

## Minori autori di reati sessuali: un'analisi preliminare sui casi giudicati dal tribunale per i minorenni di Palermo negli anni 2005-2009

### Inquiry into juvenile sexual offenders in Sicily (2005-2009) psychopathology and specialized treatment

*Antonio Francomano, Antonina Argo, Rosanna Colline, Laura Fucà, Alessandro Meli,  
Renato Tona, Daniele La Barbera*

**Parole chiave:** Minori abusanti • abuso sessuale • valutazione clinica • trattamenti integrati • disturbi di personalità

#### **Riassunto**

L'allarme sociale in ordine agli abusi sessuali sui minori è accresciuto negli anni unitamente alla consapevolezza dell'importanza della tutela del minore e del valore fondamentale delle sue relazioni nel corso dello sviluppo.

Il presente studio intende essere un contributo di conoscenza su una specifica categoria di abusanti: i minorenni. Uno studio delle peculiarità di tale fenomeno è premessa indispensabile per predisporre idonee ed efficaci strategie di trattamento. Al fine di identificare il numero e le caratteristiche dei minori abusanti si è proceduto a consultare i fascicoli del Tribunale per i Minorenni di Palermo relativi ad un periodo compreso fra il 2005 e il 2009.

Tale indagine ha permesso di censire 67 procedimenti a carico di presunti aggressori sessuali minorenni. I dati analizzati hanno rivelato una significativa associazione fra abusi e ambienti sociali degradati (contraddistinti da alto tasso di disoccupazione tra i genitori, precarie condizioni abitative, precedenti penali in famiglia) e il ricorrere di eventi di vita avversi, idonei a determinare ripercussioni sulla sfera psichica. In 11 casi (16,5% del totale) il sospetto abusante era stato a propria volta vittima di abusi sessuali o maltrattamenti.

L'analisi ha rivelato, inoltre, la sussistenza di disturbi mentali di rilevanza clinica su 12 dei 67 minori processati. Le diagnosi più comuni sono state quelle di disturbi di personalità (cluster "B", cosiddetto "drammatico") e di ritardo mentale. In alcuni casi l'inquadramento clinico è variato nel corso del processo a seguito di nuove osservazioni cliniche, effettuate da altri operatori, o all'avvio di terapie psicologiche e farmacologiche.

Lo studio ha mostrato come, nelle prime fasi dei procedimenti, non siano stati progettati specifici interventi terapeutici e di supporto centrati sull'abusante sessuale.

**Key words:** Juvenile abusers • clinical assessment • sexual abuse • integrated treatments • personality disorders

#### **Abstract**

Social preoccupation on adolescents victim of sexual abuse is recently increased according to a developed higher social awareness of the importance of relationship during childhood.

The investigation has been carried out on 67 case files concerning sexual crimes made by juvenile offenders since 2005 to 2009 at Juvenile Court of Palermo.

Juvenile offenders live in deprived social contexts and they have often had adverse life events with important psychological consequences. 16,5 % of abusers have been victims of abuse in their past.

The most common diagnosis trend is a personality disorder of the dramatic cluster, according to the DSM IV, or a personality "organization" expressing the vulnerability to developing a personality disorder.

Thus from our research has been pointed out that, in the early stages of the proceeding, there weren't any supportive or counseling therapeutic interventions focused on feelings of rage, fear, and suffering for stigmatization.

---

Per corrispondenza: Antonio Francomano, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo, Via La Loggia n. 1, 90129 Palermo, tel. 091/6555667  
e-mail • [a.francomano@virgilio.it](mailto:a.francomano@virgilio.it)

ANTONIO FRANCOMANO, Dipartimento di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo, Via La Loggia n. 1, Palermo

ANTONINA ARGO, Dip. di Biopatologia e Biotecnologie Mediche e Forensi, Sezione di Medicina Legale, Università di Palermo

ROSANNA COLLINE, Dip. di Biopatologia e Biotecnologie Mediche e Forensi, Sezione di Medicina Legale, Università di Palermo

LAURA FUCÀ, Dip. di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo, Palermo

ALESSANDRO MELI, Dip. di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo, Palermo

RENATO TONA, Dip. di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo, Palermo

DANIELE LA BARBERA, Dip. di Biomedicina Sperimentale e Neuroscienze Cliniche, Sezione Psichiatria, Università di Palermo, Palermo

# Minori autori di reati sessuali: un'analisi preliminare sui casi giudicati dal tribunale per i minorenni di Palermo negli anni 2005-2009

## Premessa

L'attenzione nei confronti dei minori vittime di abusi sessuali è andata crescendo negli anni in ragione della maggiore sensibilità dell'opinione pubblica sulla qualità di vita e delle relazioni nell'infanzia.

A fronte di tale interesse resta la scabrosità e lo stigma sociale associato a tale tipologia di reato, che pregiudica il lavoro di chi si occupa dei soggetti abusanti, ancora oggi costretto a farlo in maniera empirica e "artigianale", in assenza di modelli strutturati di intervento.

