

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ANNO VI N.2 2012

La gestione degli autori di reati sessuali tra psicopatologia e rischio di recidiva. Prospettive trattamentali

The management of sex offenders between mental disorders and recidivism risk. Treatment perspectives

Felice Carabellese • Gabriele Rocca • Chiara Candelli • Donatella La Tegola • Jutta M. Birkhoff

Parole chiave: Reati sessuali • Psicopatologia • Recidiva specifica • Trattamento degli autori di reato • Prevenzione

Riassunto

I reati a sfondo sessuale sono tra i crimini che suscitano maggiore allarme sociale, soprattutto quando le vittime sono soggetti deboli e/o gli autori sofferenti psichici. Per tali motivi negli ultimi anni è cresciuta l'attenzione verso le prospettive di trattamento alternative alla pena carceraria per gli autori di comportamenti sessuali abusanti.

Il presente lavoro si propone di studiare il rapporto tra malattia mentale e crimini sessuali e di analizzare i programmi di trattamento degli autori di reati sessuali in uso in diversi Paesi valutando, alla luce dei risultati ottenuti in termini di prevenzione della recidiva specifica, le prospettive che tali modelli potrebbero avere in Italia.

Programmi speciali sono attualmente utilizzati in alcuni Stati americani, nei Paesi scandinavi, in Francia, in Germania e in Regno Unito. In genere, tali approcci prevedono una prima fase valutativa, che stratifica i soggetti in livelli crescenti di rischio, ed una fase trattamentale che prevede percorsi diversi, in genere di tipo psicoterapeutico e con l'eventuale utilizzo di farmaci. A titolo esemplificativo, viene illustrata l'esperienza della Germania, sia per quanto concerne la valutazione e la classificazione del soggetto sia in riferimento ai protocolli trattamentali utilizzati ed ai benefici concessi. I dati emergenti depongono per l'esistenza di un significativo rischio di recidiva specifica per i sex offenders, con l'esigenza di una gestione speciale di tale problema. Tali evidenze hanno indotto alcuni Paesi ad adottare strategie trattamentali speciali, anche di tipo obbligatorio, certamente non scevre da importanti riflessi etici e giuridici, soprattutto quando impongono l'uso di farmaci. Ulteriori riflessioni sembrano essenziali per valutare il ruolo che tali programmi potrebbero avere nel nostro Paese.

Key words: Sex offense • Psychopathology • Recidivism • Sex offenders' treatment • Prevention

Abstract

Sex crimes provoke alarm and strong reactions from the public to a greater extent than any other type of crimes; this occurs especially when the victims are perceived to be particularly weak subjects and/or the perpetrators are affected by psychiatric disease. For these reasons, over the last few years a growing attention has been paid to abusive sex behaviors in the medical and legal fields, leading to the introduction and development of legal procedures and alternative treatments to allow comprehensive management of the different aspects of the phenomenon.

This paper analyzes the relationship between mental disorders and sex crimes. Moreover, we focus on the treatment programs offered to sex offenders in some European and North American countries and, in view of the reported results, evaluate their possible introduction in Italy. Such programs are currently in force in many countries, including the United States, Scandinavia, France, Germany, Poland and the United Kingdom.

They include a first phase of evaluation of the level of risk posed by the perpetrator, followed by a treatment phase, that often includes psychiatric therapy and the use of drugs. To illustrate this type of approach, we describe the U.S. and the German experiences of subject evaluation and classification, as well as the treatments administered and the benefits observed.

The data available on sex offenders show a strong risk of reiteration of the crime and therefore the need for a specific management of the problem. This has convinced certain countries to adopt specific treatment strategies, even mandatory ones, that raise ethical and legal issues, especially when they involve the mandatory use of drugs. We believe these issues warrant further in-depth analysis, as well as evaluation of the role that such programs could have in Italy.

