belgio). E' il direttore del Centro Universitario Forense (UFC), un centro clinico di ricerca che fornisce trattamento per delinquenti sessuali.

dominio delle donne. In questa prospettiva, la delinquenza sessuale è un problema sociale e culturale, incoraggiato da rappresentazioni di donne e bambini come oggetti o proprietà, come esemplificato dalla pornografia e dalla prostituzione. Questo modello non concorda con un approccio psicopatologico dell'aggressione sessuale, e sembra antitetico alla nozione di trattamento di un disturbo psichiatrico. Il trattamento promuove la tesi che la violenza contro le donne ed i bambini sia qualcosa che viene perpetrata da uomini psichiatricamente disturbati.

Nel 1985 il governo federale belga nominò una donna come Ministro per le Pari Opportunità. Ella ha iniziato parecchie iniziative ed ha sviluppato nuove politiche in merito di prevenzione, scoperta e gestione delle vittime di aggressioni sessuali, quali il *Set Sexual Aggression* per i medici nelle unità di pronto intervento negli ospedali, *Trauma Room* negli uffici della polizia, ed una linea telefonica per le molestie sessuali sul lavoro.

La pressione del pubblico per pene più dure per i delinquenti sessuali è divenuta realtà nella legge sullo stupro del 4 luglio 1989. La nuova definizione giuridica di stupro è semplice e molto più ampia della precedente: lo stupro è qualsiasi atto di penetrazione sessuale, di qualsiasi tipo e con qualsiasi mezzo, commesso su una persona che non vi consente. La penetrazione sessuale può essere vaginale, anale o orale. La vittima, secondo la nuova legge, è una persona, senza specificarne il genere, e, perciò, comprende maschi e femmine, ed anche il coniuge del colpevole. Similmente, la legge non specifica che il colpevole deve essere maschio. Si parla di stupro su minore se la vittima è minore degli anni 14, e la legge definisce cosa si intende per «consenso» in casi particolari (ad es. l'uso della forza e dell'inganno) ed in casi di minorazione fisica o mentale della vittima.

Durante la discussione parlamentare, alcuni problemi sono sorti, ma non sono stati inclusi nella nuova legge. I medici in Belgio hanno il dovere legale di mantenere la riservatezza e si discussero delle proposte per eccezioni giuridiche in casi di aggressione sessuale, ma non furono accettate (Hutsebaut, 1990). Non c'è, come conseguenza, nessun obbligo legale per i medici di informare le autorità in caso di stupro o di altri reati sessuali, sebbene la deontologia medica lo renda possibile in alcuni casi, in particolare quelli che coinvolgono bambini.

La nuova definizione giuridica di stupro sembra aver raddoppiato il numero di condanne, se confrontiamo il periodo prima del 1989 e quello immediatamente successivo. Fra il 1984 e il 1987, ad esempio, gli stupri ammontavano al 15% di tutti i casi giudicati di reati sessuali. Fra il 1989 ed il 1991, le condanne per stupro crebbero fino al 30% di tutti i reati sessuali, nonostante una generale riduzione (del 9,5%) dopo il 1989 del numero di casi giudicati.

Nei primi anni '90 la pubblica opinione si è rivolta con più stretta attenzione alla pedofilia, nella parte francese del Belgio. Una petizione pubblica contro la pedofilia raccolse 380.000 firme e nell'ottobre 1993 un documento ufficiale, chiamato Programma di Lotta alla Pedofilia, fu consegnato per conto della comunità francese del Belgio. Esso proponeva una serie di misure che il governo federale doveva prendere per una protezione più efficace dei bambini, e, cosa ancor più importante, il documento chiedeva anche lo sviluppo del trattamento per i delinquenti sessuali.

Come si è detto, il Belgio è una monarchia costituzionale, ed il re ha solo un limitato potere politico. Come simbolo della nazione, comunque, egli ha un potere morale proporzionato alla sua popolarità. Questo è il caso di Baldovino I, che espresse apertamente, alla fine del suo regno, la sua profonda preoccupazione per la prostituzione ed ogni tipo di sfruttamento umano. Al suo funerale, nel 1993, una prostituta delle Filippine dette testimonianza della preoccupazione del re durante la Messa. La sua influenza è stata sentita da allora in poi.

Nel 1995 sono state emanate nuove leggi in merito ai reati sessuali. Queste nuove leggi proibiscono ogni tipo di pubblicità (anche per mezzo della telecomunicazione) in relazione alla prostituzione. Il periodo di prescrizione legale per reati di pedofilia comincia e decorrere quando la vittima compie i 18 anni. Di conseguenza, le accuse di abusi sessuali sull'infanzia avvenuti molti anni fa possono ancora essere portati di fronte al giudice. Quando viene richiesto il «parole» per i delinquenti che hanno commesso reati di pedofilia,

si richiede un parere ad un centro specializzato nella consulenza o nel trattamento del delinquenti sessuali, ed il delinquente è obbligato a seguire la consulenza o la terapia, come stabilito nella decisione del «parole» (Premount, 1995a, 1995b).

Parallelamente alle misure di applicazione del diritto penale contro l'abuso sessuale è emerso un interesse per il trattamento di tali delinquenti. Ciò, comunque, non proviene dall'opinione pubblica, che rimane rigorosamente orientata per la vittima e contro il colpevole, che ritiene debba essere punito. Il sistema giudiziario, comunque, sa per esperienza che la pena da sola non previene la recidiva, ed è di fronte ad un numero costantemente crescente di delinquenti sessuali nel sistema penitenziario, che era già sovraffollato. Se si può trovare una valida soluzione alternativa alla detenzione, il sistema giudiziario la prenderebbe sicuramente in considerazione.

Poiché i delinquenti sessuali recidivi creano nuove vittime, quelle persone interessate alla prevenzione sembrano credere che se il trattamento può ridurre la recidiva efficacemente, allora lo si dovrebbe implementare. Il Ministero delle Pari Opportunità, che è incaricato della politica che riguarda l'emancipazione delle donne, prese l'iniziativa di finanziare progetti di ricerca per il trattamento penitenziario ed ambulatoriale degli autori di abusi sessuali. Due centri furono coinvolti nel progetto, ed erano ancora attivi nel 1998, ma attualmente sono finanziati dal Ministero della Giustizia, la cui responsabilità è sviluppare politiche per il futuro a livello federale. Questi centri sono il CRASC (Centro di Ricerca-Azione in Sessuo-Criminologia), diretto da F. Gazan, ed il Centro Universitario Forense (UFC, Università di Anversa), diretto da P. Cosyns. Nel 1998, il governo federale e le comunità hanno fatto un accordo che riguardava l'istituzione dei reti regionali per il trattamento dei delinquenti sessuali. Queste reti sono scientificamente e logisticamente supportate da centri di riferimento, quali l'UFC nelle Fiandre.

Riassumendo, quindi, sono stati fatti notevoli progressi in Belgio durante gli ultimi 15 anni nel trattare l'abuso sessuale, le sue vittime, ed i colpevoli. Riflettendo su questa evoluzione, sembrano appropriati due commenti.

Gli operatori sanitari non hanno svolto un ruolo chiave in questa evoluzione. La forza trainante è stata la pubblica opinione, emotivamente molto carica, ed il movimento attivista femminista, appoggiate dalle autorità politiche regionali e nazionali del paese. L'abuso sessuale è un dibattito emotivo per il pubblico, che è principalmente interessato alla protezione e alla sicurezza della società e non lo è affatto al trattamento dei delinquenti.

La pressione dell'opinione pubblica in Belgio giunse subito dopo i noti delitti sessuali e gli atti criminosi che coinvolsero i bambini come vittime. Le autorità politiche reagirono adeguatamente con nuove misure legislative. Le misure orientate alla punizione sono già applicate ma quelle orientate al trattamento devono ancora essere pienamente implementate. L'esperienza degli Stati Uniti con le leggi sulla psicopatia sessuale suggerisce che una volta dissipate le proteste della gente, le leggi diventano l'oggetto di persistenti critiche (Grubin & Prentky, 1993). Gli operatori della salute mentale, d'altra parte, hanno il dovere di fornire dati scientifici per chiarire il pensiero e di aiutare la guida a decisioni razionali.

TRATTAMENTO DEGLI AUTORI DI ABUSI SESSUALI IN BELGIO

Cifre affidabili sull'incidenza o la prevalenza di reati sessuali sono difficili da ottenere. Possiamo accostarci al problema con cifre registrate allo stesso modo durante molti anni. Cifre dalla polizia di stato per aggressioni sessuali e stupri durante gli anni 1990-1992 mostrano stabilità con la media annuale di 2.024 casi denunciati, che danno un tasso di 20 casi ogni 100.000 abitanti su base annua (Van Kerkvoorde, 1994; Vanderwaeren, 1995). Il piccolo aumento degli stupri (da 740 a 830), ed un concomitante decremento di aggressioni sessuali (da 1341 a 1109), può essere spiegato con la nuova definizione giuridica di stupro nel 1989, più ampia del precedente. Le vittime sono quasi tutte (80-90%) donne, ed il 50% di esse sono minori; per i maschi vittime la cifra che coinvolge i minori è l'80%. Su tutti i colpevoli identificati, l'87% sono adulti, il 10% fra i 16 e i 18 anni e il 2% sotto i 16 anni.

Il trattamento viene erogato in diversi ambienti: istituti penitenziari, ospedali psichiatrici, strutture ambulatoriali e strutture di sostegno residenziali nella società. La visione d'insieme di questi diversi settori darà più attenzione alle strutture ambulatoriali dove soprattutto due

centri (CRASC ed UFC, citati sopra) offrono trattamento ambulatoriale specifico per questa categoria di clienti. I servizi del sistema penitenziario sono gestiti dal governo federale, mentre gli altri programmi di salute mentale dipendono dal finanziamento delle loro comunità e del Ministero della Sanità. Queste diverse basi di finanziamento per i servizi penitenziari e di salute mentale possono interferire con l'effettiva fornitura della continuità del trattamento. Le fonti di finanziamento determinano gli scopi e le regole di implementazione, e queste sono diverse per il sistema giuridico e per il sistema sanitario. I problemi che ne derivano saranno discussi più avanti. L'autore di abuso può passare da un ambiente ad un altro secondo il complesso delle regole che non verranno discusse qui nel dettaglio.

Programmi in carcere

I delinquenti sessuali in carcere vengono descritti come: a disposizione della legge, o condannati, o internati, e quest'ultima definizione si applica in Belgio per i pazienti dichiarati non colpevoli per malattia mentale. Essi ammontano all'11% (N = 833) del numero totale di detenuti (N = 7.538; prevalenza giornaliera nel Marzo 1996). Il Belgio non ha leggi particolari sulla psicopatia sessuale, ma quando un imputato presenta un disturbo psichiatrico, la legge permette al giudice di pronunciare, in casi particolari, una misura di sicurezza chiamata «internamento» invece di una condanna, che funge anche da trattamento. Comunque, tale legge non è mai stata implementata per quanto riguarda la fornitura di trattamento. Infatti gli internati rimangono in larga parte non trattati ed il giudice non può ordinare un'ospedalizzazione obbligatoria in un ospedale psichiatrico civile. Un internato può essere ricoverato in ospedale solo con l'accordo dell'ospedale e nei casi di delinquenti sessuali ciò accade di rado.

Le possibilità di trattamento sono molto rare nel sistema penitenziario belga ed il livello generale della cura psichiatrica erogata in carcere è molto inferiore a quella erogata negli ospedali psichiatrici civili. Il numero del personale penitenziario sanitario qualificato non è sufficiente a soddisfare i bisogni della popolazione detenuta e non è previsto un trattamento specifico per i delinquenti sessuali in carcere. Tali delinquenti vengono distribuiti in diversi istituti del regno e spesso vengono messi in sezioni protette, in conseguenza delle reazioni aggressive degli altri detenuti. Dal punto di vista degli amministratori penitenziari, i delinquenti sessuali stanno tranquilli e non costituiscono un gruppo problematico durante la loro permanenza in carcere. Il loro trattamento non è affatto una priorità per gli operatori penitenziari come accade invece nel caso dei tossicodipendenti che provocano notevoli disturbi all'interno degli istituti. La legge del 1995 che richiede piani di trattamento nel caso di autori di reati sessuali su bambini in «parole», comunque, devono essere implementata da parte di operatori penitenziari nel prossimo futuro.

Il trattamento dei delinquenti sessuali in carcere attualmente in Belgio non è una realtà. Nel 1997, operatori della salute mentale di otto carceri sono stati istruiti su come valutare, giudicare e preparare adeguatamente il detenuto per il trattamento ambulatoriale in una struttura di salute mentale specializzata. Un programma penitenziario chiamato «Consulenza pre-terapeutica» è stato elaborato, ma deve ancora essere implementato.

Programmi in strutture psichiatriche

Il sistema di cure psichiatriche belga è ben organizzato a livello federale, ed è accessibile per ogni cittadino con disturbi psichiatrici gravi o cronici, ma scarseggiano le unità di trattamento residenziale specializzato per autori di abusi sessuali. La mancanza di unità forensi di media sicurezza negli ospedali psichiatrici è una fattore limitante. Il futuro, comunque, sembra più roseo poiché nel 1995 sono state avviate due unità sperimentali per il trattamento dei pazienti più aggressivi, disturbati e pericolosi e, come risultato, parecchi ospedali psichiatrici progettano di aprire unità per il trattamento di patologie forensi e di parafilie.

Programmi specializzati ambulatoriali

Due centri non residenziali specializzati forniscono un trattamento estensivo per i delinquenti sessuali (CRASC ed UFC). Entrambi i centri hanno sviluppato approcci di trattamento che derivano principalmente dagli attuali programmi Nordamericani e Canadesi.

Il modello di trattamento sviluppato da questi centri è attualmente implementato da molti centri regionali.

Il centro di Bruxelles (CRASC), che ha iniziato nel 1986, ha un orientamento più criminologico incentrato sulla devianza sessuale ed ha una chiara preferenza per la terapia di gruppo. (Vanhoeck, 1995). Dopo l'accettazione, che dura per tre sedute individuali, la persona viene rinviata ad un «gruppo di integrazione» per una valutazione più dettagliata del suo problema e delle sue necessità di trattamento.

In una sola volta, nel CRASC, ci sono parecchi gruppi di terapia composti da 8 a 14 delinquenti che sono esposti alle componenti del trattamento, che si concentrano su: prevenzione della recidiva, addestramento al controllo dell'impulso, modifica di preferenze sessuali, formazione di capacità sociali, gestione dello stress e un gruppo psicodinamico. Secondo le loro diverse necessità di trattamento individuale, i delinquenti seguono diversi percorsi attraverso il programma di trattamento. La maggior parte termina con il gruppo psicodinamico che tratta lo squilibrio globale del loro stile di vita e stimola la crescita personale per una migliore qualità della vita. I contatti individuali sono programmati per la valutazione, per le consulenze mediche o per la psicoterapia aggiuntiva, se necessaria. Circa il 10% dei clienti prende farmaci antiandrogeni.

La terapia dei più giovani deve prendere in considerazione i processi di sviluppo, e si ritiene non vantaggioso mescolarli con i colpevoli adulti. É in fase di sviluppo anche un gruppo di auto-aiuto, che prende a modello l'approccio degli Alcolisti Anonimi.

Il Centro Universitario Forense di Anversa (UFC) si concentra di più sulla psicopatologia degli autori di abusi secondo la nozione psichiatrica di parafilia (DSM-IV, Associazione Psichiatrica Americana, 1994) o dei disturbi di preferenza sessuale (ICD-10, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992). Questa descrizione si limiterà alle sei fasi del programma di trattamento cognitivo-comportamentale. Una descrizione più dettagliata deve essere pubblicata tra breve. Queste sei fasi di trattamento comprendono:

1) ammissione e «Contratto di Richiesta»;
2) fornitura delle necessarie garanzie;
3) diagnosi (bio-psico-sociale e criminologica);
4) aumento della motivazione e «Contratto di Trattamento»;
5) prevenzione della recidiva I, dove il centro è il controllo comportamentale;
6) prevenzione della recidiva II, dove il centro è sugli squilibri dello stile di vita.

Durante i primi 24 mesi di operazione, sono stati esaminati nell'UFC 152 clienti consecutivi, ed i dati seguenti riguardano questa popolazione. Le fonti di referenze dei clienti per l'ammissione (fase 1) sono il sistema giudiziario (51% dei clienti), il sistema sanitario (24%) e l'iniziativa dei delinquenti (25%). Per essere accettato nel programma, il candidato deve riconoscere di avere un problema di comportamento sessuale (tutti i negatori sono esclusi); egli deve accettare l'idea di un «trattamento» per quel problema; e deve acconsentire a firmare un contratto di richiesta. Il problema sessuale deve essere la questione principale, cosicché i clienti con altri stati patologici gravi vengono esclusi. Di coloro presi in considerazione per l'ammissione da quando il programma è iniziato, il 12% è stato escluso poiché erano negatori, un altro 12% non ha accettato di aver bisogno del trattamento o rifiutavano di firmare il contratto, e ad un ulteriore 4,5% fu rifiutato l'ingresso a causa di altri gravi stati patologici psichiatrici non sessuali. I clienti che soddisfano i criteri di ammissione firmano un contratto di richiesta che abbraccia la fase 2, dove sono fornite le necessarie garanzie, e la fase 3 che è la componente diagnostica. Le ragioni principali per il contatto con l'UFC erano atti di pedofilia (66%), esibizionismo (15%), stupro (12%) e vari altri problemi sessuali (7%). La fase 2 è della massima importanza nella situazione del trattamento ambulatoriale. I provvedimenti presi contro il pericolo di nuovi reati sono: controllo dello stimolo (imparare a riconoscere ed evitare stimoli antecedenti o situazioni che provocano il comportamento problematico), controllo esterno, psicofarmacoterapia (il ciproterone acetato è stato usato nel 15% dei casi), e l'uso dei contratti di trattamento. La pericolosità, o l'alto rischio di recidiva, non sono criteri che causano l'esclusione, ma questi clienti devono acconsentire con le garanzie trattate nel loro contratto di richiesta.

La fase di diagnosi (fase 3) è orientata alla terapia e va oltre la classica nosologia psichiatrica, come concettualizzata nel DSM-IV. Essa tenta di analizzare le dimensioni psicopatologiche, come i disturbi negli eccessi comportamentali o perdita del controllo, negli

stati d'animo, ansia e regolazione dell'aggressività, e nel funzionamento dell'impulso e del piacere sessuale.

Le fasi successive sono più terapeutiche, in senso stretto. La Fase 4 riguarda il rafforzamento della motivazione attraverso la valutazione e la modifica delle distorsioni cognitive. La Fase 5 segue il modello di prevenzione della recidiva sottolineato nel libro di Laws (1989), e si focalizza sul controllo comportamentale definendo le situazioni ad alto rischio e sviluppando strategie di prevenzione della recidiva. La fase 6 si concentra sulla qualità della vita e sulla riduzione degli squilibri dello stile di vita.

QUESTIONI CONTROVERSE NEL TRATTAMENTO DEI DELINQUENTI SESSUALI

Punizione o trattamento

Il terapeuta che tratta i delinquenti sessuali deve lavorare con le autorità giudiziarie. I medici sono spesso riluttanti a lavorare su una questione in cui essi non possono evitare l'intrusione del sistema giudiziario. Ecco forse perché i pazienti parafiliaci hanno ricevuto così poca attenzione nella letteratura medica.

Il diritto penale si preoccupa della sicurezza della comunità e cerca di reinserire i delinquenti nella società come cittadini rispettosi della legge, attraverso il controllo e la pena. I professionisti della salute mentale sono interessati alla psicopatologia (e non primariamente alla devianza sociale), ed a trattare le persone per migliorare il loro livello di salute e di benessere. Il diritto penale usa un paradigma pubblico oppositivo, in opposizione al paradigma dell'alleanza lavorativa e di fiducia (alleanza terapeutica fra cliente e terapeuta) dell'operatore della sanità (Cosyns, 1995). I due settori hanno fini e funzioni piuttosto diversi, che provocano un certo grado di tensione quando si incontrano. Ma questa situazione ha un certo valore in una società democratica, dal momento che il sistema giuridico non può, in quanto sistema penale, «trattare» le persone, né il sistema sanitario può «controllare» le persone. La confusione dei ruoli potrebbe portare ad abusi. Tuttavia è necessaria un'unione di intenti fra i due sistemi, e ciò significa che si deve raggiungere un accordo sui fini comuni e dare luogo ad efficaci mezzi di comunicazione.

Gli operatori della sanità e della giustizia sembrano convenire che i fini comuni del trattamento sono:

1) prevenzione della recidiva di reati sessuali;

2) i delinquenti devono imparare a controllare il loro comportamento, piuttosto che esser «curati» al fine di ridurre il rischio di ricommettere il reato;

3) il colpevole deve accettare la piena responsabilità per il suo comportamento sessuale deviante.

C'è un ulteriore accordo sul fatto che la sola condanna da parte del sistema giudiziario non previene la recidiva e che il trattamento potrebbe essere utile.

Si devono stabilire collegamenti fra i due settori in un clima di fiducia e rispetto l'uno per il ruolo dell'altro nella società. Il sistema della salute mentale è, parlando in senso generale, piuttosto sospettoso verso il sistema della giustizia, e ciò deve essere superato (Haveman, Staffelu, Frenken & Van Stolk, 1990). Prima di cominciare il nostro progetto ad Anversa abbiamo passato molto tempo con i magistrati, tentando di spiegare cosa avevamo programmato di fare con i loro clienti giuridici. É necessario un contesto di reciproca fiducia, per ottenere dalle autorità giudiziarie degli estratti degli archivi giudiziari riguardanti cosa è accaduto veramente, cosicché possiamo mettere a confronto il colpevole con questo materiale ad ogni stadio della terapia. Rispetto dei ruoli significa che un terapeuta deve rimanere un terapeuta e non diventare un nuovo strumento di controllo sociale. Così come il dovere di un pubblico ministero è proteggere la società e non trattare le persone. L'alleanza di intenti può riuscire solo se, lavorando sullo stesso caso, ogni parte adempie con successo i propri doveri particolari.

Questa questione in Belgio è importante. L'impulso per il trattamento dei delinquenti sessuali fu dato dal Ministero delle Pari Opportunità, assolutamente non preoccupato della giustizia o della salute mentale, ma solo dall'impedire nuove vittime potenziali. A causa della pressione dell'opinione pubblica, il Ministero della Giustizia rilevò il progetto. Ma siamo impegnati in un cammino pieno di pericolo, in cui il trattamento dei delinquenti sessuali è

organizzato e pagato dal sistema giudiziario. Ciò può aprire la strada alla confusione dei ruoli ed a potenziali abusi.

Il ruolo della costrizione nel trattamento

La convenzionale saggezza psichiatrica e psicoterapeutica ci dice che il trattamento, di qualunque tipo, deve essere volontario per essere efficace, almeno a lungo termine. Questa convinzione non è confermata dalla nostra esperienza, in cui abbiamo scoperto che essere costretti al trattamento non preclude un risultato positivo. Quando la coercizione porta il colpevole a contatto con un trattamento adeguato, egli sperimenta una nuova libertà e spesso giunge ad accettare il trattamento volontariamente. Il tasso generale di ritiri dei clienti che hanno contattato l'UFC è del 9,1% (su un totale di 132 clienti). I clienti con la costrizione giudiziaria hanno un tasso di ritiro del 10,3%, mentre coloro che non hanno costrizione hanno un tasso del 7,8%.

La coercizione non deve essere considerata come una particolare qualità che è presente in alcune situazioni terapeutiche ed assente in altre. É questione di gradi e può essere trovata nella maggior parte delle situazioni di trattamento, se non in tutte (Gruppo per l'Avanzamento della Psichiatria, 1994). I terapeuti usano il prestigio ed il potere nella loro interazione con i clienti, e ciò può essere visto come costrizione. La fonte della costrizione può essere esterna, come accade comunemente nel trattamento dei delinquenti sessuali. Essa può anche essere interna, con la persona che cerca il trattamento a causa delle disastrose conseguenze della sua parafilia non curata. La coercizione è evidentemente presente nel caso di decisioni giudiziarie per il trattamento, ma la maggior parte di coloro che frequentano il nostro centro spontaneamente, o mandati da altri professionisti, sperimentano una certa coercizione non-giudiziaria. Si può trattare di autorità scolastiche nel caso di un insegnante pedofilo, o di un coniuge che minaccia di rompere un matrimonio.

Quattro variabili del trattamento sembrano influenzare il risultato nei casi di trattamento obbligato. Innanzitutto il trattamento proposto deve essere adatto ed efficace per i problemi psicopatologici della persona Le condizioni psichiatriche con scarse prognosi, qualunque sia il trattamento, probabilmente non miglioreranno con la terapia coatta. I terapeuti devono essere consci delle possibilità e dei limiti del loro programma terapeutico. Essi devono accettare i limiti di ciò che si può fare terapeuticamente.

In secondo luogo, il sistema giudiziario, quando raccomanda la terapia, deve offrire al colpevole alcuni benefici per la partecipazione (ad es. un «parole», una sanzione più leggera, o la sospensione della reclusione a disposizione dello stato). In Belgio la terapia non può essere imposta come obbligo dall'autorità giudiziaria e il delinquente deve sempre esprimere in modo esplicito il suo consenso ad entrare in terapia. Nel nostro centro di trattamento, il terapeuta non è né legalmente né deontologicamente obbligato ad accettare per trattamento tutti i delinquenti inviati dal giudice. Il terapeuta ha la libertà di essere o meno impegnato nel trattamento di questa persona, e baserà la sua decisione sull'appropriatezza e sull'anticipata efficacia della terapia per il particolare caso e per la situazione. Il trattamento in situazione coatta non è mai bivalente fra due persone, poiché esiste sempre una terza parte, e cioè chi costringe. Fra il terapeuta e chi costringe deve esistere un patto, basato sulla reciproca fiducia e su scopi comuni, che sono l'interesse del cliente e della società.

In terzo luogo, il trattamento deve sviluppare, prima possibile, un clima di fiducia fra il terapeuta ed il cliente. Anche il trattamento coatto richiede un'alleanza terapeutica. Il delinquente in trattamento deve progredire da una posizione iniziale di sfida, ad una di condiscendenza, ad una di alleanza. La coercizione non significa sottomissione della persona alla terapia (Seron & Wittezaele, 1991). Attraverso la negoziazione di un contratto di trattamento creiamo la base per un mutuo accordo e specifichiamo le regole del processo terapeutico.

Non è questione di negare la natura coatta dell'intero contesto, ma vogliamo coinvolgere la persona nel suo trattamento più attivamente possibile, rafforzando le caratteristiche positive, e definendo le conseguenze e i vantaggi di aiuto in opposizione a quelle negative che portano alla condanna da parte degli organi predisposti all'applicazione della legge. Dall'inizio, tentiamo di creare il coinvolgimento attivo del cliente nell'ambito del contesto del trattamento imposto. Il contenuto del contratto di trattamento a tempo limitato è

chiaro e preciso, e sottolinea le conseguenze benefiche e l'impegno contrattuale del personale su cui il cliente può contare. Anche le conseguenze del non adempimento sono ben chiarite. Egli sa in anticipo cosa accadrà in tal caso e gli verrà chiesto conto delle sue azioni. Ciò significa che il cliente deve poter capire e negoziare un tale contratto, per collaborare e credere che il compimento del trattamento preverrà le temute conseguenze negative (Gruppo per l'Avanzamento della Psichiatria, 1994).

Infine, in Belgio, le persone che cercano un trattamento medico per qualsiasi disturbo o malattia sono libere di scegliere il loro terapeuta. In ogni caso, il diritto basilare dei pazienti nel sistema sanitario belga non può essere rispettato per gli autori di abusi sessuali, a causa delle mancanza di alternative di trattamento specializzato. Per evitare che i pazienti cerchino dei terapeuti senza esperienza e perciò ricevano un trattamento inefficace, le autorità giudiziarie di Anversa individuano chiaramente per il delinquente l'UFC come la struttura idonea.

Responsabilità dei terapeuti con clienti ad alto rischio

Gli autori di abusi sessuali sono un gruppo ad alto rischio per i terapeuti e, perciò, possono creare problemi riguardo gli standard legali e professionali. Il rischio di nuovi reati durante il trattamento non è illusorio e la questione della responsabilità dei terapeuti non può essere evitata. I programmi di trattamento per persone in ambulatorio, in opposizione ai centri residenziali, devono affrontare questo problema in una fase iniziale della terapia. Il tasso generale di nuovi reati sessuali per i clienti che sono stati impegnati nel programma all'UFC è del 17%. Metà di tali reati sono lievi, ma l'altra metà sono reati da medi a gravi. Ovviamente, quindi, ci dobbiamo preoccupare di proteggere la comunità e di evitare conseguenze legali.

Le cause per colpe professionali dei medici stanno aumentando e ricevono maggiore attenzione in campo psichiatrico, a partire dall'eclatante caso Tarasoff del 1974, dove la Corte Suprema Californiana ha stabilito che gli obblighi legali dello psicoterapeuta comprendono il dovere di avvertire le possibili vittime dei loro clienti (Bednar, Bednar, Lambert & Waite, 1991). Il diritto del cliente alla privacy finisce dove inizia il pubblico pericolo. Questa sentenza non è contestata, ma il problema è come determinare dove comincia il pericolo pubblico.

La legge belga non ha una «legge per danni» come accade negli Stati Uniti, ma ammette che esiste un accordo non scritto fra un terapeuta medico ed il suo / la sua cliente, che implica l'esistenza di un obbligo per il cliente. Il terapeuta ha, secondo la legge, un «obbligo di impegno», cioè deve trattare il cliente in modo attento e competente, secondo lo stato attuale della scienza medica. I terapeuti, comunque, non hanno «obbligo di risultato» e non sono tenuti ad ottenere necessariamente un risultato efficace o a curare il paziente (Nys, 1991).

L'elemento centrale nella legge sull' «obbligo di impegno» è l'esistenza di una colpa da parte del terapeuta, dove «colpa» significa un allontanamento dalla condotta attesa di un medico attento. Il querelante, nella causa civile, sostiene l'onere della prova del legame causale fra la colpa ed il danno. Questo, per il querelante, è un compito scomodo e molto costoso. Ma la giurisprudenza tende ad essere più severa quando particolari circostanze dovrebbero acuire l'attenzione del terapeuta. Questo è il caso degli autori di reati sessuali ad alto rischio, laddove l' «obbligo di impegno» del terapeuta sarà giudicato più severamente. Secondo la pericolosità del cliente, il terapeuta deve prendere misure adeguate. Ciò significa uno spostamento dell'onere della prova dal querelante al terapeuta..

La recidiva criminale di un cliente non comporta necessariamente una colpa, ma può far sorgere la presunzione di una colpa. In tali casi il terapeuta deve presentare la prova che confuta tale presunzione (Vansweevelt, 1994).

Il delinquente sessuale deve soddisfare i maggiori requisiti di ammissione dell'UFC per essere ammesso al programma di trattamento cognitivo comportamentale. Lo scopo del contratto di trattamento è trovare un terreno comune per il futuro lavoro terapeutico ed una base accettabile da parte di entrambi per una relazione terapeutica. Il terapeuta informa il suo cliente sulla possibilità di recidiva secondo la sua precedente esperienza con persone potenzialmente pericolose, e circa la necessità di prevenire nuove vittime e di proteggere terze persone. Il terapeuta indica anche i limiti della riservatezza nell'ambito della relazione terapeutica. Il cliente, quindi, è chiaramente informato e di conseguenza è considerato

responsabile delle sue azioni. Questa enfasi sulla competenza personale nel trattamento è della massima importanza, anche se la persona è «internata», secondo la legge belga sulla infermità mentale giuridica. Le persone internate accettate per il trattamento all'UFC sono considerate anche terapeuticamente come personalmente competenti e responsabili per il loro comportamento. Naturalmente il terapeuta valuta la capacità del cliente su questa questione della competenza e prevede misure adeguate nel contratto di trattamento e nella fase terapeutica delle «salvaguardie necessarie».

La pericolosità non è un concetto statico, ma varia, e può crescere e raggiungere livelli critici durante la terapia. In psichiatria, quando abbiamo a che fare con una situazione come questa, l'ospedalizzazione può essere la soluzione giusta. É un passo logico prima che insorga la necessità di avvertire la polizia o gli organi per l'applicazione della legge. L'ospedalizzazione ha il vantaggio che la violazione della riservatezza rimane limitata quando le potenziali vittime sono protette. Ma a causa della mancanza di unità specializzate negli ospedali psichiatrici belgi questa soluzione è raramente disponibile.

In assenza di una politica definita o di standard scritti di cura per tali situazioni, gestiamo le cose con una strategia caso per caso. Quando nasce la preoccupazione per la cresciuta pericolosità possiamo contattare, dopo una discussione di équipe, l'autorità giudiziaria incaricata del caso. Questo non è un passo facile poiché rompere la fiducia ha effetti negativi sull'efficacia del trattamento ma, naturalmente, è un modo adeguato per proteggere potenziali vittime. Il cliente viene reso consapevole delle nostre preoccupazioni sul venir meno della sua competenza ad agire in maniera responsabile e sulla possibilità di notifica alle autorità giudiziarie. Abbiamo un'esperienza piuttosto positiva quando l'autorità giudiziaria interessata conosce molto bene la persona e si può concordare una maniera di fare fronte alla nuova situazione. Il caso deve essere valutato di nuovo a livello giudiziario ed anche terapeutico. Nei casi in cui le autorità giudiziarie non siano mai state coinvolte, questo passo della notifica agli organi di applicazione della legge è molto più distruttivo, dal punto di vista terapeutico. In casi con un alto potenziale di pericolosità è vantaggioso per il terapeuta poter discutere le proprie preoccupazioni con l'autorità giudiziaria competente prima della notifica ufficiale. Ciò permette la nuova valutazione degli aspetti giuridici e può facilitare la scelta di misure adeguate. Questo non è possibile quando si tratta di un caso che non è stato precedentemente processato. Gli interventi giudiziari sono quindi molto più distruttive per il rapporto terapeutico. Ma è anche realistico notare che questo rapporto terapeutico e il dovere di riservatezza non possono essere usati dal cliente allo scopo di evitare di essere perseguito.

RIASSUNTO

La violenza contro le donne ed i bambini, all'interno o all'esterno della famiglia, è certamente una questione della massima importanza in Belgio, come lo è anche in altri paesi occidentali. Nei primi anni '80 il centro d'interesse passò dalle vittime della violenza in generale alla violenza sessuale in particolare, più carica emotivamente.

L'evoluzione dell'opinione pubblica belga nel periodo 1980-1998 è stata influenzata dall'ideologia femminista ed appoggiata dalle autorità politiche del paese. Questa evoluzione ha portato a nuove leggi sullo stupro, sulla pornografia e sulla pedofilia.

Il sistema sanitario è andato incontro ad una parallela evoluzione che ha sottolineato l'importanza di un approccio più umano e più preoccupato delle vittime della violenza sessuale. Solo negli anni '90 il trattamento dei delinquenti sessuali è stato riconosciuto dal governo come priorità politica. In Belgio solo un numero limitato di centri ha un programma di trattamento esaustivo e specifico (ambulatoriale). Anche se questi cambiamenti hanno portato con sé i loro problemi, il Belgio sembra essere su un percorso in grado di affrontare queste difficili questioni.

Ringraziamenti

La ricerca riportata in questo capitolo è stata sostenuta dai Ministri Miet Smet (Pari Opportunità), Melchior Wathelet (Giustizia) e Stefan Declercq (Giustizia) Belgio. Molti ringraziamenti ai miei collaboratori clinici e scientifici: Chris Dillen, Dirk De Doncker, Jef

Bogaerts, Siegfried Koeck, Luc Hamelinck, Ines Oostvogels ed a Cindy Mus e Christel Vankerckhoven per il lavoro di dattilografia.

_____

(*Traduzione di* ANDREA BECCARINI)
Roma, 22 febbraio 1999

Relazione del

prof. P. COSYNS
Ospedale dell'Università di Anversa

INTRODUZIONE

In conseguenza dei noti reati sessuali che hanno coinvolto principalmente donne e bambini come vittime, la pressione dell'opinione pubblica ha costretto le autorità politiche a reagire con nuove misure legislative. Negli anni '90, la sicurezza della società ha preso la precedenza su considerazioni un tempo altamente valutate, quali la protezione dei diritti umani, specialmente nel campo dell'emancipazione sessuale. Evidentemente il pendolo ha oscillato dall'ideologia più libertaria degli anni '60 e '70 ad una che promuove la sicurezza della società e la protezione dei singoli contro le persone pericolose. Le misure orientate alla punizione sono popolari, come le proposte legislative in parecchi degli Stati Uniti che vorrebbero richiedere condanne a vita per delitti ripetuti, senza possibilità di liberazione sulla parola, la cosiddetta legge «tre *strike* e sei fuori».