La dimensione psicopatologica delle perversioni sessuali è stata vista in rapporto all'evolversi e al confluire della nozione "storica" di pedofilia verso problematiche connesse al discontrollo degli impulsi, come indicatore sempre più importante ed estensivo in ambito psichiatrico (Aguglia, Riolo 1999; Rocco, Moreschi Cardella 2001, Rocco, Garombo, Furlan 2010).

Questo studio si propone di segnalare le caratteristiche più comuni degli aggressori sessuali minorenni desunte da un pur limitato campione di indagine.

L'auspicio è quello di contribuire a un percorso di conoscenza bio-psico-sociale dell'abusante, utile a comprendere le eventuali problematiche psicopatologiche sottese al crimine, nonché l'intreccio delle relazioni tra vittima e aggressore. La conoscenza e la corretta valutazione del fenomeno risultano necessarie al fine di strutturare valide strategie multiprofessionali di intervento precoce anche, e soprattutto, per interrompere il cosiddetto ciclo dell'abuso (Worling, Curwen, 2000; Gerhold, Browne, Beckett, 2007; Abracen, Looman, 2004; Fortune, Lambie, 2006; Underwood, Robinson, Mosholder, 2008).

In tal senso risulta necessario integrare saperi medici, psicologici, sociologici e mettere in rete i diversi ambiti istituzionali coinvolti: quello sanitario, giudiziario e sociale.

## 1. Metodi e scopi della ricerca

L'indagine ha previsto l'esame dei fascicoli, relativi al periodo compreso fra il 2005 e il 2009, per procedimenti penali su minori indagati per reati sessuali (capo di imputazione l'art. 609-bis e segg. del c.p.) giudicati dal Tribunale per i Minorenni di Palermo. Si è tenuto conto, in particolare, di eventuali valutazioni psichiatriche e psicologiche, di perizie, consulenze tecniche psichiatrico-forensi e di elaborati relativi ai reattivi psicodiagnostici eventualmente somministrati (Hamilton Depression Rating Scale, WAIS - R, reattivo di Rorschach, MMPI II, DMI), qualora disponibili e allegati all'interno dei fascicoli giudiziari presi in esame.

La finalità prefissata è stata quella di registrare, seppur su un campione necessariamente ristretto di minori abusanti, i possibili tratti comuni e gli indicatori aventi potenziale valore di predittività psicopatologica.

Si è proceduto a descrivere gli aspetti socio-anagrafici degli aggressori e le costanti presenti nel loro percorso esistenziale (ad es. interruzione della scolarizzazione, contesto familiare non tutelante, dinamiche relazionali disfunzionali, patologia psichiatrica o altre caratteristiche peculiari del nucleo familiare e del contesto sociale). Identificati i casi, l'indagine anamnestico-clinica è stata estesa censendo eventuali collegamenti attivati con i servizi di Neuro-Psichiatria Infantile (NPI) e i Dipartimenti di Salute Mentale.

Le relazioni dei Servizi, delle Comunità ed eventuali consulenze tecniche, hanno permesso di rintracciare tali possibili tratti comuni aventi potenziale valore di predittività psicopatologica e eventuali diagnosi (classificate secondo il DSM IV TR e l'ICD 9 CM) in epoca antecedente e/o successiva al reato. Tra i dati presi in considerazione anche l'età di esordio del disturbo, i sintomi psichiatrici riportati (disturbi della coscienza, dell'attenzione, della memoria, del pensiero, della percezione, dell'affettività, della psicomotricità), l'eventuale abuso di sostanze, il gentilizio positivo per disturbi psichiatrici, i tentativi di suicidio e la presenza di eventuali patologie organiche concomitanti. Sono stati altresì segnalati gli eventuali trattamenti psicoterapici e farmacologici cui i soggetti sono stati sottoposti e in particolare eventuali ricoveri in ambiente psichiatrico ospedaliero.

Al fine di rilevare diacronicamente eventuali evoluzioni e confluenze di indicatori di disagio in quadri maggiormente definiti da un punto di vista diagnostico, i minori processati sono stati valutati in due differenti momenti:

- epoca antecedente al reato/inizio del procedimento giudiziario (Tempo "0");
- fasi conclusive del procedimento (Tempo "1").

Utilizzando informazioni disponibili a partire da resoconti periodici mensili stilati da psicologi operatori di Comunità Alloggio, del GOIAM e da relazioni relative a percorsi psicoterapici avviati durante il periodo detentivo, sono state segnalate le variazioni intervenute nella diagnosi psichiatrica ed eventuali indicatori di rielaborazione del reato (rimorso o senso di colpa, riconoscimento della responsabilità delle proprie azioni, motivazione al cambiamento, segni di empatia verso la vittima).

Sono stati presi in considerazione gli eventi di vita (individuali, familiari ed extrafamiliari) che hanno interessato il soggetto, quali episodi di lutto o perdita riguardanti relazioni affettive significative, conflitti intrafamiliari, abusi e maltrattamenti subiti, insuccesso scolastico, cambiamento della località abitativa.