Per corrispondenza: Felice Carabellese, Professore aggregato di Psicopatologia Forense, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense DI.M.I.M.P., Università degli Studi di Bari • felicefrancesco.carabellese@uniba.it

FELICE CARABELLESE, Professore aggregato di Psicopatologia Forense, Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense DI.M.I.M.P., Università degli Studi di Bari, felicefrancesco.carabellese@uniba.it

GABRIELE ROCCA, Ricercatore, Sezione di Psichiatria Forense Università degli Studi di Genova, gabriele.rocca@unive.it

CHIARA CANDELLI, Dottore di ricerca, Specialista in formazione presso la Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Bari, chiaracandelli@gmail.com

DONATELLA LA TEGOLA, Dottore di ricerca presso la Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense DI.M.I.M.P., Università degli Studi di Bari, donatella.lategola@libero.it

JUTTA M. BIRKHOFF, Professore associato, Università dell'Insubria, jutta.birkhoff@uninsubria.it

La gestione degli autori di reati sessuali tra psicopatologia e rischio di recidiva. Prospettive trattamentali

1. Introduzione

I reati a sfondo sessuale sono, senza dubbio, fra i crimini più odiosi. Di quelli che suscitano particolare allarme sociale. Il loro aumento¹ del resto, specie fra i più giovani², la brutalità con cui, talvolta, si concretizzano, la accessibilità, per certi versi, delle vittime, la sovra-esposizione dei minori, vittime privilegiate³ di comportamenti di abuso sessuale, costituiscono altrettanti fattori che contribuiscono, forse a ragione, a spiegare la particolare riprovazione sociale che fa da sfondo alle vicende giudiziarie che riguardano questo tipo di reati, sollecitando spesso agli inquirenti risposte immediate e nette. Si tratta, inoltre, di delitti che possono richiedere indagini di estrema complessità, con esiti frequentemente drammatici per le diverse “parti” coinvolte. Non fosse altro che per i rapporti – spesso parentali – che uniscono fra loro vittime ed autori.

A fronte, peraltro, di una legislazione – quella vigente nel nostro Paese – attenta al rispetto ed alla salvaguardia dei diritti personali delle vittime e severa nei confronti dei responsabili degli abusi, sembrano poche le iniziative istituzionali volte alla prevenzione di tale tipologia di crimini che, tra l’altro, possono essere caratterizzati da tassi di recidiva specifica anche molto elevati (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Ed altrettanto può dirsi circa i programmi e le iniziative con finalità trattamentali e risocializzative (Bonnar-Kidd, 2010).

Ma chi sono gli autori di reati sessuali? Quali disturbi mentali – se ve ne sono – manifestano più frequentemente? Che ruolo svolge la malattia mentale nel reato? E nella recidiva? Costituisce un problema ai fini trattamentali? Vi sono effettive possibilità di recupero degli autori di reati sessuali attraverso appositi percorsi trattamentali? È utile ricorrervi per ridurre il rischio di recidiva? Anche imponendoli in ma-

niera coercitiva ai *sex offenders*? O non è preferibile, piuttosto, che vi sia una volontaria adesione ad essi?

In questa sede vorremmo provare a riflettere proprio su tali spinose questioni, nel tentativo di fornire qualche risposta, qualche chiave interpretativa, qualche modello operativo, adeguato ed adattabile alla realtà del nostro Paese. Il tutto grazie all’aiuto dei dati presenti nella letteratura scientifica e, soprattutto, mediante una analisi critica delle diverse esperienze già avviate all’estero.

2. Sex offender: estensione del problema

“La vera caratteristica del *sex offender* è in primis una: la non uniformità” (Kröber, 2009). Contrariamente a quello che potrebbe comunemente pensarsi a riguardo, infatti, i *sex offenders* non costituiscono una tipologia omogenea di individui.

Diverso il loro *modus operandi*, il tipo di comportamento sessuale tenuto, le motivazioni sottese al reato, l’età in cui commettono la loro prima – e talvolta unica – aggressione sessuale. Diversa, inoltre, la vittima, per età, sesso, tipo di relazione (intrafamiliare o non) con l’autore.

In particolare, per quanto riguarda le vittime, i dati dimostrano che nel 90% dei casi si tratta di minori, un terzo dei quali con meno di 10 anni e gli altri due terzi infraquattordicenni. In assoluta maggioranza (87%) le aggressioni sessuali sono dirette contro vittime di sesso femminile, il 13% contro vittime maschili e solo in piccola percentuale contro vittime di entrambi i sessi (Tofte, 2007).