Di conseguenza, è aumentato il numero dei delinquenti sessuali in carcere (11% in Belgio, 12,5% in Francia, 15 % negli Stati Uniti) mentre gli alti tassi di recidiva dopo il rilascio restano inalterati.. Gli operatori della salute mentale si trovano sempre più di fronte al problema del trattamento giudiziariamente imposto degli autori di abusi sessuali. Poiché il luogo dell'erogazione dei servizi di salute mentale si è trasferito dall'ospedale alla comunità,

sono stati sviluppati nuovi concetti di trattamento, come il «trattamento aggressivo in comunità». Questa richiesta, da parte della società, di trattare gli autori di abusi sessuali può essere un cattivo regali per i professionisti della salute mentale. In realtà, il pubblico è interessato innanzitutto al controllo sociale, alla protezione ed alla sicurezza della società, e per nulla al trattamento ed al benessere psicologico dei delinquenti. Le équipes di salute mentale hanno un chiaro obbligo di fare il possibile per prevenire la violenza verso altri, ma il loro primario interesse è fare ciò che sentono che sia il meglio per il paziente, anche se è un autore di abusi sessuali. Sul piano etico, il trattamento deve essere in qualche modo benefico per il singolo paziente e migliorare il suo stato di salute mentale. La persecuzione di tale scopo non è evidente nel trattamento coatto dei delinquenti sessuali, che sono allo stesso tempo clienti del sistema giudiziario e pazienti del sistema sanitario. Dobbiamo chiarire il legame fra il trattamento di un singolo e la condanna, poiché questi due termini sono antitetici.

Il trattamento coatto costituisce una nuova frontiera nella pratica della salute mentale, con le sue controverse questioni etiche.

COSTRIZIONE E TRATTAMENTO

Il trattamento imposto giudiziariamente differisce dal solito trattamento poiché non è più relativo alla coppia paziente-terapeuta, ma esiste sempre una terza parte, e cioè colui che costringe. C'è ovviamente una zona di tensione fra il terapeuta, che mira ad alleviare le sofferenze, e chi costringe, che ha il dovere di punire il delinquente e di proteggere la società. Quest'ultima deve essere convinta che la pena in sé non aiuta a prevenire le recidive, e che il trattamento può essere utile. Anche in questo caso, si deve raggiungere un accordo fra le parti basato sulla reciproca fiducia, sul rispetto del ruolo dell'altro nella società e sullo scopo comune, che è l'interesse sia del paziente che della società. Gli scopi comuni del trattamento, su cui possono accordarsi il sistema giuridico e quello sanitario sono i seguenti:

1) prevenzione della recidiva di abusi sessuali e come conseguenza la prevenzione dal fare nuove vittime;

2) i delinquenti sessuali devono poter controllare il loro comportamento, piuttosto che essere «curati», per ridurre il rischio di reato;

3) il colpevole deve accettare la piena responsabilità per il suo comportamento sessuale, senza biasimare le vittime.

Il significato della coercizione merita maggiore analisi. Essa non deve essere considerata come una particolare qualità che è presente in alcune situazioni terapeutiche ed assente in altre, ma è una questione di grado e di origine, e si può trovare in molte situazioni, se non in tutte. I terapeuti usano il prestigio ed il potere nella loro interazione con il paziente, e questo può essere visto come coercizione. La fonte della costrizione può essere esterna, come accade comunemente per i delinquenti sessuali. Può anche essere interna, quando la persona cerca il trattamento a causa delle disastrose conseguenze della sua parafilia non trattata. La coercizione è evidente in casi di decisioni giudiziarie che comprendono il trattamento, ma la maggior parte delle persone che frequentano dei centri specializzati spontaneamente, o mandati da altri professionisti, sperimentano una forma di coercizione non giudiziaria. Possono essere le autorità giudiziarie nel caso di un insegnante pedofilo, o la moglie di un esibizionista che minaccia di rompere il matrimonio. Il grado di costrizione varia lungo un continuum, da un'amichevole persuasione, attraverso una pressione interpersonale, al trattamento obbligatorio ordinato dal tribunale o all'uso della forza. L'utilità di un trattamento obbligatorio è probabilmente limitata a specifiche situazioni cliniche, ad esempio la somministrazione di neurolettici ad un paziente schizofrenico. Anche se il farmaco funziona attraverso la somministrazione obbligatoria anche con la forza, non c'è prova evidente che ciò sia vero anche per la psicoterapia. I clinici in generale sono d'accordo sul fatto che per entrare in qualsiasi programma terapeutico il delinquente sessuale deve sempre esprimere in qualche modo un consenso esplicito alla proposta di trattamento. Mentre il paziente è obbligato dal tribunale a entrare nel trattamento, il terapeuta non è obbligato dal tribunale a includerlo nel suo programma terapeutico. La negoziazione di un contratto di trattamento, e l'accordo su di esso, fra terapeuta e paziente sono un prerequisito per entrare nel programma di trattamento. Se il trattamento riguarda

l'esecuzione di una decisione giudiziaria, ad esempio come una condizione necessaria per la libertà sulla parola, il paziente si può sentire costretto ad entrare in trattamento, ma pensiamo che sia importante lasciare al paziente l'ultima scelta, dopo essere stato debitamente informato sul trattamento. Se il trattamento viene rifiutato, ciò risulta essere la scelta del paziente, ed i terapeuti devono rispettare questo rifiuto, anche se ciò può significare una lunga condanna detentiva.

Si possono individuare parecchi fattori che influenzano il ruolo e la necessità della coercizione nel trattamento degli autori di abusi sessuali. Innanzitutto, i terapeuti dovrebbero incontrare i giudici, gli avvocati e gli agenti di *probation* in riunioni formali, per conoscersi (aumento della reciproca fiducia) e per apprendere le possibilità ed i limiti dei programmi terapeutici disponibili. Dei giudici motivati riusciranno meglio a presentare il trattamento come una valida opzione per il colpevole. In secondo luogo, c'è un problema di debolezze e di mancanze nella disponibilità e nell'efficacia o nel livello di specializzazione del sistema sanitario. Quando sono disponibili efficienti équipes di trattamento in misura alternativa, l'efficacia della coercizione esercitata nelle misure alternative aumenta, ma diminuisce la necessità di tale coercizione. Il trattamento proposto deve essere adatto ed efficace per il problema del paziente. Le condizioni psicopatologiche con prognosi povere, qualunque sarà il trattamento, probabilmente non miglioreranno con il trattamento obbligato. I terapeuti devono essere consapevoli delle possibilità e dei limiti del loro programma terapeutico.

COSTRIZIONE E MOTIVAZIONE

La convenzionale saggezza della psichiatria ci dice che solo un paziente dovutamente motivato può trarre beneficio da un trattamento di qualsiasi tipo, almeno a lungo termine. Ovviamente la motivazione aumenta la conformità del trattamento, ed anche il risultato del trattamento. La motivazione del paziente è anche rilevante da un punto di vista etico, poiché è collegato ai principi etici di autonomia, di consenso informato e del rispetto dovuto ad ogni essere umano. D'altro lato, c'è un consenso generale fra i terapeuti impegnati nel trattamento dei delinquenti sessuali sulle due seguenti affermazioni con evidenti implicazioni etiche: (1) un certo grado di coercizione (giudiziaria) è necessario perché gran parte dei delinquenti sessuali entrino nel programma di trattamento; (2) un basso livello iniziale di motivazione non preclude un risultato positivo del trattamento. Il tasso di abbandono durante il trattamento ambulatoriale dei nostri pazienti sotto costrizione giudiziaria era del 10,7%, mentre per quelli senza costrizione era del 7,8%.

La motivazione per il trattamento non è una caratteristica statica, ma multifattoriale e di interazione, che scorre tra terapeuta e paziente nella dimensione temporale. Per lo più c'è un livello basso di motivazione al momento iniziale del trattamento ed i terapeuti si concentrano su questa mancanza e costruiscono strategie di aumento della motivazione nel loro programma di trattamento. A livello cognitivo può essere utile una *decision matrix* (matrice di decisione), in cui il paziente analizza i benefici e le ammonizioni a breve ed a lungo termine della condizione di trattamento, in opposizione all'assenza di trattamento. L'iniziale negoziazione di un contratto di trattamento crea le basi per un accordo reciproco, specifica le regole del trattamento per entrambe le parti e impegna il paziente ad assumere la propria parte di responsabilità. Non si tratta qui di negare le caratteristiche imposte della situazione trattamentale, ma lo scopo è coinvolgere il paziente nel suo trattamento quanto più attivamente e velocemente possibile per rafforzare le caratteristiche positive e per definire le conseguenze ed i vantaggi dell'aiuto in contrasto con le caratteristiche negative che portano alla condanna da parte degli organismi di applicazione della legge. Direttamente dall'inizio, il trattamento stimola il coinvolgimento attivo del paziente nel contesto del trattamento obbligato. Il contenuto del contratto di trattamento a tempo limitato è chiaro e preciso, e sottolinea le conseguenze benefiche e l'impegno contrattuale del personale su cui il cliente può contare. Le conseguenze del non adempimento del trattamento sono definite chiaramente nel contratto di trattamento. Egli sa in anticipo cosa accadrà in tale caso e lo si ritiene responsabile per le sue azioni.

Se la motivazione per il trattamento deve essere considerata come una caratteristica di interazione fra paziente e terapeuta, allora anche la motivazione del terapeuta a trattare il

delinquente sessuale deve essere presa in considerazione come una variabile decisiva. Trattare l'autore di un abuso sessuale è meno gratificante per lo status professionale e sociale dei terapeuti di quanto non lo sia curare le vittime di un abuso sessuale. I delinquenti sessuali sviluppano più facilmente nei terapeuti emozioni di contro-transfert e, sebbene manchino i dati empirici, possiamo affermare ragionevolmente che la costrizione giudiziaria non aumenterà la motivazione di un terapeuta che non vuole trattare questi pazienti. Un atteggiamento positivo da parte dei terapeuti, comunque, è necessario poiché anche il trattamento obbligato richiede lo sviluppo di un clima di fiducia ed un rapporto di rispetto.

Il delinquente sessuale deve progredire nel trattamento da una posizione iniziale di sfida ad una di condiscendenza e, se possibile, di alleanza terapeutica. La costrizione non significa affatto una sottomissione passiva del paziente alla terapia.

Nei casi di trattamento interno la qualità dell'ambiente sociale può modulare una motivazione del paziente. Anche in uno sfavorevole contesto penitenziario si possono raggiungere importanti successi terapeutici se l'unità penitenziaria socioterapeutica è guidata da un supervisore medico che può formare, con la sua équipe, un ambiente conforme ai principi della terapia. Questa è l'esperienza delle unità di trattamento per delinquenti sessuali in posti doversi, quali l'istituto Pinel (Montreal, Canada); Herstedvester (Danimarca) e cliniche psichiatriche forensi in Olanda (Dr Henri van Der Hoeven, Utrecht), Germania e Regno Unito.

COERCIZIONE E RISERVATEZZA

Quando è presente la coercizione in un ambiente di trattamento, sorgono inevitabilmente problemi di controllo (sociale) da parte del terapeuta e di limiti della riservatezza. Quest'ultima non riguarda solo il terapeuta, ma esiste anche da parte di chi impone l'obbligo. Questi deve consentire a fornire al terapeuta i dossier che riguardano i reati del paziente. La conoscenza di tali documenti è necessaria ad esempio per ricostruire la catena del reato o per mettere a confronto il paziente con le esperienze della vittima durante le sedute di formazione dell'empatia. I terapeuti generalmente sono d'accordo sul fatto che la conformità del paziente ai vari aspetti del contratto fuoriesce dall'ambito della riservatezza e può essere comunicata alle autorità giudiziarie. Questo punto di vista è stato ratificato dal Comitato Nazionale di Revisione Etica in Francia. Gli aspetti formali del trattamento possono essere rivelati, ma per quanto riguarda il contenuto, la regola di riservatezza rimane valida.

Quando il terapeuta è di fronte ad una situazione pericolosa che comporta un'attuale o imminente minaccia alla integrità fisica di terzi, la regola di riservatezza non è più valida. Ma l'ambito della valutazione è ampio e mal definito, ed il terapeuta potrebbe essere ritenuto responsabile se si astiene e se il paziente recidiva. Una situazione più delicata si verifica quando il terapeuta ha l'impressione che il trattamento sia solo superficiale ed usato come alibi per coprire un comportamento rischioso nascosto. Si raccomanda una consulenza con un collega, oppure l'ospedalizzazione, ma evidentemente siamo in una zona grigia, che necessita di ulteriori analisi.

COSTRIZIONE E TRATTAMENTO ORMONALE

I delinquenti sessuali fanno delle vittime e tendono ad essere ciechi su questa realtà. La preoccupazione principale di un terapeuta è fare tutto nell'interesse del paziente, ma esiste anche un chiaro obbligo di vare il possibile per evitare la violenza sessuale contro altri. Ci sono infatti quattro parti in causa nella relazione terapeuta - paziente, e questa è una caratteristica particolare del trattamento dei delinquenti sessuali, obbligato dal tribunale. Le quattro parti sono: il terapeuta, il paziente, l'autorità giudiziaria che costringe e le vittime (passate, presenti e future). Il terapeuta ha il compito di tenere conto di questo fatto nel programmare il trattamento; la terapia ormonale può svolgere un ruolo in alcuni casi.

Il ruolo degli ormoni sessuali maschili, principalmente del testosterone, nell'aggressione sessuale impulsiva è controverso, ma il basso tasso di recidiva del 3-5%

dopo la castrazione chirurgica contrasta col tasso di recidiva precedente alla castrazione, del 73%. Gli antiandrogeni riducono il testosterone del plasma, e di conseguenza diminuiscono le erezioni, le eiaculazioni, la spermatogenesi, le fantasie sessuali e l'interesse sessuale. A seconda del dosaggio, queste sostanze possono essere usate come «agente di castrazione chimica» reversibile. Le sostanze usate sono il medroxiprogesterone acetato (prescritto soprattutto negli USA), il ciproterone acetato (prescritto principalmente in Europa) e più recentemente i LHRH agonisti. La conformità del paziente al trattamento può essere facilmente monitorata tramite i livelli ormonali di testosterone nel sangue.

Sebbene sia stato dimostrato che la castrazione chirurgica riduce le fantasie ed i comportamenti parafiliaci, le sostanze antiandrogene reversibili sono da preferirsi poiché esse sono un'alternativa al trattamento efficace e meno invasiva. Il paziente, dovutamente informato, deve dare il consenso e i benefici attesi dalla terapia devono essere maggiori dei rischi collegati agli effetti collaterali. Può essere presente un certo grado di coercizione interpersonale. In alcuni casi gravi rifiutiamo di accettare un paziente ad un programma di trattamento residenziale o ambulatoriale, se non accettano di sottoporsi al proposto trattamento antiandrogeno. In realtà, le conseguenze di fare nuove vittime non sono solo dannose per la vittima in questione, ma anche per il paziente e per il trattamento in corso, che può essere messo in pericolo.

CONCLUSIONI

Gli psichiatri sono sempre più di fronte a colpevoli di abusi sessuali obbligati al trattamento da una decisione del tribunale. Il trattamento obbligato costituisce una nuova frontiera nella pratica della salute mentale, una frontiera tra il controllo sociale, che porta benefici alla società, ed il trattamento, che riguarda principalmente la salute mentale del singolo. I delinquenti sessuali sono allo stesso tempo clienti del sistema giudiziario e pazienti del sistema sanitario. Gli operatori della salute mentale hanno un chiaro obbligo di fare quanto è in loro potere per prevenire la violenza su terze persone, ma la loro preoccupazione principale è di fare tutto ciò che ritengono sia nell'interesse del loro paziente.

Per cominciare, è necessario un certo grado di coercizione per la maggior parte dei delinquenti sessuali, ma più il trattamento è soddisfacente in sé, meno sarà necessaria la costrizione. Il trattamento obbligato è una soluzione a breve termine ad un problema a lungo termine e per avere successo, la relazione interpersonale fra paziente e terapeuta deve passare dal controllo alla collaborazione.

La motivazione per il trattamento è un processo dinamico e interattivo che può essere manipolato nella situazione del trattamento. Sia il terapeuta che il paziente contribuiscono ad essa ed un programma di trattamento si deve concentrare sulla motivazione per essere efficace a lungo termine.

Il trattamento di autori di abusi sessuali non è un fatto bilaterale fra paziente e terapeuta, come nelle tradizionali situazioni di trattamento. C'è una terza parte, e cioè l'autorità giudiziaria che impone l'obbligo, e di conseguenza nasce il problema della riservatezza nel trattamento dei dati. C'è anche una quarta parte, e cioè le potenziali nuove vittime, che richiede idonee strategie di prevenzione terapeutica della recidiva, compreso, se necessario, il trattamento ormonale per controllare le pulsioni sessuali. Il trattamento dei delinquenti sessuali coinvolge una équipe che comprende almeno psichiatri, psicologi, assistenti sociali ed endocrinologi. Nel trattamento imposto giudiziariamente l'ambito deve essere ulteriormente ampliato per stabilire anche una relazione di lavoro con polizia, giudici, tribunali e agenti di *probation*.

RINGRAZIAMENTI

L'autore desidera ringraziare i partecipanti alla tavola rotonda tenutasi il 17 ottobre 1997 a Strasburgo (Francia) nell'ambito del Simposio dell'AEP su Psichiatria ed Etica: F. Pfafflin (Universitätsklinikum, Ulm, Germania), H. Hansen (At Herstedvester, Albertslund, Danimarca) e J.J. Kress (CHU di Brest, Bohars, Francia).

BIBLIOGRAFIA

ASSOCIATION FOR THE TREATMENT OF SEXUAL ABUSERS, *Ethical standards and principles for the management of sexual abusers*, Beaverton: ATSA; 1997.

BALIER C., PARAYRE C., PARPILLON C. *Traitement et suivi médical des auteurs de délicts et crimes sexuels.* Paris, Ministère de la Justice, 1995.

BEDNAR R.L., BEDNAR S.C., LAMBERT M.J., WAITE, D.R., *Psychotherapy with high-risk clients: legal and professional standards.* California: Brooks / Cole; 1991.

BRADFORD J.M., MEDICAL INTERVENTION IN SEXUAL DEVIANCE. IN: LAWS R.D., O'DONOHUE W., EDS *Sexual deviance theory, assessment and treatment.* New York, London. The Guilford Press, 1997. pp. 449-489.

COMITÉ CONSULTIF NATIONAL D'ÉTHIQUE, *Recommandations sur un projet de loi 'renforçant la prévention et la répression des atteintes sexuelles contre les mineurs'*, Nr 51. Les cahiers du CCNE 1997; 11: 4-9.

CORDIER B.*, Réflexion éthique à propos des traitements des troubles des conductes sexuelles.* Les cahiers du CCNE 1997; 11:13-15.

COSYNS P., DE DONCKER D.. *Ambulante dwangbehandeling van seksuele misbruikers.* Panopticon 1996; 17: 25-36.

DAHLE K.P., *Therapiemotivation hinter Gittern. Zielgruppenorientierte Entwicklung und Erprobung eines Motivationskonstrukts für die terapeutische Arbeit in Strafvollzug.* Tegensburg: S Roeder Verlag; 1995.

DEBORAH L.D., MONAHAN. *Coercion and aggressive community treatment: a new frontier in mental health law.* New York, London, Plenum Press; 1996. pp. 1-9.

DIAMOND R.J., *Coercion and tenacious treatment in the Community.* In: Deborah L. D., Monahan eds Coercion and aggressive community treatment: a new frontier in mental health law. New York, London, Plenum Press; 1996. pp. 51-72

GROUP FOR THE ADVANCEMENT OF PSYCHIATRY (GAP) *Forced into treatment: the role of coercion in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.

LADDS B. *Forensic Treatment and Rehabilitation: the growing need for more services and more research.* Int J Ment Health 1997; 25: 3-10.

PFÄFFLIN FR. *Angst und Lust, zur discussion üver gefärliche Sexualitäter.* Recht Psychiatrie 1997; 15: 59-67.

SERON C., WITTESAELE H. *Aide ou contrôle: l'intervention thérapeutique sous contrainte Bruxelles:* De Boeck Université; 1991.

(*Traduzione di ANDREA BECCARINI*)
Roma, 24 febbraio 1999

PROGETTO WOLF

SEMINARIO DI STUDIO IN **OLANDA**

RELAZIONE DI SINTESI (*)

Il seminario di Studi attuato in Olanda, secondo partner del Progetto Wolf, è stato realizzato grazie all'intervento del Prof. Jos Frenken che ha messo l'Ufficio Centrale della Formazione in contatto con l'Amministrazione della giustizia dei Paesi Bassi. Grazie poi alla disponibilità del Prof. Van Marle e del suo staff, che hanno curato l'organizzazione del programma, la delegazione italiana ha avuto modo di contattare alcune strutture significative ed avere nello stesso tempo un interessante scambio con gli operatori impegnati sul campo.

COMPOSIZIONE DELLA DELEGAZIONE

Nella composizione della delegazione, l'Ufficio della Formazione ha voluto che fossero presenti operatori del Gruppo di Lavoro ed operatori delle sedi periferiche nelle quali è significativamente presente l'attenzione al progetto ovvero esiste una presenza numericamente rilevante di autori di reati sessuali.

– Dr.ssa Luigia Mariotti Culla – Responsabile del Progetto WOLF e Direttore dell'Ufficio Centrale della Formazione e Aggiornamento del Personale

– Dott. Giuseppe Brunetti – Provveditore Regionale P.R.A.P. Napoli

– Dr.ssa Raffaella Durano – Coordinatore del Progetto WOLF – Segreteria Direttore Generale D.A.P.

– Dott. Sebastiano Zinna – Componente del Gruppo di Lavoro del Progetto WOLF – Ufficio della Formazione e Aggiornamento del Personale – D.A.P.

– Dr.ssa Lavinia Anafi – Educatore Coordinatore per Adulti, componente del Gruppo di Lavoro WOLF – D.A.P.

– Sig.ra Patrizia Ciardiello – Educatore Coordinatore per Adulti – P.R.A.P. Milano – componente del Gruppo di Lavoro WOLF

– Dott. Claudio Marchiandi – Educatore Coordinatore per Adulti Casa Circondariale Rebibbia Nuovo Complesso Roma

– Dott. Daniele De Maggio – Componente del Gruppo di Lavoro WOLF Ufficio Centrale Detenuti e Trattamento – D.A.P.

– Dott. Andrea Beccarini – Interpetre e traduttore – Ufficio Centrale della Formazione e Aggiornamento del Personale – D.A.P..

ISTITUZIONE VISITATE

1 febbraio 1999

– Visita all'*Istituto di Formazione* dell'Agenzia Nazionale per le istituzioni penitenziarie

– Incontro al *Ministero della Giustizia* con il Prof. Van Marle, il Signor Dhont ed il Prof. Frenken

_____

Questa relazione ha sintetizzato e rielaborato i materiali documentali raccolti e si è avvalsa dei contributi offerti dai componenti la delegazione nella visita di studio seminariale in Belgio. La traduzione dei testi è stata prodotta dal Dott. Andrea BECCARINI e la stesura definitiva è stata curata dal Dott. Sebastiano ZINNA.

2 febbraio 1999

– Visita all'istituto *penitenziario di Breda*: incontro con lo staff della direzione e della sezione protetta ospitante i delinquenti sessuali

3 febbraio 1999

– Visita al TBS (Ter Beschikking Stelling = mettere sotto la responsabilità del governo) *Balkbrug*. Incontro con il Dott. J. Buschman, psicologo coordinatore del reparto per delinquenti sessuali

– Visita alla struttura

4 febbraio 1999

– Visita alla *Clinica Van der Hoeven Stiching* – Utrecht

Incontro con due esperti

– Visita al *Centro ambulatoriale* presso la stessa clinica

DESCRIZIONE DELLE STRUTTURE

Istituto di formazione dell'Agenzia nazionale delle istituzioni penitenziarie

Trattasi di un istituto deputato alla formazione del personale operante negli istituti penitenziari con particolare riferimento a quello addetto alla sorveglianza che, in Olanda, non ha compiti di polizia.

La formazione impartita, a carattere molto pragmatico, tende a mettere gli operatori in condizione di capire le situazioni di fronte alle quali si trovano, imparando operativamente i comportamenti idonei da mettere in atto.

A questo scopo vengono fornite informazioni base in funzione della struttura nella quale andranno ad operare e ci si avvale di simulate e videotape per mostrare in concreto le possibili situazioni di lavoro con le relative problematiche connesse. I tempi di formazione comunque sono abbastanza brevi e vanno dagli otto giorni alle otto settimane, compresi gli stages di contatto con tutti i tipi di strutture.

Per gli operatori addetti ad unità dove sono presenti i delinquenti sessuali è prevista una formazione di tre mesi e tra gli argomenti trattati particolare rilevanza viene data a quelli relativi alla sessualità e alla delinquenza sessuale. È previsto inoltre che venga fatta una esplorazione completa del proprio mondo sessuale e, pur non essendo obbligati a far conoscere il proprio pensiero, gli operatori sono sollecitati a mettere lo staff in condizione di capire i limiti e le zone critiche.

Si insiste, molto, nel corso dell'intero percorso formativo, sull'apprendimento al lavoro in gruppo e con i gruppi e a riflettere sul binomio distanza-vicinanza dal detenuto.

La valutazione del personale è fatta sul campo e con la consulenza di psicologi.

Istituto penitenziario di Breda

Il penitenziario di Breda è un Istituto di tipo filadelfiano con un corpo centrale a pianta circolare al quale successivamente sono state aggregate altre costruzioni destinate ad attività lavorative o ad altre esigenze. Ospita attualmente 400 detenuti di cui 130 donne, 30 malati mentali e 24 autori di reati sessuali.

Per questi ultimi la situazione penitenziaria è molto simile alla nostra in quanto solo da due mesi è stato avviato un programma di intervento trattamentale. Si è cominciato con un'azione di sensibilizzazione, attraverso gruppi di discussione e comunicazione, per tutto il personale. Questo ha concorso ad aiutare questi detenuti ad esporre adeguatamente la loro situazione ad inserirsi in maniera più costruttiva nei casi di trasferimento presso gli istituti di T.B.S.. Una attenzione e preparazione maggiore da parte del personale ha fatto si che la formazione in istituto abbia funzionato in chiave di preterapia.

Va segnalato, inoltre, che al personale di vigilanza (i cui responsabili possiedono una formazione di base pluriennale di tipo socioeducativo), sono attribuiti compiti di assistenza personalizzata di un limitato numero di ristretti (più di sei).

La visita presso il penitenziario di Breda ha evidenziato un modello di istituto che ricalca il modello aziendale dove ben in vista sono l'efficienza e l'efficacia organizzativa nonchè la produttività.

Dalle informazioni avute sembra delinearsi in maniera marca–ta una duplice azione strategica per attuare il controllo sociale della devianza: da un lato l'istituzione carceraria che si sforza di operare un contenimento utile e dall'altra gli istituti TBS quale strumento psichiatrico di contenimento della realtà problematica quando è sostenuta da diagnosi psichiatrica.

Il trattamento è tutto centrato sul controllo del comportamento al fine di prevenire la recidiva che rappresenta la finalità giustificativa e legittimante sia della «attività trattamentale» che delle «attività terapeutiche».

Non sembra intravedersi una progettualità specifica nè di conseguenza una attività di vera e propria valutazione dei risultati se non in termini di aspettativa di riduzione della recidiva.

T.B.S. – Balkbrug

La visita alla struttura psichiatrica di Balkbrug ha offerto ai delegati la possibilità di conoscere un pò più da vicino il sistema penale olandese per quanto attiene la modalità di esecuzione della misura di sicurezza che si attua attraverso l'assegnazione di T.B.S..

Il governo paga 750 fiorini al giorno per la permanenza in TBS (pari a L. 659.000) (per un detenuto la spesa è di 200 fiorini (L. 176.000)).

Il sistema penale olandese, per quanto attiene l'esecuzione pena, è sostanzialmente simile al nostro basandosi entrambi sul cosiddetto «doppio binario».. L'accesso al circuito T.B.S. (l'equivalente del nostro O.P.G.), oltre ovviamente che nei casi di incapacità di intendere e di volere, è giustificato anche nel caso di reati gravi (oltre 6 anni di pena), in presenza di recidiva: una sorta di patente di pericolosità sociale. E' da tenere presente che questa variabile, da sola, è sufficiente a giustificare l'invio in T.B.S. qualora il giudice rilevi l'opportunità di un trattamento specifico di ordine psichiatrico, in seguito ad una perizia. Dalle percentuali avute risulta in realtà che, per quanto attiene i reati sessuali, solo il 5% viene ricoverato in T.B.S. (leggermente superiore lo stupro: 31 contro 522). Tale fenomeno, attualmente non particolarmente esteso, può essere sintomatico di una *futura psichiatrizzazione della pericolosità sociale*. Infatti non conosciamo il trend generale ma il pericolo è che si accentui l'equazione recidiva = T.B.S., estendendola anche ad altri reati gravi: in pratica se il reinserimento post detentivo fallisce (recidiva dopo le prime carcerazioni) l'unica soluzione rischia di diventare l'internamento. *Tale quadro non rispecchia l'attuale situazione olandese, ma l'impressione ricevuta è che possa diventare in futuro una formulazione della politica criminale di quel paese.*

All'interno dei T.B.S. giudicata fondamentale, stante la tipologia dei soggetti, la prevenzione della recidiva, il trattamento nei confronti degli autori di reati sessuali giudicati affetti da turbe psichiche non si limita al lavoro (peraltro importante), ma prevede un intervento terapeutico da parte di un'èquipe specializzata. Base del trattamento è l'approccio comportamentale: si ignorano volutamente i disturbi di personalità (qualora esistenti) per concentrarsi sul comportamento legato alla recidiva. Il soggetto ripercorre le ultime sei ore precedenti il reato ricostruendo nei minimi dettagli il *copione (script)* del fatto. All'interno di questa ricostruzione vengono individuati dei punti nodali (nove) dove si può proseguire nello script o sceglierne di alternativi:

1) fattori di sfondo
2) pianificazione normale della situazione
3) «contatto» con la vittima
4) ristrutturazione delle aree cognitive
5) pianificazione immediata
6) abuso sessuale
7) ristrutturazione dell'accaduto
8) pianificazione futura
9) riformulazione del quadro di riferimento.

Il lavoro consiste nel saper riconoscere questi «incroci» ed avere gli strumenti necessari per cambiare «strada». Questa metodologia lascia piuttosto perplessi per vari motivi. Innanzi tutto *il soggetto non è visto come persona titolare anche di risorse, ma*

esclusivamente come «problema sociale» in quanto potenzialmente pericoloso. Non interessa quindi perseguire l'evoluzione positiva del paziente e del suo ambiente di vita, ma unicamente la diminuzione del rischio di recidiva, a prescindere dalla considerazione delle condizioni che possono aver concorso nella criminogenesi (qualunque esse siano). Altre perplessità riguardano la tipologia del paziente: solo colui che vorrebbe non commettere il reato, ma non riesce a contrastare, i propri impulsi forse, potrebbe, trarre beneficio da un simile approccio. Infatti quando durante lo script si presentano i vari «incroci», può cambiare strada solo chi lo vuole: se non ha avuto in passato la forza e gli strumenti necessari per farlo, lavorando a fondo si può, in teoria, potenziare le capacità di resistenza dell'individuo al momento di compiere certe scelte. In altre parole, solo colui che dice «non lo voglio fare, ma non riesco ad evitarlo» può essere in grado, con gli strumenti adatti, di interrompere la catena di eventi che porta al reato. Colui che invece lo «vuole» fare, anche se riconosce i segnali e possiede le capacità cognitive sufficienti, non ha nessuna volontà di modificare lo script. In effetti, gran parte del lavoro preparatorio da parte dell'èquipe è finalizzato a far rientrare il soggetto nella prima categoria: solo assumendosi la responsabilità totale del reato (senza scuse e distorsioni) e con la chiara volontà di non volerlo commettere di nuovo si può intraprendere il percorso terapeutico. E' verosimile che, mancando una di queste due condizioni non vi sia possibilità di successo. Invero è ancora presto, dato il recente avvio della sperimentazione sapere, se in condizioni ottimali, tale metodologia diminuisce il rischio di recidiva.

L'esperienza della Dr. Henri Van der Hoeven clinc Utrecht

Secondo quanto desumibile dalla pubblicazione edita dalla clinica i due principali obiettivi della clinica sono: la certezza che il paziente riceve il trattamento di cui ha bisogno e la sicurezza delle persone e delle cose, all'interno ed all'esterno della clinica.

Per raggiungere il primo obiettivo sono necessari:

– una organizzazione ed una struttura di collaborazione fra operatori, pazienti, parenti ed amici

– strutture formative

– cooperazione con altri istituti a livello locale e nazionale

– ricerca scientifica

• *Il contesto*

La Dr. Henri Van der Hoeven Clinic è un ospedale psichiatrico per pazienti le cui malattie e i cui disturbi si sono manifestati in comportamenti pericolosi per gli altri. Essa viene definita un *ospedale psichiatrico forense classificato*. Fornisce una cura specializzata a persone che non resteranno lì per sempre, ma potranno ritrovare il loro posto nella società o da soli o con l'aiuto e l'assistenza di altre strutture o istituti.

La convenzione fra Regno d'Olanda e la Clinica stabilisce che il primo scopo della clinica è trattare delle persone con condanne alla reclusione in un ospedale (T.B.S.). Inoltre, la clinica è destinata a detenuti che, a causa della loro condizione, possono essere meglio gestiti da un ospedale psichiatrico e ad altri pazienti psichiatrici che hanno avuto difficoltà nei tribunali.

L'istituto ospita circa 90 pazienti, quasi tutti molto giovani (fra i 20 ed i 30 anni), con qualche eccezione di persone quarantenni. Appena il 10 per cento dei pazienti sono donne. In generale, tutti i pazienti hanno causato a terzi danni gravi e spesso irreparabili coi loro delitti. Il tribunale non li ha ritenuti completamente responsabili per il loro reato, a causa della loro malattia o del loro disturbo, che è stato evidenziato nella sentenza. Il giudizio, comunque, è stato basato allo stesso tempo sul rischio della ripetizione del reato. Il pericolo di recidiva è la base della istituzionalizzazione non volontaria in clinica. La sentenza di solito contiene le disposizioni per la detenzione in ospedale.

I pazienti possono essere descritti da diversi punti di vista. I loro reati sono particolarmente gravi per un osservatore esterno. Hanno commesso gravi reati, di solito più di una volta. Il giudice penale è in grado di prendere in considerazione la possibilità che qualcuno potrebbe non avere il pieno controllo della sua volontà mentre commette un reato. È riconosciuto dalla psichiatria che, a volte, in date situazioni, le persone non sono in grado di agire in maniera diversa da come fanno, a causa di un disturbo della personalità o di una malattia mentale. In particolare, quando si parla di reati ripetuti, c'è motivo di pensare che questi possano essere il risultato di un tentativo inadeguato di evitare o portare a termine

qualcosa. Il colpevole può cercare di mantenere il controllo di una situazione che minaccia di sfuggirgli, o può volere evitare una circostanza in cui in precedenza è stato colpito. È ben noto che molti pazienti non solo vittimizzano gli altri, ma sono stati essi stessi vittimizzati: da genitori incapaci, inadatti, a volte autori di abusi, o da una serie di fattori di crescita contrari.

• *Sviluppo e Trattamento*

La clinica deve la sua esistenza agli studi effettuati da Baan. Dopo aver studiato moltissimi pazienti considerati genericamente psicopatici, egli non potè più essere d'accordo con le concezioni dei tempi in cui quei pazienti venivano considerati non trattabili a causa della loro mancanza di sentimenti e di coscienza. All'apertura della clinica, egli espresse l'idea che permane tutt'oggi valida: i pazienti con disturbi della personalità sono psicologicamente malati ed hanno bisogno di un trattamento che può portare al loro recupero. È anche vero che, in realtà, raramente i pazienti vengono «curati», ma, al più, vengono aiutati a vivere meglio e guidati verso la normalità.

Il personale della clinica vede i pazienti come persone con conflitti interiori, intrappolati in una rete di scopi reciprocamente esclusivi: volere qualcosa ed allo stesso tempi non volerla; desiderare un contatto ed evitare tutti; desiderare di sentirsi a proprio agio con la gente e non prendere in considerazione nessuno. Il trattamento è indirizzato verso la soluzione di tali impulsi conflittuali. Il personale ritiene di aiutare i pazienti a portare a termine ciò che essi, in fondo, desiderano di compiere, ma che continuamente si impediscono di fare.

Letteralmente, la parola «terapia» significa assistere qualcuno nel suo sforzo. Gli operatori della clinica ritengono che i pazienti con disturbi di personalità sono abituati a trascinare nei loro conflitti chi vive nel loro ambiente. Ciò crea una successione di disturbi di interazione fra il paziente ed il suo ambiente, con conseguenze distruttive per chiunque sia coinvolto. Se il trattamento significa avere una possibilità di successo e non fallire subito, il personale deve esser in grado di analizzare quali fattori sono responsabili per il fallimento dei tentativi di ricevere aiuto. Quale comportamento del paziente ha indotto gli operatori della cura a rilevare le reazioni stereotipate che questo paziente è sempre sembrato evocare, e che non hanno contribuito ad una soluzione? E cosa fa mostrare al paziente questo comportamento? Sapere come gestire tali questioni è l'ambito della perizia specifica della psichiatria forense.