L'indagine è stata completata con la raccolta di informazioni riguardanti la cronologia processuale, registrando l'anno in cui il reato veniva commesso, quello di apertura e chiusura del procedimento giudiziario, nonché l'esito giudiziario (condanna, assoluzione, messa alla prova, perdono giudiziale).

## 2. Risultati

L'indagine effettuata presso il Tribunale per i Minorenni di Palermo ha preso in considerazione, come detto, tutti i procedimenti giudiziari, in un periodo compreso fra il 2005 e il 2009, relativi a casi sospetti di abusi sessuali commessi da minorenni. Dallo studio emergevano 67 autori di tale reato ( $n = 67$ ).

*Dati socio-anagrafici generali sui minori aggressori sessuali processati dal Tribunale per i Minorenni di Palermo*

Fra i 67 minori si rilevava una netta prevalenza di aggressori di sesso maschile (64 casi corrispondenti al 95,5 % del totale), rispetto al sesso femminile (3 casi, 4,5% del totale). L'età media era di 15,8 anni, con un range compreso fra 14 e 17 anni. Nessuno degli abusanti era coniugato. Le principali caratteristiche socio-anagrafiche sono riassunte in tabella I.

I nuclei familiari erano in media costituiti da 4,6 componenti. La netta maggioranza degli abusanti (53 casi, pari al 79%), proveniva da genitori ancora legati da vincolo coniugale. In quattro casi (6%) erano orfani di padre e in un caso (1,5%) di madre.

In nove casi (13%) gli aggressori avevano genitori con precedenti penali (fra i reati rappresentati: estorsione, associazione mafiosa, spaccio di sostanze stupefacenti, prostituzione), in un unico caso (1,5%) per abuso sessuale su minori.

È stato possibile accertare la presenza di 12 soggetti (18% del totale) con procedimenti giudiziari antecedenti al reato di abuso (tra cui i più rappresentati erano lesioni personali, danni al patrimonio, ricettazione e rissa). In 7 casi (10,5 %) gli abusanti erano stati, essi stessi, vittime di abuso sessuale, nella maggioranza dei casi perpetrato da familiari e, in 4 casi (6 %), vittime di maltrattamenti.

In 58 casi su 67 (81%) il destinatario dell'abuso era esterno al contesto familiare, ma comunque un conoscente (compagni di scuola, vicini di casa, abitanti dello stesso quartiere, ospiti della stessa comunità per minorenni etc.) mentre in un solo caso la persona offesa risultava essere del tutto sconosciuta all'aggressore.

In 9 casi (pari al 14,5% del totale) le vittime di abuso erano membri del nucleo familiare (in 5 casi la sorella dell'abusante). L'età media delle vittime era di 13,1 anni, con un range compreso fra 4 e 37 anni.

Nella gran parte dei casi (47 pari al 70% del totale) l'abuso era occasionale e non aveva i caratteri di continuità nel tempo.

In 41 casi (pari al 61% del totale) veniva rilevata la compartecipazione di terzi al reato (in 36 casi il numero totale di abusanti era inferiore a tre soggetti e in 5 casi superiore a tre persone).

L'abuso sessuale nel 45% dei casi era associato a violenza fisica e nel 62% a violenza psichica (minacce, umiliazioni).

La premeditazione e la pianificazione del reato risultavano più frequenti nei casi di compartecipazione di terzi.

Nella maggioranza dei casi (37 pari al 55%) non era stato possibile rilevare una specifica motivazione alla base della violenza; in altri prevaleva il desiderio di imitazione del gruppo (15 casi pari al 22%), di sperimentazione (5 casi pari al 7,5%), o l'agito veniva descritto come un gioco (7 casi pari al 10%); in misura inferiore era giustificato dalla volontà di provare nuove sensazioni o di ottenere denaro.

Per quanto riguarda gli indicatori della rielaborazione del reato, desunti dalle relazioni presenti negli atti processuali, nella maggioranza delle rilevazioni (34 casi pari al 51%) l'aggressore metteva in atto un tentativo di spostare la responsabilità sulla vittima, indicandola come consenziente, mentitrice o tendente a esagerare il fatto; in altri casi la responsabilità veniva spostata sugli altri abusanti compartecipi al reato.

Solo in un numero minoritario di casi (14, pari al 21% del totale) si rilevava l'emergere di senso di colpa, rimorso o il riconoscimento della responsabilità delle proprie azioni.

In epoca antecedente al reato sessuale 10 aggressori avevano già avuto contatti con un servizio di Neuropsichiatria Infantile di ambulatorio o ospedaliera e altri 5 con una Comunità di Accoglienza per minorenni. In 3 casi gli abusanti avevano praticato terapia psicofarmacologica (benzodiazepine – 2 casi – e barbiturici – il restante caso) e, in ulteriori 2 casi, terapia anticonvulsivante.