Per quanto concerne, invece, la “pericolosità” dei *sex offenders* i dati in letteratura sono molto variabili. Tofte (2007), considerando un periodo di 15 anni successivo al rilascio dal carcere di un campione molto vasto di *sex offenders*, ha riscontrato un tasso di recidiva del 24%, mentre Appelbaum in uno studio precedente ha evidenziato una percentuale chiaramente inferiore (pari al 13,4% nei 4-5 anni successivi al reato). Sample e Bray (2006), in un campione molto vasto composto da autori di reati di tipo diverso, hanno riscontrato un tasso di recidiva specifica per i *sex offenders* ancora più basso (7% nei 5 anni successivi).

A fronte di tale variabilità, altri autori hanno spostato il fuoco dell’attenzione sull’identificazione dei fattori di rischio di recidiva piuttosto che su una generica valutazione di “pericolosità” (Hanson, Morton & Harris, 2003). In tale prospettiva, il rischio di recidiva diminuirebbe, secondo alcuni (Thornton, 2006), con il crescere dell’età degli autori di reato, sebbene l’indagine di Ackerman (2011) non confermi questa tendenza. Inoltre, un ruolo peculiare è svolto dalla presenza di disturbi psichici, a cui verrà dedicato un paragrafo più avanti.

Un problema emergente è poi rappresentato dal crescente numero di *juvenile sex offenders* (autori di reati sessuali che al momento del fatto avevano meno di 18 anni), che se-

1 Secondo le statistiche giudiziarie penali ISTAT degli ultimi 5 anni disponibili, il numero dei reati sessuali sarebbe passato da 4064, dato riferito al 2000, a 4289 nel 2004.

2 Secondo le statistiche giudiziarie penali ISTAT degli ultimi 5 anni disponibili il numero dei reati sessuali commessi da minori sarebbe passato da 634, dato riferito al 2000, a 968 nel 2004.

3 Secondo la consultazione dei dati Istat, i minori vittime di reati sessuali dal 2003 al 2005 sarebbero pari a 2230. Secondo i dati del Telefono Azzurro (www.telefonoazzurro.it), nel 2007, sul totale di 3495 casi gestiti, il Centro Nazionale di Ascolto ha raccolto 923 segnalazioni di bambini e di adolescenti vittime, individuando complessivamente 1155 forme di abuso: ciò significa che alcuni bambini sono vittime di più violenze contemporaneamente. La maggior parte degli abusi segnalati al sono di tipo fisico (32,5%) e psicologico (34,5%), ma sono elevati anche i casi di abuso sessuale (12,2%) e grave trascuratezza (20,8%).

condo una recente meta-analisi (Tofte, 2007) rappresenterebbero il 23% circa del totale, di cui il 3,7% infradodicenni. È stato fatto notare al riguardo (Colbert, 2011) che, nonostante la mole di dati a disposizione, si rischia di mettere sullo stesso piano l'esibizionista occasionale, mosso per lo più da motivazioni sessuali parafiliche che non costituiscono un reale pericolo per terzi o il minore che ha un rapporto consenziente con un altro minore infraquattordicenne, col predatore sessuale o il pedofilo ebefilico, ai quali, secondo l'Autore citato, andrebbe invece riservato in maniera più appropriata l'appellativo di *sex offender*, perché dotati di un ben più alto tasso di pericolosità per la società e di una maggiore tendenza alla reiterazione dei comportamenti sessuali delittuosi già posti in essere. Il rischio in pratica sarebbe quello di mettere tutti sullo stesso piano.