Le diagnosi vengono giudicate indispensabili per provvedere un supporto efficace ai pazienti nella loro ricerca di una via d'uscita. Se si suppone che la minaccia di recidiva sia influenzata da una mancanza di libertà ed abilità psicologica, il trattamento si riduce allo sviluppo delle potenzialità non sfruttate del paziente. Ciò comporta la determinazione della clinica di ciò che è possibile per i pazienti, e ciò che può essere fatto crescere in loro. Ciò si realizza insieme ai pazienti, poichè non esiste una «forma» in cui i pazienti possono essere modellati dagli «esperti» e da cui possano essere tolti una volta raggiunta la forma adatta, dopo un certo periodo di tempo. Il trattamento è un'attività possibile solo grazie all'impegno del paziente; l'apporto della famiglia e degli amici è importante per comprendere cosa egli deve imparare per poter vivere nel suo ambiente.

I pazienti hanno anche diritto ad una valutazione di ciò che essi sono realmente *incapaci* di fare. Questa valutazione è necessaria perchè si deve evitare di formulare richieste che essi non sono in grado di soddisfare, e che potrebbero, comportando un fallimento, andare a discapito della terapia e dell'autonomia del paziente.

Adeguate diagnosi hanno anche un valore di previsione. Esse forniscono informazioni su ciò che i pazienti possono portare a termine, ed anche sui limiti da porre alle loro aspirazioni. Una tale previsione, tuttavia, non è matematica, e gli operatori devono stare attenti sia a non suscitare attese irragiungibili, sia a precludere il futuro ai pazienti.

Durante la loro permanenza nella clinica, i pazienti dovrebbero essere capaci di condurre una vita che dia possibilità di uno sviluppo sufficientemente normale. Dovrebbero avere la possibilità di imparare molto. Inoltre, dovrebbero avere l'opportunità di lavorare su ciò che è andato male per loro, o di entrare in terapia nel senso stretto del termine.

Cosa offre la clinica, in concreto?

Offre istruzione, formazione professionale e preparazione al lavoro, volte ad ottenere diplomi professionali riconosciuti e alla collaborazione con strutture di istruzione e lavorative nel mondo esterno. Oltre a ciò, esistono corsi di educazione fisica, tutti i tipi di auto espressione e di lavoro di gruppo. Quando ci si riferisce a questo ampio ambito di attività, si

usano le parole «istruttore», «istruzione» e «formazione», e non «terapia». Quest'ultima si applica alla psicoterapia propriamente detta.

Le attività ricreative occupano un posto ben preciso nella gamma delle attività offerte. In particolare, in circostanze di routine quotidiana, vengono alla luce molti problemi ordinari e gravi, che si esprimono in esperienze e comportamenti disturbati. Spesso i pazienti devono scoprire come passare il tempo libero. Devono imparare la differenza fra il tempo libero che offre loro la possibilità di fare ciò che vogliono, ed il tempo a disposizione per adempiere dei doveri: finire i compiti scolastici o esercitarsi nella musica, svolgere attività per la casa ed altri compiti comuni condivisi con gli altri.

Preparare e trascorrere una vacanza è qualcosa che i pazienti non hanno mai sperimentato.

La clinica offre anche terapia di gruppo e individuale. Il mondo in cui la famiglia, i partner e gli amici sono coinvolti durante il trattamento può anche, a volte, sfociare in un tipo di psicoterapia: terapia familiare o terapia di coppia. Infine, oltre a ciò, e non al posto di essa, spesso vengono prescritti farmaci per pazienti con una storia di malattia psichiatrica. Questa categoria di pazienti è aumentata di numero, soprattutto negli ultimi anni.

Che sia capace di fare molto o poco, con molte possibilità o poveramente dotato, si considera che ogni adulto rimane in principio responsabile per la sua partecipazione nella società. La società ha delle regole per quanti vengano giudicati incapaci di assumersi questa responsabilità, al fine di provvedere ad un controllo, come prenderli sotto custodia, sottoporli a limitazioni legali, o alla detenzione in ospedale. Coloro che sono malati o con limitazioni, devono prendere essi stessi delle misure precauzionali al fine di rimanere fuori dai guai.

Ciò può significare che devono rimanere all'erta sulla loro condizione o cercare consiglio ed aiuto in tempo. Può anche voler dire che devono consentire alla supervisione, ad esempio la residenza in un istituto particolare o perfino l'ammissione ad un istituto di cura psichiatrica.

I pazienti della clinica devono anche imparare ad assumersi responsabilità – per quanto ne sono capaci – nè più nè meno. Il pericolo di diventare istituzionalizzati esiste, in particolare nella psichiatria intramuraria: ad esempio, la circostanza in cui l'ospedale impone ai pazienti più restrizioni del necessario, in considerazione della loro malattia, con uno sguardo al benessere dell'organizzazione. I pazienti imparano a convivere con questo, ma ciò è negativo per il loro sviluppo. Le capacità che le persone non usano tendono a raggrinzirsi e ad atrofizzarsi. Per questa ragione, è di primaria importanza che i pazienti mettano in pratica le loro potenzialità in clinica, poichè ciò che hanno imparato e di cui sono capaci è cooperare e fare esercizio. Comunque bisogna dire che tutto ciò comporta tensione. Il fatto che i pazienti mettano in pratica le cose significa che essi imparano a fissare i propri limiti e familiarizzano con essi. Esplorare i propri limiti funziona solo quando c'è libertà di fare e di imparare dagli errori. Allo stesso tempo, i pazienti non possono oltrepassare seriamente i confini degli altri durante il loro processo di apprendimento, e certamente non possono commettere altri reati.

Fissare affidabili margini di errore è complicato ulteriormente dal fatto che tali margini sono instabili e mobili. Un paziente oggi può essere capace di molto di più di quanto ci si aspettava e ci si aspetta ed all'improvviso, domani, di molto meno. In una data situazione, egli può immediatamente mostrare un comportamento pericoloso, mentre in altre circostanze può comportarsi con assoluta affidabilità. Di conseguenza, ogni singolo processo di esplorazione richiede conoscenza e intuito da parte del personale, acuta percezione, e costante vigilanza. Chiedere troppo ai pazienti è dannoso, poichè porta al fallimento e mina la loro fiducia in loro stessi. Comunque, sottovalutare le loro abilità abbrevia il loro potenziale di crescita, significa opinione sbagliata ed umiliazione, e può generare rancore, ed anche questo non è privo di pericolo.

Il personale coinvolto in questa struttura è composta da: assistenti sociali, psicologi, psichiatrici, infermieri. Il coordinamento del gruppo di operatori può essere affidato all'assistente sociale o allo psicologo, ma non ad uno psichiatra in quanto opera come consulente specialistico.

I pazienti sono divisi in otto gruppi e la vita di gruppo con le sue regole governa la quotidianità.

Sono previste riunioni settimanali e riunioni trimestrali di valutazione.

Le parole chiave di questa organizzazione dei pazienti sono: responsabilità, gruppo, autogestione di gruppo.

L'assegnazione dei pazienti ai gruppi è casuale ma per problemi rilevanti o per il buon esito trattamentale è possibile cambiare gruppo.

I permessi di uscita dalla struttura vengono concessi dal direttore previa discussione e valutazione di tutto lo staff e con coinvolgimento dell'intero gruppo.

Servizio ambulatoriale T.B.S.

Il servizio ambulatoriale opera solamente da 7 anni e l'impostazione di lavoro si basa sul DAY-TREATMENT organizzato con lavoro con i gruppi.

Il personale impiegato è rappresentato da socioterapisti e psicoterapisti di cui tre psichiatri.

Attualmente gli autori di reati sessuali sono divisi in 3 gruppi di otto clienti ciascuno; uno di questi gruppi è dedicato al trattamento di pedofili.

Tra gli obiettivi trattamentali:

– avere una vita strutturata

– conoscere e apprendere le abilità sociali

– (guardare) il reato e prevenzione della recidiva.

Ogni giorno si chiede ai clienti: cosa hai fatto ieri? cosa farai? e si struttura un piano trattamentale conseguente.

Ogni cinque settimane è prevista una valutazione. La conduzione dei gruppi è affidata a due professionisti (un uomo e una donna).

Viene attuata una supervisione dei professionisti mediante una supervisione di gruppo sia come confronto tra gli operatori e sui problemi incontrati che in particolare sul metodo attuato.

L'obiettivo del trattamento ambulatoriale resta comunque la riduzione o prevenzione della recidiva trattandosi di persone spesso ben inserite socialmente.

Attualmente hanno circa 250 soggetti in trattamento: 100 con terapia di gruppo e 250 in terapia familiare o altri gruppi (circa 20).

Il pagamento delle spese è a carico della sanità (400 fiorini al giorno, circa L. 350.000 più il pranzo).

CONCLUSIONI

Il problema del trattamento dei delinquenti sessuali, in Olanda, si va ponendo in maniera sempre più forte anche a seguito della risonanza sociale dei fatti di cronaca e di una maggiore sensibilità sociale che aiuta l'emergere del fenomeno.

Tuttavia l'approccio trattamentale conosciuto sottolinea l'impostazione generale nei confronti del disagio improntato a pragmatico controllo della situazione o con strumenti penali o con strumenti psichiatrici.

In ogni caso è evidente che ormai il problema è uscito dalla clandestinità e dall'oblio per essere affrontato e trattato esplicitamente destinando notevoli risorse (strutture, uomini e fondi) per offrire alla collettività risposte concrete rassicuranti.

La scelta del riferimento cognitivo-comportamentale risente della influenza linguistica che rende più accessibili gli studi anglo-americani e segnatamente canadesi.

Merita di essere sottolineata la scelta del *lavoro di gruppo* come modalità operativa idonea sia per i professionisti che per gli utenti.

L'apporto pruridisciplinare degli operatori consente di allargare la metodologia di lavoro, pur rimanendo, nel complesso, all'interno del modello behavioristico.

Il lavoro di gruppo (per i professionisti) consente inoltre di poter ottenere una forma di supervisione che aiuta e sviluppa una dimensione di crescita professionale e di valutazione del lavoro ritenuta da tutti necessaria, specialmente nell'ambito di lavoro rappresentato dal trattamento dei sex offenders.

Ulteriore sottolineatura merita il fatto che sia nei penitenziari, che nelle strutture psichiatriche (residenziali e ambulatoriali) particolare risalto viene dato a quelle attività che nell'ordinamento penitenziario italiano sono definite come «elementi del trattamento»: lavoro, istruzione, religione, attività culturali, ricreative e sportive.

La particolarità riscontrata in Olanda consiste nell'inserire queste attività all'interno di un *programma* trattamentale e/o terapeutico specifico e concreto sia come predisposizione che come attuazione che, ancora come concreto impegno di sostegno sotto il profilo di strutture, uomini e risorse.

A tutto ciò si aggiunge il fatto che al trattamento si arriva per esplicita disposizione del magistrato sia come obbligo previsto in sentenza che come specifica previsione a seguito di apposita osservazione e diagnosi di personalità.

Diversi autori sostengono, a questo proposito, la pregiudiziale dell'obbligo giudiziario quale presupposto per il trattamento di taluni autori di reato in genere e degli autori di reato sessuale in particolare.

Anche in questo caso la previsione normativa ha aiutato ad imporre delle attività trattamentali a fronte del «niente da fare» anche se ancora non si hanno a disposizione studi approfonditi in ordine alla riduzione effettiva della recidiva a seguito delle attività trattamentali.

Roma, 27 febbraio 1999

LA SITUAZIONE IN OLANDA (*)

I. ELEMENTI POLITICO-GIURIDICI E STRUTTURA ISTITUZIONALE

A. Le Istituzioni

Esistono due tipi di istituzioni in grado di ospitare gli autori di reati sessuali condannati in Olanda: qualora il soggetto sia riconosciuto responsabile del suo atto, viene mandato in un istituto carcerario, l'idea è infatti che debba essere punito per il reato di cui si è reso responsabile e la punizione è costituita dalla privazione della libertà. Al contrario, quando l'autore di reati sessuali sia giudicato *irresponsabile* del suo atto, cioè «malato di mente», ossia affetto da una turba psichica sulla base del DSM-IV, viene costretto ad alloggiare in un *T.B.S. (Terbeschikkingstelling)* – istituzione chiusa a vocazione terapeutica – poiché la privazione della libertà e innanzzitutto una misura di salvaguardia della società. I soggetti giudicati parzialmente irresponsabili sono condannati a vivere prima in carcere poi in *T.B.S.*

Gli attuali effettivi sono di 12.000 persone incarcerate, 800 alloggiate in *T.B.S.* e 150 in attesa di un posto in *T.B.S.*

Come notano van den Berg e van Marle (1997), sin dalla seconda guerra mondiale il sistema carcerario olandese si caratterizza per il suo umanesimo.

Accanto all'obiettivo ineluttabile della tutela del mondo esterno, il periodo di carcerazione è visto e sfruttato anche come occasione per preparare il reinserimento sociale dell'individuo, e la limitazione degli effetti nefasti della detenzione sul condannato è tenuta sempre in considerazione. Tuttavia, se l'Olanda si è a lungo distinta dal resto dell'Europa per il numero particolarmente esiguo delle persone incarcerate, quello delle condanne e la durata delle pene inflitte hanno registrato un netto aumento sin dagli anni '80, e attualmente il numero di celle supera appena la media europea.

Gli istituti *T.B.S.*, che van den Berg (1997) definisce simpaticamente «*between couch and bench*», sono sei (Dr. F.S. Meijers Instituut, Dr. D. van Mesdag Kliniek, Rijksinrichting Veldzicht, Dr. H. van der Hoeven Kliniek Oldenkotte, Prof mr. W.P.J Pompekliniek). Sono finanziati in buona parte dal Ministero della Sanità, mentre il Ministero della Giustizia cura gli aspetti più strettamente connessi alla sicurezza. Il denaro del Ministero della Sanità passa tuttavia attraverso il Ministero della Giustizia prima di giungere all'istituto.

Il soggiorno in *T.B.S.*, quando costituisca una pena, è imposto per una durata di due anni, può poi essere prolungato per un periodo di uno o due anni, addirittura per più in alcune circostanze. In particolare, nei casi di condanna per reati perpetrati con violenza la decisione di internamento può essere reiterata indefinitamente. Gli imputati temono tanto l'invio in *T.B.S.* perché la data di uscita non è fissata in anticipo.

Ogni due anni vengono effettuate perizie in seno all'istituto per valutare i progressi realizzati e la pericolosità del momento. Dopo sei anni, viene nuovamente tracciato un bilancio al Pieterbaan Centrum, bilancio che illustreremo oltre.

_____

(*) Tratto da:

La prise en chare des délinquants sexuels aux Pays-Bas, en Anglaterre et en France, Rapport de recherche pour le Ministère de la Justice. Université de Liège, Faculté de Psychlogie et des Sciences de l'Éducation. Par L. Goffin et Prof. C. Mormont, Service de Psychologie Clinique, Décembre 1997.

Traduzione italiana a cura del Servizio Traduzioni del Ministero di Grazia e Giustizia, Via Arenula, Roma.

Il regolamento interno applicato in ogni *T.B.S.* prevede in particolare:

– che la posta dei pazienti venga aperta,

– che le visite siano autorizzate ma sorvegliate; l'équipe dei terapeuti seleziona i visitatori;

– che il paziente sia tenuto a partecipare alla vita di comunità (è imposto un minimo di quattro ore al giorno nella maggior parte degli istituti);

– che il paziente sia tenuto in un'unità di cure intensive o in isolamento se costituisce un pericolo per sé, per gli altri, o minaccia di evadere; la durata di tale trattamento è rigorosamente determinata;

– infine, che siano offerte al paziente diverse possibilità di formulare lamentele sulla vita in un T.B.S. (*Information Department of the Ministry of Justice, 1992*).

B. Ruolo del trattamento nella pena

Oltre al luogo di detenzione (*T.B.S.* o istituto carcerario), la responsabilità determina anche l'accesso al trattamento. Infatti, l'irresponsabilità implica l'idea di «malattia mentale» e di conseguenza quella di cura, mentre in caso contrario l'individuo giudicato responsabile è considerato non affetto da una turba psichica, oppure affetto da una turba psichica senza nesso di causalità accertato con l'atto, il che comporta che egli non beneficerà di una cura.

Ne consegue che il trattamento terapeutico del condannato per reati sessuali sarà effettuato unicamente in *T.B.S.*, a meno che l'ambiente carcerario offra cure nel caso in cui in seguito all'internamento sopraggiunga una decompensazione psichica o qualora esista, precedentemente all'internamento, un problema psicologico o psichiatrico che non costituisca tuttavia la causa dell'irresponsabilità.

Così, «*in the Dutch penal system there is also a clear distinction between punishment and treatment. In the latter case the attempt is made to manipulate the disturbance in the personality to such a degree that the delinquent will become less dangerous and will not commit another serious crime. This so-called dualist sanctioning system of punishment and*

coercive measures considers the safeguarding of the society to be the main reason for punishment is a certain amount of culpability. The basic principle is that only those will be punished who can be held responsible for their behaviour». (van den Berg e van Marle, 1997).

In questo senso, il *T.B.S.* può essere considerato la forma più coercitiva di trattamento psichiatrico, anche se la vita al suo interno si caratterizza per una grande libertà di movimento, di parola, di pensiero.

Se da un lato l'adesione al trattamento in *T.B.S.* non è mai imposta, dall'altro la pericolosità del paziente potrà essere valutata favorevolmente solo se questi dà prova di un certo coinvolgimento nelle attività terapeutiche.

Così, e tanto più in virtù del fatto che la durata del soggiorno in *T.B.S.* non è circoscritta nel tempo contrariamente a quella di una pena detentiva, l'adesione al trattamento terapeutico è favorita dalla speranza di uscire presto.

Notiamo, sempre nel senso di una politica di incoraggiamento a sottoporsi alle cure, che nei casi in cui il reato commesso appaia di lieve gravità agli occhi del giudice, questi può proporre al soggetto un periodo di carcerazione inferiore ad un anno, da scontarsi solo qualora l'autore di reati sessuali non accetti la condizione di sottoporsi ad un trattamento terapeutico.

C. Il processo di orientarnento dell'autore di reati sessuali

Il Pieterbaan Centrum

Ogni anno, duecento imputati passano per il Pieterbaan Centrum dove soggiornano sette settimane, per decisione del giudice. Ogni settimana lasciano il centro quattro persone che vengono sostituite da altre quattro; provengono da e tornano in una casa circondariale. I detenuti interessati sono accusati di fatti gravi, ossia di reati commessi con violenza e/o sessuali.

Il giudice trova difficile stabilire la loro (ir)responsabilita.

In questo istituto, ognuno possiede la chiave della propria cella e si muove liberamente di giomo, ma viene chiuso a chiave di notte. Le attività proposte sono passeggiate, sport, lavoro e attività libere; il soggetto non è mai costretto a parteciparvi. (*T.B.S.*, 1991).

Il ruolo del Pieterbaan Centrum è quello di illuminare il giudice sui seguenti punti:

– Esiste al momento una turba o una deficienza mentale?

– Tale turba o deficienza era presente al momento del reato?

– Se sì, qual è il rapporto tra la turba o la deficienza e l'atto?

«*The examining magistrate – and later the court – wants to know exactly how strong the relationship between a mental disorder and the crime is and subsequently, to what extent the suspect had the freedom to act differently*». (van den Berg, 1997).

Sulla base delle informazioni raccolte durante le sette setimane, i vari membri dell'equipe redigono un resoconto di una cinquantina di pagine che termina con una valutazione della responsabilità del soggetto, valutazione espressa mediante uno dei seguenti cinque gradi: irresponsabilità, responsabilità gravemente diminuita, responsabilità diminuita, responsabilità lievemente diminuita e responsabilità.

Il rapporto viene inviato al giudice che, nel novanta per cento dei casi, segue il parere dei consulenti del Pieterbaan Centrum.

La consulenza del Pieterbaan Centrum deve la sua ricchezza in particolare alla interdisciplinarietà delle équipe, costituite da:

– operatori sociali, che ripercorrono la storia della vita del soggetto, incontrano le persone che costituiscono la sua cerchia di conoscenze e valutano quanto i discorsi dell'imputato si discostano da quelli dei suoi familiari;

– educatori, che seguono il soggetto durante il suo soggiorno e trasmettono le loro osservazioni all'équipe;

– psicologi, che tracciano un bilancio della personalità del soggetto, sulla base di colloqui e dei risultati di test sul quoziente intellettivo, di test neuropsicologici, di questionari riguardanti la personalità, e di prove proiettive.

– di psichiatri, che integrano le informazioni fornite dagli altri membri dell'équipe e le confrontano con le loro impressioni cliniche e con la loro analisi della criminogenesi;

– giuristi, che fanno in modo, tra l'altro, di rendere comprensibile al giudice il discorso fatto dall'équipe nonché di aiutare i consulenti a rispondere in modo completo alle domande poste dalle istanze giuridiche. (van den Berg, 1997).

Il Meilers Instituut di Utrecht

Questo istituto non ospita più gli imputati bensì i condannati per i quali il giudice ha ritenuto opportuno un soggiorno in *T.B.S.*. Il suo ruolo è quello di orientare il soggetto verso il *T.B.S.* più adeguato – quanto al grado di sicurezza, alla particolarità dei metodi e alla popolazione di cui si occupa – in funzione della persona e dell'atto commesso.

«*Het Meijers Instituut heeft vooral een selecterende taak. Na een tijde een patiënt geobserveerd te hebben en met hem gesproken te hebben, wordt een behandelingsadvies uitgebracht en wordt de patiënt in één van de overige inrichtingen geplaatst.*» (*T.B.S.* Ministerie van Justitie, 1992).

Il centro può accogliere trenta persone, al fine di orientarle o di riorientarle verso uno dei *T.B.S.*. Analogamente al Pieterbaan Centrum, il soggetto viene lasciato in semilibertà e osservato. Dopo cinque settimane, viene formato un fascicolo, oggetto di discussione da parte dell'equipe, la quale emette un parere che viene trasmesso al Ministero della Giustizia.

II. IL TRATTAMENTO DEGLI AUTORI DI REATI SESSUALI DURANTE IL SOGGIORNO IN T.B.S.

Storicamente, gli istituti dell'Olanda si sono mostrati in un primo momento nettamente influenzati dalla corrente psicodinamica. Solo in seguito sono stati presi in considerazione le concezioni behavionstiche, cognitiviste e i principi della terapia di gruppo. La prassi attuale cerca di essere generalmente eclettica (van den Berg e van Marle, 1997) e diversificata affinché ogni paziente possa trovare un metodo o una filosofia di lavoro che gli si confaccia. Questo ci dà la misura dell'importanza dell'orientamento adottato dal Meijers stituut.

Frenken, Gijs e van Beek (testo inedito) citano due importanti differenze tra gli approcci nordamericani e quelli olandesi.

In primo luogo, l'America privilegia i metodi cognitivo-comportamentisti.

Punta essenzialmente sull'atto criminale e sul contesto in cui viene posto in essere. I programmi di prevenzione della recidiva sono molto popolari e il pletismografo e impiegato a fini diagnostici. La filosofia del trattamento è: «*no cure but control*». L'Olanda, da parte sua, influenzata dalla psichiatria e dalla corrente psicodinamica, si è soffermata sulla cura delle turbe della personalità che sottendono il passaggio all'atto piuttosto che su quest'ultimo, considerato un sintomo destinato a scomparire «necessariamente».

Questo approccio non imperniato sull'atto è tuttavia sempre più indefinito e completato in particolare dallo studio approfondito dell'*Offence script* da parte di van Beek e Mulder (ne riparleremo oltre), che fornisce indicazioni per un intervento più specifico destinato a prevenire la recidiva. Il pletismografo e le terapie aggressive sono invece considerate «*too technological and inhumane and not fitting in the predominant rogerian, psychodynamic and sociotherapeutic thinking*» (Frenken, Gijs e van Beek, inedito).

In secondo luogo, l'America del Nord ha puntato finora sulla sessualità e sui suoi legami con il comportamento delittuoso molto più dell'Olanda, dove tuttavia si registra una sempre maggiore tendena ad inserire nei programmi di trattamento una riessione sulla sessualità, sia da un punto di vista pedagogico che psicologico.

Descriveremo oltre i centri di Utrecht e di Gröningen, perché entrambi sono coinvolti fortemente nel trattamento degli autori di reati sessuali.

Notiamo che ciò che sorprende in primo luogo e l'importanza dei mezzi creati nelle strutture a disposizione del personale e dei pazienti. Se l'autore di reati sessuali francese, ad esempio, disegna o crea oggetti di terracotta, è sempre in condizioni relativamente precarie, talvolta poco stimolanti, e in uno spazio ristretto in cui la promiscuità può essere grande. In Olanda, invece, i terapeuti hanno i mezzi per realizzare le loro idee, e le infrastrutture, all'altezza delle aspirazioni, prevedono nella maggior parte dei casi hall omnisport, piscina, sala di musicoterapia, laboratori di falegnameria, di stamperia, per la

fabbricazione di oggetti in ferro, in ceramica o altri, negozi, spazi di incontro, ecc. Ad esempio, l'équipe di Gröningen è composta da 450 membri (per 160 pazienti), di cui 200 socioterapeuti, 55 sorveglianti, 10 psichiatri, 3 psicoterapeuti e 4 psicologi.

È importante osservare che le persone che soggiomano in *T.B.S.* sono, nella letteratura come nella pratica, chiamate «pazienti». Se da un lato i medici non amano questo termine che connota la passività, dall'altro lo usano per mancanza di uno migliore, ritenendolo più adeguato rispetto a «cliente», che suggerisce che l'impegno è volontario, o a «residente», che si riferisce più all'abitazione, e sottende l'idea di lungo termine (*Policy and background of the Dr Henri van der Hoeven Clinic*, 1993).

A. L'esempio della «Dr Henn van der Hoeven Kliniek» (IJtrecht) 7

Generalità

La clinica Henri van der Hoeven si basa da un lato sulla filosofia e sulle tecniche comportarnentistiche, dall'altro sul lavoro terapeutico di gruppo.

L'istituto si compone di tre strutture diverse: il *T.B.S.*, di cui parleremo qui; il centro diurno e il politecnico di cui parleremo illustrando il dopo *T.B.S.* e il trattamento arnbulatoriale. Pur essendo distinte e in certa misura indipendenti, tali strutture interagiscono in modo dinamico. Ad esempio, il paziente che esce dal *T.B.S.* può essere invitato o costretto a sottoporsi ad un trattamento ambulatoriale al fine di prevenire la recidiva. Al contrario, il paziente di un policlinico può essere orientato verso la clinica diurna o il *T.B.S.* se è forte il rischio che passi all'atto.

Il *T.B.S.* di Utrecht ospita circa 75 pazienti, la maggiornza dei quali di età compresa tra i 18 e i 30 anni. Circa il 10% di essi sono donne. I reati commessi sono delitti perpetrati mediante violenza (43%), delitti contro il buon costume (stupratori di donne adulte: 24%; stupratori di bambini: 10%; padri incestuosi: 1%; incendi dolosi (14%) o reati contro il patrimonio (8%).

Gli autori di reati sessuali non vengono separati dagli altri condannati. La stragrande maggioranza dei pazienti presentano tratti di personalita psico- o sociopatici. Le altre diagnosi sono psicosi, nevrosi e deficit intellettuali. (van Beek e Mulder, workshop).

La parte che nel trattamento è riservata alla socioterapia è fondamentale. Si concretizza innanzitutto nell'orgnizzazione della vita quotidiana: i pazienti vivono in gruppi di otto-dieci persone responsabili della loro unità di vita (arredamento, manutenzione,…). Tutti devono pertanto misurarsi con la realtà e con le difficoltà della vita in comunità, anche se ciascuno ha la sua camera. Esiste un'unità apposita per gli psicotici, nonché un'unità di trattamento individuale per coloro che, in un determinato momento, sono incompatibili con la vita di gruppo. Allo stesso modo, le famiglie dei pazienti sono coinvolte, aiutate, addirittura incoraggiate ad intraprendere una terapia familiare o di coppia. L'obiettivo immediato è quello di favorire l'adesione al trattamento, a più lungo termine, si tratta di fornire un solido supporto sociale all'individuo, al fine di favorire il suo reinserimento sociale.

Il personale si fa sempre più esigente nei confronti dell'individuo a mano a mano che questi durante il soggiorno mostra segni di miglioramento. L'idea è che il paziente deve (ri)trovare una certa stima di se stesso, la qual cosa richiede che le sfide che egli si prefigge di accettare non devono essere né troppo facili (si tratta di superare se stessi), né troppo difficili (in tal caso il rischio di un fallimento che comprometterebbe seriamente l'autostima è troppo grande). I membri dell'équipe devono pertanto sforzarsi di trovare un equilibrio tra le esigenze e il rispetto dei deficit o delle difficoltà del momento. Tale equilibrio è dinamico e deve essere adeguato costantemente al fine di evitare qualsiasi istituzionlizzazione, e di preparare il reinserimento.

Se vengono offerte possibilità di formazione (l'insegnamento di base è assicurato costantemente sul posto, e professori straordinari assicurano formazioni più personlizzate), di lavoro e di psicoterapia, e proprio nell'ottica di sviluppare l'autostima e di colmare i deficit.

Le attività terapeutiche proposte (lavoro, scolarizzazione, sport, attività creative quali il disegno, la scultura, la mimica, il teatro) sono altrettante occasioni volte a favorire lo sviluppo personale.

La possibilità di esprimere se stessi, la comunicazione, la gestione del tempo libero, delle responsabilità, la rinuncia a gratificazioni immediate, sono esaminate giorno per giorno, a seconda delle situazioni e dei problemi incontrati.

Le riunioni del personale si svolgono ogni giorno; durano un'ora e sono aperte a tutti (vi partecipano tra le venti e le quaranta persone, a seconda dei giorni). Costituiscono un *debriefing* permanente per l'équipe. Vi si discutono aspetti determinati del comportamento di questo o quel paziente, affinché ciascuno possa conoscere il punto di vista degli altri, o problemi di sicurezza.

Specifico del trattamento degli autori di reati sessuali: l'«offence script»

Van Beek e Mulder (1992 in parhcolare) usano la tecnica dell'«*offence script*» come strumento di studio del passaggio all'atto e come metodo di trattamento dell'autore di reati sessuali. L'«*offence script*» consente di descrivere lo scenario del delitto, offrendo il vantaggio di prendere in considerazione le sei ore che precedono l'aggressione.

Questo copione rappresenta un modo di affrontare l'atto con una popolazione che rende spesso difficile questo compito, in quanto nega l'atto o la responsabilità di esso.

L'analisi si costruisce tenendo conto della distinzione dei fattori cognitivi, emozionali, comportamentali e circostanziali che sottendono l'atto, nonché della loro evoluzione nel tempo prima e durante l'aggressione. Le informazioni sono ottenute mediante un colloquio semistrutturato.

L'idea è che se l'autore di un reato sessuale ha piena consapevolezza dei pensieri, delle emozioni, dei gesti e degli eventi che hanno preceduto il suo passaggio all'atto, potrà più facilmente prendere coscienza del rischio quando si presenta, e quindi prevenire meglio la recidiva.

Il termine di sei ore è arbitrario (e adattato se necessario), ma presenta un duplice vantaggio: durante l'analisi consente al soggetto di non entrare direttamente nell'analisi del reato commesso, e in situazione reale, consente di rendersi conto di un eventuale rischio di recidiva con sufficiente anticipo.

Se sono stati commessi più atti, uno di essi sara analizzato approfonditamente, poi confrontato (analogie e differenze) con gli altri.

La realizzazione del copione comporta quattro tappe, che richiedono un'evoluzione nei modi di essere del terapeuta, e nelle sue aspettative nei confronti dell'autore di reati sessuali.

– Livello dell'educazione: l'obiettivo è insegnare il metodo, descriverne gli obiettivi al paziente e motivare quest'ultimo. Il terapeuta svolgerà un ruolo molto attivo e pedagogico.

– Livello di rimediazione: l'analisi è effettuata, ora per ora, con l'assistenza del terapeuta, il cui compito è far sì che nessun fattore sia trascurato. Le resistenze formano oggetto di discussione. L'obiettivo è sviluppare le capacità di analisi e di verbalizzazione. Terapeuta e paziente parlano al presente.

– Livello di confronto: il copione è elaborato e si carica di emozioni. Le informazioni fornite dall'autore di reati sessuali sono confrontate con quelle contenute nei verbali o nei rapporti psichiatrici. La negazione e le altre resistenze sono studiate piu approfonditamente.

– Livello di trattamento: i dati del copione forniscono indicazioni terapeutiche. In questa fase, l'atteggiamento del terapeuta è meno improntato al confronto e più alla collaborazione.

Le diverse problematiche affrontate sono trattate o in gruppo (capacità di socializzare, educazione sessuale ad esempio) o individualmente (soprattutto in caso di abuso sessuale nei confronti di minori).

Secondo gli autori, i vantaggi del copione sono diagnostici, motivazionali e terapeutici. Il suo obiettivo clinico è strettamente connesso a quello della vita in unità: entrambi migliorano la capacità di riconoscere (in se stessi o nell'altro) i segnali indicatori della potenzialità di un comportamento violento, consentono di sviluppare strategie altemative, ed aumentano la responsabilizzazione del soggetto. Il metodo ha tuttavia i suoi limiti, che sono spesso quelli del soggetto. Ecco come i terapeuti della clinica van der Hoeven giudicano i risultati da loro ottenuti: positivi in un terzo dei casi, negativi in un altro terzo, mediocri per il resto.

B. L'esempio della «van Mesda Klinek»

Generalità

Il centro di Gröningen è destinato a trattare in modo particolare gli autori di reati sessuali, che costituiscono il 75% dell'effettivo. Le persone orientate verso la clinica van Mesdag (unicamente uomini) presentano problemi assai più gravi di quelli della popolazione degli altri *T.B.S.*, di conseguenza il centro tende molto più di questi ultimi a privilegiare i problemi della sicurezza.

I responsabili sono contrari all'idea di separare i pazienti in base al reato commesso – cosa per loro del tutto inutile – ma ritengono necessario distinguere le sezioni che ospitano gli psicotici, i malati di mente o le persone affette da turbe della personalità.

Il fatto che i pazienti siano a conoscenza, nella maggior parte dei casi, degli atti attribuiti agli altri non crea particolari problemi. In particolare, «l'effetto stupratore» sembra del tutto inesistente e le aggressioni sono rare. I responsabili notano una differenza tra la prigione dove, quando un detenuto aggredisce, gli altri tendono a rincarare la dose, e il *T.B.S.* dove, in una situazione analoga, gli altri tendono a farsi da parte per lasciare che il personale curante intervenga.

Proprio come a Utrecht, particolare importanza è attribuita all'iniziazione alle responsabilità; le possibilità del paziente sono costantemente rivalutate.

Inizialmente, la clinica van Mesdag si basava sui concetti psicodinamici e sull'approccio individuale. Gli obiettivi terapeutici erano essenzialmente modificare o regolare la personalità mediante l'analisi del transfert e lo sviluppo delle capacità di introspezione. La constatazione di un margine di cambimento talvolta esiguo, constatazione conseguente a un caso di recidiva grave, hanno portato i terapeuti a prendere in considerazione altre forme di intervento.

Attualmente, la terapia degli autori di reati sessuali è pertanto interamente rivista, e riorganizzata da una sessuologa con orientamento psicoanalitico e da uno psicologo dall'approccio comportamentale. I loro progetti, in parte già applicati, sono descritti oltre.

Il trattamento deve essere al tempo stesso individuale e di gruppo. I colloqui individuali, realizzati del terapeuta comportamentale, durano tre mesi e mirano a ricostruire lo scenario del delitto (pensieri, emozioni e comportamenti prima, durante e dopo l'atto). Non è escluso che, in alcuni casi, il trattamento individuale duri più a lungo.

Il lavoro in gruppo (composto al massimo da otto persone) è animato dai due terapeuti (di sessi diversi) e prevede una seduta di un'ora e mezza a settimana per un anno. Gli stupratori, che costituiscono la maggioranza, saranno separati dai pedofili.

Il programma comprende le segueti tappe:

– descrizione dello scenario agli altri membri del gruppo;
– analisi delle situazioni a rischio e delle alternative in ogni punto dello scenario;
– aumento dell'empatia nei confronti della vittima;
– aumento della responsabilizzazione e diminuzione della propria vittimizzazione;
– manifestazione delle emozioni, dei sentimenti, e studio delle capacità di socializzare;
– preparazione alla comunicazione delle difficoltà incontrate nei rapporti con gli altri.

I metodi di approccio più comportamentali e autoritari si alternano a momenti in cui i terapeuti privilegiano l'ascolto all'intervento. La terapia di gruppo non è obbligatoria, ma è certo vivamente consigliata.