I servizi più frequentemente attivati in epoca immediatamente successiva al reato risultavano essere i Servizi Sociali (39 casi, pari al 58%), il Dipartimento di Salute Mentale – DSM (22 casi, pari al 33%), le Comunità di Accoglienza (9 casi, pari al 14,5%), il Gruppo Operativo Interistituzionale per l'Abuso e il Maltrattamento – GOIAM (4 casi, pari al 6%), la Neuropsichiatria Infantile (4 casi-di cui tre accessi presso un servizio ambulatoriale ed uno in pronto soccorso- pari al 6%), le Cooperative sociali – Onlus (due casi, pari al 3%), e, in un caso, l'Ufficio di Mediazione Penale e i Consulenti familiari. In 22 casi (pari al 33% del totale) non veniva rilevata alcuna attivazione di servizi (Grafico I).

Raramente si rendevano necessari interventi di tipo clinico e non meramente socio-assistenziale, tanto da giustificare, come già detto, in tre casi l'accesso presso un servizio ambulatoriale di Neuropsichiatria Infantile e in un caso un intervento di pronto soccorso.

Quali segni di scarsa aderenza al percorso terapeutico intrapreso, si registravano quattro casi di fuga dalla comunità e due casi di tentato il suicidio. Un soggetto che in Tempo "0" faceva uso di benzodiazepine ne interrompeva arbitrariamente l'assunzione, mentre un altro, precedentemente non in trattamento, iniziava terapia con neurolettici.

Per ciò che riguarda l'utilizzo di test a finalità psicodiagnostica, va sottolineato che solo 13 soggetti su 67 sono stati sottoposti a simile valutazione tramite l'utilizzo di MMPI-A e MMPI-2 in un caso rispettivamente, reattivo di Rorschach in 4 casi, WAIS-R in altri 4 casi ed in 3 è stato utilizzato il Test del Disegno.

*Psicodiagnosi in epoca antecedente al reato o inizio procedimento giudiziario*

Nove dei 67 soggetti presentavano, al momento dell'apertura del procedimento giudiziario (ossia a "Tempo 0"), una diagnosi psichiatrica da DSM IV TR (Tabella II).

*Psicodiagnosi alla chiusura del procedimento giudiziario*

A Tempo "1" il numero degli aggressori con disturbo psichico, rispetto al Tempo "0", aumentava da 9 a 12. Le diagnosi sui soggetti già precedentemente riconosciuti come affetti da patologia psichiatrica, risultavano, inoltre, modificate in 8 casi su 9 (Tabelle III e IV).

### 3. Discussione

Passando ad un rapido commento dei risultati della prima fase della ricerca sui giovani abusanti sessuali giudicati nel quinquennio 2005–2009 presso il Tribunale per i Minorenni di Palermo, si deve preliminarmente precisare come i dati siano solo parziali e i riferimenti di discussione limitati per la scarsità di elementi clinico-diagnostici, relativi in particolare alle caratteristiche di personalità degli aggressori. A tal proposito si precisa come risulti piuttosto ridotto l'utilizzo della testologia psicologico-psichiatrica (solo 13 minori su 67 venivano sottoposti a tests). Questa avrebbe permesso di approfondire tali ultimi aspetti, tenendo soprattutto conto che i dati esposti – con i limiti segnalati – sembrano confermare il ricorrere, fra i rei, di condizioni sociali caratterizzate da marginalità ed esperienze di vita connotate da significative reflesse psicologiche.

Solo di rado erano utilizzate interviste strutturate, questionari di personalità o reattivi proiettivi. L'utilizzazione del test proiettivo di personalità Rorschach era limitata, infatti, a soli 4 casi su 67 e anche quando tale test veniva utilizzato non risultavano studiati gli indici di contenimento delle pulsioni. In nessun percorso venivano applicate rating scales psichiatriche inerenti al discontrollo degli impulsi.

Si è poi potuto rilevare come, anche in sede di eventuale consulenza tecnica per il PM o perizia disposta dall'Autorità Giudiziaria, non venivano adottati protocolli condivisi nella valutazione specialistica. La modestia dell'approccio valutativo in prima istanza solo talvolta si arricchiva di un apporto specialistico durante approfondimenti peritali.

In larga parte paiono rilevarsi sugli aggressori problematiche connesse con l'impulsività, spesso trascendente il range tipico dell'età puberale e configurante quella crisi adolescenziale a cui, talora, viene fatto riferimento in sede giudiziaria minorile, per soggetti con problematiche disadattive e con anomalie delle condotte sociali.