Non vi è dubbio, infatti, che reati sessuali in cui marcatamente evidenti siano i significati simboli e feticistici (Holmes & Holmes, 2002) nel comportamento sessuale utilizzato, agiti per accrescere e sostenere componenti sadiche della propria sessualità (Hickey, 2003; Palermo & Kocsis, 2005); in cui compaiano elementi sessuali ritualizzati, tipici dei *sex offenders* seriali (Beauregard, Lussier & Proulx, 2005); che si caratterizzino per un substrato di fantasie sessuali di potere, sopraffazione e violenza sulle vittime (Gee, Devilly & Ward, 2004; Howitt, 2004; Sheldon & Howitt, 2008), fantasie presenti spesso sin dall'adolescenza (Hickey, 2005) nel *sex offender*; in cui, infine, vi sia impellenza compulsiva (Kimmel & Plante, 2004) ad agire la propria sessualità abnorme (Small, 2004), senza alcuna preoccupazione per l'altro (Hickey, 2005), ebbene condotte sessuali in cui compaiano tutti questi aspetti, abbiano in realtà una rilevanza criminologica e criminogenetica di tutt'altro spessore rispetto a condotte sessuali – anche se di rilevanza penale – in cui tuttavia non sono presenti quegli elementi richiamati ovvero sono presenti solo in maniera marginale.

Secondo Colbert (2011) si corre il rischio di disperdere risorse in favore di autori di reati sessuali, anche occasionali o autori di comportamenti sessuali delittuosi di più modesta gravità che non costituiscono un reale rischio per la società e per i quali semmai possono risultare efficaci interventi di semplice supporto economico o sociale, invece di concentrarsi sul trattamento ed il controllo dei *sex offenders* più pericolosi, che richiedono programmi di intervento più impegnativi e specifici.

Questa, dunque, la situazione come emergente dai dati internazionali.

Nel tracciare, ora, un profilo dei *sex offenders* nel nostro Paese, faremo riferimento ai dati più aggiornati forniti dal Ministero della Giustizia⁴.

Prima però vale la pena di ricordare l'ampia indagine conoscitiva sugli autori di reati sessuali effettuata da Traverso nel corso dell'anno 1998. Da tale ricerca emerse che i detenuti per reati sessuali erano in assoluta maggioranza uomini (98%) adulti (per il 70% di età compresa fra i 35 ed i 59 anni), per lo più (85,6%) sconosciuti ai servizi psichia-

trici pubblici (Traverso, 1999). Dai dati raccolti da Traverso, inoltre, si evinceva come le vittime privilegiate fossero adulte, piuttosto che minorenni. I minori, infatti, costituivano circa un terzo del totale delle vittime, dei quali per i ¼ si trattava di infraquattordicenni, per la parte restante di infradiciottenni. Oltre il 60% delle vittime sotto i 18 anni era costituito, infine, da giovani di sesso femminile.

Altro dato interessante è quello che riguarda il tasso di recidiva specifica, che dall'indagine di Traverso risulterebbe essere pari al 18% circa, sostanzialmente in linea quindi a quello emerso dalle ricerche statunitensi.

Passando ora a considerare dati italiani più recenti, dalle "Statistiche giudiziarie penali" (ISTAT, 2006), emerge che fra gli autori condannati per reati sessuali⁵, la fascia di età più rappresentata è quella compresa tra i 24-35 anni (31%), in assoluta maggioranza uomini (89% vs 11,2% di donne).

Per quanto riguarda i minori autori di reato, il dato che è stato possibile prendere in considerazione è quello relativo ai minori denunciati per reati sessuali (violenze sessuali, atti sessuali con minorenne, corruzione di minorenne, pornografia minorile, istigazione, sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione; atti osceni, pubblicazione e spettacoli osceni), anziché il numero di condannati. Fra i minori presunti autori di reato, la fascia d'età più rappresentata è quella inferiore ai 14 anni (26% di tutti coloro che sono denunciati per reati sessuali); fra di essi prevalgono nettamente quelli di sesso maschile (97,5%)⁶.

Rimanendo in ambito minorile sono interessanti i dati sui reati sessuali commessi da minori e giovani in Germania⁷, dove il fenomeno ha suscitato forte allarme sociale ed ha innescato una serie di iniziative legislative. Nel 2003 sono stati denunciati 54632 reati a sfondo sessuale, di cui sono stati individuati 36033 presunti autori. Tra questi 7237 erano giovani (per lo più di sesso maschile) fino ai 21 anni (20,3% del tot.); 1045 (2,9% del tot.) erano infraquattordicenni; 3675 adolescenti compresi tra i 14 e 18 anni (10,2% del tot.) e 2594 giovani tra 18 e 21 anni (7,2% del tot.). I reati erano per lo più quelli di molestie o abuso sessuale ai danni di minori.