La sessuologa orgnizza anche gruppi che discutono temi non riservati agli autori di reati sessuali. Vengono affrontate varie tematiche quali la contraccezione, le malattie trasmissibili sessualmente, la masturbazione, l'omosessualità, l'eterosessualità, ecc. La sessuologa partecipa anche alla formazione del personale.

Il modello a quattro fattori

Secondo la concettualizzazione di Hulstijn, Rombouts e de Haas (1997), utilizzata nella clinica van Mesdag, lo scenario del delitto si delinea a partire dalle interazioni tra i seguenti quattro fattori: la personalità e lo stato psichiatrico (in riferimento al *D.S.M.-IV*), le attitudini (attitudini ad assumere i propri ruoli sociali, attitudini professionali, ecc.), l'ambiente sociale, e gli aspetti situazionali (a livello sociale – isolamento, rottura, ambiente poco

accogliente, caotico, minaccioso, ruoli ambigui, ecc. – e a livello somatico – ubriachezza, intossicazione, ecc.).

III. IL DOPO T.B.S. E IL TRATTAMENTO AMBULATORIALE

A Gröningen, la transizione verso il dopo *T.B.S.* può essere pianificata durante un soggiorno in una delle due unità di risocializzazione, riservate fondamentalmente alle persone affette da turbe della personalità. Esistono anche abitazioni protette. Infine, è allo studio un progetto di policlinico per il dopo *T.B.S.* o per ogni altro trattamento ambulatoriale.

A Utrecht, il *T.B.S.*, l'ospedale diurno ed il policlinico interagiscono.

L'ospedale diurno può ospitare ventiquattro persone, divise in gruppi di otto.

Uno dei tre gruppi è destinato specificamente agli autori di reati sessuali, gli altri due sono aspecifici. Nella maggior parte dei casi, i soggetti che si avvalgono di tale struttura lo fanno sotto la pressione giudiziaria: un terzo sta beneficiando della liberazione condizionale, un altro terzo è sottoposto a misura cautelare in carcere, il rimanente terzo sta scontando gli ultimi sei mesi di una pena severa. Solo alcuni soggetti si ricoverano di loro spontanea volontà.

Il programma si svolge cinque giorni a settimana, dalle ore 9 alle ore 15. All'inizio e alla fine della giornata vengono affrontati i fatti della sera precedente e i progetti per la sera a venire.

Ogni settimana si stabiliscono obiettivi concreti, e gli obiettivi a lungo termine sono annotati in un accordo e aggiornati ogni cinque settimane.

Un'attenzione particolare è riservata al controllo, mediante contatti tra i terapeuti ed i partner, la famiglia, gli agenti cui sono affidati in prova, addirittura mediante analisi delle urine nel caso di tossicodipendenti. Viene utilizzato un sistema di cartellini gialli e rossi in caso di assenze ripetute o di scarsa presenza.

Gli interventi riguardano la pratica della risoluzione di problemi, della gestione dell'aggressività, della capacità di socilizzare, dell'assertività, della gestione dello stress, dell'occupazione del tempo libero, dell'igiene, ecc, o sono più specificamente basati sulla prevenzione della recidiva, mediante l'aumento dell'empatia nei confronti della vittima, la pratica del riconoscere, evitare o gestire situazioni a rischio, ecc.

Infine, il personale dei *RIAGG'S (Regionale Instelligen voor Ambulante Geestelijke gezondheidszorg*) – struttura ambulatoriale di igiene mentale –, deve fronteggiare sempre più spesso i problemi connessi alla perpetrazione di reati sessuali. Sembra tuttavia che questi terapeuti non si sentano (e non siano ne ben attrezzati, né ben preparati per questo tipo di trattamenti. Solo alcuni dei *RIAGG'S* hanno adottato iniziative che realizzano seguendo i metodi cognitivo-comportamentali.

Relazione di
JOS FRENKEN, PH. D. (1)**, LUK GIJS, M.A.**(2)**, E DAAN VAN BEEK, M.A.**(3)

In parte a causa di una maggiore consapevolezza dei diritti delle vittime, delle crescenti denunce alla polizia per stupro e molestie sui bambini, il numero di uomini in Olanda che sono stati condannati per reati sessuali è cresciuto significativamente fra il 1980 e il 1994.

La crescente preoccupazione sociale per la violenza sessuale in Olanda si è espressa in una aumentata quantità di ricerche in relazione alle vittime di violenza sessuale e alla qualità dell'assistenza ad esse prestata. Gli studi empirici sui delinquenti, comunque, sono molto meno diffusi, sebbene stia crescendo l'interesse nel settore.

Sin dalla fine degli anni Ottanta, il numero di strutture di trattamento ambulatoriale per questi uomini è aumentato; in particolare ai molestatori di bambini è stata data la scelta, dal tribunale, fra il trattamento e la condanna detentiva.. Dagli anni '30, i delinquenti sessuali con gravi disturbi della personalità non ritenuti responsabili dei loro reati vengono trattati per ordine del tribunale in cliniche psichiatriche giudiziarie di massima sicurezza. Fino alla metà degli anni '80 il modello di trattamento per questi colpevoli era basato sulla derivazione della psicanalisi e sulla terapia *rogerian* mirata alla ricostituzione della personalità. A partire dagli anni '90, comunque, l'attenzione si è fermata sul comportamento stesso ed oggi vengono inclusi degli elementi direttivi, cognitivo comportamentali nel trattamento eclettico in parecchie cliniche.

FREQUENZA DI REATI SESSUALI

La vastità della violenza sessuale in Olanda è difficile da determinare. Le statistiche della polizia forniscono una sottovalutazione del numero di uomini e donne che hanno commesso reati come stupri, violenze sessuali, atti di esibizionismo o abuso sessuale su bambini. Un'idea generale dell'incidenza e della prevalenza dei reati sessuali e del comportamento di reato sessuale in Olanda, è disponibile da indagini nazionali sul crimine e da indagini internazionali sul crimini alle quali hanno partecipato intervistati olandesi. Questi studi ad indagine hanno limiti metodologici. I risultati sono influenzati da variazioni su ciò che l'intervistato considera come esperienza di abuso, la sua volontà di rivelare un'aggressione traumatica, il contesto e la qualità di intervista e l'accuratezza del resoconto della vittima (Koss, 1992; Koss, Heise & Russo, 1994).

———————

(*) Accettato per la pubblicazione in: Journal of Interpersonal Violence, marzo 1999

(1) University Hospital Leiden e the Netherlands Institute of Social Sexological Research, Oudenoord 182, 3513 EV, Utrecht, the Netherlands

(2) Dipartimento di Psicologia Clinica e Salute psicologica, University of Utrecht, P.O. Box 80140, 3508 TC Utrecht, the Netherlands.

(3) Clinica dr Henri van der Hoeven, Istituto di Psichiatria forense, W. Dreslaan 2, 3515 GB Utrecht, the Netherlands.

Indagini sulla vittimizzazione in Olanda

Dal 1992 l'Ufficio Centrale per la Statistica olandese (CBS) ha condotto tre inchieste sulle vittime, su campioni rappresentativi della popolazione fra i 15 ed i 79 anni. Queste

inchieste comprendevano domande sulla vittimizzazione durante l'anno precedente, in relazione a 16 reati, uno dei quali di natura sessuale. Solo alle donne fu chiesto in merito a fatti di violenza sessuale. Dopo uno screening iniziale, furono poste domande collegate sulla specifica natura dell'evento, dallo stupro all'aggressione sessuale, al tentato stupro, alla tentata violenza sessuale, a minori molestie sessuali. Nei tre studi, 4.516, 4.529 e 4.719 donne sono state intervistate, e una percentuale fra il 2.0% ed il 2.5% di esser riferì di uno o più reati sessuali durante i precedenti 12 mesi (Beukenhorst, 1994). Di tutti gli avvenimenti, il 3% erano violenze sessuali portate a termine, il 12% tentati stupri e l'85 % molestie sessuali.

Lo studio di vittimizzazione del 1992 mostrò anche che l'1.9 % delle donne intervistate erano state vittime di almeno un atto di esibizionismo durante l'anno precedente, e che il 31% delle donne adulte riferiva di essere state vittime di una forma di violenza sessuale o di esibizionismo almeno una volta nella loro vita.

Una percentuale fra il 10 ed il 15% delle donne fra i 15 ed i 39 anni, che lavoravano fuori casa o erano studentesse e vivevano in una grande città, era stata vittima di uno o più fatti pratici, ed era un numero notevolmente maggiore del 2,3% di tutte le intervistate. Le donne sposate, fra i 40 ed i 79 anni, che vivevano in aree rurali e non lavoravano avevano le più basse possibilità di essere sessualmente molestate (1%). Metà dei fatti avvenne a casa della vittima, in un luogo di divertimento, sul luogo di lavoro a scuola, e furono perpetrati da un conoscente.

Solo il 15% delle aggressioni sessuali indicate negli studi furono denunciate alla polizia. Si trattava innanzitutto di aggressioni e stupri da parte di estranei, con violenza fisica o minaccia di lesioni fisiche gravi che venivano denunciati alla polizia. Gli stupri da parte di conoscenti, o all'interno di una relazione e le aggressioni sessuali con violenza minima o velata minaccia erano, significativamente, i reati non denunciati (Beukenhorst, 1994).

Inchieste internazionali sul crimine

Van Dijk & Mayhew (1992; comunicazione personale, ottobre 1998) organizzarono cinque indagini internazionali sul crimine nel 1988, 1989, 1991, 1992, 1996, finanziati dal Consiglio d'Europa di Ginevra, Svizzera, e dalle Nazioni Unite di New York. Le inchieste furono condotte su un campione rappresentativo (circa 2.000) di persone dai 16 anni in su, in 20 paesi industrializzati sulla loro esperienza di crimini durante gli ultimi 12 mesi. Le 20 inchieste furono pienamente standardizzate per quanto riguarda il metodo di campionatura, il metodo di intervista (interviste telefoniche computer-assistite) e le stesse domande preliminari e conclusive. In ognuno dei due campioni Olandesi, il 2,5% delle donne denunciava uno o più casi sessuali nel corso dell'anno precedente, ciò che coincide con la media di tutti i paesi partecipanti nei cinque studi. (2,4%) Le inchieste forniscono l'unica informazione comparativa sulla violenza sessuale nei confronti delle donne in questi paesi. Nella media, in tutti questi paesi, un terzo dei fatti sessuali indesiderati erano «aggressioni sessuali» (stupri, tentati stupri, aggressioni sessuali), e due terzi erano molestie sessuali, con una proporzione che non differisce molto nei vari paesi. La Figura 1 mostra i rischi di aggressioni sessuali nel corso di un anno fra le donne nei 20 paesi.

La percentuale degli stupri era più alta nella Repubblica ceca, nella Slovacchia, in Polonia, Australia, Nuova Zelanda, Canada, Germania e Stati Uniti. Le percentuali più basse si avevano in Giappone, Norvegia, Inghilterra e Galles e Irlanda del Nord. L'Olanda, come gli altri paesi europei, era in una posizione intermedia con lo 0,9% delle donne che denunciavano di essere state aggredite sessualmente una volta o più negli ultimi 12 mesi. Inoltre, solo il 12% dei fatti venivano denunciati alla polizia, principalmente quelli che coinvolgevano aggressioni sessuali da parte di estranei.

È interessante notare che le percentuali nazionali di vittimizzazione per minacce non-sessuali e aggressioni o fatti sessuali erano strettamente correlati (tasso di Spearman = .81). La classifica di correlazione fra aggressione aggravata con violenza e aggressione sessuale fu r= .53. I fatti sessuali e le aggressioni non sessuali sembrano essere fenomeni sociali collegati, o sembrano riflettere una sensibilità simile fra il pubblico per questi avvenimenti.

Inoltre, questi risultati devono essere osservati con attenzione. Comunque, il fatto che la proporzione di fatti visti come aggressioni sessuali sia pressoché la stessa nei vari paesi

dà una certa credibilità alle differenze nel rischio fra i paesi. A prima vista, c'è poco spazio per credere che dove emergono cifre elevate di fatti sessuali, queste sono incrementate da una maggiore sensibilità fra le donne in alcuni paesi alle molestie sessuali di minore entità (Van Dijk & Mayhem, 1992, p. 25)

Studi di prevalenza

Oltre a questi tipi più generali di inchieste sulle vittime, la crescita del movimento per le donne in Olanda negli ultimi venti anni, che ritrae la violenza sessuale come un «problema di genere» nascente da una disuguaglianza di potere fra i sessi, ha portato il governo a finanziare studi di prevalenza sulla natura e sull'estensione degli abusi sessuali sulle ragazza e sulla violenza sessuale maschile contro le donne nell'ambito di una coppia.

Draijer (1988) ha intervistato un campione casuale di 1054 donne adulte in uno studio accuratamente eseguito. Ella ha fatto domande su contatti sessuali attivi sia positivi che negativi con parenti prima dei 16 anni. La determinazione se queste esperienze fossero illegali o abusi fu fatta dopo l'intervista, a seconda del grado in cui esse: (a) erano non volute o involontarie; (b) l'esperienza era percepita come negativa; (c) il senso di dominazione della vittima. Drajier ha scoperto che il 16% del campione aveva subito abusi sessuali prima dei 16 anni da parte di un parente, il 63% di queste donne in più di una occasione. Gli autori erano una figura paterna (19%) , un fratello più grande (25%), uno zio (25%), un altro parente (31%). Metà delle vittime aveva subito gravi abusi poiché vi erano stati ripetuti episodi di stupro, tentato stupro o altre simili aggressioni.

La stessa inchiesta fece domande alle donne intervistate anche sulle loro esperienze di abusi sessuali da parte di non parenti nella infanzia (Langeland, Van der Vlugt & Drajier, 1990). Il 24% rivelò di avere subito abusi sessuali prima dei 16 anni da qualcuno che non era parente, e nella maggioranza dei casi furono singoli incidenti. Più dei tre quarti dei colpevoli (77%) erano conosciuti dalle vittime, ed erano ragazzi più grandi, insegnanti, vicini, o amici di famiglia. Nel 43% dei casi il fatto coinvolgeva tentativi di rapporti sessuali o la forzata masturbazione del colpevole. Oltretutto, il 34% delle donne subì abuso sessuale almeno una volta prima dei 16 anni, ma solo il 3% dei fatti interfamiliari ed il 7% di quelli extrafamiliari furono denunciati alla polizia.

Un'altra accurata indagine su un campione casuale di 1016 donne olandesi indagò sulle violenze non sessuali e sul sesso non volontario nel contesto delle relazioni permanenti eterosessuali (Römkens, 1989). Si trovò che l'11% delle donne intervistato aveva subito ripetute violenze fisiche gravi da parte dei loro partner maschi, con una su sette (7%) che era vittima di stupro o di altre attività sessuali forzate. Era interessante che il 23% delle donne che erano state picchiate dai loro partner erano anche state costrette a fare sesso dal loro partner, in confronto al solo 3% di quelle che non avevano mai subito violenza fisica dal loro partner. Evidentemente lo stupro coniugale è un'estensione della violenza coniugale.

Reati sessuali noti alla polizia

Il Codice Penale Olandese (ed. del 1991) stabilisce:

Stupro, definito come penetrazione sessuale di qualsiasi orifizio con violenza, minaccia di violenza o ogni altra minaccia, su uomini o su donne, all'interno e al di fuori del matrimonio; *Violenza Sessuale*, definito come forzare una persona con violenza o minacce di violenza o qualsiasi altra minaccia a fare o subire atti sessuali diversi dallo stupro; *Contatti Sessuali con persona in Rapporto di Dipendenza*, che comprende quella di genitore-figlio, insegnante-studente. medico-paziente, professionista di sostegno-cliente, datore di lavoro-impiegato, così come i contatti con persone deficienti mentali o non consapevoli; *Rapporti Sessuali con Minore* degli anni 12, o con un minore dai 12 ai 16 anni, ma solo se questi, o un genitore, o un tutore del ragazzo presenta una denuncia; *Pornografia non richiesta*, definita come fornire pornografia a minori di anni 16, o la produzione di pornografia infantile; e *Atti di esibizionismo.*

Da un terzo a metà di tutti i reati sessuali registrati dalla polizia olandese fra il 1980 ed il 1994 riguardavano atti di esibizionismo, e ciò lo rendeva il reato sessuale più frequentemente denunciato. La denuncia di tale reato, comunque, è diminuita in questo periodo (da 37 a 24 su 100.000 persone fra i 12 e i 79 anni).

Inoltre, il numero di aggressioni sessuali e stupri registrati dalla polizia in Olanda, è cresciuto da 2543 nel 1980 a 3701 nel 1994; il numero di stupri è cresciuto del 71% (da 7 a 12 per ogni 100.000 abitanti fra i 12 e i 79 anni), mentre il tasso di aggressione sessuale, compreso il tentato stupro, sebbene doppio di quello dello stupro, aveva una proporzione di crescita più bassa del 13% (da 16 a 18 per ogni 100.000 abitanti fra i 12 ed i 79 anni). La denuncia di stupro e di aggressione sessuale insieme mostrava un aumento del 30% nel periodo, coincidente con un aumento dell' 82% delle denunce di aggressioni fisiche aggravate e crimini contro la vita nello stesso periodo.

Le denunce alla polizia per abusi sessuali sui minori sono aumentate dal 1980 al 1988 dell'83% e poi sono diminuite fra il 1988 ed il 1994 del 24%, fermandosi al livello di circa 13 casi per ogni 100.000 abitanti fra i 12 ed i 79 anni (Istituto centrale per la statistica olandese, 1995). Al contrario delle opinioni all'estero (ad es. US Congressional Hearings, 1984), la pornografia infantile non ha sostanzialmente diffusione in Olanda; negli anni '70 ci fu una certa produzione ed esportazione di tale materiale, ma dal 1980 il commercio di pornografia infantile è praticamente cessato. (Work Group on Child Pornography, 1985).

Comunque non è chiaro fino a che punto le statistiche ufficiali rispecchino il vero tasso di reati sessuali, soprattutto in considerazione della nota bassa incidenza di denunce che si riscontra negli studi di vittimizzazione condotti nella società e citati poc'anzi. La variabile cruciale è la disponibilità a denunciare, che è a sua volta influenzata dalla percezione, da parte della vittima, dell'evento come un reato, dalla gravità del fatto, dalla differenza di livello di potere fra la vittima e il colpevole, dalle attese della vittima sul fatto che la denuncia possa contribuire al proprio benessere e dalla disponibilità di sostegno sociale (Frenken, 1984). Inoltre, più la famiglia è legata al colpevole, meno probabile è la denuncia della vittima (Draijer, 1988).

Ci sono tre possibili spiegazioni per l'aumento delle denunce delle aggressioni sessuali e dei casi di abusi sessuali su minori. Ci può essere un reale aumento nel numero di questi reati sessuali, il numero di reati può essere stabile, ma le donne sono diventate più sensibili a contatti sessuali forzati e li denunciano più prontamente, oppure la polizia ha una abbassato la soglia per determinare la gravità di una violenza sessuale. L'aumento generale nel tasso dei reati violenti, comunque, suggerisce che la crescita delle aggressioni sessuali può essere reale. In ogni caso, le istituzioni per l'applicazione della legge sembrano avere imposto una politica più rigorosa di persecuzione e punizione. Il numero di condanne per reati sessuale è aumentato del 36% (da 44 a 60 casi per milione di abitanti) fra il 1980 ed il 1988, e la media delle condanne per stupro è gradualmente aumentata da 0,7 anni nel 1982 a 1,2 anni nel 1988, sebbene in generale i delinquenti sessuali in Olanda ricevano sanzioni relativamente lievi (Ministero della Giustizia, 1991).

Mutamenti nella morale pubblica

Nelle prime decadi del XX secolo ci si attendeva dal Governo Olandese la salvaguardia della pubblica moralità in maggior misura di quanto non fosse stato fatto nel XIX secolo. Il Parlamento cercò di combattere la «corruzione morale» a tutti i livelli. Tutte le attività sessuali al di fuori del matrimonio, così come l'eccesso nel ballo, la balneazione, il bere, il gioco d'azzardo ed il divorzio furono proibiti. A partire dalla metà degli anni '60, l'opinione pubblica in relazione alla sessualità, al matrimonio ed alla procreazione cambiò di nuovo. La liberalizzazione sessuale portò a cambiamenti nella politica giudiziaria, e ad un atteggiamento più tollerante verso alcuni comportamenti che in precedenza erano puniti dalla legge. Alla metà degli anni '70, la questione della violenza sessuale contro le donne ed i bambini fu sottolineata dal movimento femminista, delineandosi all'ordine del giorno nella società; lo stupro e l'incesto si trasformarono da una questione privata in una questione pubblica, e divennero un problema politico discusso in Parlamento. Dal punto di vista giudiziario, nel comminare una condanna, più importante della natura sessuale dell'atto è se siano state usate minacce o violenza, e se si sia fatto del male ad altri.

Nell'attuale contesto culturale dell'Olanda, la morale pubblica e quella giudiziaria continuano ad essere influenzate sia dal movimento per la continua liberalizzazione sessuale, sia dalle idee del movimento per le donne in relazione alla violenza sessuale. La discussione in Parlamento e nella società in generale in rapporto alla legislazione sessuale ha posto questioni di valore morale a differenti livelli. Il punto di vista conservatore ha sottolineato la moralità pubblica, la decenza umana e la difesa di una morale sessuale

cristiana, mentre la prospettiva liberale ha puntato sulla libertà e sull'autonomia dell'individuo, mentre le femministe continuano a vedere la violenza sessuale (compresa la pornografia e le molestie sessuali) come un'espressione della disparità di potere fra i sessi.

La liberalizzazione sessuale degli anni '60 e '70 ha comportato che alcune attività sessuali prima punibili, come la nudità in pubblico sulla spiaggia o in spettacoli di spogliarello, la vendita di materiale pornografico ad adulti, e l'attività omosessuale fra adulti consenzienti (maggiori dei 16 anni) non fossero più illegali, sebbene dal 1975 lo spostamento verso una maggiore permissività sessuale sia stato più graduale. Lo stupro, l'abuso sessuale su bambini e l'abuso all'interno di una relazione dipendente fra adulti, d'altra parte, sono stati denunciati, perseguiti e penalizzati più spesso, in particolare dalla fine degli anni '80.

Chiaramente, i reati sessuali sono almeno in parte un costrutto culturale. Discussioni più recenti in Olanda sullo stupro all'interno del matrimonio, o all'interno di una relazione e le molestie sessuali sono un riflesso di ciò, e dei diversi significati di ciò che costituisce un atto di violenza.

CARATTERISTICHE DEL COLPEVOLE

Caratteristiche psicologiche

In Olanda vi è stato un numero relativamente molto più basso di ricerche relative ai delinquenti sessuali, in paragone con paesi come gli Stati Uniti ed il Canada. Ciò non si spiega solo con un disinteresse da parte della psicologia accademica e clinica e della psichiatria, ma anche con la mancanza di finanziamenti per tali studi, i pochi fondi esistenti essendo convogliati per la ricerca sulle vittime.

Van de Loo (1987) ha studiato un gruppo scelto di 20 esibizionisti, 16 dei quali erano militari. Furono distinti due tipi di delinquenti, usando varie analisi. Il primo gruppo, il tipo *abituale* aveva una lunga storia di esibizionismo, con frequente comportamento esibizionistico chiaramente associato a eccitazione sessuale (erezione, orgasmo) e a fantasie sessuali. Gli uomini in tale gruppo erano da moderatamente a molto estroversi ed avevano punteggi relativamente bassi nelle scale di psiconevrosi e di disturbi psicosomatici, ma mostravano una tendenza superiore alla media verso la psicopatologia. Le relazioni di oggetto e le relazioni col partner erano considerate problematiche. Il secondo gruppo, il tipo *non-abituale*, aveva una storia più breve ed una bassa frequenza di comportamento esibizionistico. La personalità era meno psicopatologica, ma il gruppo aveva maggiori punteggi in psiconevrosi ed introversione, un numero superiore alla media di disturbi psicosomatici, e facevano una relazione neutra sui rapporti coi genitori durante la loro infanzia.

In uno studio retrospettivo di stupratori, Burgers (1985) confrontò le cartelle psichiatrico-giudiziarie di 18 uomini che avevano stuprato delle estranee, ma non avevano commesso nessun altro crimine, a conoscenza della polizia, con 16 stupratori di estranee che avevano commesso anche altri reati non sessuali. Egli concluse che nel primo gruppo il comportamento dello stupro era sintomatico di un disordine nevrotico (di parafilia), mentre nel secondo gruppo esso era parte di una psicopatia generale. In quest'ultimo gruppo c'erano psicopatologie infantili più significative, alcoolismo, promiscuità e meno stabilità lavorativa. Le origini della psicopatia in entrambi i gruppi furono attribuite innanzitutto a disordini nella fase separazione-individuazione, specialmente intorno al 18° mese di vita, sebbene non fossero forniti dati empirici per sostenere tale ipotesi.

Van Beek e Boerwinkel (1987) fornivano descrizioni cliniche di 85 autori di violenza sessuale a una clinica psichiatrica giudiziaria. Il gruppo era caratterizzato da una storia di vita problematica. Quasi tutti erano stai vittime di grande trascuratezza e di abusi fisici o sessuali. Anche altri eventi traumatizzanti nell'infanzia erano frequentemente riferiti, e la maggior parte mostrava problemi comportamentali fin dai primi anni. Le capacità sociali e empatiche erano scarsamente sviluppate, e le relazioni sociali, le storie scolastiche e lavorative erano instabili e conflittuali. Erano diffuse la dipendenza, il comportamento criminale e l'aggressione. In generale, gli uomini rimproveravano le loro colpe ad altri e negavano il loro bisogno di trattamento. Al 48% di questa popolazione fu diagnosticato,

usando il DSM-III-R, un disordine della personalità antisociale, mentre il 5% era psicotico ed il 15% aveva una parafilia.

Gli abusi sui bambini sono stati oggetto di qualche ricerca in più. Draijer (1988), nella sua inchiesta nazionale, trovò che quando il padre era l'autore, l'abuso spesso avveniva nell'ambito di una famiglia sfasciata che manteneva i tradizionali valori riguardanti le relazioni maschio-femmina. Confrontando i padri incestuosi con quelli non autori di abusi, ella trovò che gli autori di incesto erano emotivamente più noncuranti dei loro figli, meno affettuosi nel loro severo controllo su di essi e più nervosi, bevitori e depressi.

Scoperte simili sono state riportate da Frenken e Van Stolk (1987a) che condussero interviste semi strutturate con 50 donne adulte che da bambine avevano subito gravi abusi sessuali da parte dei genitori per lunghi periodi. I colpevoli erano padri o patrigni (60%), fratelli più grandi o fratellastri (23%), o altri membri della famiglia allargata (17%). Sulla base del materiale delle interviste, gli stili di educazione dei padri di queste prime vittime furono giudicati ciecamente dai giudici. Nei casi di incesto padre-figlia, lo stile di educazione del padre fu definito come autoritario (dominante e tirannico) nel 74%, negligente (disinteressato ai propri figli) nel 22%, e permissivo (tollerante e attento) nel 4%. Laddove il colpevole era un fratello maggiore o un membro della famiglia allargata, lo stile di educazione del padre era autoritario solo nel 33% dei casi, ma negligente nel 47%. Ciò è in contrasto con il comune ritratto clinico dei padri incestuosi come passivi, dipendenti e non assertivi (Williams & Finkelhor, 1990). Ciò suggerisce sia che possano esserci due tipi diversi di padri incestuosi, sia che coloro che sono autoritari all'interno della famiglia si comportino in modo passivo durante la valutazione clinica ed il trattamento.

Frenken e Van Stolk (1987b) hanno studiato anche una rete di incestuosi e pedofili in due classi più basse di famiglie, composte da quattro genitori, sette figli, e tre membri della famiglia allargata. Gli uomini avevano contatti sessuali con i propri figli, maschi e femmine, e con le amiche delle figlie; essi permettevano anche agli amici e agli inquilini di fare sesso con i loro figli per denaro. I ricercatori hanno intervistato gli uomini condannati in prigione, le madri a casa e i bambini vittime di abusi nelle case dei bambini. Le storie di quelli coinvolti erano caratterizzate dalla povertà e dall'abbandono, parte di una tradizione che aveva riprodotto se stessa di generazione in generazione. Gli adulti erano spesso preda di desideri impulsivi, e mettevano presto da parte qualsiasi considerazione sugli effetti delle loro azioni. In stridente contrasto con la maggior parte delle famiglie incestuose, c'era un'assenza di menzogna e negazione sistematica, e l'attività sessuale non era tenuta segreta da parte degli altri membri della famiglia. Per i bambini, il sesso era la «moneta legale» con cui acquisire attenzioni di breve durata o piccole somme di denaro. I bisogni dei bambini erano sacrificati alle necessità psicologiche o materiali dei genitori. In una delle famiglie, ad esempio, la figlia di 14 anni era apertamente indicata come moglie dal suo patrigno. Fu dedotto che la preferenza degli uomini per i bambini, essere bambino con i bambini, può essere stata più socio-emotiva che sessuale.

Le scoperte di questi studi sopra citati sono state interpretate in modo differente da molti studi precedenti su incesto e stupro (Burgrs, 1985; Van der Kwast, 1963). Le origini del comportamento sessualmente violento non sono esclusivamente attribuite ad aberrazioni individuali dalle quali i maschi sviluppano una disposizione verso la violenza sessuale; invece, la relazioni di potere fra i sessi e fra le generazioni, e la socializzazione sessualmente specifica dei ragazzi, sono presentati come fattori più importanti nell'origine di una maggioranza dei casi di violenza sessuale (Damen 1989; Frenken, 1984). Tre questioni ricorrono in questa interpretazione dei dati della ricerca:

1) il ruolo del potere nello sviluppo e nel mantenimento del comportamento del ruolo sessuale del maschio: la paura di fallire nella soddisfazione dei requisiti dell'immagine ideale del «vero uomo» può sfociare nel sentimento di inadeguatezza e di impotenza negli uomini e nei ragazzi, compensati dal comportamento chiassoso o sessualmente violento;

2) il prevalere di concetti di mascolinità, femminilità, sessualità e violenza che comportano che gli uomini hanno diritto al sesso e le donne devono fare la cortesia, e che gli uomini devono prendere l'iniziativa e dominare, cosicché la trasgressione dei limiti accettati diventa un fatto normale;

3) che i colpevoli di violenza sessuale mostrano una significativa mancanza di empatia verso gli altri, come risultato di una socializzazione legata al sesso che limita lo sviluppo di capacità emotive, risultanti in una aumento del rischio di trasgressione dei limiti.

Perciò, la violenza sessuale è vista come esagerazione estrema dei ruoli sessuale e sociale della donna e dell'uomo.

Caratteristiche dei delinquenti

Un altro settore in cui la ricerca relativa ai reati sessuali si sta attivamente portando avanti in Olanda è quello del tracciare profili del delinquente, che sta portando avanti la Divisione Investigativa Criminale Nazionale della Polizia Olandese (CRI, Zoetermeer). In questo progetto nazionale gli specialisti della polizia stanno cooperando con i criminologi, psicologi e sessuologi per sviluppare un metodo per creare profili psicologici di delinquenti sessuali seriali sconosciuti, nella speranza che ciò potrà contribuire al loro arresto. (Jackson, Van den Eshof & De Kleuver, 1994; Van den Eshof, De Kleuver, Ho Tham & Zwiers, 1995).

Età

Dal 1978 al 1982 (non sono disponibili dati più recenti) il 35% dei delinquenti condannati per aggressione sessuale erano minori dei 18 anni (per stupro, il 20% dei condannati era minore dei 18 anni). Una grande maggioranza di aggressori sessuali violenti erano sotto i 25 anni, e ciò diventava in gran parte un problema di giovani maschi adulti. I condannati per reati di pedofilia, comunque, erano significativamente più anziani, con più della metà sopra i 35 anni.

Recidiva Generale

Metà dei condannati per reati sessuali fra il 1975 ed il 1982 avevano precedenti penali, che è una proporzione leggermente superiore a quella che riguarda i condannati per altri tipi di reato. La recidiva era più alta per atti osceni e per reati non-incestuosi contro i bambini (approssimativamente 58 % ognuno), quasi il 50% degli stupratori aveva condanne precedenti, a confronto col 38 % dei condannati per il reato sessuale più lieve di aggressione sessuale (Van der Heijden, 1984). Da un gruppo do 81 stupratori che avevano aggredito solo estranei, l' 86% aveva commesso reati precedenti, fra i quali il 42% erano reati sessuali, il 72% furti, il 42% violenza fisica ed il 20% rapina a mano armata (Van den Eshof, De Kleuver & Ho Tham, 1995). Questi risultati sono generalmente in accordo con gli studi di Grubin e Gunn (1990) e di Heritage (1992) in Inghilterra; in particolare che i precedenti penali degli stupratori sono vari e non specializzati.

TRATTAMENTO DEI DELINQUENTI SESSUALI

Trattamento ambulatoriale

Atteggiamento dei professionisti nei confronti del trattamento ambulatoriale.

Sono stati condotti diversi studi per valutare l'atteggiamento nei confronti del trattamento ambulatoriale – sia volontario che imposto dalla magistratura – dei delinquenti sessuali. Kuiper (1987) ha intervistato 50 professionisti, compresi psichiatri, psicologi che lavorano in centri regionali di salute mentale ambulatoriali (RIAGGs), sessuologi clinici, e assistenti sociali psichiatrici nelle unità di *probation*. Tutti gli intervistati erano d'accordo sul fatto che stavano ricevendo un numero crescente di richieste per trattare delinquenti sessuali, e che i centri ambulatoriali e le unità di *probation* non erano adeguatamente attrezzate per avere a che fare con essi. Si notava la mancanza di una politica del governo e delle istituzioni. Molti ammettevano mancanze nella conoscenza e nelle capacità necessarie per un trattamento adeguato, ed alcuni esprimevano avversione emotiva all'idea di lavorare con questo tipo di clienti.

Vroege (1991) intervistò 1499 professionisti che operavano in una RIAGG ad Utrecht. Solo il 3% dei loro clienti visti durante il precedente anno erano delinquenti sessuali, mentre gli uomini affetti da parafilie erano un altro 3%. Solo una piccola minoranza di psichiatri, psicologi e assistenti sociali avevano fiducia nel lavoro con i delinquenti sessuali o parafiliaci. La maggioranza diceva di mancare di capacità e conoscenza o sentiva resistenza emotiva (che aumentava nei casi di pedofilia, sadomasochismo e reati sessuali violenti). La maggioranza delle professioniste donne non voleva trattare delinquenti sessuali, sebbene esse, come i loro colleghi maschi, accettassero il concetto di trattamento

ambulatoriale imposto dal tribunale, purché la psicopatologia non fosse troppo grave, il delinquente desiderasse cambiare il proprio comportamento e, meno frequentemente, che ci fosse una perizia da parte dei colleghi.

In un'importante estensione di questa linea di ricerca, Haveman, Staffelu, Frenken e Van Stolk (1990) intervistarono un campione casuale di 48 procuratori distrettuali e giudici di 21 tribunali distrettuali, ed anche un gruppo non casuale di 50 professionisti della salute mentale e *probation officers* interessati alla materia. La maggioranza degli intervistati giudiziari erano favorevoli ad un trattamento ambulatoriale imposto dal tribunale come alternativa alla detenzione, il cui scopo primario era individuato nella prevenzione della recidiva. Comunque, essi ponevano condizioni sul trattamento ambulatoriale, che comprendevano il consenso al trattamento da parte del colpevole, la sua ammissione almeno parziale del reato, il fatto che fosse al primo reato e che questo non fosse grave, e che il colpevole mostrasse alcuni segni di rimorso e di responsabilità. Il loro punto di vista era che un ordinanza del tribunale per un trattamento doveva far riferimento allo sforza fatto dal colpevole durante il trattamento, e non dovesse contemplare i risultati di esso; se il delinquente seguiva il trattamento, non ci sarebbero state conseguenze penali, anche se la probabilità di recidiva non era stata ridotta. Questi intervistati del campo giuridico, comunque, ritenevano che ci fosse una carenza nella capacità del trattamento nel settore della salute mentale, ed anche una insufficiente esperienza che limitava le possibilità per un trattamento positivo. Una minoranza degli intervistati erano di opinione negativa rispetto al trattamento come alternativa: erano convinti che il trattamento non funzionasse e che i delinquenti non lo meritassero. Anche l'opinione pubblica era importante, e questi esponenti del mondo giudiziario esprimevano la preoccupazione che il trattamento per l'autore di reato sarebbe stato visto come il delinquente (e non la vittima) che riceveva aiuto ed attenzione. In realtà, l'appoggio dell'opinione pubblica per il trattamento dei delinquenti sessuali come alternativa alla detenzione è andato diminuendo sensibilmente negli ultimi 20 anni. Nel 1970, il 68% della popolazione olandese era d'accordo con questa frase: «I delinquenti sessuali non dovrebbero essere puniti, ma si dovrebbe tentare di curarli o trattarli», mentre nel 1993, solo il 36% di un simile campione si dichiarava d'accordo con questa frase (Sociaal en Cultureel Planbureau, 1994).