Dal punto di vista psicopatologico si osservava un prevalere di diagnosi di disturbi di personalità del cluster B del DSM IV TR (borderline, antisociale, narcisistico, istrionico). In altri casi, in cui tale diagnosi non era esplicitata, venivano comunque descritte, ai test effettuati, "organizzazioni" di personalità suggestive e fortemente indicative per una possibile evoluzione clinica nel senso di un franco disturbo in Asse II secondo DSM IV TR. Ciò concorda con le rilevanze emerse da diversi studi, che evidenziano come, sia i tratti, che i disturbi di personalità siano da considerarsi importanti predittori di recidiva sessuale (Craig, Browne KD; Stringer I, 2003). L'abusante, notoriamente, tende a reiterare il proprio comportamento patologico e rappresenta, se non trattato, una minaccia proprio per quei minori potenziali vittime, di cui, giustamente, ci si occuperà con forte ed etico interesse (Sabatello, Di Cori, 2001). La struttura personologica di base dell'abusante, spesso di tipo narcisistico, e la condotta d'abuso egosintonica portano, da un canto, a privare il soggetto di qualsiasi forma di empatia nei confronti delle vittime e dall'altro all'assenza di ogni consapevolezza di sé e dei propri vissuti (Fornari, Ornato, 1999). La netta prevalenza di disturbi di personalità negli aggressori sessuali rispetto alla popolazione criminale generale sembra essere confermata dalla letteratura scientifica (Fazel, Hope, O'Donnell e Jacoby, 2002) che ha segnalato negli abusanti il ricorrere di impulsività, compulsività, ridotta empatia e deficit nelle relazioni interpersonali.

I dati raccolti dalla nostra ricerca sono, inoltre, indicativi

di un certo grado di associazione fra comportamento sessuale inappropriato e ritardo mentale (6 soggetti su 67, pari al 9%). Anche in questo caso si tratta di dati congrui rispetto alla letteratura scientifica (Steiner 1984; White, Wood, 1988) che ha mostrato, fra gli abusanti, tassi di disabilità nettamente superiori a quelli della popolazione generale (che si ferma a circa il 3%). Ciò potrebbe trovare spiegazione nella scarsa maturità e in un ridotto accesso all'educazione sessuale, che può condurre a sviluppare credenze distorte rispetto alla sessualità. Le condizioni di deficit cognitivo implicano una riduzione della capacità di giudizio e delle competenze sociali e si associano a solitudine, scarsa competenza nel corteggiamento, insufficienti capacità di conoscere i propri bisogni sessuali (Rossi, Garombo, Furlan, 2010). È stato dedotto che gli scarsi strumenti intellettivi dell'aggressore limitano le capacità di dissimulare e nascondere il reato, che diviene così di più facile identificazione.

### Conclusioni

L'intervento terapeutico sugli abusanti è, di fatto, ancora poco praticato (Caccavale, 2004). Tale prospettiva è scoraggiata, verosimilmente, dalla riprovazione sociale che il reato genera anche negli stessi operatori, tanto che lo sguardo scientifico non di rado viene condizionato da dinamiche controtransferali di particolare intensità e difficile accettazione.

È tuttavia necessario superare queste, pur comprensibili, ritrosie e cercare di mettere a fuoco le caratteristiche di personalità dell'abusante (Ferracuti 2008), al fine di poter adeguatamente e funzionalmente costruire opzioni terapeutiche più idonee.

La considerazione che la vittima di abusi sessuali abbia una maggiore possibilità di mettere a sua volta in atto condotte abusanti, trasformandosi da vittima in carnefice, non è stata sufficiente a sollecitare la comunità scientifica all'analisi e alla definizione di trattamenti a favore degli abusanti (Dettore, Fuligni, 2008).

L'indagine effettuata mostra che le psicoterapie sugli abusanti erano avviate durante il periodo detentivo e continuate in sede di comunità, ma qualora descritte negli atti, non venivano riferite a precisi pattern diagnostici, né venivano monitorate, mediante l'ausilio di tests, nell'andamento o in relazione a eventuali esiti raggiunti.

Ne consegue che nelle prime fasi dell'iter giudiziario, in cui il soggetto sperimenta importanti dinamiche difensive e vive gravi momenti disadattativi, vengono messi in atto solo generici interventi di supporto, di counselling o generiche terapie farmacologiche sintomatiche finalizzate al "silenzamento" della rabbia, della paura e del dolore derivante dallo stigma dovuto al coinvolgimento in vicende in cui il disvalore sociale è particolarmente rilevante.

In definitiva, da quanto finora osservato, emerge che soltanto su una piccola percentuale di giovani abusanti sono posti in essere accertamenti di natura psicologico/psichiatrica, disposti solo in riferimento a una pregressa diagnosi di insufficienza mentale o di malattia dello sviluppo o ancora per la presenza di palesi disturbi del comportamento determinanti maladattamento nella residenza giudiziaria. Da queste premesse deriva che i percorsi di trattamento non potranno tenere conto di indicatori psicologico-psichiatrici relativi alle aree in cui poter esercitare interventi "mirati",

terapeutico-riabilitativi o profilattici. Va, inoltre, sottolineato che nei casi in cui è stata emessa una sentenza esitata con il perdono giudiziale dopo un periodo di messa alla prova, non si siano individuati interventi multiprofessionali strutturati e mirati sul singolo caso. La “messa alla prova” si basava essenzialmente sulla creazione di percorsi di “rieducazione” in cui risultano preminenti i pur utili interventi pedagogici e di socializzazione (completamento dell’iter scolastico, frequenza di corsi professionali solo genericamente collegati a realistiche e praticabili prospettive lavorative del soggetto o alla sua specifica vocazione, aggregazione in gruppi in assetti ludici o sportivi). In nessun caso è stato possibile rintracciare un percorso psicologico-psichiatrico riabilitativo precoce mirato, centrato sul singolo e orientato sulle aree problematiche psicologiche o più strettamente psicopatologiche, favorente la rielaborazione dei vissuti di violenza agita e subita e l’implementazione di risorse, non solo cognitive, ma anche affettive del singolo.