Nel 2001 sono stati individuati 26 autori di reati a sfondo sessuale esitati con la morte della vittima: di questi, 10 erano giovani autori sotto i 21 anni: 3 soggetti di età inferiore ai 12 anni, 2 di età fra 14 e 18 anni e 5 fra 18 e 21 anni.

I reati sessuali commessi da giovani autori avrebbero, per lo più, un carattere episodico (Elz, 2003) ed alla base è identificabile un'adolescenza problematica, associata ad altri fat-

4 Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Istituto Superiore di Studi Penitenziari, 2004.

5 Il dato è generale e riguarda i reati sessuali nel loro complesso: violenza sessuale di gruppo; violenza sessuale; atti sessuali con minorenne; corruzione di minorenne; prostituzione minorile; pornografia minorile; detenzione di materiale pornografico; turismo finalizzato allo sfruttamento e alla prostituzione; istigazione, sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione; atti osceni, pubblicazione e spettacoli osceni.

6 Fonte rappresentata dal testo: "Devianza e disagio minorile. Caratteristiche e aspetti giudiziari", nato dalla collaborazione tra l'Istat ed i Ministeri dell'Interno, della Giustizia e dell'Istruzione, relativamente all'anno 1999.

7 Fonte: Polizeiliche Kriminalstatistik, 2003 (studi di Elz, 2003 e 2004, e citati in Heiliger, 2005)

tori di svantaggio, psicologici, familiari, sociali ed economici (Heiliger & Engelfried, 1995), caratteristiche più evidenti nei *sex offenders* che recidivano.

3. Psicopatologia e *sex offenders*

La medesima eterogeneità già segnalata in precedenza emerge quando si prova a delineare la personalità del *sex offender*, i suoi tratti psico(pato)logici – se ci sono – i suoi interessi sessuali.

Emerge allora che utilizzando i criteri diagnostici del DSM-IV-TR (A.P.A., 2000) non tutti gli aggressori sessuali di minori sono classificabili come pedofili (Marshall & Fernandez, 2003), che molti autori di violenze sessuali, al più, vengono forzatamente fatti rientrare nella categoria diagnostica delle Parafilie NAS (Widiger & Coker, 2003) ovvero, che solo una minoranza di loro (ed una minoranza di *child molesters*) rientrano fra i sadici sessuali. In altre parole, a voler caratterizzare i *sex offenders* da un punto di vista psicopatologico non si andrebbe al di là delle cosiddette parafilie, con tutti i limiti concettuali che tali categorie sindromiche si trascinano a proposito della rilevanza clinica che rivestono relativamente al loro comportamento sessuale.

Tale criticità è stigmatizzata anche in letteratura (First & Halon, 2008), al punto che è stata proposta una distinzione tra le parafilie come “tratti” ed i veri e propri “disturbi parafilici”, cercando così di identificare e distinguere la soglia “patologica” del comportamento sessuale⁸.

Ad ulteriore conferma della “confusione” diagnostica tra categorie cliniche (parafilie) e categorie psicogiuridiche (autori di reati sessuali), altri Autori (Heil, Ahlmeyee & Simons, 2003) sostengono la frequente presenza di più parafilie nel medesimo autore di reati sessuali. In particolare Abel (et al, 1998), sostiene che il 61% dei pedofili con vittime solo femminili abbia tre o più differenti parafilie coesistenti; per i pedofili con sole vittime maschili questa percentuale sarebbe leggermente inferiore (54%).