Anche una grande maggioranza del campione non casuale di professionisti della salute mentale interessati e di *probation officer* intervistati nel già citato studio di Haveman, Staffelu, Frenken & Van Stolk (1990) era favorevole al trattamento imposto dal tribunale, e due terzi di essi avevano almeno qualche esperienza di esso. Più del 70 % dei direttori di RIAGG, intervistati separatamente, comunque, pensava che l'esperienza del proprio personale col trattamento dei delinquenti sessuali era inadeguata. In ogni caso, il trattamento dei delinquenti sessuali, secondo loro, aveva una bassa priorità. Inoltre, sentivano che la collaborazione fra i sistemi giudiziario e sanitario era ostacolata dalla mancanza di un accordo generale sui limiti della riservatezza professionale e da un certo grado di reciproca sfiducia. Questo stato di cose continua ad affliggere l'esito del trattamento, con solo una piccola percentuale dei delinquenti sessuali candidati che ricevono un trattamento ambulatoriale.

La pratica del trattamento ambulatoriale

Adulti: il trattamento dei delinquenti sessuali in Olanda su base ambulatoriale ha una breve storia. Prima degli anni '80, raramente i delinquenti sessuali ricevevano una cura mentale ambulatoriale; quasi tutti venivano condannati a pene detentive (a volte sospese), o venivano multati o ammoniti. I pochi esibizionisti e podofilli in trattamento erano volontari, o venivano sottoposti a pressioni informali da parte della polizia o dei loro familiari. Il trattamento tendeva a concentrarsi sull'autocontrollo, usando metodi comportamentali (van de Loo, 1988), sulla personalità soggiacente usando metodi psicodinamici (Van Ulzen - Weldink, 1987), o sull'imparare ad accettare e a far fronte alle preferenze devianti in modo socialmente più accettabile (Everaerd, 1984; Van Naerssen, 1990).

Alla fine degli anni '80 il numero dei programmi di trattamento ambulatoriale per delinquenti sessuali aumentò. Haveman, Staffelu, Frenken & Van Stolk (1990) scoprirono che nel 1989 i 59 RIAGG, in tutto il paese, avevano ognuno in media 8 delinquenti sessuali che richiedevano, per lo più volontariamente, une forma di assistenza. La stragrande maggioranza di delinquenti sessuali, comunque, riceve ancora una sanzione giudiziaria in assenza di trattamento. Una eccezione è il crescente numero di autori di incesti padre-figlia,

cui viene data una possibilità, dalla corte, di scelta fra trattamento e condanna detentiva. Per essere preso in considerazione per il trattamento ambulatoriale, l'individuo deve essere un delinquente al primo reato, che ammette almeno una parte del reato, non ha usato violenza fisica, e l'alternativa condanna deve essere inferiore ai 18 mesi. Inoltre, vengono esclusi gli uomini con un QI inferiore a 80, o se sono dipendenti da sostanze o hanno gravi psicopatologie.

A dispetto del moderato atteggiamento da parte della maggioranza delle cliniche ambulatoriali nei confronti del trattamento del delinquente sessuale in generale, un'ampia minoranza dei 59 RIAGG, alcuni policlinici, le unità di *probation* e gli elargitori di trattamento, trattano autori di incesto e molestatori di bambini extrafamiliari in contesto volontario o giudiziale (Bruinsma, 1994; Bullens, 1991; Frenken, 1989; Mulder, 1995). Il modello di trattamento è caratterizzato da un approccio cognitivo-comportamentale in cui il comportamento criminale e la prevenzione della recidiva vengono evidenziati, con temi quali il ciclo di reato, l'empatia con la vittima, le distorsioni cognitive, la prevenzione della recidiva e, nei casi di incesto, il ristabilimento delle relazioni familiari e coniugali svolge un ruolo importante (Frenken & van Stolk, 1990). Il trattamento degli autori di incesto è parte di un programma di trattamento per famiglie incestuose, racchiudendo l'aiuto individuale alle vittime e la consulenza per la madre; a seconda del progresso del trattamento, i membri delle famiglie possono essere messi a confronto l'uno con l'altro e, se possibile, riconciliati. La costrizione giudiziaria del colpevole è ritenuta essenziale nella riduzione del rischio che il cliente si ritiri dal trattamento.

Il risultato del trattamento non è stato riportato, tranne che per uno studio non controllato di *follow-up*. Fra il 1982 ed il 1989, Frenken (1994) ha trattato, in ambito di costrizione del tribunale, 15 autori di incesto padre-figlia, usando procedure cognitivo-comportamentali, riduzione della recidiva e di terapia familiare come parti di un ampio programma ambulatoriale per famiglie incestuose. Usando le informazioni di *follow-up* tratte dai dossier di polizia, la famiglia, e fonti ufficiose vicine alla famiglia, non si trovò nessuna recidiva in abusi sessuali intrafamiliari su bambini, dopo una media di tre anni a rischio. A parte gli effetti del trattamento in sé, i delinquenti riconoscevano anche che dopo il trattamento essi erano circondati da una «recinzione elettrica», composta di professionisti locali, membri della famiglia allertata, e a volte amici. Ciò è in contrasto con la situazione sociale di altri tipi di delinquenti sessuali e può in parte spiegare perché il tasso di recidiva degli autori di incesti è, in generale, relativamente basso (Marshall & Barbaree, 1990).

Adolescenti: il trattamento degli adolescenti delinquenti sessuali principalmente assume la forma di un'educazione psicosociale e psicosessuale mirata alla prevenzione della recidiva. La filosofia alla base di esso scaturisce dalla prospettiva di prevenzione della violenza sessuale del movimento femminista (Damen, 1989). Questi corsi sono offerti dalle Rutgers Foundation Sexual Counseling Clinics (Braeken, 1988; Drogt, 1992), da alcune RIAGG (Hermsen, 1992; Spanjaard e Damen, 1991). da poche altre agenzie e elargitori di trattamento individuale (Bruinsma, 1995). La maggior parte di essi ha luogo in sedute ambulatoriali, ma alcuni avvengono in centri di cura residenziali per giovani (Spanjaard, 1992). I corsi sono a breve termine, principalmente di 10-12 sessioni di lavoro. Solo coloro al primo reato, coloro che hanno commesso reati relativamente meno gravi, e coloro che si considera che non abbiano gravi psicopatologie, vengono ritenuti adatti dal tribunale dei minori per questo tipo di trattamento come alternativa al riformatorio o ad altre sanzioni. Perciò, i pochi delinquenti sessuali adolescenti hanno l'opportunità di intraprendere un'istruzione psicosessuale. Nel 1989, 183 dei 403 ragazzi sotto i 18 anni accusati di reati sessuali furono riconosciuti colpevoli; dei condannati, il 60% fu condannato a un istituto correzionale per minori, il 12% fu multato, il 12% fu ammonito, il 9 % fu posto sotto il controllo di un *probation officer*, e solo il 7% (26) fu inviato ad un corso educativo psicosessuale.

Un esempio tipico sono i corsi della Rutger's Foundation per ragazzi fra i 12 e i 18 anni. Queste sono programmi di 10 sessioni individuali cognitivo-educative mirate a dare informazioni e ad aumentare l'introspezione nella sessualità e nelle relazioni interpersonali (Drogt, 1992). Le norme ed i valori sul potere, la violenza e la sessualità vengono discusse nel contesto del loro reato. Alcuni dei corsi erogati da cliniche di salute mentali ambulatoriali regionali (RIAGG) aggiungono elementi di formazione delle capacità sociali dal vivo, sebbene esse siano dirette principalmente verso l'aumento della conoscenza e alla

rivalutazione dell'atteggiamento (Hermsen, 1992; Spanjaard & Damen, 1991). Non si sa se questi corsi siano efficaci, poiché non sono stati condotti studi sull'efficacia del programma.

Prospettive biomediche

Recentemente l'uso di interventi biomedici è stato argomento di revisione in Olanda. Il Ministro degli Affari Sociali, della Sanità e degli Affari Culturali, ad esempio, ha chiesto al Consiglio della Sanità (1990) di rivedere l'uso della neurochirurgia nel trattamento di pazienti con gravi disturbi psicologici. Nel suo rapporto il Consiglio ripudiava la psicochirurgia come intervento obbligatorio per i delinquenti sessuali. Esso stabiliva categoricamente che: «...il comportamento sessuale di qualsiasi tipo non è mai una giustificazione per la neurochirurgia» (p. 48) esso inoltre rifiutava la neurochirurgia nel controllo del comportamento aggressivo in generale. Questa posizione è in accordo con le prevalenti vedute etiche nella pratica internazionale (Bradford, 1990; Marshall, Jones, Ward, Johnston & Barbaree, 1991; Rieber & Sigusch, 1979; Schmidt & Schorsch, 1981).

La castrazione non è stata usata per il trattamento dei delinquenti sessuali in Olanda dal 1969, ma prima di allora circa 400 delinquenti sessuali erano stati castrati, a cominciare dagli anni '30 (Beyaert, 1986). La recidiva era stimata intorno al 3% nei delinquenti castrati (Wijffels, 1954), portando a ritenere che la castrazione fosse un trattamento efficace per il comportamento sessuale deviante o illegale. Si deve notare, però, che la popolazione di delinquenti castrati in quel periodo non si limitava a delinquenti violenti, ma comprendeva, ad esempio, anche gli omosessuali e gli esibizionisti. Una ricerca più recente di Heim (1981; Heim & Hursch, 1979) ha dimostrato i limiti della castrazione.

Sebbene il trattamento con farmaci del comportamento sessuale deviante sia ben stabilito dal punto di vista internazionale (Marshall & Eccles, 1991; Marshall et al, 1991), e malgrado una certa attenzione nei primi anni '70 (Van Emde Boas, 1973; Van der Kwast, 1971; Van der Werff ten Bosch, 1973), i trattamenti farmacologici non sono mai stati popolari in Olanda dove è visto da alcuni sessuologi come una forma punitiva di controllo sociale (Everaerd, Cohen-Kettenis & Dekker, 1990). Altri clinici hanno sottolineato i rischi e i limiti del trattamento farmacologico (Kuiper, 1987), oppure non lo considerano affatto. Non è chiaro fino a che punto queste opinioni rappresentino la pratica clinica quotidiana. Il solo rapporto olandese in cui i farmaci venivano usati fu uno studio esplorativo di un caso singolo (Veenhizen, Van Strien & Cohen-Kettenis, 1991). Un esibizionista adolescente di 16 anni di intelligenza media era trattato con una combinazione di carbonato di litio e di psicoterapia individuale. All'inizio, il suo comportamento da esibizione, che era arrivato a dieci volte a settimana, si fermò, ma poi ci fu la recidiva.

La ricerca nei fattori biologici relativa alla comprensione del reato sessuale, che ha attratto una forte attenzione, a volte controversa, in America del Nord (Langevin, 1990) è virtualmente sconosciuta in Olanda. Si possono tentare di individuare le ragioni sociali e scientifiche di ciò (Gijs & Gooren, 1994). Può essere perché negli ultimi decenni, la sessuologia olandese è stata dominata da scienziati sociali che aderiscono all'apprendimento sociale ed alle teorie di costruttivismo sociale, trascurando il ruolo dei fattori biomedici. Questa visione ha incontrato poca resistenza nei loro colleghi psichiatri, i quali, con alcune eccezioni (Cosyns, 1985), hanno dimostrato poco interesse nei delinquenti sessuali. Data la relativa popolarità del trattamento farmacologico in Nord America, comunque, è probabile che in futuro si mostrerà più interesse anche in questo tipo di trattamento in Olanda.

Trattamento interno

Non vi sono programmi di trattamento penitenziario per i delinquenti sessuali in Olanda, né gli Istituti di pena offrono gruppi di supporto agli internati o consulenze di gruppo o individuali. Fino agli anni '80, il trattamento dei delinquenti sessuali aveva luogo principalmente in ospedali psichiatrici giudiziari di massima sicurezza, dove potevano essere trattati solo i colpevoli che erano inviati giudizialmente. La detenzione ed il trattamento perciò non sono volontari, e vengono riesaminati ogni uno o due anni dal tribunale. Per essere inviati, i delinquenti devono essere giudicati non responsabili, o solo in parte responsabili, per i loro reati come risultati di un disturbo mentale. Ci sono cinque ospedali di massima sicurezza in Olanda con una media di 85/90 pazienti ciascuno; i delinquenti sessuali ammontano al 30% dei rinchiusi, ma rappresentano una minoranza di tutti i delinquenti sessuali detenuti. Essi sono stati generalmente condannati per reati di

aggressione sessuale che hanno comportato lesioni gravi e violente, sebbene prima degli anni '60 anche i colpevoli di reati sessuali non di contatto, come esibizionisti e *voyeurs* erano inviati agli ospedali di massima sicurezza, se soddisfacevano il requisito di «mentalmente disturbato».

I principi del trattamento e della metodologia variano sensibilmente da ospedale ad ospedale (Feldbrugge, 1990; Kuijpers & Kramer, 1990; Leeuwestein, 1989; Van Beek & Mulder, 1992; Van Marle, 1988), sebbene recentemente ci sia una tendenza verso l'eclettismo (Verhagen, 1995). La Dr. S. van Mesdag Clinic di Groningen lavora su linee di orientamento psicodinamiche, mentre alla clinica Veldzicht a Balkbrug prevale la terapia comportamentale. Le altre cliniche sono più eclettiche nei loro approcci: la clinica Dr. van der Hoeven a Utrecht si distingue per la sua politica di forte e direttivo stimolo a sviluppare le capacità sociali, intellettive e psichiche del paziente; la Clinica del prof. Pompe a Nijmegen ha un approccio relativamente più ristretto, non-direttivo, mirato a motivare i pazienti a sviluppare se stessi; mentre l'ospedale «Oldenkotte» a Rekken si muove in entrambi gli approcci. La socioterapia ed il coinvolgimento dei familiari nel trattamento è sottolineato sia alla clinica van der Hoeven che alla Pompe. La durata media del trattamento interno per i delinquenti sessuali è di 6 anni, 2 anni più lunga del trattamento per altri tipi di pazienti delinquenti. La maggior parte di essi ha diagnosi di disordine della personalità, di solito di tipo antisociale.

Van Emmerick (1989) ha condotto un *follow-up* di cinque anni di 138 delinquenti sessuali violenti liberati da questi ospedali psichiatrici fra il 1979 ed il 1983. Trovò che il 64% era accusato di almeno qualche reato durante il periodo successivo al rilascio, il 49% veniva condannato almeno una volta ed il 32% veniva condannato alla reclusione. Van Emmerick sottolineò che queste cifre non differiscono sostanzialmente dalle corrispondenti cifre per i rinchiusi in quegli ospedali per reati non sessuali. Dei delinquenti sessuali che compirono un altro reato, il 25% ne commise uno sessuale durante il periodo successivo al rilascio. Leuw (1995) ripeté questo studio sul *follow-up* con 91 delinquenti sessuali rilasciati dagli ospedali psichiatrici fra il 1984 ed il 1988 e trovò pressoché gli stessi risultati. Dato che il reale tasso di recidiva di reati sessuali può essere da due a tre volte più elevato di quello che le cifre ufficiali rivelano (Marshall e Barbaree, 1990) la cifre di Van Emmerik e Leuw molto probabilmente sottostimano il numero reale di recidive di reati sessuali.

Sebbene gli approcci Nordamericani al trattamento dei delinquenti sessuali siano stati sperimentati in maggior misura in Olanda, vi sono differenze significative fra la filosofia e la pratica olandese e nordamericana. Nell'America del Nord, i metodi cognitivo-comportamentali sono fortemente favoriti, implicando molta attenzione al comportamento criminale ed al contesto in cui il reato si è svolto. Il motto del trattamento è: «non cura, ma autocontrollo». In Olanda, la pratica è storicamente più influenzata dalle scuole di pensiero psicodinamico (Carp, 1949; Van der Kwast, 1963; Zeegers, 1966), meglio dimostrate da una forte attenzione sul trattamento dei soggiacenti disturbi della personalità. Il comportamento del reato ed il contesto in cui il reato è avvenuto sono trascurati, o poco evidenziati. Si presume che i sintomi, ivi compreso il comportamento criminale, scompaiano spontaneamente una volta curate i soggiacenti disordini della personalità (Leeuwestein, 1989). Infatti, questo approccio al trattamento non è specifico in relazione al reato sessuale.

Comunque, influenzati dai positivi risultati rivendicati dai metodi nordamericani cognitivo-comportamentali e di prevenzione della recidiva, in rapporto alla recidiva ed alla più breve durata del trattamento (Laws, 1989; Marshall & Barbaree, 1990), questi tipi di programmi sono ora stati implementati nelle cliniche van der Hoeven e Oldenkotte ed in minore misura anche in altre cliniche (Kuijpers & Kramer, 1990; Van Beek, 1989; Van Beek & Mulder, 1992). La clinica van der Hoeven in particolare raccoglie sistematicamente informazioni sul comportamento criminale e sul contesto del reato per costituire una «sceneggiatura del reato». Ciò comporta il mettere insieme descrizioni di situazioni e di emozioni, pensieri e comportamenti del colpevole a partire da sei ore prima del reato, durante il reato e subito dopo. La discussione del complesso reato-situazione con il delinquente si concentra sulla sua assunzione di responsabilità per le sue azioni, con un attento esame della negazione, delle distorsioni cognitive, delle fantasie sessuali e delle strategie di lotta inadeguate durante il ciclo del reato. La sceneggiatura del reato dà inoltre informazioni che riguardano la classificazione psicologica del delinquente (Knight & Prentky, 1990; Knight, questo volume), ed offre indicazioni per interventi specifici di trattamento.

Una seconda differenza significativa fra i programmi del Nord America e quelli in Olanda è che nei primi, la sessualità ed il suo significato nel commettere il reato è sottolineata con più enfasi. La fallometria è usata frequentemente per misurare l'eccitazione sessuale deviante, con i cambiamenti nell'eccitazione deviante che sono l'obiettivo centrale del trattamento. In Olanda, la fallometria si usa raramente. Sia essa che la terapia di avversione sono ritenute troppo inumane e troppo tecnologiche, e in ogni caso non si confanno al pensiero predominante Rogeriano, psicodinamico e socioterapeutico (Verhagen, 1995).

Ancora, recenti sviluppi nelle cliniche van der Hoeven e Oldenkotte hanno significato che alla sessualità si dà più attenzione esplicita. Entrambe le cliniche hanno preparato specifici programmi di gruppo per i membri dello staff, per facilitare la discussione sulla sessualità con i pazienti e per aiutarli ad imparare a riconoscere i comportamenti sessuali, collegati al reato durante il loro periodo di permanenza in istituto (quali la collezione di foto di ragazzini da parte di pazienti pedofili, oppure il comportamento dell'estremo stereotipo maschile di stupratori violenti nei confronti di terapisti donne). Ad esempio, alla clinica van der Hoeven, lo scopo è istruire i pazienti sulla sessualità, ridurre la loro paura e la loro resistenza quando si parla di sessualità, e chiarire i legami fra uno sviluppo sessuale disturbato e il comportamento criminale. I principi guida sono lo sviluppo psicosessuale e la socializzazione specifica maschile. Si lavora su queste questioni per quattro periodi sequenziali della vita: 0-5 anni, 6-10 anni, 11-15 anni, 16 anni- età adulta. I terapisti di gruppo discutono i loro propri valori e morali sessuali con i pazienti quando necessario.

In conclusione, si può dire che il trattamento degli autori di reati sessuali in cliniche psichiatriche giudiziarie si sta sviluppando verso una enfasi del comportamento del reato, l'applicazione delle procedure di autocontrollo, e l'integrazione della sessualità nel trattamento. Inoltre, un altro sviluppo è degno di nota. Nel 1990 fu costituita la Società Olandese di Sessuologia forense. Composta di membri delle istituzioni psichiatriche giudiziarie, delle cliniche ambulatoriali, delle unità di *probation* e dei dipartimenti di sessuologia delle università, essa sta lavorando sullo sviluppo dei metodi di valutazione e di moduli di trattamento per i delinquenti sessuali. Nel 1995 la Società olandese ha formato un'associazione con l'ATSA (Associazione nordamericana per il trattamento degli autori di reati sessuali) e la NOTA (Organizzazione nazionale britannica per il trattamento dei delinquenti sessuali).

CONCLUSIONI

Rimangono delle domande, in Olanda, su come i delinquenti sessuali dovrebbero essere trattati da parte del sistema giudiziario, e se il trattamento sia efficace. Le inchieste hanno dimostrato una graduale accettazione del trattamento ambulatoriale imposto dal tribunale come alternativa alla detenzione in teoria, ma in pratica le autorità giudiziarie e gli erogatori di trattamento hanno poca esperienza di esso. Fin dalla metà degli anni '80, è stato istituito un crescente numero di ampi programmi ambulatoriali per autori di incesto e di progetti istituzionali per delinquenti sessuali adolescenti. I criteri di selezione per essere ammessi a questi programmi, richiesti sia dalle autorità giudiziarie che dagli operatori della salute mentale, sono così restrittivi che solo una piccola percentuale di colpevoli può essere considerata innanzitutto a basso rischio, non violenta, al primo reato di incesto e delinquente minorile. Coloro che più necessitano di trattamento, perciò, e coloro che possono recidivare più probabilmente, vengono esclusi da tali programmi, ma nessun penitenziario olandese offre un qualsiasi tipo di assistenza individuale o di gruppo, ed essi ricevono solo un controllo globale da parte dei *probation officer* dopo il rilascio.

Negli ultimi dieci anni, gli ospedali psichiatrici giudiziari si sono sottoposti a numerosi cambiamenti, e vi è stata una marcata crescita nel numero di pazienti aggressori sessuali che essi trattano. Le tecniche cognitivo-comportamentali nordamericane hanno un importante influenza su questi programmi, e il presupposto che si devono «curare» i disordini della personalità al fine di prevenire la recidiva si sta ora mettendo in discussione. A dispetto dell'aumento di programmi di trattamento residenziale per delinquenti sessuali mentalmente disturbati e violenti, comunque, non vi è stata, con una o due eccezioni, nessuna crescita corrispondente nell'intensità del *follow-up* sociale dopo il rilascio.

Dal nostro punto di vista, c'è ora un grande bisogno di ricerche più basilari sul sesso e la violenza in Olanda per indirizzare i nostri sforzi di trattamento, ed anche la ricerca sull'esito e la valutazione del trattamento. C'è bisogno di più progetti di prevenzione nella società, diretti verso gli adolescenti delinquenti sessuali, e di una migliore formazione sia degli operatori della salute mentale, sia dei *probation officers*, in relazione al trattamento ed alle misure di prevenzione della recidiva. E, naturalmente, c'è bisogno di un accrescimento nelle opportunità disponibili per trattare i delinquenti sessuali, sia in carcere che dopo il loro rilascio.

Roma, 13 gennaio 1998

(*Traduzione di ANDREA BECCARINI*)

BIBLIOGRAFIA

BEUKENHORST, D.J. (1994). Geweldsdelicten in de Enquete Rechtsbesscherming en Veiligheid (Violent Crimes in Dutch National Crime Surveys). *Kwartaalbericht Rechtsbescherming en Veiligheid, 7,* p. 39-47.

BEYAERT, F.H.L. (1986). Castratie 1930-1969. (Castration 1930-1969). *Delikt en Delinkwent, 16,* p. 362-366.

BRADFORD, J.M.W. (1990); The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In W.L. marshall, D.R. Laws, & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 297-310). New York: Plenum.

BRAEKEN, D. (1988). Project seksuele voorlichting als alternatieve sanctie voor jeugdi ge daders van seksuele delicten. (Psyco-educational courses for adolescent sexual offenders). Den Haag: Rutgers Stichting.

BRUINSMA, F. (1994). *Incesthulpverlening. Diagnostiek, opvang en behandeling van incest.* (Helping incest families: Assessment and treatment). Utrecht: SWP.

BRUINSMA, F. (1995). Onderzoek en behandeling van jeugdige zedendelinquenten. (Assessment and treatment of adolescent sexual offenders). In H. Baartman (Ed.), *Op gebaande paden*. (Developments in the prevention of child sexual abuse). (pp. 80-95). Utrecht: SWP.

BULLENS, R. (1991). Groepsbehandeling van plegers van sekxueel geweld. (Group treatment of perpetrators of sexual violence). In H. Spanjaard (Ed.), *Plegers van seksueel geweld*. (perpetrators of sexual violence). (pp. 121-131). Amster dam/Rijswijk: MTSG/RINO Randstad Midden.

BURGERS, J.H. (1985). *Profiel van de verkrachter van onbekenden; een psychodynamische exploratie van een forensisch-psychiatrisch probleem.* (A profile of the stranger-rapist: A psychodynamic exploration of a forensic-psychiatric problem). Badhoevedorp: DMM/Result.

CARP, E.A.D.E. (1949). Sexuele misdadigheid. (Sexual criminality). Amsterdam: Strengholt.

COSYNS, P. (1985). Seksuele agressie. Wetenschappelijke en ethische problemen. (Sexual aggression: Scientific and ethical problems). *Tijdschrift voor Seksuologie*, 9, p. 205-211.

DAMEN, E. (1989). Seksueel geweld en behandeling; een sociologisch-emancipatorische visie. (Sexual violence and offender treatment: A sociological and emancipatorial view). *Justitiële Verkenningen*, 9, p. 113-126.

DRAIJER, N. (1988). *Sexueel misbruik van meisjes door verwanten*. (Child sexual abuse in the family). Den Haag: Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid.

DROGT, A. (1992). *Leren te begeren. Seksuele vorming als alternatieve sanctie.* (Learning to love: Sex education for adolescent sexual offenders as an alternative for judicial sanctions). delft: Eburon.

EVERAERD, W. (1984). Hulpverlening bij exhibitionisme. (Psychological treatment of exhibitionism). In J. Frenken & J. Doomen (Eds.), *Strafbare seksualiteit. Opvattingen en aanpak van politie, justitie en hulpverlening.* (Criminal sexuality: Attitudes and policies of the police, the criminal justice system and helping professionals). (pp. 160-171). Deventer: Van Loghum Slaterus.

EVERAERD, W., DEKKER, J., & COHEN-KETTENIS, P. (1990) Seksuele stoornissen en gen der-identiteitsstoornissen. (Sexual disorders and gender-identity disorders). In W. Vandereycken, C. Hoogduin & P. Emmelkamp (Eds.), *Handboek psycopathologie*, Deel 1. (Handbook of psichopatology, Volume 1). (pp. 297-319). Houten: Bohn Staffleu Van Loghum.

FELDBRUGGE, J. (1990). The Van der Hoeven Clinic, Utrecht. In R. Buglass, P. Bowden & N. Walker (Eds.), *Principles and practice of forensic psychiatry.* (pp. 100-120). London: Churchill Livingstone.

FRENKEN, J. (1984). Seksuele criminaliteit; enkele feiten en achtergonden. (Sexual criminality: some facts and determinants). In J. Frenken & J. Doomen (Eds.), *Strafbare seksualiteit. Opvattingen en aanpak van politie, justitie en hulpverlening*. (Criminal sexuality: Attitudes and policies of the police, the criminal justice system and the helping professionals). (pp. 51-82). Deventer: Van Loghum Slaterus.

FRENKEN, J. (1989). Opgelegde behandeling van incestplegers. (Court-ordered treatment of incest offenders). *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 44,* p. 759-773.

FRENKEN, J. (1994). Treatment of incest perpetrators: A five-phase model. *Child Abuse & Neglect, 18,* P. 357-365.

JACKSON, J. VAN DEN ESHOF, P. & DE KLEUVER, E. (1994). *Offender profiling in the Netherlands*. Leiden: Netherlands Institute for the study of Criminality and Law Enforcement.

KNIGHT, R.A., & PRENTKY, R.A. (1990). Classifyng sexual offenders. The development and corroboration of taxonomic models. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, Theories and treatment of the offender.* (pp. 23-52). New York: Plenum Press.

KOSS, M.P. (1992). The underdetection of rape: Methodological choises influence incidence estimates. *Journal of Social issues*, 48, pp. 61-75.

KOSS, M.P., HEISE, L. & RUSSO, N.F. (1994). The global healt burden of rape. *Psychology of Women Quarterly*, 18, pp. 509-537.

KUIPER, A.J. (1987). *Nemen van verantwoordelijkheid. Een onderzoek naar mogelijk heden en beperkingen van ambulante hulpverlening aan plegers van seksueel geweld.* (Taking responsability: A study into the possibilities and limits of outpatient treatment of sexual offenders). Den Haag: Rutgers Stichting.

KUIJPERS, A.A.M., & KRAMER, F. (1990). *De Behandeling van seksuele delinquenten in Oldenkotte.* (The treatment of sexual delinquents in Oldenkotte). Oldenkotte: Intern Rapport.

LANGELAND, W., VAN DER VLUGT, M., & DRAIJER, N. (1990). *Omvang, aard en achtergronden van seksueel misbruik van meisjes door niet verwanten*. (The incidence, nature and determinants of sexual abuse of girls by not relatives). Utrecht: Stichting tot Wetenschappelijk Onderzoek omtrent Seksualiteit en Geweld.

LANGEVIN, R. (1990). sexual anomalies and the brain. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and the treatment of the offender* (pp. 103-113). New York: Plenum Press.

LAWS, D.R. (Ed.) (1989). *Relapse Prevention with sexual offenders*. New York: Guilford.

LEEUWESTEIN, S.U. (1989). De Behandeling van agressief-seksueel gestoorde delinquenten in de Dr. S. van Mesdagkliniek. (The treatment of mentally ill violent sexual offenders in the Dr. S. van Mesdag Clinic). *Justitiele Verkenningen*, 15, pp. 76-92.

FRENKEN, J. (1995). De verkrachter bestaat niet. (heterogeneity among rapists). *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 50,* pp. 944-957.

FRENKEN, J, & VAN STOLK, B. (1987a). *Hulpverleners en incestslachtoffers*. (Helping professionals and incest victims). Deventer: Van Loghum Slaterus.

FRENKEN, J, & VAN STOLK, B. (1987b). Inzest - Eine Netwerkstudie. (A study of an incest network). *Recht und Psychiatrie*, 5, pp. 6-13.

FRENKEN, J, & VAN STOLK, B. (1990). *De behandeling van incestplegers*. (The treatment of incest offenders: A manual). Houten/Antwerpen: Bohn, Stafleu & Van Loghum.

GRUBIN, D., & GUNN, J. (1990). *The imprisoned rapist.* Internal Report Department of Forensic Psychiatry, Institute of Psychiatry, London.

GIJS, L. & GOOREN, L. (1994). Hormonale en psychofarmacologische interventies in de behandeling van parafilieen. (Hormonal and psychofarmacological interventions in the treatment of parafiliacs). *Tijdschrift voor seksuologie, 18,* pp. 56-71.

HAVEMAN, R., STAFFELEU, J. FRENKEN, J., & VAN STOLK, A. (1990). *Daders van seksueel geweld: Straffen of behandelen?* (Sexual offenders: Punishment or treatment?) Houten/Antwerpen: Bohn, stafleu & Van Loghum.

HEALT COUNCIL (1990). *Neurochirurgische behandeling van patienten met zeer ernstige psychische aandoeningen.* (Neurosurgical treatment of patientss with severe psycological disorders). The Hague: Author.

HEIM, N. (1981). sexual behavior of castrated offenders. *Archives of Sexual Behavior, 10,* pp. 11-19.

HEIM, N., & HURSCH, C. (1979). Castration for sexual offenders: Treatment or punishment? A review and critique of recent European literature. *Archivies of Sexual Behavior, 8,* pp. 281-304.

HERITAGE, R. (1992). *Facets of sexual assault: Five steps in investigation classifications.* London: University of Surrey.

HERMSEN, S. (1992). *Werkboek preventie seksueel geweld*. (Manual prevention of sexual violence). Untrecht: SWP.

LEUW, E. (1995). *Recidive na ontslag uit TBS.* (recidivism after discharge from forensic psychiatric hospitals). Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie centrum van het Ministerie van Justitie. Gouda: Quint.

MARSHALL, W.L., & BARBAREE, H.E. (1990). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.) *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender.* (pp. 363-385). New York: Plenum Press.

MARSHALL, W.L., & ECCLES, A. (1991). Issues in clinical practice with sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence,* 6, pp. 68-93.

MARSHALL, W.L., JONES, R., WARD, T. JOHNSTON, P. & BARBARRE, H.E. (1191). Treatment outcome with sexual offenders. *Clinical Psychology review, 11,* pp. 465-485.

MINISTRY OF JUSTICE (1991). *Geregistreerde criminaliteit in Nederland 1965-1990.* (Registred criminality in the Netherlands 1965-1990). The hague: centrale Directie Wetenschapsbeleid en Ontwikkeling/SIBA.

MULDER, J. (1995). Het terugvalpreventiemodel als behandelingsmethode in een forensische dagbehandelingskliniek. (Relapse prevention in an outpatient forensic clinic). *Tijdschrift voor Psychotherapie, 2,* pp. 119-133.

NETHERLANDS CENTRAL STATISTICAL OFFICE (CBS) (1195). Politie; kerncijfers. (Police: Key findings). *Kwartaalbericht rechtsbescherming en veiligheid, 2,* pp. 42-46.

RIEBER, I. & SIGUSCH, V. (1979). Psychosurgery on sexual offenders and sexual deviants in West Germany. *Archivies of Sexual Behavior, 8,* pp. 523-527.

RÖMKENS, R. (1989). *Geweld tegen vrouwen in heteroseksuele partnerrelaties.* (Violence against women in heterosexual partner relationship). Amsterdam: Stichting tot

Wetenschappelijk Onderzoek bij de universiteit van Amsterdam omtrent Seksualiteit en Geweld.

SCHMIDT, G; & SCHORSCH, E. (1981). Psychosurgery of sexually deviant patients: review and analysis of new empirical finding. *Archives of Sexual Behavior, 10,* pp. 301-321.

SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU (1994). *Sociaal en cultureel rapport 1994.* (Social and Cutural Report 1994). Rijwijk: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SPANJAARD, H. (1992). *Jongens, het kan ook anders.* (Boys, there is another way!) Utrecht: Nederlands instituut voor Zorg en Welzijn.

SPANJAARD, H., & DAMEN, E. (1991). Je moet je als dader indenken in het slachtoffer. (How to teach the offenders empathy towards his victim). *Jeugd en Samenleving, 9,* pp. 555-565.

VAN BEEK, D.J. (1989). Gedragstherapie en verkrachting. (Behavior therapy and rape). *Justitiële Verkenningen*, 15, pp. 63-75.

VAN BEEK, D.J., & BOERWINKEL, A.R. (1987, May). *Residential treatment of violent sexual offenders.* Paper presented at the 17th congress of the European Association for Behavior Therapy. Amsterdam.

VAN BEEK, D.J., & MULDER, J.R. (1992). The offense script: A motivational tool and treatment method for sexual offenders in a Dutch forensic clinic. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 36,* pp. 155-167.

VAN DEN ESHOF, P., DE KLEUVER, E. HO THAM, V., & ZWIERS, H. (1995). general profile analysis of sexual assault and rape cases. In F. Winkel, P. Friday & G. Kirchoff (Eds.), *Victimology, victimization, and victim assistance: Psychological and Legal Aspects*. Mönchen Gladbach, WSV-Academic Press.

VAN DER HEIJDEN, A. (1984). Ongewenste seksuele intimiteiten in 1983. (Sexual intimidation in 1983). *Maandstatistiek Politie, Justitie en Brandweer, 29,* pp. 8-22.

VAN DE LOO, E.L.H.M. (1988). Psychologische hulpverlening aan exhibitionisten. (Psychological treatment of exhibitionists). In M. Moors-Mommers, W. Bezemer, J/ Frenken, W. De Regt, G. Roelofs, & W. Vandereychen (Eds.), *Handboek Seksuele Hulpverlening* (Handbook of treatment of sexual problems). (pp. 311-330). Deventer: Van Loghum Slaterus.

VAN DER KWAST, S. (1963). *Incest; een orienterend onderzoek.* (Incest: An exploratory study). Meppel: Boom.

VAN DER KWAST, S. (1971). Over het gebruik van benperidol bij de behandeling van seksuele stoornissen. (The use of benperidol in the treatment of sexual disorders). *Tijdschrift voor Psychiatrie, 13,* 142-149.

VAN DER WERFF TEN BOSCH, J.J. (1973). manipulation of sexual behavior by antiandrogens. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia, 76,* pp. 147-149.

VAN DIJK, J. & MAYHEM, P. (1992). *Criminal victimization in the industrialized world. Key findings of the 1988 and 1991 International Crime Surveys*. Directorate for Crime Prevention. The Hague: Ministry of Justice.

VAN EMDE BOAS, C. (1973). Cyproteroneacetate in sexuological outpatient practice. *Psychiatria, Neurologia, Neurochirurgia, 76,* pp. 151-154.