Appare evidente, pertanto, che sull’abusante (oltre che sull’abusato) sia auspicabile un più adeguato assessment clinico-diagnostico precoce, al fine di riconoscere e tracciare elementi relativi al funzionamento psichico del soggetto, fondamentale per conferire all’Autorità Giudiziaria informazioni di rilievo. In tal modo si potrebbero definire tempestivamente possibili indicatori e/o predittori di psicopatologia

tanto da consentire idonei interventi terapeutici e di riabilitazione da svilupparsi lungo le assialità mediche, psicologiche e sociali, sfruttando i tempi, spesso lunghi, dell’iter giudiziario. Essendo constatazione condivisa che la condotta abusante tende a strutturarsi velocemente e in modo pervicace, risulta vitale avviare interventi nella fase evolutiva anche al fine di prevenire la reiterazione del reato e prendersi cura di soggetti talora essi stessi con vissuti di vittimizzazione per abusi sessuali (Wolfe, Jaffè, Jettè, 2003).

Gli interventi profilattico-terapeutici studiati devono essere quelli legati alla prevenzione dell’abuso e al trattamento delle giovani vittime che mantengono dall’esperienza d’abuso la tendenza a erotizzare ogni futura relazione affettiva, sviluppando, successivamente, promiscuità dei rapporti interumani e una minore consapevolezza della propria sessualità talora percepita in termini egodistonici (Cesa-Bianchi, Scambini 1991; Scardaccione, 2004).

Risulta, quindi, necessario che il minorenne abusante venga avviato a un programma riabilitativo precoce, individualizzato e mirato ad intervenire su aspetti di psicopatologia talvolta sintomaticamente “sottosoglia”, ovvero, stante l’età evolutiva, ancora non confluiti in quadri clinicamente definibili con nettezza, ma non per questo meno rilevanti in termini di sofferenza soggettiva e incidenti sul piano della relazionalità.

Grafico I: “Servizi attivati”

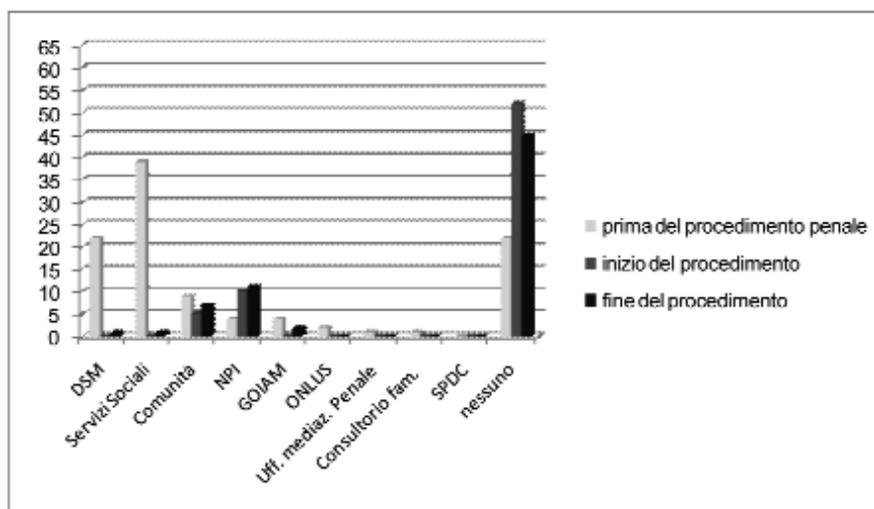


Tabella I: riassunto di alcune delle principali caratteristiche anagrafiche del campione preso in esame

<b>Sexe</b>	<b>Uomini: 64</b>	<b>Femmine: 3</b>	<b>Età media:</b>	<b>13 anni</b>
<b>Residenza</b>	<b>Palermo e prov: 43</b>	<b>Agrigento e prov: 11</b>	<b>Trapani e prov: 3</b>	<b>Caltanissetta e prov: 1</b>
<b>Scelto in viazione</b>	<b>Nessuna: 3</b>	<b>Elementare: 16</b>	<b>Media inferiore: 43</b>	<b>Media superiore: 3</b>
<b>Condizione lavorativa</b>	<b>Studenti: 13</b>	<b>Lavoratori: 18</b>	<b>Disoccupati: 23</b>	<b>Non rilevabile: 1</b>
<b>Attività extrascolastiche</b>	<b>Nessuna: 31</b>	<b>Altre (sport, gruppi religiosi, doposcuola): 13</b>	<b>Non rilevabile: 1</b>	