Altre ricerche hanno, invece, esplorato la prevalenza di psicopatologia tra i *sex offenders*, evidenziando la presenza in percentuali elevate di disturbi di Asse I e di Asse II, anche in comorbidità nello stesso soggetto. Nello studio di McElroy e coll. (1999), 35 dei 36 autori di reati sessuali (parafilici e non) del campione considerato soffriva di almeno un disturbo di Asse I. Levenson (2004), nel suo studio condotto in un campione di 450 *sex offenders*, individuò i criteri diagnostici per due disturbi mentali in comorbidità nel 32% dei casi, di tre nel 21% e di oltre tre nel 7%. Bogaerts e coll. (2005) dimostrarono una significativa presenza di disturbi di Asse II (Disturbo Schizoide, Narcisistico, Evitante, di Personalità) nel loro campione di *child molesters*. Sjostedt e coll. (2003), in uno studio condotto su un campione di oltre 8000 *sex offenders* condannati in Svezia fra il 1988 ed il 2000, hanno indagato la presenza di disturbi psichiatrici maggiori, evidenziando in effetti percentuali più elevate rispetto alla popolazione generale (schizofrenia: 1,5% vs 0,3%; dist. bipolare: 0,3% vs 0,1%; altri disturbi psicotici: 2,5% vs 0,4%).

Secondo Leue e coll. (2004), al contrario, solo alcuni disturbi psichici (dell'umore, d'ansia e del comportamento alimentare) sarebbero presenti in maniera significativa nei *sex offenders* e maggiormente in quelli parafilici rispetto ai non parafilici. Fra i disturbi d'ansia, diversi Autori (Douglas, Burgess, Burgess & Ressler, 1992; Keppel, 1995; Howitt, 1995; Iwawaki & Wilson, 1983; Briere & Runtz, 1989; Languevin & Lang, 1985) segnalano la fobia sociale come quadro clinico particolarmente rappresentato, a denotare l'incapacità di tali soggetti a stabilire relazioni solide ed efficaci con gli altri.

Anche Cochrane e coll. (2001), in uno studio condotto in U.S.A. su autori di reato inviati in strutture ospedaliere psichiatrico-forensi, confrontando i *sex offender* con tutti gli altri *offenders*, hanno dimostrato che i primi manifestavano più frequentemente alcuni disturbi mentali (ritardo mentale: 11% vs 2%; parafilie: 25% vs 2%); meno frequentemente altri (disturbi dell'umore: 5% vs 20%; disturbi psicotici: 16% vs 32%) e sostanzialmente in egual misura altri ancora (disturbi di personalità: 42% vs 42%; disordini da abuso di sostanze: 42% vs 48%). Harsch (et al, 2006), del resto, confrontando un campione di 40 *sex offenders* ricoverati in una struttura psichiatrico-forense di un Land tedesco fra il 1999 ed il 2001 con un campione di 30 *sex offenders* detenuti nelle carceri dello stesso Land al marzo 2003 ed un campione di 26 *violent offenders* detenuti nelle stesse carceri, ha dimostrato che gli *offenders* di tutti e tre i gruppi, relativamente ai Disturbi di Asse I, avevano elevati livelli di patologie mentali senza significative differenze fra loro; relativamente ai Disturbi di Asse II, invece, emergevano importanti differenze negli indici di prevalenza dei disturbi di personalità di cluster A, B e C, molto più elevati nei *sex offenders* inseriti nelle strutture psichiatrico-forensi rispetto agli *offender* degli altri due gruppi di controllo.

Gli stessi Autori, peraltro, dimostrarono che i *sex offenders* internati possedevano competenze psico-sociali particolarmente deficitarie, in linea con quanto sostenuto da Bader (2003), secondo cui il *sex offender* non sembra in grado di manifestare un approccio sessuale appropriato con un partner socialmente adeguato.

Anche fra i *sex offenders* infradiciottenni sembra essere alta la prevalenza di malattia mentale (Friedrich et al., 2001; Gee, Devilly, & Ward, 2004): in particolare di ADHD e di disturbi correlati all'uso di sostanze (Pinkerton et al., 2003).

La correlazione tra malattia mentale e comportamento sessuale illecito, dunque, è questione che rimane sostanzialmente ancora aperta e necessita, evidentemente, di ulteriori ricerche. La eterogeneità dei *sex offenders* e le metodologie di indagine sinora utilizzate, forse non sufficientemente tarate nel riuscire ad apprezzare appieno tale variabilità, non hanno consentito di centrare l'obiettivo di delimitare nitidamente i confini di eventuali patologie mentali coesistenti con specifici comportamenti sessuali anomali e, talvolta, delittuosi. Determinate dimensioni psicopatologiche sembrano giocare tuttavia un ruolo più rilevante nell'aggravare il rischio di recidiva specifica dei *sex offenders* e proprio tale aspetto verrà analizzato di seguito.