VAN HEMMERIK, J.L. (1989). Het delictgedrag van ter beschikking gestelde seksuele delinquenten. enkele Kwantitatieve gegevens. (Offence behavior of committed sexual delinquents). *Justitiële Verkenningen, 15,* pp. 20-33.

VAN MARLE, H.J.C. (1988). Klinische psychotherapie in een justitiele inrichting. (Psychotherapy in a judicial institution). *Tijdschrift voor Psychotherapie, 14,* pp. 334-346.

VAN NAERSSEN, A. (1990). Man and boy lovers: Assessment, counseling and psychotherapy, *Journal of Homosexuality, 20,* pp. 175-188.

VAN ULZEN-WELDINK, I. (1987). Exhibitionisme en hulpverlening. (Exhibitionism and treatment). In M. Moors-Mommers, W. Bezemer, J. Frenken, W. De regt, G. Roelofs, & W. Vandereycken (Eds.), *Handboek seksuele hulpverlening.* (Handbook of treatment of sexual problems). (pp. 331-346). Deventer: Van Loghum Slaterus.

VEENHUIZEN, A.M., VAN STRIEN, D.C., & COHEN-KETTENIS, P. (1991). *The treatment of an adolescent exhibitionist with lithium carbonate and individual psychotherapy.* Paper presented at the 10th World Congress of Sexology. Amsterdam.

VERHAGEN, M.F.M. (1995). De behandeling van seksueel agressieve delinquenten in de TBS. (Cout-ordered in patient treatment of sexually aggressive delinquents in the Netherlands). *Tijdschrift voor Seksuologie, 19,* pp. 266-272.

VROEGE, J.A. (1991). *Hulpverlening bij problemen op het gebied van de seksualiteit door de RIAGG.* (Sexological counseling in outpatient mental health clinics in the Netherlands). Delft: Eburon.

WILLIAMS, L. & FINKELHOR, D. (1990). The characteristics of incestuous fathers: A review. In W.L. MArshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories and treatment of the offender.* (pp. 231-255) New York: Plenum.

WORK GROUP ON CHILD PORNOGRAPHY (1985). *Report on child pornography to the Minister of Justice.* The Hague: Staatsuitgeverij.

WIJFFELS, A.J.A.M. (1954). *Het castratievraagstuk.* (The question of castration). University of Amsterdam: Unpublished doctoral dissertation.

ZEEGERS, M. (1966). *Seksuele delinquenten; forensisch psychiatrisch onderzoek.* (Sexual delinquents; forensic psychiatric research). Amsterdam: Scheltema & Holkema.

Biografical note

JOS FRENKEN; PH. D. (this biographical statement has been sent to Robin Coan, early September this year).

LUK GIJS, M.A., is a psychologist and sexologist, and an assistant professor of clinical psychology at the Department of Clinical Psychology at Utrecht University, Utrecht, The Netherlands. he has published 45 articles and bookchapters about sexual aggressor, paraphilia and the history of sexology. He is the book review editor of the Dutch Juornal of Sexology.

DAAN VAN BEEK, M.A., is a psichologist-psychotherapist at the Forensic Psychiatric Institute «Dr. Henri van der Hoeven Clinic», Utrecht, The Netherlands. He is active as a clinician, treating sexual offenders, and as a researcher. He has published several articles and bookchapters on the treatment of sexual offender.

LEGGE 3 agosto 1998, n. 269

Norme contro lo sfruttamento della prostituzione,
della pornografia, del turismo sessuale in danno di minori,
quali nuove forme di riduzione in schiavitù
(in Gazzetta Ufficiale n. 185 del 10 agosto 1998).

Art. 1. – Modifiche al Codice Penale – 1. In adesione ai principi della Convenzione sui diritti del fanciullo, ratificata ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176, e a quanto sancito dalla dichiarazione finale sulla Conferenza mondiale di Stoccolma, adottata il 31 agosto 1996, la tutela dei fanciulli contro ogni forma di sfruttamento e violenza sessuale a salvaguardia del loro sviluppo fisico, psicologico, spirituale, morale e sociale, costituisce

obiettivo primario perseguito dall'Italia. A tal fine nella sezione I del capo III del titolo XII del libro secondo del codice penale, dopo l'articolo 600 sono inseriti gli articoli da 600-bis a 600-septies, introdotti dagli articoli 2, 3, 4, 5, 6 e 7 della presente legge.

Art. 2. – Prostituzione minorile – 1. Dopo l'articolo 600 del codice penale è inserito il seguente:

«Art. 600-bis. (Prostituzione minorile). - Chiunque induce alla prostituzione una persona di età inferiore agli anni diciotto ovvero ne favorisce o sfrutta la prostituzione è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da lire trenta milioni a lire trecento milioni.

Salvo che il fatto costituisca più grave reato, chiunque compie atti sessuali con un minore di età compresa fra i quattordici e i sedici anni, in cambio di denaro o di altra utilità economica, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni o con la multa non inferiore a lire dieci milioni. La pena è ridotta di un terzo se colui che commette il fatto è persona minore degli anni diciotto».

2. Dopo l'articolo 25 del regio decreto-legge 20 luglio 1934, n. 1404, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 maggio 1935, n. 835, è inserito il seguente:

«Art. 25-bis. (Minori che esercitano la prostituzione o vittime di reati a carattere sessuale). - 1. Il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, qualora abbia notizia che un minore degli anni diciotto esercita la prostituzione, ne dà immediata notizia alla procura della Repubblica presso il tribunale per i minorenni, che promuove i procedimenti per la tutela del minore e può proporre al tribunale per i minorenni la nomina di un curatore. Il tribunale per i minorenni adotta i provvedimenti utili all'assistenza, anche di carattere psicologico, al recupero e al reinserimento del minore. Nei casi di urgenza il tribunale per i minorenni procede d'ufficio.

2. Qualora un minore degli anni diciotto straniero, privo di assistenza

in Italia, sia vittima di uno dei delitti di cui agli articoli 600-bis, 600-ter e 601, comma 2 del codice penale, il tribunale per i minorenni adotta in via di urgenza le misure di cui al comma 1 e, prima di confermare i provvedimenti adottati nell'interesse del minore, avvalendosi degli strumenti previ-sti dalle convenzioni internazionali, prende gli opportuni accordi, tramite il Ministero degli affari esteri, con le autorità dello Stato di origine o di appartenenza».

Art. 3. – Pornografia minorile – 1. Dopo l'articolo 600-bis del codice penale, introdotto dall'articolo 2, comma 1, della presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 600-ter. (Pornografia minorile). - Chiunque sfrutta minori degli anni diciotto al fine di realizzare esibizioni pornografiche o di produrre materiale pornografico è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da lire cinquanta milioni a lire cinquecento milioni.

Alla stessa pena soggiace chi fa commercio del materiale pornografico di cui al primo comma.

Chiunque, al di fuori delle ipotesi di cui al primo e al secondo comma, con qualsiasi mezzo, anche per via telematica, distribuisce, divulga o pubblicizza il materiale pornografico di cui al primo comma ovvero distribuisce o divulga notizie o informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di minori degli anni diciotto, è punito con la reclusione da uno a cinque anni e con la multa da lire cinque milioni a lire cento milioni.

Chiunque, al di fuori delle ipotesi previste nei commi precedenti, consa-pevolmente cede ad altri, anche a titolo gratuito, materiale pornografico prodotto mediante lo sfruttamento sessuale dei minori degli anni diciotto, è pu-nito con la reclusione fino a tre anni o con la multa da lire tre milioni a lire dieci milioni».

Art. 4. – Detenzione di materiale pornografico – 1. Dopo l'articolo 600- ter del codice penale, introdotto dall'articolo 3 della presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 600-quater - (Detenzione di materiale pornografico). - Chiunque, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 600-ter, consapevolmente si procura o dispone di materiale pornografico prodotto mediante lo sfruttamento sessuale dei minori degli anni diciotto è punito con la reclusione fino a tre anni o con la multa non inferiore a lire tre milioni».

Art. 5. – Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile – 1. Dopo l'articolo 600-quater del codice penale, introdotto dall'articolo 4 della presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 600-quinquies (Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile). - Chiunque organizza o propaganda viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danno di minori o comunque comprendenti tale attività è punito con la reclusione da sei a dodici anni e con la multa da lire trenta milioni a lire trecento milioni».

Art. 6. – Circostanze aggravanti ed attenuanti – 1. Dopo l'articolo 600- quinquies del codice penale, introdotto dall'articolo 5 della presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 600-sexies. - (Circostanze aggravanti ed attenuanti). - Nei casi previsti dagli articoli 600-bis, comma 1, 600-ter, comma 1 e 600-quinquies la pena è aumentata da un terzo alla metà se il fatto è commesso in danno di minore degli anni quattordici.

Nei casi previsti dagli articoli 600-bis, comma 1 e 600-ter la pena è aumentata dalla metà a due terzi se il fatto è commesso da un ascendente, dal genitore adottivo, o dal loro coniuge o convivente, dal coniuge o affini entro il secondo grado, da parenti fino al quarto grado collaterale, dal tutore o da persona a cui il minore è stato affidato per ragioni di cura, educazione, vigilanza, custodia, lavoro, ovvero da pubblici ufficiali o incaricati di pubblico servizio nell'esercizio delle loro funzioni ovvero se il fatto è commesso in danno di minore in stato di infermità o minorazione psichica, naturale o provocata.

Nei casi previsti dagli articoli 600-bis, comma 1 e 600- ter la pena è aumentata se il fatto è commesso con violenza o minaccia.

Nei casi previsti dagli articoli 600-bis e 600-ter la pena è ridotta da un terzo alla metà per chi si adopera concretamente in modo che il minore degli anni diciotto riacquisti la propria autonomia e libertà».

Art. 7. – Pene accessorie – 1. Dopo l'articolo 600-sexies del codice penale, introdotto dall'articolo 6 della presente legge, è inserito il seguente:

«Art. 600-septies. - (Pene accessorie). - Nel caso di condanna per i delitti previsti dagli articoli 600-bis, 600- ter, 600-quater e 600- quinquies è sempre ordinata la confisca di cui all'articolo 240 ed è disposta la chiusura degli esercizi la cui attività risulti finalizzata ai delitti previsti dai predetti articoli, nonché la revoca della licenza di esercizio o della concessione o dell'autorizzazione per le emittenti radiotelevisive».

Art. 8. – Tutela delle generalità e dell'immagine del minore –1. All'articolo 734-bis del codice penale, prima delle parole; «609-bis» sono inserite le seguenti: «600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies,».

Art. 9. – Tratta di minori – 1. All'articolo 601 del codice penale è aggiunto, in fine, il seguente comma:

«Chiunque commette tratta o comunque fa commercio di minori degli anni diciotto al fine di indurli alla prostituzione è punito con la reclusione da sei a venti anni».

Art. 10. – Fatto commesso all'estero –1. L'articolo 604 del codice penale è sostituito dal seguente:

«Art. 604. - (Fatto commesso all'estero). - Le disposizioni di questa sezione, nonché quelle previste dagli articoli 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-quinquies, si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano, ovvero in danno di cittadino italiano, ovvero da cittadino straniero in concorso con cittadino italiano. In quest'ultima ipotesi il cittadino straniero è punibile quando si tratta di delitto per il quale è prevista la pena della reclusione non inferiore nel massimo a cinque anni e quando vi è stata richiesta del Ministro di grazia e giustizia».

Art. 11. – Arresto obbligatorio in flagranza – 1. All'articolo 380, comma 2, lettera d), del codice di procedura penale, dopo le parole: «articolo 600» sono inserite le seguenti: «, delitto di prostituzione minorile previsto dall'articolo 600-bis, primo comma, delitto di pornografia minorile previsto dall'art. 600-ter, commi primo e secondo, e delitto di iniziative

truristiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile previsto dall'articolo 600-quinquies».

Art. 12. – Intercettazioni – 1. All'articolo 266 del codice di procedura penale, al comma 1, dopo la lettera f), è aggiunta la seguente:

«f-bis) delitti previsti dall'articolo 600-ter, terzo comma, del codice penale».

Art. 13. – Disposizioni processuali – 1. Nell'articolo 33-bis del codice di procedura penale, introdotto dall'articolo 169 del decreto legislativo 19 febbraio 1998, n. 51, al comma 1, lettera c), dopo le parole: "578, comma 1," sono inserite le seguenti: "da 600-bis a 600-sexies puniti con la reclusione non inferiore nel massimo a cinque anni,".

2. All'articolo 190-bis del codice di procedura penale, dopo il comma 1 è aggiunto il seguente:

"1-bis. La stessa disposizione si applica quando si procede per uno dei reati previsti dagli articoli 600-bis, primo comma, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies, 609-bis, 609-ter, 609-quater, 609-quinquies e 609-octies del codice penale, se l'esame richiesto riguarda un testimone minore degli anni sedici."

3. All'articolo 392, comma 1-bis, del codice di procedura penale, dopo le parole: «Nei procedimenti per i delitti di cui agli articoli» sono inserite le seguenti: «600-bis, 600-ter, 600-quinquies».

4. All'articolo 398, comma 5-bis, del codice di procedura penale, dopo le parole: «ipotesi di reato previste dagli articoli» sono inserite le seguenti: «600-bis, 600-ter, 600-quinquies».

5. All'articolo 472, comma 3-bis, del codice di procedura penale, dopo le parole: «delitti previsti dagli articoli» sono inserite le seguenti: «600-bis, 600-ter, 600-quinquies».

6. All'articolo 498 del codice di procedura penale, dopo il comma 4, sono aggiunti i seguenti:

"4-bis. Si applicano, se una parte lo richiede ovvero se il presidente lo ritiene necessario, le modalità di cui all'articolo 398, comma 5-bis.

4-ter. Quando si procede per i reati di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater, 600-quinquies, 609-bis, 609-ter, 609-quater e 609-octies del codice penale, l'esame del minore vittima del reato viene effettuato, su richiesta sua o del suo difensore, mediante l'uso di un vetro specchio unitamente ad un impianto citofonico".

7. All'articolo 609- decies, primo comma, del codice penale, dopo le parole: «delitti previsti dagli articoli» sono inserite le seguenti: «600-bis, 600-ter, 600-quinquies».

Art. 14. – Attività di contrasto – 1. Nell'ambito delle operazioni disposte dal questore o dal responsabile di livello almeno provinciale dell'organismo di appartenenza, gli ufficiali di polizia giudiziaria delle strutture specializzate per la repressione dei delitti sessuali o per la tutela dei minori, ovvero di quelle istituite per il contrasto dei delitti di criminalità organizzata, possono, previa autorizzazione dell'autorità giudiziaria, al solo fine di acquisire elementi di prova in ordine ai delitti di cui agli articoli 600-bis, primo comma, 600-ter, commi primo, secondo e terzo e 600-quinquies del codice penale, introdotti dalla presente legge, procedere all'acquisto simulato di materiale pornografico e alle relative attività di intermediazione, nonché partecipare alle iniziative turistiche di cui all'articolo 5 della presente legge. Dell'acquisto è data immediata comunicazione all'autorità giudiziaria che può, con decreto motivato, differire il sequestro sino alla conclusione delle indagini.

2. Nell'ambito dei compiti di polizia delle telecomunicazioni, definiti con il decreto di cui all'articolo 1, comma 15 della legge 31 luglio 1997, n. 249, l'organo del Ministero dell'interno per la sicurezza e la regolarità dei servizi di telecomunicazione svolge, su richiesta dell'autorità giudiziaria, motivata a pena di nullità, le attività occorrenti per il contrasto dei delitti di cui agli articoli 600-bis, primo comma, 600-ter, commi 1, 2 e 3 e 600-quinquies del codice penale commessi mediante l'impiego di sistemi informatici o mezzi di comunicazione telematica, ovvero utilizzando reti di comunicazione disponibili al pubblico. A tal fine, il personale addetto può utilizzare indicazioni di copertura, anche per attivare siti nelle reti, realizzare o gestire aree di comunicazione o scambio su reti o sistemi telematici, ovvero partecipare ad esse. Il predetto personale specializzato effettua con le medesime finalità le attività di cui al comma 1 anche per via telematica.

3. L'autorità giudiziaria può, con decreto motivato ritardare l'emissione o disporre che sia ritardata l'esecuzione dei provvedimenti di cattura, arresto o sequestro, quando sia necessario per acquisire rilevanti elementi probatori, oppure per l'individuazione o la cattura dei responsabili dei delitti di cui agli articoli 600-bis, primo comma, 600-ter, commi 1, 2 e 3 e 600-quinquies del codice penale. Quando è identificata o identificabile la persona offesa dal reato, il provvedimento è adottato sentito il procuratore della Repubblica presso il tribunale per i minorenni nella cui circoscrizione il minorenne abitualmente dimora.

4. L'autorità giudiziaria può affidare il materiale o i beni sequestrati in applicazione della presente legge, in custodia giudiziale con facoltà d'uso, agli organi di polizia giudiziaria che ne facciano richiesta per l'impiego nelle attività di contrasto di cui al presente articolo.

Art. 15. – Accertamenti sanitari – 1. All'articolo 16, comma 1, della legge 15 febbraio 1996, n. 66, dopo le parole: «per i delitti di cui agli articoli» sono inserite le seguenti: «600-bis, secondo comma,».

Art. 16. – Comunicazioni agli utenti –1. Gli operatori turistici che organizzano viaggi collettivi o individuali in Paesi esteri hanno obbligo, per un periodo non inferiore a tre anni decorrenti dalla data di cui al comma 2, di inserire in maniera evidente nei materiali propagandistici, nei programmi o, in mancanza dei primi, nei documenti di viaggio consegnati agli utenti, nonché dei propri cataloghi generali o relativi a singole destinazioni, la seguente avvertenza:

"Comunicazione obbligatoria ai sensi dell'articolo ... della legge ... n. ... - La legge italiana punisce con la pena della reclusione i reati inerenti alla prostituzione e alla pornografia minorile, anche se gli stessi sono commessi all'estero".

2. Quanto prescritto nel comma 1 si applica con riferimento ai materiali illustrativi o pubblicitari o ai documenti utilizzati successivamente al centottantesimo giorno dopo la data di entrata in vigore della presente legge.

3. Gli operatori turistici che violano l'obbligo di cui al comma 1 sono assoggettati alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma da lire due milioni a lire dieci milioni.

Art. 17. – Attività di coordinamento –1. Sono attribuite alla Presidenza del Consiglio dei ministri, fatte salve le disposizioni della legge 28 agosto 1997, n. 285, le funzioni di coordinamento delle attività svolte da tutte le pubbliche amministrazione, relative alla prevenzione, assistenza, anche in sede legale, a tutela dei minori dallo sfruttamento sessuale e dall'abuso sessuale. Il Presidente del Consiglio dei ministri presenta ogni anno al Parlamento una relazione sull'attività svolta ai sensi del comma 3.

2. Le multe irrogate, le somme di denaro confiscate e quelle derivanti dalla vendita dei beni confiscati ai sensi della presente legge sono versate all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnate su un apposito fondo da iscrivere nello stato di previsione della Presidenza del Consiglio dei ministri e destinate, nella misura di due terzi a finanziare specifici programmi di prevenzione, assistenza e recupero psicoterapeutico dei minori degli anni diciotto vittime dei delitti di cui agli articoli 600-bis, 600-ter, 600-quater e 600-quinquies del codice penale, introdotti dagli articoli 2, comma 1, 3, 4 e 5 della presente legge. La parte residua del fondo è destinata, nei limiti delle risorse effettivamente disponibili, al recupero di coloro che, riconosciuti responsabili dei delitti previsti dagli articoli 600-bis, comma 2, 600-ter, comma 3, e 600-quater del codice penale, facciano apposita richiesta. Il Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

3. Nello svolgimento delle funzioni di cui al comma 1, la Presidenza del Consiglio dei Ministri:

a) acquisisce dati e informazioni, a livello nazionale ed internazionale, sull'attività svolta per la prevenzione e la repressione e sulle strategie di contrasto programmate o realizzate da altri Stati;

b) promuove, in collaborazione con i Ministeri della pubblica istruzione, della sanità, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica, studi, ricerche relativi agli aspetti sociali, sanitari e giudiziari dei fenomeni di sfruttamento sessuale dei minori;

c) partecipa, d'intesa con il Ministero degli affari esteri, agli organismi comunitari ed internazionali aventi compiti di tutela dei minori dallo sfruttamento sessuale.

4. Per lo svolgimento delle attività di cui ai commi 1 e 3 è autorizzata la spesa di lire cento milioni annue. Al relativo onere si fa fronte mediante corrispondente riduzione dello stanziamento iscritto, ai fini del bilancio triennale 1998-2000, nell'ambito dell'unità previsionale di base di parte corrente "Fondo speciale" dello stato di previsione del Ministero del tesoro, del bilancio e della programmazione economica per l'anno 1998, allo scopo utilizzando l'accantonamento re-lativo alla Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le variazioni di bilancio.

5. Il Ministro dell'interno, in virtù dell'accordo adottato dai Ministri di giustizia europei in data 27 settembre 1996, volto ad estendere la competenza di EUROPOL anche ai reati di sfruttamento sessuale di minori, istituisce, presso la squadra mobile di ogni questura, una unità avente il compito di condurre indagini sul territorio nella materia regolata dalla presente legge.

6. Il Ministero dell'interno istituisce altresì presso la sede centrale della questura un nucleo di polizia giudiziaria avente il compito di raccogliere tutte le informazioni relative alle indagini nella materia regolata dalla presente legge e di coordinare le sezioni analoghe esistenti negli altri Paesi europei.

7. L'unità specializzata ed il nucleo di polizia giudiziaria sono istituiti nei limiti delle strutture, dei mezzi e delle vigenti dotazioni organiche, nonché degli stanziamenti iscritti nello stato di previsione del Ministero dell'interno.

Art. 18. – Abrogazione di norme –1. All'articolo 4, numero 2), della legge 20 febbraio 1958, n. 75, e successive modificazioni, le parole: «di persona minore degli anni 21 o» sono soppresse.

Art. 19. – Entrata in vigore –1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

RACCCOMANDAZIONE N. (92) 16

del Comitato dei Ministri agli Stati Membri relativa alle

Regole Europee sulle sanzioni e misure alternative alla detenzione

adottata dal Comitato dei Ministri il 19 ottobre 1992,
nella 482° riunione dei Delegati dei Ministri.

Il Comitato dei Ministri, in virtù dell'art. 15 b dello Statuto del Consiglio d'Europa,

considerato che è nell'interesse degli Stati membri del Consiglio d'Europa stabilire principi comuni in materia penale, allo scopo di rafforzare la cooperazione internazionale in tale ambito;

constatato il considerevole sviluppo all'interno degli Stati membri del ricorso alle sanzioni e misure penali la cui esecuzione ha luogo nella comunità;

considerato che tali sanzioni e misure costituiscono mezzi importanti di lotta alla criminalità e che le stesse evitano gli effetti negativi della carcerazione;

considerato l'interesse che si attribuisce all'attuazione di norme internazionali per la creazione, l'applicazione e l'esecuzione di tali sanzioni e misure,

raccomanda ai Governi degli Stati membri di ispirarsi, nella legislazione e nella pratica, ai principi contenuti nel testo delle Regole Europee sulle sanzioni e misure alternative alla detenzione, quale risulta nell'allegato alla presente raccomandazione, in vista della loro progressiva attuazione, e di dare a questo testo la più ampia diffusione possibile.

ALLEGATO
ALLA RACCOMANDAZIONE

N° R (92) 16

PREAMBOLO

Le presenti regole hanno lo scopo di:

a. stabilire un insieme di norme che permettano ai legislatori nazionali ed agli operatori coinvolti, alle Autorità preposte alla decisione o agli organi incaricati dell'esecuzione, di assicurare un'applicazione giusta ed efficace delle sanzioni e misure alternative alla detenzione. Tale applicazione deve mirare alla conservazione di un equilibrio necessario ed auspicabile tra, da una parte, le esigenze di difesa della società, nel suo duplice aspetto di protezione dell'ordine pubblico e di applicazione di norme che tendano a riparare il danno causato alla vittima, e dall'altra, il tenere in debito conto le necessità del reo in termini di reinserimento sociale;

b. fornire agli Stati membri dei criteri di base destinati ad integrare la creazione ed il ricorso alle sanzioni e misure alternative alla detenzione, con le garanzie contro il rischio di ledere i diritti fondamentali di coloro che delinquono, a cui le stesse sono applicate. Allo stesso modo occorre vigilare affinchè l'applicazione di queste sanzioni o misure non conduca ad abusi che si traducano, ad esempio, in azioni a scapito di alcuni gruppi sociali.

Anche i vantaggi e gli svantaggi sociali, oltre ai rischi potenziali che emergono o possono emergere da tali sanzioni o misure devono essere esaminati accuratamente. Il semplice fatto che sia perseguito lo scopo della sostituzione della carcerazione non potrebbe giustificare il ricorso ad un qualsiasi tipo di misura o modalità di esecuzione;

c. proporre al personale incaricato di fare eseguire le sanzioni o le misure alternative alla detenzione, e a tutti coloro che in ciò sono coinvolti, delle regole di condotta chiare, al fine di assicurarsi che tale esecuzione sia conforme alle condizioni e agli obblighi imposti, e conferire così una completa credibilità alle sanzioni e alle misure. Ciò non significa che l'esecuzione debba essere concepita in maniera rigida e formale. Al contrario deve essere realizzata con un'attenzione costante all' individualizzazione, cioè in modo adeguato ai fatti commessi, alla risposta penale, alla personalità e alle inclinazioni del soggetto. E il fatto di poter fare riferimento ad un regolamento stabilito a livello internazionale dovrebbe favorire gli scambi di esperienze, in particolare nell'ambito dei metodi di lavoro.

Non si potrebbe sottolineare troppo il fatto che le sanzioni e le misure alternative alla detenzione, quali sono previste nell'insieme di queste regole, presentino una utilità reale, sia per il reo che per la comunità, poichè colui che delinque può continuare a fare le proprie scelte e ad assumersi le proprie responsabilità sociali. E l'esecuzione delle sanzioni penali all'interno della comunità piuttosto che un meccanismo di messa al bando può offrire, a lungo termine, una migliore protezione della società, salvaguardando naturalmente gli interessi della o delle vittime.

Anche il provvedimento e l'esecuzione delle sanzioni e delle misure alternative devono essere guidati da tali considerazioni, al pari che dall'obiettivo essenziale di considerare il reo come un essere umano, degno di rispetto e responsabile.

Intese in parallelo alle Regole Penitenziarie Europee del 1987, le presenti regole non potrebbero essere considerate come regole-tipo. Esse rappresentano, piuttosto, un insieme di esigenze suscettibili di essere comunemente accolte e osservate; e non si potrebbe ottenere una soddisfacente applicazione delle sanzioni o delle misure alternative alla detenzione senza il rispetto di tali esigenze.

In forza dell' esperienza e della visione globale della situazione negli Stati Membri, il Consiglio d'Europa si trova nella possibilità di vigilare a che tali norme guidino e aiutino coloro che stabiliscono le disposizioni normative nazionali e coloro che le applicano in ciascun Paese.

Le disposizioni delle presenti regole si applicano alle sanzioni o alle misure, così come definite nel glossario, la cui esecuzione si attua nella comunità, ivi comprese le misure che consistono nell'esecuzione di una condanna alla reclusione all'esterno di un istituto penitenziario.

Sono esclusi comunque da tale normativa i provvedimenti specifici riguardanti i minori.

PRIMA PARTE

Principi Fondamentali

Regola 1 – Le presenti regole devono essere applicate in modo imparziale.

Regola 2 – Le definizioni dei termini contenute nel glossario, che figurano nell'allegato, devono essere considerate come parte integrante delle regole.

CAPITOLO I
Quadro normativo

Regola 3 – La definizione, l'adozione e l'applicazione delle sanzioni e delle misure alternative alla detenzione devono essere previste da disposizioni di legge.

Regola 4 – Le condizioni e gli obblighi delle sanzioni e delle misure alternative alla detenzione, che sono stabilite dall'autorità competente, devono essere definiti da disposizioni normative chiare ed esplicite, così come le conseguenze che potrebbero derivare dal mancato rispetto di tali condizioni ed obblighi.

Regola 5 – Nessuna sanzione o misura alternativa alla detenzione deve essere di durata indeterminata.

La durata delle sanzioni e misure alternative alla detenzione deve essere fissata dall'autorità incaricata di emettere il provvedimento, nei limiti previsti dalle disposizioni di legge in vigore.

Regola 6 – La natura e la durata delle sanzioni e misure alternative alla detenzione devono al tempo stesso essere proporzionate alla gravità dell'infrazione per la quale un soggetto è stato condannato, o per la quale una persona viene accusata, e tener conto della sua situazione personale.

Regola 7 – Le autorità incaricate dell'esecuzione delle sanzioni e delle misure alternative alla detenzione devono essere previste con disposizioni di legge.

Gli obblighi e le responsabilità di detta autorità debbono parimenti essere previste da disposizioni di legge.

Regola 8 – I poteri delle autorità incaricate dell'esecuzione di stabilire i metodi dell'esecuzione, di delegare all'occorrenza le proprie prerogative a terzi o, ancora, di prendere accordi in vista di tale esecuzione con il soggetto stesso, con autorità diverse o con terzi, devono essere previsti da disposizioni di legge.

Regola 9 – L'arresto e il ricorso alla carcerazione durante l'esecuzione di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione, quando il reo non rispetti le condizioni o gli obblighi imposti, devono essere previsti da disposizioni di legge.

Regola 10 – La legge non deve contenere disposizioni che prevedano la conversione automatica in carcerazione di una sanzione o misura alternativa alla detenzione in caso di mancato rispetto delle condizioni o degli obblighi imposti da tale sanzione o misura.

Regola 11 – Il controllo regolare ed esterno dell' attività delle autorità incaricate dell'esecuzione dovrebbe essere previsto da disposizioni di legge.

Tale controllo deve essere effettuato da persone qualificate ed esperte.

CAPITOLO II
Garanzie giudiziarie e procedure di ricorso

Regola 12 – La decisione relativa all' applicazione o alla revoca di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione, anche se adottata prima che sia stata stabilita la pena, deve essere presa da un'autorità giudiziaria.

Regola 13 – Il reo deve avere il diritto di presentare un ricorso innanzi ad un'autorità di decisione di grado superiore contro il provvedimento che gli impone una sanzione o una misura alternativa alla detenzione, che modifichi o revochi una di tali sanzioni o misure.

Regola 14 – In relazione ad ogni decisione concernente l'esecuzione di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione deve essere prevista la possibilità di appello innanzi all'autorità giudiziaria, qualora il condannato intenda lamentare che una restrizione della propria libertà o la decisione stessa è illegale, o contraria al contenuto della sanzione o misura impostagli.

Regola 15 – Una procedura di ricorso deve essere messa a disposizione del reo che intenda appellarsi contro una decisione relativa all'esecuzione di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione, presa dall'autorità incaricata di tale esecuzione o contro la mancata decisione di quest'ultima.

Regola 16 – La procedura relativa alla presentazione del ricorso dovrà essere semplice. Il ricorso dovrà essere esaminato rapidamente e concluso nel minor tempo possibile.

Regola 17 – L'autorità o l'organo incaricato di esaminare il ricorso dovrà ottenere tutte le informazioni necessarie per prendere una decisione. A tale riguardo dovrà essere esaminata accuratamente l'opportunità di ascoltare colui che ha presentato ricorso personalmente, specie se questi lo richiede.

Regola 18 – La decisione motivata dell'autorità o dell'organo incaricato di esaminare il ricorso deve essere comunicata, per iscritto, al soggetto che fa ricorso e all' autorità incaricata dell'esecuzione.

Regola 19 – Non può essere rifiutato al reo di farsi assistere da una persona di sua scelta, o all'occorrenza, da un difensore d'ufficio ,se tale assistenza è prevista dalla legge, quando questi desideri esercitare un diritto di ricorso contro una decisione relativa all' applicazione, alla modifica o alla revoca di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione o contro una decisione relativa all'esecuzione di una tale sanzione o misura.

CAPITOLO III
Rispetto dei diritti fondamentali

Regola 20 – Non dovrà esservi alcuna discriminazione nell'applicazione e nell'esecuzione delle sanzioni e delle misure alternative alla detenzione per motivi di razza, di colore, di origine etnica, di nazionalità, di sesso, di lingua, di religione, di opinione politica o qualsiasi altra opinione, di situazione economica, sociale o altra, di condizione fisica o mentale.

Regola 21 – Nessuna sanzione o misura alternativa alla detenzione che limiti i diritti civili o politici del reo deve essere stabilita o applicata se ciò è contrario alle norme accettate dalla comunità internazionale relative ai diritti umani e alle libertà fondamentali. Tali diritti non potrebbero essere limitati all'atto dell'esecuzione delle sanzioni o misure alternative alla detenzione in proporzione maggiore di quanto non derivi normalmente dal provvedimento che applica questa sanzione o misura.

Regola 22 – La natura delle sanzioni e misure alternative alla detenzione ed il modo in cui esse vengono attuate devono essere in linea con tutti i diritti umani del reo garantiti a livello internazionale.

Regola 23 – La natura, il contenuto ed i metodi di esecuzione delle sanzioni e misure alternative alla detenzione non devono mettere a rischio la vita privata o la dignità del reo o della sua famiglia, né provocare uno stato di stress. Allo stesso modo non devono intaccare il rispetto di sé, i legami familiari e con la comunità e la possibilità degli autori di reato di essere parte integrante della società. Dovranno essere adottate delle misure di tutela per la loro protezione da ogni attacco, curiosità o pubblicità inopportuni.

Regola 24 – Tutte le direttive impartite dall'autorità di esecuzione, ed in particolare, quelle riguardanti le esigenze di controllo, devono essere concrete, precise e limitate a ciò che è necessario all'effettiva esecuzione della sanzione o della misura.

Regola 25 – Una sanzione o una misura alternativa alla detenzione non deve mai comportare un trattamento o una tecnica terapeutica o psicologica non conforme alle norme etiche riconosciute a livello internazionale.

Regola 26 – La natura, il contenuto ed i metodi di esecuzione di una sanzione o misura alternativa non devono comportare indebiti rischi di danno fisico o mentale.

Regola 27 – Le sanzioni e le misure alternative alla detenzione dovranno essere eseguite in modo che non sia aggravato il loro carattere afflittivo.

Regola 28 – Il diritto ai benefici del sistema di sicurezza sociale esistente non deve essere limitato dall'applicazione o dall'esecuzione di una sanzione o misura alternativa alla detenzione.

Regola 29 – Quando esistono delle disposizioni che permettono ad organizzazioni o a singoli individui, operanti nell'ambito della comunità, di fornire, in modo remunerato, un aiuto all'autorità di esecuzione, sotto forma di appropriate attività di presa in carico, è a tale autorità che spetta la responsabilità di controllare a che i servizi proposti siano conformi alle esigenze delle presenti regole. Essa deve stabilire le misure da adottare quando ritiene che l'aiuto così fornito non sia conforme a tali esigenze. L'autorità di esecuzione deve inoltre decidere i provvedimenti da adottare qualora le attività di presa in carico rivelino che il reo non ha soddisfatto una condizione o un obbligo impostogli, o anche una direttiva volta all'esecuzione della sanzione o misura alternativa che gli è stata imposta.

CAPITOLO IV
Collaborazione e consenso del reo

Regola 30 – L'applicazione e l'esecuzione delle sanzioni e delle misure alternative alla detenzione devono perseguire lo scopo di sviluppare in chi ha commesso un reato il senso delle proprie responsabilità nei confronti della società e, in particolare, nei confronti della o delle vittime.

Regola 31 – Una sanzione o misura alternativa alla detenzione non deve essere applicata se non nel caso in cui si sia accertato che le condizioni o gli obblighi sono appropriati al reo e vi sia la sua volontà di cooperare e di rispettarli.

Regola 32 – Tutte le condizioni e gli obblighi che deve osservare chi è destinatario di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione, devono essere determinati tenendo conto sia delle sue necessità personali che hanno un rapporto con l'esecuzione, delle sue possibilità e dei suoi diritti, sia delle sue responsabilità sociali.

Regola 33 – Indipendentemente dal documento che formalizza la sanzione o la misura alternativa alla detenzione, il reo deve, prima di iniziarne l'esecuzione, essere informato, all'occorrenza per iscritto, in maniera chiara o nella lingua che egli comprende, della natura

di tale sanzione o misura e dello scopo perseguito, oltre che delle condizioni o degli obblighi da rispettare.

Regola 34 – Dato che l'esecuzione in concreto di una sanzione o misura alternativa alla detenzione deve essere prevista in modo tale da ottenere la cooperazione del reo e da fargli comprendere la sanzione come una reazione equa e ragionevole all'infrazione commessa, questi dovrebbe per quanto possibile partecipare al processo decisionale nell'ambito della sua applicazione.