Tabella II: caratteristiche dei nove casi con diagnosi psichiatrica in epoca antecedente al reato

	<b>Sexe età e caratteristiche della vittima</b>	<b>Caratteristiche del reato commesso</b>	<b>Reati rubricati dall'aggravante</b>	<b>Precedenti penali</b>	<b>Esito dell'interpellazione</b>	<b>Diagnosi</b>	<b>Farmacoterapia</b>
<b>Caso 1</b> M (14 aa)	M di anni 9, conoscente.	Singolo aggressore Reato ripetuto nel tempo	Maltrattamenti	Dannosa per il reo	Costanza	Depressione e dist. borderline di personalità	No
<b>Caso 2</b> M (16 aa)	M di anni 9, fratello minore	Singolo aggressore Reato ripetuto nel tempo	Non rilevato	No	Costanza	Deficit cognitivo medio-basso	No
<b>Caso 3</b> M (16 aa)	F di anni 10, sorella.	Due aggressori (il minore e il di più alto) Reato ripetuto nel tempo	Maltrattamenti	No	Non imputabile per mancata capacità di intendere e di volere	Ritardamento lieve e con gravi carenze socio-culturali in soggetto con encefalopatia congenita	No
<b>Caso 4</b> M (14 aa)	F di anni 4, sorella	Due aggressori (il minore e il di più alto) Reato ripetuto nel tempo	Abusi sessuali perpetrati dal padre e dai più anziani	Attivabili	Non imputabile per mancata capacità di intendere e di volere	Stato ansioso-depressivo	BDZ
<b>Caso 5</b> M (16 aa)	F di anni 13, conoscente, affetta da ritardo mentale.	Singolo aggressore Reato episolico.	Molestie	Dannosa per aggressione	Esito positivo della messa alla prova	Stato ansioso-depressivo in soggetto con disturbo di cond. ansiosa	BDZ, stabilizzanti, NLT con l'assunzione
<b>Caso 6</b> M (14 aa)	F di anni 13 aa, conoscente, affetta da ritardo mentale.	Singolo aggressore Reato episolico	Non rilevato	No	Esito positivo della messa alla prova	Deficit cognitivo lieve in soggetto con immaturità affettiva	No
<b>Caso 7</b> M (16 aa)	Due vittime, entrambi M di anni 11 e 9 rispettivamente, conoscenti.	Singolo aggressore Reato ripetuto nel tempo	Non rilevato	No	Esito positivo della messa alla prova	Disturbo del comportamento con grave depresso	No
<b>Caso 8</b> M (16 aa)	F (sia M che F) in minorile anni 10, conoscenti	Singolo aggressore Reato ripetuto nel tempo	Abuso sessuale ad opera di un parente acquisito	No	Non luogo a procedere	Disturbo del linguaggio e dell'ip. pr. lin. o in soggetto con deficit cognitivo grave	No
<b>Caso 9</b> M (17 aa)	F di anni 30, conoscente.	Singolo aggressore Reato episolico	Maltrattamenti	Fatto e tentata violenza sessuale	Non luogo a procedere	Personalità antisociale con ritardo mentale lieve ed epilessia parziale secondaria	Barbiturici Antiepilettici

Tabella III: caratteristiche dei tre casi con diagnosi in epoca successiva al reato

	Scarsa età o caratteristiche della vittima	Caratteristiche o rilevanza commessa	Reati rubricati dall'aggravato	Precedenti penali	Perla o fine dell'impulsività consuetudine	Diagnosi	Fattore-temperanza
Caso 10 M (16 aa)	17-18enni 9, come scarsi.	Aggressione in gruppo Singola aggressione	Non rilevato	No	Consuetudine	Disturbo Borderline di personalità in soggetto con livello intellettivo ai limiti della deficienza (QI=70) ed incapacità di critica e di giudizio	No
Caso 11 M (17 aa)	17-18enni 13, come scarsi.	Singola aggressione Reato epilettico	Non rilevato	No	Esito positivo della prova alla prova	Condotta antisociale	No
Caso 12 M (14 aa)	Due vittime, entrambi 17-18enni 9, come scarsi.	Singola aggressione Reato ripetuto nel tempo	Non rilevato	No	Concessione del parlamento giudiziale	Lieve depressione reattiva	No