8 <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx>.

4. Psicopatologia e recidiva

Langstrom e coll. (2004) hanno condotto in Svezia una ricerca longitudinale durata oltre 5 anni (con un range di 3-8 anni) sui *sex offenders* – un campione di 1215 soggetti, tra cui stupratori (43%), *child molesters* (44%) ed altri (13%) – rimessi in libertà dopo essere stati ristretti in carcere nel periodo compreso fra il 1993 ed il 1997 per reati sessuali⁹. Dei *sex offenders* del campione, il 5,9% di loro erano stati nuovamente condannati durante il periodo di osservazione per reati sessuali, il 10,4% per reati violenti non a sfondo sessuale ed il 15,1% per reati violenti (a sfondo sessuale e non).

Al fine di identificare nei *sex offenders* del campione considerati eventuali disturbi mentali preesistenti, i ricercatori presero in considerazione l'incidenza di ricoveri ospedalieri in ambienti psichiatrici e neurologici¹⁰ nell'anno che aveva preceduto il reato per cui i *sex offenders* erano stati nuovamente condannati, come pure eventuali ricoveri in periodi precedenti, a partire dal 1987 in poi, anno di entrata in vigore della legge richiamata in nota. Dai risultati ottenuti si è riscontrato che, nell'anno precedente il nuovo arresto, solo il 4% circa dei *sex offenders* del campione era stato ricoverato per motivi neuro-psichiatrici: i disturbi più rappresentati erano quelli relativi a condotte di abuso (3,2%), disturbi di personalità (0,6%) e disturbi psicotici (0,7%). Nei dieci anni precedenti (a partire dal 1987), una percentuale superiore (14%) di *sex offenders* riportavano ricoveri in anamnesi: le diagnosi più rappresentate erano di disturbi da abuso di alcol ed altre sostanze (10,6%), disturbi di personalità (1,8%), disturbi psicotici (1,4%).

L'analisi multivariata evidenziò che una diagnosi pregressa di disturbo da uso di alcol rendeva più che doppio il rischio di recidiva specifica, quella di disturbo da uso di sostanze triplicava il rischio e quella di disturbo di personalità aumentava il rischio di circa 10 volte. Inoltre, associazioni significative erano evidenziate anche per le diagnosi di psicosi e per i disturbi psichiatrici in generale.

In conclusione, gli autori dimostrarono che sia i disturbi di personalità sia i disturbi da uso di sostanze risultavano entrambi fortemente associati al rischio di recidiva specifica e che la presenza di disturbi psichiatrici in generale costituiva un fattore di rischio significativo sia per la recidiva specifica sia per i reati violenti non sessuali. Gli Autori ritenevano, inoltre, che la diagnosi di Pedofilia aumentasse in maniera significativa il rischio di recidivismo specifico. Rischio specifico per reati sessuali che aumenterebbe anche in caso di Disturbi psicotici.

Secondo Skeem e Mulvey (2001), del resto, i disturbi da uso di alcol e sostanze, oltre che correlati al rischio di reiterazione di reati sessuali, aumenterebbero il rischio di recidiva per reati violenti (sessuali e non sessuali) e gli stessi autori ritengono che vi sia una modesta correlazione fra di-

sturbi di personalità e reati violenti non sessuali. La presenza di personalità antisociale aumenterebbe invece, più in generale, il rischio di recidivismo per i reati violenti, non solo sessuali ma anche non sessuali.