Regola 35 – Si dovrebbe ricevere il consenso dell'accusato per l'applicazione di ogni misura alternativa alla detenzione prima del processo oppure all'atto della decisione sulla sanzione.

Regola 36 – Qualora sia richiesto il consenso del reo, esso deve essere dato in modo chiaro ed esplicito.

Tale consenso non può avere come conseguenza di privare il reo di uno qualsiasi dei suoi diritti fondamentali.

SECONDA PARTE
Risorse umane e finanziarie

CAPITOLO V
Operatori professionali

Regola 37 – Ai fini del reclutamento, della selezione e della promozione degli operatori professionali incaricati dell'esecuzione, nessuno può essere oggetto di discriminazione fondata sulla razza, il colore, il sesso, la lingua, la religione, le opinioni politiche o di altro tipo, origine nazionale, etnica o sociale, le condizioni economiche, la nascita o qualsiasi altro motivo.

Il reclutamento e la selezione dovrebbero tener conto delle specifiche azioni da compiere in favore di particolari categorie di persone, così come della diversità dei rei che saranno loro affidati.

Regola 38 – Il personale incaricato dell'esecuzione dovrà essere in numero sufficiente per assolvere effettivamente agli svariati compiti di sua competenza. Esso dovrà avere le qualità di carattere e la qualificazione professionale necessarie all'esercizio delle funzioni.

Norme e politiche dovranno essere definite, affinchè il numero e la qualità del personale corrispondano alla quantità di lavoro, così come alla qualificazione e all'esperienza professionale specifica richieste.

Regola 39 – Il personale incaricato dell'esecuzione dovrà ricevere una 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.

Regola 40 – Gli operatori professionali dovranno essere nominati secondo condizioni giuridiche, finanziarie e di durata del servizio che garantiscano continuità di azione, permettano di sviluppare il senso di responsabilità, ed assicurino condizioni di lavoro uguale a quello di altri operatori professionali che esercitano funzioni equivalenti.

Regola 41 – Gli operatori professionali dovranno essere responsabili nei confronti dell'autorità dell'esecuzione prevista dalla legge. Tale autorità deve stabilire i doveri, i diritti e le responsabilità del personale e le necessarie disposizioni per controllarne l'attività e per valutarne l'efficacia professionale.

CAPITOLO VI
Risorse finanziarie

Regola 42 – Le autorità dell'esecuzione devono disporre di risorse finanziarie adeguate assegnate su fondi pubblici. Un contributo finanziario o di altro tipo può essere fornito da terzi, ma l'autorità dell'esecuzione non dovrà mai dipendere finanziariamente da tali contributi.

Regola 43 – Nel caso in cui le autorità dell'esecuzione dispongano del contributo finanziario di terzi, delle regole dovranno definire le procedure da seguire, le persone investite di specifiche responsabilità in questa materia e le modalità di controllo dell'utilizzo dei fondi.

Capitolo VII
Coinvolgimento e partecipazione della comunità

Regola 44 – Si devono diffondere informazioni appropriate sulla natura ed il contenuto delle sanzioni e misure alternative alla detenzione, nonchè sulle modalità della loro esecuzione, affinchè l'opinione pubblica, in particolare i privati, e le organizzazioni e i servizi pubblici e privati che si occupano dell'esecuzione di tali sanzioni e misure, possano comprenderne i fondamenti e considerarle come delle risposte adeguate e credibili ai comportamenti delinquenziali.

Regola 45 – L'intervento delle autorità incaricate dell'esecuzione delle sanzioni e misure alternative alla detenzione deve alternarsi con tutte le risorse utili esistenti nella comunità esterna, allo scopo di procurare a tali autorità i mezzi adatti per rispondere alle necessità dei rei e sostenere i loro diritti. A tale scopo si dovrà ugualmente ricorrere il più possibile alla partecipazione di organizzazioni e di persone singole della comunità esterna.

Regola 46 – La partecipazione della comunità esterna deve essere utilizzata al fine di permettere a coloro che delinquono di sviluppare dei legami reali con la comunità, di renderli consapevoli dell'interesse che la comunità testimonia loro, nonchè al fine di ampliare le loro possibilità di contatto e di sostegno.

Regola 47 – La partecipazione della comunità deve esprimersi sotto forma di accordo, concluso con l'autorità dell'esecuzione, che stabilisca in particolare la natura e le modalità dei compiti da assolvere.

Regola 48 – La presa in carico non può essere assunta dalle organizzazioni o dai singoli nella comunità esterna che se ciò è previsto da disposizioni di legge o stabilito dalle autorità responsabili dell'applicazione o dell'esecuzione delle sanzioni o misure alternative alla detenzione.

Regola 49 – Il ricorso a persone singole nella comunità non può essere considerato come sostituzione del lavoro che dovrebbe essere svolto dagli operatori professionali.

Regola 50 – Le autorità dell'esecuzione devono stabilire delle norme e delle procedure di selezione dei privati,
e di informazione riguardo ai loro compiti, alle loro responsabilità, ai limiti delle loro competenze, alle persone cui devono riferire e ad ogni altro elemento utile.

Regola 51 – Le persone che operano nella comunità esterna devono essere guidate, per quanto possibile, dagli operatori professionali e messe in condizione di assolvere i compiti

che corrispondono alle loro capacità. e alle loro possibilità. Dovrà essere assicurata, in caso di bisogno,una formazione adeguata.

Regola 52 – Le organizzazioni locali e i singoli che operano nella comunità esterna sono tenuti al segreto professionale.

Regola 53 – Nell'esercizio delle proprie funzioni i privati devono essere coperti da un'assicurazione contro gli incidenti ed i danni causati da terzi nonché per la resposabilità civile.
Le spese necessarie al loro lavoro devono essere loro rimborsate.

Regola 54 – Le organizzazioni locali così come i privati devono essere sentiti in merito a questioni di ordine generale relative alle loro competenze, così come in merito a questioni che riguardano singoli casi, e devono disporre di tutte le notizie di ritorno.

TERZA PARTE
Gestione delle sanzioni e delle misure

CAPITOLO VIII
Condizioni di esecuzione

Regola 55 – L'esecuzione delle sanzioni e delle misure alternative alla detenzione dovrà essere concepita in modo
tale che esse abbiano il massimo significato per il reo e che contribuiscano allo sviluppo personale e sociale dello stesso, allo scopo di permettere il suo reinserimento sociale. I metodi di presa in carico e di controllo dovranno perseguire tali obiettivi.

Regola 56 – Ogni parere comunicato al tribunale o al pubblico ministero relativo all'istruzione, all'applicazione o all'esecuzione di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione non può essere fornito che dagli operatori professionali o da una organizzazione prevista dalla legge, oppure per il tramite di un rappresentante degli operatori professionali.

Regola 57 – L'autorità dell'esecuzione deve assicurarsi che le informazioni relative ai diritti di coloro che sono oggetto di sanzioni e di misure alternative alla detenzione siano messe a loro disposizione, così come un aiuto per l'esercizio di tali diritti. Gli operatori professionali, le organizzazioni locali ed i privati devono essere informati di tali disposizioni.

Regola 58 – Il reo deve avere il diritto di fare delle osservazioni verbali o scritte prima di ogni decisione che riguardi l'esecuzione di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione.
L'autorità dell'esecuzione deve garantire al reo la possibilità di entrare in contatto entro il più breve tempo possibile con l'operatore che esercita funzioni di responsabilità, in caso di conflitto o di crisi.

Regola 59 – L'autorità dell'esecuzione deve ricevere ed esaminare con cura i reclami formulati dal reo relativi all'esecuzione della sanzione o della misura di cui è oggetto. Questa deve inoltre esaminare con la massima attenzione la richiesta del reo tesa a sostituire la persona che lo ha in carico o di qualsiasi altra persona che ha una responsabilità nei suoi confronti.

Regola 60 – L'autorità incaricata dell'esecuzione istruisce un fascicolo personale per ciascun soggetto. Tale fascicolo deve essere aggiornato continuamente, in particolare affinchè sia possibile rilevare ogni rapporto utile riguardo l'osservanza, da parte del reo, delle condizioni o degli obblighi che gli sono imposti a titolo di sanzione o misura.

Regola 61 – Le informazioni contenute nel fascicolo personale non dovranno riguardare che gli aspetti relativi alla sanzione o alla misura disposta e alla sua attuazione. Esse, inoltre, dovranno essere il più obiettive e affidabili possibile.

Regola 62 – Il reo o una persona che agisca a suo nome deve avere accesso al suo fascicolo personale, a condizione che non sia messo a repentaglio il rispetto dalla vita privata altrui. Il reo dovrà avere il diritto di contestare il contenuto del fascicolo. L'oggetto della contestazione dovrà essere riportato nel fascicolo.

Regola 63 – La persona che ha in carico un reo deve di norma informarlo del contenuto del fascicolo e dei rapporti che ha redatto e spiegargliene il significato.

Regola 64 – Le informazioni che figurano nel fascicolo personale non saranno rese note che alle persone aventi diritto di accedervi. Le informazioni comunque diffuse, si limiteranno a quanto è necessario all'autorità che le richiede per assolvere al proprio compito.

Regola 65 – Una volta che l'esecuzione della sanzione o della misura sia terminata, i fascicoli in possesso dell'autorità dell'esecuzione dovranno essere distrutti o archiviati, secondo una regolamentazione che prevede delle garanzie per quanto attiene alla diffusione del loro contenuto a terzi. Ciò non potrà avvenire prima che siano esauriti gli effetti giuridici della sanzione o della misura, nè oltre il periodo di tempo stabilito dalla legge in vigore.

Regola 66 – La natura e la quantità delle informazioni sui rei che vengono fornite agli organismi che si occupano del loro impiego professionale o forniscono loro un aiuto sia a livello personale che sociale, saranno determinate e limitate dalla finalità della particolare azione condotta con il reo e limitata a tale oggetto. Ne saranno in particolare escluse, salvo accordo espresso del reo, di ciò informato, tutte le informazioni sul reato e sui suoi precedenti, così come ogni altra informazione che possa essergli socialmente sfavorevole o costituire un'ingerenza nella sua vita privata.

Regola 67 – I compiti affidati ai rei che effettuano un lavoro di pubblica utilità non devono essere privi d' interesse, ma essere socialmente utili e significativi e devono permettere loro di sviluppare per quanto possibile, le proprie attitudini. Tali lavori non devono essere svolti con un fine di lucro per una qualsivoglia impresa.

Regola 68 – Le condizioni di lavoro e di impiego dei soggetti che svolgono lavori di pubblica utilità dovranno essere conformi alla legislazione in materia di sanità e di sicurezza. Essi dovranno essere assicurati contro gli infortuni ed i danni che possano verificarsi durante tale attività così come in materia di responsabilità civile.

Regola 69 – Le spese dell'esecuzione non devono, in linea di massima, essere a carico del reo.

CAPITOLO IX
Metodi di lavoro

Regola 70 – L'esecuzione delle sanzioni e delle misure alternative alla detenzione deve basarsi sulla gestione di programmi individualizzati e lo sviluppo di appropriati rapporti di lavoro tra il reo, la persona che lo ha in carico e tutte le altre organizzazioni locali o persone singole appartenenti alla comunità.

Regola 71 – I metodi di lavoro adottati per dare esecuzione alle sanzioni e alle misure alternative alla detenzione saranno individualizzati. Le autorità e gli operatori dell esecuzione disporranno a tale scopo di facoltà sufficienti affinchè ciò possa avvenire senza che si verifichino gravi disparità di trattamento.

Regola 72 – Quando è individuato un singolo bisogno utile all'esecuzione della sanzione o della misura, deve essere fornito un sostegno personale, sociale o materiale di sicuro livello qualitativo.

Regola 73 – Le direttive che può emettere l'autorità incaricata dell'esecuzione della decisione che impone la sanzione o la misura alternativa devono essere pratiche e precise. Esse non devono imporre al reo impegni maggiori di quelli derivanti da tale decisione.

Regola 74 – Le attività di controllo verranno esercitate unicamente nei limiti in cui sono necessarie per una rigorosa esecuzione della sanzione o della misura alternativa alla detenzione e saranno fondate sul principio del minimo intervento. Esse saranno proporzionate a tale sanzione o misura e limitate agli scopi loro assegnati.

Regola 75 – Le autorità dell'esecuzione devono ricorrere a metodi di lavoro che richiamino tecniche professionali sicure. Tali metodi devono essere aggiornati tenendo conto degli sviluppi della ricerca, del lavoro sociale e di tutti gli altri campi di attività interessati.

CAPITOLO X
Sviluppo delle sanzioni o misure e conseguenze delle inadempienze

Regola 76 – All'inizio dell'esecuzione di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione il reo deve ricevere delucidazioni sul contenuto della misura e su ciò che ci si attende da lui. Egli deve ugualmente essere informato delle conseguenze del mancato rispetto delle condizioni e degli obblighi contenuti nel provvedimento, nonchè delle norme in applicazione delle quali egli potrà essere rinviato davanti all'autorità decidente a seguito dell'inadempienza o dell'inadeguata esecuzione della sanzione o della misura alternativa.

Regola 77 – L'autorità di esecuzione deve definire con chiarezza le procedure che il suo personale deve applicare nei riguardi sia del reo che dell'autorità che ha emesso il provvedimento nell'ipotesi di inadempienza o di inadeguata esecuzione da parte del reo delle condizioni o degli obblighi che gli sono imposti.

Regola 78 – Le piccole inosservanze alle direttive stabilite dall'autorità di esecuzione o alle condizioni o agli obblighi che non comportino il ricorso al procedimento di revoca della sanzione o della misura alternativa, devono essere regolate sollecitamente nell'ambito del potere discrezionale di detta autorità o, se necessario, attraverso un procedimento amministrativo.

Regola 79 – Ogni colloquio nel quadro di un procedimento amministrativo concernente le infrazioni minori deve lasciare al reo la possibilità di fornire spiegazioni. Il contenuto di tale colloquio e di ogni altra attività di indagine deve risultare nel fascicolo personale ed essere comunicato senza ritardi ed in modo chiaro al reo.

Regola 80 – Ogni significativa inosservanza delle condizioni o degli obblighi stabiliti da una sanzione o misura alternativa alla detenzione deve essere segnalata senza indugio per iscritto dall'autorità di esecuzione all'autorità che ha emesso il provvedimento.

Regola 81 – Ciascun rapporto scritto sull' inosservanza delle condizioni o degli obblighi della sanzione o della misura alternativa dovrà contenere delle informazioni obiettive e dettagliate sul modo in cui si è prodotta l'inosservanza e le relative circostanze.

Regola 82 – Non può essere presa alcuna decisione da parte dell'autorità decidente riguardo alla modifica o alla revoca parziale o totale di una sanzione o misura alternativa alla detenzione se non dopo un esame dettagliato dei fatti oggetto del rapporto da parte dell'autorità dell'esecuzione.

Regola 83 – Prima di decidere sulla modifica o sulla revoca parziale o totale di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione, l'autorità di decisione dovrà assicurarsi che il reo abbia avuto l'opportunità di esaminare i documenti sui quali si basa la richiesta di modifica o di revoca, e che il medesimo sia stato posto in grado di far conoscere le proprie osservazioni sulla eventuale violazione di qualsivoglia condizione o obbligo imposto.

Regola 84 – Il mancato rispetto delle condizioni o degli obblighi stabiliti da una sanzione o da una misura alternativa alla detenzione che può portare in base alla legislazione vigente alla modifica o alla revoca parziale o totale della sanzione o misura non deve costituire di per sè un reato.

Regola 85 – Quando si prospetta la revoca di una sanzione o misura alternativa alla detenzione si dovrà tener conto del modo e della misura in cui le condizioni e gli obblighi stabiliti con tale sanzione o misura sono stati rispettati dal reo.

Regola 86 – La decisione di revocare una sanzione o una misura alternativa alla detenzione non deve necessariamente sfociare nell'applicazione di una pena detentiva.

Regola 87 – Qualsiasi condizione o obbligo stabilito con una sanzione o con una misura alternativa alla detenzione dovrebbe poter essere modificato dall'autorità di decisione nell'ambito della normativa vigente, in funzione dei progressi compiuti dal reo.

Regola 88 – L'autorità che ha emesso il provvedimento dovrebbe poter porre fine prima del termine stabilito ad una sanzione o ad una misura alternativa alla detenzione allorchè venga stabilito che il reo ha rispettato le condizioni e gli obblighi previsti, e che pertanto non sussiste più la necessità di mantenerle al fine di perseguire lo scopo che tale sanzione o misura si prefiggeva.

CAPITOLO XI
Ricerca e valutazione del funzionamento delle sanzioni e delle misure alternative alla detenzione

Regola 89 – La ricerca sulle sanzioni e sulle misure alternative alla detenzione deve essere incoraggiata.Tali sanzioni e misure dovrebbero essere valutate con regolarità.

Regola 90 – La valutazione delle sanzioni e delle misure alternative alla detenzione dovrebbe comportare, senza comunque limitarsi a ciò, l'accertamento della misura in cui il loro utilizzo:

– risponde alle aspettative delle autorità che definiscono i provvedimenti delle autorità giudiziarie, delle autorità di decisione, delle autorità di esecuzione, e della società, con riguardo alle finalità assegnate a queste sanzioni e misure;
– contribuisce a far diminuire il tasso d'incarcerazione;
– permette di rispondere ai bisogni di coloro che delinquono in rapporto al loro reato;
– è positivo in termini di rendimento;
– contribuisce alla riduzione della delinquenza.

ALLEGATO

Glossario

1. **Sanzioni e misure alternative alla detenzione**
   Il concetto «sanzioni e misure alternative alla detenzione» si riferisce a sanzioni e misure che mantengono il reo nella comunità e che implicano una certa restrizione della sua libertà attraverso l'imposizione di condizioni e/o di obblighi, e che sono eseguite da organismi previsti dalle disposizioni di legge in vigore.
   Tale concetto indica le sanzioni stabilite da un tribunale o da un giudice e le misure prese prima della decisione che applica la sanzione o al posto di una tale decisione, così come quelle che consistono in una modalità di esecuzione di una pena detentiva all'esterno di un istituto penitenziario.
   Nonostante le sanzioni pecuniarie non siano comprese in tale definizione ogni attività di presa in carico o di controllo intrapresa per assicurare la loro esecuzione rientra nell'ambito delle regole.

2. **Disposizioni di legge**
   Per disposizioni di legge si deve intendere sia la legge votata dal Parlamento che i decreti (o le ordinanze) adottate e pubblicate dal Governo per l'applicazione della legge.
3. **Autorità giudiziaria**
   Nell'ambito delle presenti norme, il termine «autorità giudiziaria» indica un tribunale, un giudice o un procuratore.

4. **Autorità di decisione**
   Il termine «autorità di decisione» indica ogni autorità giudiziaria abilitata da disposizioni di legge in vigore, ad applicare o revocare una sanzione o una misura alternativa alla detenzione, o a modificare le sue condizioni e obblighi, così come qualunque altro organismo ugualmente a ciò abilitato.
   Il concetto di «autorità di decisione» è più ampio di quello di" autorità giudiziaria".

5. **Autorità di esecuzione**
   Per «autorità di esecuzione» si intende ogni organismo abilitato e responsabile in prima persona dell'esecuzione, in concreto, di una sanzione o di una misura alternativa alla detenzione.
   In numerosi Paesi è il servizio di «probation» che ricopre tale ruolo.

6. **Esecuzione e applicazione**
   Per «esecuzione» (o messa in atto) si intendono gli aspetti pratici del lavoro dell'autorità di esecuzione per assicurarsi che una sanzione o una misura alternativa alla detenzione sia ben attuata.
   Per «applicazione» si intende sia l'imposizione che l'esecuzione di una sanzione o misura alternativa alla detenzione.
   Il secondo termine ha un senso più ampio del primo.

7. **Condizioni ed obblighi**
   Per «condizioni e obblighi» si intendono tutte le prescrizioni che sono parte integrante della sanzione o della misura imposta dall'autorità di decisione.

8. **Ricorsi**
   Il termine «ricorso» indica sia l'appello davanti ad un'autorità giudiziaria che il deposito di un reclamo innanzi ad un'autorità amministrativa.

9. **Presa in carico**
   Il termine «presa in carico» riguarda sia le attività di aiuto esercitate da un'autorità dell'esecuzione, o altra da questa delegata al fine di tenere il reo nella comunità, sia le attività miranti ad assicurare che il reo rispetti tutte le condizioni o gli obblighi impostigli.

10. **Controllo**

Il termine «controllo» indica le attività che consistono solamente nel verificare che tutte le condizioni e tutti gli obblighi imposti siano rispettati, così come le attività che consistono nell'assicurarne il rispetto attraverso il ricorso o la minaccia del ricorso alle procedure applicabili in caso di mancato rispetto.

La nozione di controllo è più ristretta di quella di presa in carico.

11. Reo (Delinquente)

Unicamente per questioni di sintesi, il termine «reo» deve essere interpretato come termine da applicare sia ad una persona accusata che ad una condannata.

12. Partecipazione comunitaria

Il termine «partecipazione comunitaria» comprende tutte le forme di aiuto, remunerato o no, esercitato a tempo pieno, parziale o discontinuo e proposto all'autorità dell'esecuzione da parte di organizzazioni pubbliche o private e da singoli individui.

13. Genere

Per questioni di sintesi è utilizzato solo il genere maschile nelle presenti regole. Il genere femminile deve essere considerato come sottinteso.

14. Tempo dei verbi

Le disposizioni nelle regole che riguardano degli imperativi fondamentali sono formulate attraverso l'impiego dei verbi «dovrà - dovranno» e «deve - devono». Al contrario i divieti essenziali sono espressi con l'utilizzo della forma negativa di questi verbi. Le disposizioni che si riferiscono a ciò che è auspicabile, ma non essenziale in assoluto, sono espresse con l'uso del condizionale «dovrebbe - dovrebbero». Ciò che si desidera soltanto interdire è espresso con la forma negativa di questo tempo.

Raccomandazione N. R (87) 3

sulle regole penitenziarie europee (1)

(Adottata dal Comitato dei Ministri il 12 febbraio 1987
durante la 404ª riunione dei Delegati dei Ministri)Il Comitato dei ministri, in virtù dell'art. 15.b. dello Statuto del Consiglio d'Europa;

Considerando che è interesse degli Stati Membri del Consiglio d'Europa stabilire principi comuni in materia di politica penale;

Constatando che, nonostante i progressi considerevoli intervenuti nell'adozione di misure non carcerarie di trattamento dei delinquenti, la privazione della libertà rimane una sanzione necessaria nei sistemi di giustizia penale;

Considerando il ruolo importante delle regole internazionali nella prassi e nella filosofia penitenziaria;

Osservando tuttavia che l'evoluzione della società e i mutamenti relativi al trattamento dei detenuti e alla organizzazione penitenziaria hanno reso opportuna una riformulazione delle regole minime per il trattamento dei detenuti adottate dal Consiglio d'Europa [Ris. (73)5], anche per sostenere e incoraggiare nel modo migliore questi sviluppi, e per offrire un quadro di riferimento ai progressi futuri;

I. Raccomanda ai governi degli Stati membri di ispirarsi nella loro legislazione e prassi interne ai principi contenuti nel testo delle regole penitenziarie europee, figuranti in allegato alla presente raccomandazione, in vista della loro progressiva messa in opera, prestando una attenzione particolare agli obiettivi enunciati nel preambolo ed ai principi fondamentali esposti nella parte I, e di dare a questo testo la massima diffusione possibile.

versione europea riveduta delle regole minime

standard per il trattamento dei detenuti (*)

Preambolo

La finalità delle regole è:

a) di stabilire un insieme di regole minime su tutti gli aspetti dell'amministrazione penitenziaria che siano essenziali per assicurare delle condizioni umane di detenzione e di trattamento positivo nel quadro di un sistema moderno e progressivo;

b) di stimolare le amministrazioni penitenziarie a sviluppare una politica, una gestione e una prassi fondate su principi attuali finalizzati ed equi;

c) 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;

d) di definire criteri di base realistici che permettano alle Ammini-strazioni penitenziarie ed ai servizi ispettivi di giudicare validamente dei risultati ottenuti e di misurare i progressi in funzione di più elevati standard qualitativi.

È stato sottolineato che le regole non costituiscono un modello di sistema poiché in pratica numerose Amministrazioni penitenziarie europee sono già oggi andate oltre tali regole e che altre si affretteranno a seguire tale esempio. In ogni caso ove l'applicazione delle regole fosse difficoltosa o ponesse dei problemi di ordine pratico, il Consiglio d'Europa ha l'esperienza ed i mezzi necessari per assistere con i suoi consigli, e comunicare i frutti delle esperienze di cui gia dispongono in questa materia le diverse Amministrazioni penitenziarie.

Nelle regole si è molto insistito sulla nozione di dignità umana, sulla volonta dell'Amministrazione penitenziaria di intraprendere un trattamento positivo ed umano, sull'importanza del ruolo del personale e di un approccio moderno alla gestione dell'amministrazione. Le regole sono state elaborate per servire da parametro, guidare o incoraggiare l'azione del personale di ogni livello dell'Amministrazione penitenziaria. Il commento che accompagna le regole (*) ha per finalità la migliore comprensione e accettazione delle stesse conferendo loro la flessibilità necessaria per assicurarne il più alto e realistico livello di applicazione anche oltre le regole base.

Parte Prima

Principi Fondamentali

1) La privazione della libertà deve eseguirsi in condizioni materiali e morali che assicurino il rispetto della dignità umana e in conformità con queste regole.

2) Le regole devono essere applicate imparzialmente. Non si deve operare alcuna discriminazione per razza, colore, sesso, lingua, religione, opinioni politiche o di altro tipo, origini sociali o nazionali, nascita, condizione economica o di altro tipo. Le credenze religiose e i principi morali del gruppo al quale appartiene il detenuto devono essere rispettati.

3) La finalità del trattamento dei condannati deve essere quella di salvaguardare la loro salute e dignità e, nella misura in cui lo permetta la durata della pena, di sviluppare il loro senso di responsabilità e incoraggiare quelle attitudini e competenze che potranno aiutarli nel reinserimento sociale, con le migliori prospettive di vivere senza violare la legge e di provvedere ai propri bisogni dopo la dimissione.

4) Ispettori qualificati e dotati di esperienza, nominati da una autorità competente, devono procedere alla ispezione regolare degli istituti e dei servizi penitenziari. Il loro compito deve consistere in particolare nel sorvegliare se ed in quale misura questi istituti sono amministrati conformemente alle leggi e ai regolamenti in vigore, agli obiettivi dei servizi penitenziari e alle norme contenute in queste regole.

5) Il rispetto dei diritti individuali dei detenuti, in particolare la legalità dell'esecuzione delle pene, deve essere assicurato da una autorità giudiziaria o ogni altra autorità legalmente abilitata a visitare i detenuti e non appartenente alla Amministrazione penitenziaria.

6) 1. Queste regole devono essere portate a conoscenza del personale nella lingua nazionale.

2. Esse devono essere anche disponibili per i detenuti nella stessa lingua e in altre lingue, nella misura del possibile.

Parte Seconda

Gestione del sistema penitenziario

Ingresso e registrazione:

7) 1. Nessuno può essere ricevuto in un istituto penitenziario senza un titolo di detenzione valido.

2. I dati essenziali del titolo di detenzione e quelli relativi all'ingresso devono essere immediatamente registrati.

8) In ogni luogo ove vi siano persone in stato di detenzione deve essere conservata, per ogni detenuto, una completa e sicura registrazione delle seguenti informazioni:

a) dati sulla identità personale;

b) motivazione del titolo di detenzione e autorità che lo ha emesso;

c) giorno ed ora dell'ingresso e della uscita.

9) Le procedure di ingresso devono essere conformi ai principi fondamentali contenuti nelle regole e idonee ad aiutare i detenuti a risolvere i propri urgenti problemi personali.

10) 1. Appena possibile, successivamente all'ingresso, deve essere formato un fascicolo dettagliato sulla situazione processuale di ogni condannato a pena di una certa durata e organizzato un programma di trattamento in vista della liberazione: tale programma sarà sottoposto al direttore per informazione o, se del caso, approvazione.

2. Ogni fascicolo deve contenere il referto del sanitario e i rapporti del personale che si trova in diretto contatto con il detenuto internato.

3. I fascicoli e le informazioni relative ai detenuti devono essere mantenuti, con il debito riguardo al loro carattere riservato, in dossier individuali regolarmente aggiornati ed accessibili alle sole persone autorizzate.

Assegnazione e classificazione dei detenuti

11) 1. Per l'assegnazione dei detenuti ai diversi istituti o regimi penitenziari deve essere considerata la loro posizione giuridica (in attesa di giudizio o condannati, delinquenti primari o recidivi, condannati a pene lunghe o brevi), le esigenze particolari del loro trattamento, le esigenze sanitarie, il sesso e l'età.

2. Gli uomini e le donne devono essere detenuti separatamente in linea di principio, ma essi possono partecipare assieme ad attività organizzate previste in un determinato programma di trattamento.

3. Gli imputati ed i condannati devono essere detenuti separatamente in linea di principio, salvo che essi accettino di essere assegnati insieme o di partecipare in comune ad attività organizzate ad essi utili.

4. I giovani detenuti devono essere alloggiati in condizioni che li proteggano nel modo migliore possibile dalle influenze negative e che tengano conto delle necessità peculiari della loro età.

12) La classificazione o riclassificazione dei detenuti deve avere la finalità:

a) di separare dagli altri quei detenuti che, in ragione dei loro precedenti penali o per la loro personalità, hanno interesse a beneficiare di tale separazione o che possono esercitare una influenza negativa sugli altri;

b) di assegnare i detenuti in modo da facilitare il loro trattamento ed il loro reinserimento sociale tenendo conto delle esigenze dell'amministrazione e della sicurezza.

13) Nella misura del possibile bisogna utilizzare separati istituti o separate sezioni di un istituto per facilitare l'applicazione dei diversi regimi di trattamento o l'assegnazione di determinate categorie di detenuti.

Locali di detenzione.

14) 1. I detenuti devono, in linea di principio, essere alloggiati durante la notte in camere individuali, salvo nel caso in cui sia considerata vantaggiosa una sistemazione in comune con altri detenuti.

2. Quando una camera è in comune, deve essere occupata da detenuti riconosciuti adatti ad essere alloggiati in queste condizioni.

Deve essere adottata una sorveglianza notturna, in relazione alla natura dell'istituto.

15) I locali di detenzione ed, in particolare, i locali occupati di notte devono rispondere a requisiti di sanità e igiene, tenuto conto delle condizioni climatiche, in particolare per quanto riguarda la cubatura d'aria, una superficie ragionevole, l'illuminazione, il riscaldamento e l'aerazione.

16) In tutti i locali in cui i detenuti devono vivere e lavorare:

a) le finestre devono essere abbastanza ampie perché i detenuti, tra l'altro, possano leggere o lavorare alla luce naturale in condizioni normali. Esse devono essere costruite in modo da permettere l'ingresso di aria esterna, salvo che esista un sistema di aria condizionata adeguato.

b) la luce artificiale deve soddisfare gli standard tecnici riconosciuti.

17) Le installazioni sanitarie e l'accesso a queste ultime devono permettere al detenuto di soddisfare i propri bisogni naturali, quando necessario, in condizioni di pulizia e decenza.

18) Installazioni adeguate di bagni e docce devono essere apprestate perché ogni detenuto possa essere in grado di fare il bagno o la doccia ad una temperatura adatta al clima e con la frequenza necessaria per l'igiene generale, relativamente alla stagione e alla regione geografica, ma in ogni caso almeno una volta la settimana. Dovunque ciò sia possibile, i detenuti dovrebbero avervi libero accesso in ogni momento ragionevole.

19) Tutti i locali di un istituto devono essere sempre mantenuti in perfetto stato di ordine e pulizia.

Igiene personale.

20) I detenuti devono essere obbligati a mantenere pulite le loro persone, e, per questo fine, essi devono disporre di acqua e degli articoli di toilette necessari per la loro igiene e pulizia.

21) Per ragioni di igiene e al fine che i detenuti possano tenere un aspetto corretto e mantenere il rispetto di sé stessi, sarà fornito ad essi il necessario per la cura dei capelli e della barba; gli uomini devono potersi radere regolarmente.

Vestiario ed effetti letterecci.

22) 1. I detenuti che non sono autorizzati a portare indumenti propri devono ricevere un vestiario adatto al clima e tale da mantenerli in buona salute. Tale vestiario non deve essere in alcuna maniera degradante o umiliante.

2. Tutti gli indumenti devono essere puliti e mantenuti in buono stato. La biancheria deve essere cambiata e lavata con la frequenza necessaria al mantenimento dell'igiene.

3. Quando un detenuto ottiene un permesso per uscire dall'istituto, deve essere autorizzato a portare i propri indumenti personali o degli indumenti che non attirino l'attenzione.

23. Al momento dell'ingresso di un detenuto in un istituto devono essere adottate misure per assicurare il mantenimento in buono stato dei suoi indumenti.

24) Ogni detenuto deve disporre di un idoneo letto individuale e di effetti letterecci personali, che devono essere mantenuti in buono stato e cambiati con la frequenza necessaria ad assicurarne la pulizia.

Alimentazione.

25) 1. L'Amministrazione deve, in conformità alle norme stabilite in materia dalle autorità sanitarie, fornire ai detenuti, negli orari abituali, una alimentazione convenientemente preparata e presentata, rispondente in quantità e qualità alle regole della dietetica e dell'igiene moderna, e che tenga conto della loro età, della loro salute, della natura del loro lavoro e, nella misura del possibile, delle esigenze religiose e culturali.

2. L'acqua potabile deve essere disponibile per ogni detenuto.

Sevizi sanitari.

26) 1. Ogni istituto penitenziario deve disporre almeno dell'opera del medico generico.

I servizi sanitari dovrebbero essere organizzati in stretta relazione con il servizio sanitario della comunità o nazionale. Essi devono comprendere un servizio psichiatrico per la diagnosi e, se del caso, per il trattamento delle turbe psichiche.

2. I detenuti malati che richiedono cure specialistiche devono essere ricoverati in istituti specializzati o in strutture sanitarie civili.

Quando un trattamento ospedaliero è organizzato nell'istituto, questo deve essere provvisto di installazioni, materiali e prodotti farmaceutici che consentano di offrire ai malati le cure ed i trattamenti convenienti; il personale sanitario deve avere una sufficiente formazione professionale.

3. Ogni detenuto deve poter usufruire delle cure di un dentista qualificato.

27) I detenuti non possono essere sottoposti ad alcun esperimento che possa provocare loro un danno fisico o morale.

28) 1. Nella misura del possibile devono essere adottate le disposizioni idonee per permettere la nascita dei bambini in un ospedale esterno all'istituto.

Tuttavia, quando ciò non sia possibile, gli istituti devono disporre di personale adeguato e di strutture idonee per il parto e le cure post-natali. Se un bambino è nato in istituto, questo fatto non deve essere menzionato nel certificato di nascita.

2. Se le madri detenute sono autorizzate a tenere con sé i propri figli, si deve poter disporre di un asilo nido dotato di personale qualificato dove i bambini saranno sistemati quando non sono affidati alle loro madri.

29) Il sanitario deve vedere e visitare ogni detenuto nel più breve tempo possibile dopo il suo ingresso ed in seguito con la frequenza necessaria, in particolare al fine di accertare l'esistenza di una malattia fisica o psichica e di adottare tutte le misure necessarie per le cure mediche, di assicurare l'isolamento dei detenuti sospetti di essere affetti da malattie infettive o contagiose, di individuare le deficienze fisiche o psichiche che potrebbero ostacolare il reinserimento del detenuto dopo la liberazione, e di determinare l'idoneità di ogni detenuto al lavoro.

30) 1. Il sanitario deve aver cura della salute fisica e psichica dei detenuti, deve visitare, nelle condizioni e con la frequenza consigliata dalle norme ospedaliere, tutti i detenuti malati, tutti quelli che segnalano di essere malati o feriti, e tutti quelli sui quali la sua attenzione è particolarmente attirata.

2. Il sanitario deve far rapporto al direttore ogni qualvolta ritenga che la salute fisica o psichica di un detenuto è stata o può essere sfavorevolmente influenzata da un prolungamento o da una qualsivoglia modalità della detenzione.

31) 1. Il sanitario o una autorità competente deve effettuare delle ispezioni regolari e consigliare il direttore per quel che riguarda:

a) la quantità, la qualità, la preparazione e la distribuzione degli alimenti e dell'acqua;

b) l'igiene e la pulizia dell'istituto e dei detenuti;

c) le installazioni sanitarie, il riscaldamento, l'illuminazione e la ventilazione dell'istituto;

d) la qualità e la pulizia dei vestiti e degli effetti letterecci dei detenuti.

2. Il direttore deve prendere in considerazione i rapporti e i pareri del sanitario previsti dalle regole 30.2. e 31.1. e, in caso di accordo, adottare immediatamente le misure idonee perché tali raccomandazioni siano applicate; in caso di disaccordo, o se la materia

non rientra nella sua competenza, egli deve trasmettere immediatamente le sue osservazioni e il rapporto sanitario all'autorità sovraordinata.