Tabella IV: variazione delle diagnosi effettuata nel tempo

Tempo T "0"	Variazione diagnosi	Tempo T "1"
1) Disturbo depressione e Disturbo Borderline di personalità	SI	Disturbo Borderline di personalità.
2) Disturbo psicotico meso-levemente	SI	Deficit cognitivo meso-levemente in soggetto con discontrollo degli impulsi.
3) Disturbo meso-levemente con gravi episodi socio-culturni in soggetto con consapevolezza consuetudine	NO	Disturbo meso-levemente con gravi episodi socio-culturni in soggetto con consapevolezza consuetudine
4) Stato ansioso-depressivo	NO	Stato ansioso-depressivo
5) Stato ansioso depressivo in soggetto con disturbo di consapevolezza	NO	Stato ansioso depressivo in soggetto con disturbo di consapevolezza
6) Disturbo psicotico meso-levemente in soggetto con immediatezza reattiva	NO	Deficit cognitivo meso-levemente in soggetto con immediatezza reattiva.
7) Disturbo dell'identità meso-levemente con numero depressivo	SI	Soggetto con personalità passivo-aggressiva con QI ai limiti della deficienza.
8) Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in soggetto con deficit cognitivo grave	SI	Disturbo del linguaggio e dell'apprendimento in soggetto con deficit cognitivo grave e con disordine emozionale reattivo
9) Personalità narcisistica con disturbo meso-levemente ed epilessia psicotica recidivante	SI	Disturbo dipendente di personalità, rischio di pericolo di suicidio con orientamento passivo-aggressivo
10) Nevrosi angosciata	SI	Disturbo Borderline di personalità in soggetto con livello intellettivo ai limiti della deficienza (QI=70) e incomprensione di critica e di giudizio
11) Nevrosi angosciata	SI	Condotta reattiva
12) Nevrosi angosciata	SI	Lieve depressione reattiva.

## Bibliografia

- Abracen, J. & Looman, J. (2004). Issues in the treatment of sexual offenders. Recent developments and directions for future research. *Aggression and Violent Behaviour* 9, 229-246.
- Aguglia, E., Riolo, A. (1999). *La pedofilia nell'ottica psichiatrica*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Caccavale, F. (2004). Modalità di trattamento degli autori di reati sessuali in Italia. Situazione attuale e prospettive. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 35.
- Cesa-Bianchi, M., Scabini, E. (1991). *La violenza sui bambini*. Milano: FrancoAngeli.
- Craig, L.A., Browne, K.D. & Strigner, I. (2003). Treatment and sexual offence recidivism. *Trauma, violence and Abuse*, 4(1), 70-89.
- Dettore D., Fuligni C. (2008). *L'abuso sessuale sui minori*. Milano: McGraw-Hill.
- Fazel, S., Hope, T., O' Donnell, I. & Jacoby, R. (2002). Psychiatric demographic and personality characteristics of elderly sex offenders. *Psychological Medicine*, 32, 219-226.
- Ferracuti, S. (2008). *I test mentali in psicologia giuridica e forense*. Torino: Centro Scientifico.
- Fornari, U. & Ornato, S. (1999). La metodologia d'indagine nella valutazione della testimonianza del minore vittima di abuso sessuale: le regole minime. *Rassegna italiana di criminologia*, 39.
- Fortune, C.A. & Lambie, I. (2006). Sexually abusive youth: a review of recidivism studies and methodological issues for future research. *Clinical Psychology review* 26, 1078.
- Gatti, U., Verde, A. (1999). Il minore autore di reato. In Giusti G. (Ed.), *Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini* (vol. IV, p. 1003). Milano: Giuffrè.
- Gerhold, C.K., Browne, K.D. & Beckett, R. (2007). Predicting recidivism in adolescent sexual offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 427.
- Rocco, L., Moreschi, C. & Cardella, G. (2000). Gli abusi sessuali sui minori: aspetti epidemiologici e psichiatrico-forensi. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 1, 131-153.
- Rosso, C., Carombo, M.F., Furlan, P.M. (2010). *Aggressori Sessuali*. Torino: Centro Scientifico.
- Sabatello, U. & Di Cori, R. (2001). L'abuso sessuale infantile: problematiche cliniche e modelli d'intervento. *Minori e Giustizia*, 2, 15.
- Scacciardone, G. La violenza sessuale: fattori che determinano la vittimizzazione, percezione da parte delle vittime e pregiudizi sociali. *Difesa Sociale*, 3, 93-108.
- Scuola Romana Rorschach - Centro studi e intervento infanzia violata (2002). *La violenza sui minori*, Corso di formazione per ausiliari nella testimonianza dei minori, Roma.
- Steiner, J. (1984). Group counseling with retarded offenders. *Social Work*, 29, 181-182.
- Wolfe, D.A., Jaffe, P., Jetté, J. & Poisson, S. (2003). The impact of child abuse in community institutions and organizations: Advancing professional and scientific understanding. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 179-191.
- Underwood, L.A., Robinson, S.B., Mosholder, E. & Warren, K.M., (2008). Warren Sex offender care for adolescents in secure care: critical factors and counseling strategies. *Clinical Psychology Review* 28, 917.
- White, D.L., Wood, H. (1988). Lancaster Counter MRO Program. In J.A. Stark, F.J. Menolascino, M.H. Albarelli & C.C. Gray (Eds). *Mental retardation/mental health: classification, diagnosis, treatment, services*. New York, Springer-Verlag.
- Worling, J.R. & Curwen T. (2000). Adolescent sexual offender recidivism: success of specialized treatment and implication for risk prediction. *Child Abuse & Neglect*, 24.