32) I servizi sanitari dell'istituto devono adoperarsi per diagnosticare e curare tutte le malattie fisiche o mentali e le malformazioni suscettibili di compromettere il reinserimento del detenuto dopo la sua liberazione. A questo fine, devono essere fornite al detenuto tutte le cure mediche, chirurgiche e psichiatriche necessarie, ivi comprese quelle che sono fornite all'esterno.

Disciplina e punizioni.

33) L'ordine e la disciplina devono essere mantenuti nell'interesse della sicurezza, di una vita comunitaria bene organizzata e degli obiettivi del trattamento perseguiti nell'istituto.

34) 1. Nessun detenuto potrà rivestire nei servizi dell'istituto un ruolo che importi un potere disciplinare.

2. Questa regola non dovrà comunque essere di ostacolo al buon funzionamento di iniziative che implichino che determinate attività o responsabilità di tipo sociale, educativo o sportivo siano affidate, sotto controllo, a gruppi di detenuti nell'ambito della loro partecipazione a programmi previsti dal loro regime.

35. I seguenti punti devono essere regolati da una legge o da un regolamento emanato dalla autorità competente:

a) la condotta che integra una infrazione disciplinare;

b) il genere e la durata delle sanzioni disciplinari che possono essere inflitte;

c) l'autorità competente a infliggere tali sanzioni;

d) l'autorità cui ricorrere e la procedura da seguire.

36) 1. Un detenuto non può essere punito che in conformità alle disposizioni di una tale legge o di un tale regolamento, e mai due volte per lo stesso fatto.

2. Il rapporto disciplinare deve essere immediatamente trasmesso alle autorità competenti che decidono senza ritardo.

3. Nessun detenuto può essere punito senza essere informato dell'infrazione che gli si contesta e senza che abbia la possibilità di discolparsi.

4. Quando necessario e possibile, il detenuto deve essere autorizzato a discolparsi per mezzo di un interprete.

37) Le sanzioni collettive, le pene corporali, la assegnazione ad una camera priva di luce così come ogni punizione crudele, inumana o degradante devono essere completamente vietate come sanzioni disciplinari.

38) 1. La sanzione dell'isolamento disciplinare e ogni altra misura punitiva che rischierebbe di alterare la salute fisica e mentale del detenuto non possono essere inflitte se non quando il medico, dopo aver esaminato il detenuto, certifichi per iscritto che costui è in condizioni di sopportarle.

2. In ogni caso tali misure non devono mai essere contrarie ai principi posti dalla regola 37, né discostarsene.

3. Il sanitario deve visitare giornalmente i detenuti che subiscono tali sanzioni disciplinari e deve fare rapporto al direttore se ritiene necessario porre fine alla sanzione o modificarla per ragioni di salute fisica o psichica.

Strumenti di contenzione.

39) L'uso di catene e ferri deve essere proibito. Le manette, le camicie di forza e altri mezzi di contenzione non saranno mai impiegati a titolo di sanzione. Essi non potranno essere utilizzati che nei casi seguenti:

a) se necessario, come precauzione contro una evasione durante un trasferimento, purché siano tolte quando il detenuto compare davanti ad una autorità giudiziaria o amministrativa, a meno che la detta autorità decida altrimenti;

b) per ragioni sanitarie, su indicazione e sotto controllo del medico;

c) per ordine del direttore, se gli altri mezzi per contenere il detenuto siano falliti, al fine di impedirgli di causare pregiudizio a sé stesso o ad altri o causare danni rilevanti; in questo caso, il direttore deve consultare con urgenza il sanitario e fare rapporto all'autorità amministrativa superiore.

40) Il modello e il sistema di impiego degli strumenti di contenzione autorizzati dall'articolo precedente devono essere regolati dalla legge o dai regolamenti. La loro applicazione non deve essere prolungata oltre il tempo strettamente necessario.

Informazione e reclami dei detenuti.

41) 1. Ogni detenuto, al momento dell'ingresso in istituto, deve ricevere informazioni scritte relative alla regolamentazione del trattamento dei detenuti della propria categoria, alle regole disciplinari dell'istituto, ai mezzi autorizzati per ottenere informazioni e formulare reclami, a tutto ciò che può essere necessario per permettergli di conoscere i suoi diritti e obblighi e adattarsi alla vita dell'istituto.

2. Se il detenuto non può comprendere le informazioni scritte, esse devono essere fornite oralmente.

42) 1. Ogni detenuto deve avere quotidianamente la possibilità di avanzare richieste e sporgere reclami al direttore dell'istituto o al funzionario che ne fa le veci.

2. Ogni detenuto deve potersi rivolgere, o presentare istanze e sporgere reclami, a un ispettore degli istituti o a ogni altra autorità autorizzata a visitare l'istituto senza la presenza del direttore e di altri membri del personale. Comunque, i ricorsi contro decisioni formali possono essere limitati alle procedure autorizzate.

3. Ogni detenuto deve essere autorizzato ad indirizzare, in busta chiusa, una istanza o reclamo all'amministrazione penitenziaria centrale, all'autorità giudiziaria o ad altre autorità competenti.

4. Ogni istanza o reclamo indirizzato o trasmesso all'autorità penitenziaria deve essere esaminato senza ritardo e la risposta al detenuto deve essere data in tempo utile.

Contatti con il mondo esterno.

43) 1. I detenuti devono essere autorizzati ad avere contatti con le famiglie e, nei limiti imposti dalle esigenze del trattamento, dalla sicurezza e dall'ordine e disciplina dell'istituto, con le persone e i rappresentanti di organismi esterni, e a ricevere visite di dette persone a intervalli regolari.

2. Per incoraggiare i contatti con il mondo esterno, deve essere previsto un sistema di permessi compatibile con gli obiettivi del trattamento, che sono oggetto della parte IV di queste regole.

44) 1. I detenuti stranieri dovrebbero essere informati senza ritardo del diritto di richiedere contatti con la rappresentanza diplomatica o consolare dello Stato cui appartengono, e ragionevoli agevolazioni devono essere loro accordate a tal fine. L'Amministrazione penitenziaria dovrebbe cooperare strettamente con ogni rappresentanza nell'interesse dei detenuti stranieri che possono avere esigenze particolari.

2. I detenuti cittadini di Stati che non hanno rappresentanze diplomatiche o consolari nel Paese, così come i rifugiati e gli apolidi, devono godere delle stesse agevolazioni per comunicare con il rappresentante diplomatico del Paese incaricato di proteggere i loro interessi o con ogni altra autorità nazionale o internazionale il cui compito è di proteggere tali interessi.

45) I detenuti devono potere tenersi regolarmente al corrente degli avvenimenti sia con la lettura di giornali quotidiani, periodici o altre pubblicazioni, sia attraverso la radio e la televisione, sia con conferenze o ogni altro mezzo simile autorizzato o controllato dall'amministrazione. Disposizioni particolari dovrebbero essere adottate per soddisfare i bisogni dei cittadini stranieri che hanno difficoltà linguistiche.

Assistenza religiosa e morale.

46) Ogni detenuto deve essere autorizzato, nella misura del possibile, a soddisfare le esigenze della propria vita religiosa, spirituale e morale, partecipando alle funzioni o riunioni organizzate nell'istituto e disponendo dei libri e delle pubblicazioni necessarie.

47) 1. Se nell'istituto vi è un numero sufficiente di detenuti appartenenti alla stessa religione, un rappresentante qualificato di questa religione deve esser nominato o riconosciuto. Se il numero dei detenuti lo giustifica e le circostanze lo permettono, l'intervento dovrebbe essere di tipo permanente.

2. Il rappresentante qualificato nominato o riconosciuto ai sensi del paragrafo 1 deve essere autorizzato ad organizzare periodicamente i servizi e le attività religiose e ad effettuare visite pastorali particolari, negli orari a ciò riservati, ai detenuti appartenenti alla sua religione.

3. Il diritto di entrare in contatto con un rappresentante qualificato di una religione non deve essere rifiutato ad alcun detenuto. Se un detenuto si oppone alla visita di un rappresentante di una religione, la sua volontà deve essere rispettata.

Deposito degli oggetti appartenenti ai detenuti.

48) 1. Quando il regolamento non autorizza i detenuti a tenere in loro possesso denaro, oggetti di valore e altri effetti loro appartenenti, questi devono essere conservati in luogo sicuro, al momento dell'ammissione nello stabilimento. Un elenco di essi sarà compilato e firmato dal detenuto. Devono essere adottate misure per conservare questi oggetti in buono stato. Se qualche oggetto deve essere distrutto per motivi di igiene, il fatto sarà registrato e il detenuto ne sarà informato.

2. Tali oggetti e il denaro devono essere restituiti al detenuto al momento della liberazione, ad eccezione del denaro legalmente prelevato e degli oggetti che egli ha potuto inviare all'esterno o che hanno dovuto essere distrutti per motivi di igiene. Il detenuto deve firmare una ricevuta per il denaro e gli oggetti che gli sono stati restituiti.

3. Nella misura del possibile, i valori e gli oggetti inviati dall'esterno al detenuto sono sottoposti alle stesse regole, a meno che il loro uso durante la detenzione sia previsto ed autorizzato.

4. Se il detenuto porta con sé medicinali al momento dell'ammissione in istituto, il medico deciderà sul loro impiego.

Notificazione di decessi, malattie, trasferimenti ecc..

49) 1. In caso di decesso o grave malattia o lesione di un detenuto, o di ricovero in un istituto per il trattamento di malattie o anormalità psichiche, il direttore deve informare immediatamente il coniuge, se il detenuto è coniugato, o il parente più prossimo, e in ogni caso ogni altra persona preventivamente indicata dal detenuto.

2. Un detenuto deve essere informato subito della morte o della grave malattia di un parente prossimo. In tal caso, e quando le circostanze lo permettono, il detenuto dovrebbe essere autorizzato a visitare libero o scortato il parente malato, o visitare la salma.

3. Ogni detenuto deve avere il diritto di informare subito la sua famiglia della propria detenzione o del proprio trasferimento in un altro istituto.

Trasferimento dei detenuti.

50) 1. Quando i detenuti sono condotti in un Istituto o ne sono trasferiti, essi devono essere esposti il meno possibile alla vista del pubblico, ed opportune disposizioni devono essere adottate per proteggerli dagli insulti, dalla curiosità e da ogni tipo di pubblicità.

2. Deve essere proibito il trasporto dei detenuti in veicoli con ventilazione e illuminazione non adeguata, o in condizioni che impongono loro una non necessaria sofferenza fisica o una umiliazione.

3. Il trasporto di detenuti deve avvenire a spese dell'amministrazione e conformemente alle regole in vigore.

Parte Terza

Personale

51) Considerato il ruolo fondamentale del personale penitenziario ai fini della buona gestione dell'istituto e gli sforzi per raggiungere gli obiettivi riguardanti la organizzazione ed il trattamento, le Amministrazioni penitenziarie daranno la massima priorità alla piena applicazione delle regole relative al personale.

52) I membri del personale penitenziario saranno costantemente incoraggiati, attraverso la formazione, procedure di consultazione e metodi efficaci di gestione, a sviluppare il senso di umanità e del lavoro.

53) L'Amministrazione penitenziaria deve considerare che uno dei suoi maggiori compiti è di tenere l'opinione pubblica costantemente informata del ruolo svolto dal sistema penitenziario e del lavoro compiuto al suo personale, in maniera da far meglio comprendere al pubblico l'importanza del contributo offerto dal personale alla società.

54) 1. L'Amministrazione penitenziaria deve scegliere con cura il personale di ogni livello al momento del reclutamento e delle progressioni di carriera. Deve essere tenuto conto in particolare delle qualità morali e umane, della capacità professionale e delle attitudini personali a tale lavoro.

2. I membri del personale devono normalmente essere impiegati, a titolo permanente, in qualità di funzionari penitenziari; essi devono avere lo status di pubblici impiegati e conseguentemente godere della stabilità dell'impiego, che può essere condizionata soltanto dalla loro buona condotta, dall'efficacia nel lavoro, dalle buone condizioni fisiche e mentali, e da un livello di istruzione appropriato. La remunerazione deve essere sufficiente per permettere di assumere e trattenere in servizio uomini e donne competenti; i vantaggi di carriera e le condizioni di impiego devono essere stabiliti tenendo conto della natura penosa del lavoro.

3. Ogni volta che è necessario impiegare personale a tempo parziale, questi criteri dovrebbero essere seguiti anche per tale personale, in quanto applicabili.

55) 1. Il personale, al momento del reclutamento o dopo un appropriato periodo di esperienza pratica, deve frequentare un corso di formazione generale e particolare e superare prove teoriche e pratiche, a meno che la sua preparazione professionale renda ciò non necessario.

2. Durante la carriera il personale dovrà mantenere e migliorare le sue conoscenze e la competenza professionale, frequentando corsi di perfezionamento organizzati periodicamente dall'amministrazione.

3. Dovrebbero essere adottate le misure necessarie per far acquistare una esperienza e una formazione più estesa al personale le cui capacità professionali sarebbero da ciò incrementate.

4. La formazione di tutto il personale dovrebbe includere una informazione sulle regole penitenziarie europee e sulla loro applicazione, e sulla Convenzione Europea dei diritti dell'uomo.

56) Tutti i membri del personale devono in ogni circostanza comportarsi e svolgere i propri compiti in modo che il loro esempio abbia una influenza positiva sui detenuti e provochi il loro rispetto.

57) 1. Nella misura del possibile il personale deve comprendere un numero sufficiente di specialisti come psichiatri, psicologi, assistenti sociali, insegnanti, capi d'arte, insegnanti di educazione fisica e istruttori sportivi.

2. Questo personale ed altri specialisti devono normalmente essere impiegati a pieno tempo. Ciò non esclude che si possa ricorrere ad impiegati part-time o a volontari, in caso di necessità, se il loro impiego è considerato opportuno.

58) 1. L'Amministrazione penitenziaria deve assicurare che ogni Istituto sia sempre sotto la piena responsabilità del direttore, del vice direttore o di altro funzionario autorizzato.

2. Il direttore di un istituto deve essere adeguatamente qualificato per il suo incarico, in relazione alle qualità personali, alla competenza amministrativa, alla formazione e all'esperienza.

3. Il direttore deve essere nominato a pieno tempo ed essere disponibile e accessibile in ogni momento, secondo quanto richiesto dalla Amministrazione penitenziaria nelle sue istruzioni professionali.

4. Quando due o più istituti sono sotto l'autorità di un solo direttore, questi deve visitarli ad intervalli frequenti. Ognuno degli istituti deve avere a capo un funzionario responsabile.

59) L'Amministrazione deve promuovere metodi di organizzazione e sistemi di gestione idonei ad assicurare una buona comunicazione tra le diverse categorie di

personale dell'istituto e un buon coordinamento dei servizi, specialmente per quel che concerne il trattamento ed il reinserimento sociale dei detenuti.

60) 1. Il direttore, il vicedirettore e la maggioranza dei membri del personale dell'istituto devono parlare la lingua della maggioranza dei detenuti, o una lingua compresa dalla maggioranza di essi.

2. Si deve ricorrere ai servizi di un interprete ogni volta che ciò sia necessario e possibile.

61) 1. Devono essere adottate misure per assicurarsi che un medico qualificato e riconosciuto sia in condizione di intervenire in ogni momento in caso di urgenza.

2. Negli istituti che non dispongono di uno o più medici a pieno tempo, un medico a part-time o personale autorizzato di un servizio sanitario deve effettuare visite regolari.

62) Deve essere incoraggiato l'impiego, in un istituto o sezione di istituto che ospita detenuti di un determinato sesso, di personale dell'altro sesso.

63) 1. Il personale degli istituti non deve utilizzare la forza nei confronti dei detenuti se non in caso di legittima difesa, di tentativo di evasione o di resistenza fisica, attiva o passiva a un ordine impartito in base alla legge o al regolamento. Il personale che ha fatto ricorso alla forza deve limitarne l'uso allo stretto necessario e deve fare rapporto sull'incidente immediatamente al direttore dell'istituto.

2. Il personale deve ricevere quando necessario una speciale formazione tecnica per rendere inoffensivi i detenuti violenti.

3. Salvo che in circostanze speciali, il personale che svolge i suoi compiti a contatto diretto dei detenuti non deve essere armato. Inoltre, non si deve mai affidare un'arma a un membro del personale senza che questi sia stato ben addestrato per il suo uso.

Parte Quarta

Obiettivi del trattamento e regimi

64) La detenzione, comportando la privazione della libertà, è una punizione in quanto tale. La condizione della detenzione e i regimi penitenziari non devono quindi aggravare la sofferenza inerente ad essa, salvo che come circostanza accidentale giustificata dalla necessità dell'isolamento o dalle esigenze della disciplina.

65) Ogni sforzo deve essere fatto per assicurarsi che i regimi degli istituti siano regolati e gestiti in maniera da:

a) assicurare che le condizioni di vita siano compatibili con la dignità umana e con le norme accettate dalla collettività;

b) ridurre al minimo gli effetti negativi della detenzione e le differenze tra la vita in carcere e quella in libertà, differenze che tendono a far diminuire il rispetto di sé e il senso della responsabilità personale nei detenuti;

c) mantenere e rafforzare i legami dei detenuti con i membri della loro famiglia e con la comunità esterna, al fine di proteggere gli interessi dei detenuti e delle loro famiglie;

d) offrire ai detenuti la possibilità di migliorare le loro attitudini e di accrescere le loro prospettive di reinserimento nella società dopo la liberazione.

66) A questi fini, tutte le risorse riabilitative, educative, morali, spirituali e di altro tipo dovrebbero essere disponibili e utilizzate secondo le necessità trattamentali individuali dei detenuti. Si dovrebbero quindi prevedere:

a) un aiuto e una assistenza spirituale e la possibilità di lavorare, di beneficiare di un orientamento e di un addestramento professionale, di studiare, di praticare esercizi fisici, sviluppare le attitudini e vivere in società, avere l'aiuto di esperti, essere occupati in attività di gruppo e ricreative;

b) misure appropriate perché tali attività siano concepite, nella misura del possibile, in modo da rendere più numerosi i contatti e le relazioni con la comunità esterna, anche per facilitare il reinserimento sociale dopo la liberazione;

c) procedure per stabilire e rivedere i programmi individuali di trattamento e di formazione nei confronti dei detenuti dopo ampia consultazione con il personale interessato e, quando ciò sia praticabile, con i singoli detenuti interessati;

d) sistemi di comunicazione e uno stile di gestione che favoriscano lo stabilirsi di relazioni positive tra il personale e i detenuti, così da permettere di elaborare prospettive di regime penitenziario e programmi di trattamento efficaci.

67) 1. Per raggiungere questi obiettivi, si deve individualizzare il trattamento e, a tal fine, occorre disporre di un sistema flessibile di assegnazione che permetta di collocare i detenuti in istituti o sezioni separate, dove ognuno possa ricevere il trattamento idoneo e la opportuna formazione.

2. Il tipo, la dimensione, l'organizzazione e la capacità di questi istituti saranno determinati essenzialmente dalla natura del trattamento applicato.

3. È necessario assicurarsi che i detenuti siano assegnati tenendo conto delle necessità di ordine e sicurezza, ma ogni restrizione dovrebbe essere adottata nella misura minima possibile compatibile con la sicurezza e dovrebbe rispettare gli speciali bisogni del detenuto. È necessario adoperarsi per assegnare i detenuti ad istituti aperti, o comunque offrire loro ampie opportunità di contatti con la comunità esterna. Nel caso di detenuti stranieri, bisogna considerare come particolarmente importanti i contatti con appartenenti alla comunità esterna della loro stessa nazionalità.

68) Il più presto possibile dopo l'ingresso in istituto e dopo l'osservazione della personalità di ogni detenuto condannato a pena di ragionevole durata, dovrà essere preparato un programma di trattamento in un istituto idoneo sulla base dei risultati ottenuti circa i suoi bisogni individuali, le sue capacità e attività, e, in particolare, le sue esigenze di vicinanza alla famiglia.

69) 1. Quale che sia il regime penitenziario, i detenuti devono avere l'opportunità di partecipare ad attività dell'istituto capaci di sviluppare il loro senso di responsabilità, e di autonomia e di stimolarli a interessarsi del proprio trattamento.

2. Si dovrebbe cercare di sviluppare i metodi per incoraggiare la cooperazione e la partecipazione dei detenuti al proprio trattamento.

A questo fine i detenuti devono essere incoraggiati ad assumere, nei limiti specificati nella regola 34, delle responsabilità in alcuni settori delle attività dell'istituto.

70) 1. La preparazione dei detenuti alla dimissione dovrebbe cominciare il più presto possibile dopo l'ingresso in un istituto penitenziario.

Per questo il trattamento dei detenuti deve sottolineare la loro non esclusione dalla comunità ma al contrario il fatto che essi continuano a farne parte. Organismi della comunità e operatori sociali dovrebbero nella misura del possibile essere coinvolti nella

collaborazione con il personale dell'istituto nel compito del reinserimento sociale dei detenuti, in particolare mantenendo e migliorando le relazioni di essi con le famiglie, con altre persone e con gli organismi sociali. Dovranno essere adottate misure per salvaguardare, nella misura massima possibile compatibile con la legge e la condanna subita, i diritti civili, i diritti relativi alla sicurezza sociale e gli altri vantaggi sociali dei detenuti.

2. I programmi di trattamento dovrebbero prevedere disposizioni relative ai permessi, che dovrebbero anche esser accordati nella più larga misura possibile, per motivi sanitari, educativi, professionali, familiari e per altre ragioni di carattere sociale.

3. I detenuti stranieri non dovrebbero essere esclusi dalla possibilità di beneficiare dei permessi soltanto a causa della loro nazionalità. Inoltre, ogni sforzo dovrebbe essere compiuto per permettere loro di partecipare in comune alle attività previste dal loro regime al fine di attenuare il loro senso di isolamento.

Lavoro.

71) 1. Il lavoro penitenziario deve essere considerato come un elemento positivo del trattamento, della formazione del detenuto e della gestione dell'istituto.

2. I condannati possono essere soggetti all'obbligo di lavoro, tenuto conto delle loro capacità fisiche e mentali, come determinate dal sanitario.

3. Un lavoro sufficiente e di natura conveniente o, nel caso, altre attività utili, devono essere proposte al detenuto per occuparlo durante la normale durata di una giornata di lavoro.

4. Nella misura del possibile il lavoro deve essere tale da conservare e aumentare la capacità del detenuto di guadagnarsi normalmente la vita dopo la sua dimissione.

5. Bisogna offrire una formazione professionale per mestieri utili ai detenuti che sono in condizione di profittarne, e particolarmente ai giovani.

6. Nei limiti compatibili con una razionale selezione professionale, con le possibilità dell'amministrazione e le esigenze di disciplina dell'istituto, i detenuti devono poter scegliere il genere di lavoro che desiderano effettuare.

72) 1. L'organizzazione e il metodo di lavoro negli istituti devono avvicinarsi nella misura del possibile a quelli che regolano un lavoro analogo nella società esterna, al fine di preparare il detenuto alle condizioni normali del lavoro libero. Il lavoro dovrebbe comunque rispondere alle regole giuridiche e tecniche in vigore ed essere organizzato nel quadro dei moderni metodi di gestione e produzione.

2. Il fine di trarre un profitto finanziario dal lavoro penitenziario può avere quale effetto l'innalzamento del livello ed il miglioramento della qualità della formazione, ma gli interessi dei detenuti ed il loro trattamento non devono essere subordinati a questo fine.

73. Il lavoro per i detenuti deve essere assicurato dalla Amministrazione penitenziaria:

a) sia nei propri locali, officine e tenute agricole;

b) sia in collaborazione con imprenditori privati, all'interno o all'esterno dell'istituto, nel qual caso i datori di lavoro dovranno versare il salario normalmente dovuto, tenendo tuttavia conto del rendimento effettivo dei detenuti.

74) 1. La sicurezza e l'igiene devono essere assicurati nella stessa misura che per i lavoratori liberi.

2. Misure devono essere adottate per indennizzare i detenuti vittime di incidenti sul lavoro e di malattie professionali, a condizioni non meno favorevoli di quelle stabilite dalla legge per i lavoratori liberi.

75) 1. Il numero massimo giornaliero e settimanale di ore di lavoro per i detenuti deve essere fissato in conformità alle regole o agli usi locali concernenti il lavoro in libertà.

2. I detenuti devono godere almeno di un giorno di riposo settimanale e di tempo sufficiente per istruirsi e per dedicarsi alle attività previste nel quadro del trattamento e in vista del loro reinserimento sociale.

76) 1. Deve essere previsto un sistema equo di remunerazione del lavoro dei detenuti.

2. Apposite norme devono permettere ai detenuti di utilizzare almeno una parte della propria remunerazione per l'acquisto di oggetti autorizzati dal regolamento, destinati all'uso personale, e di inviarne una parte alla famiglia o spenderla per altri fini autorizzati.

3. Il regolamento dovrebbe anche prevedere che una parte della remunerazione sia accantonata dall'Amministrazione per costituire un peculio che sarà restituito al detenuto al momento della sua liberazione.

Istruzione.

77) Un programma di studi completo deve essere organizzato in ogni istituto per offrire a tutti i detenuti la possibilità di soddisfare almeno qualcuno dei loro bisogni e delle loro aspirazioni individuali. L'obiettivo di tali programmi dovrebbe essere quello di aumentare la possibilità di positivo reinserimento sociale, sostenere il morale dei detenuti, migliorare il loro comportamento e promuovere il senso del rispetto di sé.

78) L'istruzione dovrebbe essere considerata come una attività del regime penitenziario, informata allo stesso statuto e remunerazione di base del lavoro, a condizione che sia organizzata durante l'orario di lavoro e faccia parte integrante del programma individuale di trattamento.

79) L'istruzione dei giovani detenuti, soprattutto di quelli di origine straniera o aventi specifici bisogni culturali o connessi alla loro etnia, dovrebbe attirare particolarmente l'attenzione delle amministrazioni penitenziarie.

80) Programmi speciali di istruzione dovrebbero essere organizzati per detenuti con speciali problemi, come gli analfabeti.

81) Nella misura del possibile, l'istruzione del detenuto deve:

a) essere integrata nel sistema di istruzione pubblica perché gli interessati possano continuare con facilità la propria formazione dopo la liberazione;

b) essere impartita in istituti scolastici fuori dell'istituto penitenziario.

82) Ogni istituto deve disporre di una biblioteca destinata a tutte le categorie di detenuti, convenientemente fornita con una larga scelta di libri istruttivi e ricreativi e i detenuti devono essere incoraggiati ad usufruirne pienamente. Quando possibile, la biblioteca dell'istituto sarà organizzata in cooperazione con i servizi delle biblioteche pubbliche.

Educazione fisica, esercizi, sport e attività ricreative.

83) Il regime penitenziario deve riconoscere l'importanza, per la salute fisica e mentale, delle attività tendenti a mantenere i detenuti in buona forma fisica, a compiere adeguati esercizi e a godere di attività di tempo libero.

84) Conseguentemente un appropriato programma di educazione fisica, di sport e di altre attività di tempo libero, dovrebbe essere organizzato nel quadro del sistema di trattamento e di formazione. A questo fine, dovrebbero essere previsti spazi, installazioni ed attrezzature.

85) Le Amministrazioni penitenziarie dovrebbero assicurare che i detenuti, i quali partecipano a questi programmi, siano in possesso dei necessari requisiti fisici. Speciali misure dovrebbero essere adottate per organizzare, sotto direzione medica, attività fisiche, educative e correttive per quei detenuti che ne hanno necessità.

86) Tutti i detenuti che non lavorano all'esterno, o che non sono assegnati a istituti aperti, devono essere autorizzati, se il tempo lo permette, a godere di almeno un'ora giornaliera di permanenza o esercizio fisico appropriato all'aria aperta, nella misura del possibile al riparo dalle intemperie.

Preparazione alla dimissione

87) Tutti i detenuti dovrebbero poter beneficiare di misure specificamente dirette ad assisterli per il reinserimento sociale, familiare e lavorativo dopo la dimissione. Idonee procedure e speciali corsi dovrebbero essere predisposti a questo fine.

88) Nel caso di detenuti condannati a pena di più lunga durata, dovrebbero essere adottate misure per assicurare un graduale reinserimento nella società. Questo fine potrebbe essere conseguito in particolare grazie a un programma di preparazione alla dimissione organizzato nell'istituto stesso o in un altro istituto idoneo, o grazie a una liberazione condizionale sorretta da una efficace assistenza sociale.

89) 1. Le Amministrazioni penitenziarie dovrebbero lavorare in stretta cooperazione con i servizi sociali e gli organismi che aiutano i detenuti liberati a ritrovare un posto nella società, in particolare a riprendere la vita familiare e lavorativa.

2. Misure devono essere adottate per assicurare che ai detenuti liberati siano forniti, se necessario, documenti di identificazione validi e assistenza per reperire un alloggio idoneo e un lavoro. Essi devono essere provvisti dei mezzi di sussistenza per l'immediato, di abiti convenienti e adatti al clima e alla stagione, e dei mezzi sufficienti per raggiungere la propria destinazione.

3. Rappresentanti autorizzati di servizio o organismi sociali dovrebbero potersi recare nell'istituto e visitare i detenuti per dare un pieno contributo alla preparazione della dimissione e del programma successivo alla liberazione.

Parte Quinta

Regole complementari applicabili a particolari categorie di detenuti

90) L'Amministrazione penitenziaria deve essere guidata dalle regole precedenti nella misura in cui esse possono essere applicate effettivamente alle particolari categorie di detenuti per le quali sono dettate le seguenti regole complementari.

Detenuti in attesa di giudizio

91) Senza pregiudizio delle regole legali dettate per la tutela della libertà individuale e relative alla procedura da osservarsi riguardo ai detenuti in attesa di giudizio, questi ultimi, che sono presunti innocenti fino a che non siano dichiarati colpevoli, devono fruire dei

benefici che possono loro derivare ai sensi della regola 90, e devono essere trattati senza altre restrizioni che quelle imposte dalle necessità del procedimento penale e dalla sicurezza dell'istituto.

92) 1. Ogni detenuto in attesa di giudizio deve immediatamente potere informare la famiglia del suo arresto e ad esso deve essere accordata ogni ragionevole agevolazione per poter comunicare con la famiglia, gli amici e le persone con le quali ha un legittimo interesse ad entrare in contatto.

2. Deve essere altresì autorizzato a ricevere, in condizioni soddisfacenti dal punto di vista umano, visite da queste persone, con le sole restrizioni e modalità di sorveglianza necessarie per l'amministrazione della giustizia e l'ordine e la sicurezza dell'istituto.

3. Se un detenuto in attesa di giudizio non desidera informare qualcuna di queste persone, l'Amministrazione penitenziaria non dovrebbe farlo di propria iniziativa, a meno che ciò non sia necessario per ragioni connesse, ad esempio, all'età, alla condizione mentale o ad ogni altra incapacità del detenuto.

93) Ogni detenuto deve potere, all'inizio della detenzione, nominare un difensore di fiducia o chiedere la nomina di un difensore d'ufficio, quando ciò sia previsto, ed incontrare il proprio avvocato per predisporre la difesa, preparare e trasmettere istruzioni confidenziali e riceverne.

A sua richiesta, ogni agevolazione deve essergli accordata a questo effetto. In particolare deve potersi fare assistere gratuitamente da un interprete nei suoi rapporti essenziali con gli organi amministrativi e per la sua difesa. Gli incontri tra l'imputato e il suo difensore possono essere controllati visivamente ma non uditivamente da un funzionario di polizia o dell'istituto. La assegnazione dei detenuti in attesa di giudizio deve essere conforme alle previsioni della regola 11, paragrafo 3.

94) Salvo che le circostanze rendano ciò poco consigliabile, il detenuto in attesa di giudizio deve poter disporre di una camera individuale.

95) 1. Il detenuto in attesa di giudizio deve avere la possibilità di indossare i propri indumenti personali se questi sono puliti e convenienti.

2. I detenuti che non hanno tale possibilità devono essere forniti di indumenti convenienti.

3. In mancanza di tenute convenienti personali, un abito civile in buone condizioni deve essere fornito al detenuto in attesa di giudizio per comparire davanti all'autorità giudiziaria o per altre uscite autorizzate.

96) Il detenuto in attesa di giudizio deve avere nella misura del possibile la opportunità di lavorare, ma senza averne l'obbligo. Se lavora, deve essere remunerato come gli altri detenuti. Se è previsto un programma di studi e di formazione professionale, deve essere incoraggiato a parteciparvi.

97) Il detenuto in attesa di giudizio deve essere autorizzato a procurarsi, a proprie spese o a spese di terzi, libri, giornali, materiali necessari per scrivere, così come altri mezzi per impiegare il tempo nei limiti compatibili con gli interessi dell'amministrazione della giustizia e con l'ordine e la sicurezza dell'istituto.

98) Il detenuto in attesa di giudizio deve essere autorizzato a essere visitato e curato dal suo medico di fiducia e dal suo dentista personale, se vi sono valide ragioni. In caso di

rifiuto, questo dovrebbe essere motivato. I costi relativi non devono essere a carico dell'Amministrazione penitenziaria.

Condannati per procedure non penali

99) Nei Paesi dove la legge permette la carcerazione per ordine di organo giudiziario, in seguito a una procedura non penale, tali detenuti non devono essere assoggettati a restrizioni maggiori, né essere trattati con severità maggiore, di quella minima necessaria per assicurare l'ordine e la sicurezza. Il trattamento non può essere meno favorevole di quello dei detenuti in attesa di giudizio, ad eccezione, eventualmente, del fatto che essi possono essere obbligati a lavorare.

Detenuti alienati e anormali psichici

100) 1. Gli alienati non dovrebbero essere detenuti negli istituti penitenziari, e devono essere adottate misure per trasferirli al più presto possibile in istituti destinati ai malati psichici.

2. Istituti specializzati o sezioni a gestione sanitaria dovrebbero essere disponibili per l'osservanza e il trattamento dei detenuti colpiti da altre affezioni o disordini psichici.

3. Il servizio medico o psichiatrico dell'istituto penitenziario deve assicurare il trattamento psichiatrico ad ogni detenuto che ne abbia bisogno.

4. Misure devono essere adottate, in collaborazione con gli organismi comunitari competenti, per assicurare quando necessario, dopo la dimissione, la continuazione del trattamento psichiatrico, e perché sia assicurata una assistenza sociale psichiatrica post-penitenziaria.

Bibliografia

Aa.vv., La violenza nascosta. Gli abusi sessuali sui bambini. Tr. It. Raffaello Cortina editore, Milano 1986

Barbero Avanzini B., Cirillo S., Maltrattamento infantile in famiglia e servizi sociali, Unicopli

Bal Filoramo L., La relazione incestuosa, Borla, Roma 1996

Castellani C., Bouchard M., Pepino L., Queste cose a biella non capitano, ovvero: è possibile la tutela dei minori di fronte alla rimozione collettiva?, Minori giustizia, 1996, n. 2, pp. 129-138

Ceccarelli F., Il tabù dell'incesto. Einaudi, Torino 1978

Cirillo S., Di Blasio P. (1980), La famiglia maltrattante. Raffaello Cortina editore, Milano

D'Urso V. (a cura di) - Imbarazzo, vergogna e altri affanni. Raffaello Cortina, 1990

Giommi R., Perrotta M., Pedofilia. Gli abusi, gli abusati, gli abusanti, Edizione Del Cerro, 1998

Gullotta G., Famiglia e violenza. Giuffrè, Milano 1984

Malacrea M., Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia, Raffaello Cortina Editore, 1998

Malacrea M., Vassalli A., Segreti di famiglia, Raffaello Cortina Editore, 1990

Montecchi F., Dal bambino abusato all'adulto abusante, in Montecchi F. (a cura di) - I maltrattamenti e gli abusi sui bambini: prevenzione e individuazione precoce, Franco Angeli, Milano, 1998 pp. 46-54

Pasini W., Crepault C., Galimberti U., L'immagine sessuale, Raffaello Cortina, 1987

Pacciolla A., Ormanni I., Pacciolla A., Abuso sessuale. Una guida per psicologi, giuristi, educatori. Edizioni Laurus robuffo, 1999

Pitch T., Responsabilità limitate - attori, conflitti, giustizia penale, Feltrinelli, 1989

Ponti G., Fornari U., Il fascino del male. Crimini e responsabilità nelle storie di vita di tre serial killer, Raffaello Cortina Editore, 1995

Roccia C., Forti C., L'abuso sessuale sui minori, ed. Unicopli, Milano 1994

Scardaccione G., Autori e vittime di violenza sessuale, Bulzoni, 1992

Svevo M.C.P.., Sfruttamento sessuale dei minori e iniziative dell'unione europea, aggiornamenti sociali, n. 5, maggio, 1998, pp.383-39o

Traverso G. (a cura di), Il comportamento violento sulla donna e sul minore, Giuffrè, 1988

Ventimiglia C., La differenza negata - ricerca sulla violenza sessuale in italia, Franco Angeli.