In una recente meta-analisi, Hanson e Morton-Bourgon (2009), indagando la correlazione tra psicopatia e recidiva criminale, hanno evidenziato come la presenza di psicopatia nei *sex offenders* costituisca un importante fattore predittivo per la recidiva di, nell'ordine: altri reati sessuali, reati violenti non sessuali e reati violenti (sessuali e non sessuali). Tali considerazioni sono condivise anche da Olver e Wong (2005), che in uno studio su un campione di 156 *sex offenders* selezionati a *random* fra tutti quelli condannati a pene superiori ai due anni (n = 300), inseriti in programmi trattamentali e seguiti per un periodo di *follow-up* di circa 10 anni, hanno evidenziato un elevato tasso di recidiva per reati non sessuali (74%) tra coloro che avevano un punteggio alto alla PCL-R (≥ 25) rispetto a quelli con bassi punteggi di PCL-R (32%). Analogamente, i *sex offenders* con alti livelli di *sexual deviance* – misurata con la *Violence Risk Scale: Sexual Offender version* (Wong et al, 2004) – avevano un più alto livello di recidiva specifica (35%) rispetto a quelli con bassi livelli di *sexual deviance* (20%). Tali riscontri, secondo gli stessi Autori (Olver, & Wong, 2011), rappresenterebbero una conferma della complessità di una comprensiva valutazione del rischio di recidiva dei *sex offenders*, soprattutto a fronte della eterogeneità che li contraddistingue, sia per il tipo di condotta sessuale tenuta, sia per le caratteristiche della loro personalità.

In definitiva, i dati sinteticamente riportati sembrano dimostrare come la patologia mentale – ed in particolare, dimensioni psicopatologiche strutturali della personalità e i disturbi da uso di sostanze – sia effettivamente correlata ad un più alto rischio di reiterazione di condotte sessuali delittuose (ma anche di altri reati non a sfondo sessuale).

5. Implicazioni trattamentali

Numerosi studi hanno cercato di sviluppare programmi ed interventi in grado di gestire, anche sul piano terapeutico, i *sex offenders* e, fino ad ora, sembra che le migliori prospettive trattamentali siano quelle applicabili agli autori di reati sessuali "affetti" da parafilia, per i quali le principali alternative sono i trattamenti psicologici e psicoterapici e quelli farmacologici.

Circa i primi, va precisato che la maggior parte degli sforzi si sono concentrati sui trattamenti ad impronta cognitivo-comportamentale, tesi a far comprendere ai *sex offenders* i motivi profondi del loro comportamento sessuale, i bisogni a cui rispondono ed a "riprogrammare" il loro comportamento sessuale secondo modalità più appropriate e socialmente più adeguate. L'approccio terapeutico insiste nell'insegnare al *sex offender* a farsi carico delle esigenze e dei bisogni dell'altro attraverso il recupero di una dimensione empatica con le vittime (cfr. Kenworthy, Adams & Bilby, et al. 2004; Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009; Giulini & Xella, 2011).

Si tratta di progetti che, evidentemente, presuppongono un'adesione intima alle proposte trattamentali da parte del *sex offender*, che hanno come obiettivo fondamentale un cambiamento durevole del suo assetto cognitivo, relativa-

9 Secondo il codice penale svedese sono considerati reati sessuali, sia gli atti sessuali che comportano un contatto fisico con la vittima sia quelli che non comportano un contatto fisico con la vittima (esibizionismo).

10 Dal 1987 la legge Svedese prevede che debba rimanere traccia di eventuali ricoveri in ambiente psichiatrico o neurologico, sia pubblico che privato, in un apposito registro.

mente almeno al suo comportamento sessuale. Il fine è quello di ridurre, conseguentemente, il rischio di recidiva specifica. Obiettivo, quest'ultimo, primario in quelle disposizioni trattamentali obbligatorie, frutto di scelte legislative specifiche, che vanno, più propriamente, sotto il nome di "guidance".

Particolari problemi trattamentali pongono i *sex offenders* con spiccati aspetti di antisocialità e psicopatia, i quali dimostrano di possedere elevati tassi di recidivismo – al di là della tipologia di reato commesso – e forti resistenze al cambiamento. Per di più gli autori di reati sessuali con più spiccati tratti di psicopatia, quando sono inseriti in progetti trattamentali con un approccio di gruppo, in cui sono trattati anche soggetti che non possiedono analoghi profili personali, costituiscono elementi di resistenza al cambiamento terapeutico anche per questi ultimi. Il che solleva, evidentemente, anche questioni di natura deontologica ed etica. Di qui la necessità di trattamenti personalizzati.

Va detto che, a fronte di indicazioni alla personalizzazione dei trattamenti, vi sono quanti preferiscono (Marshall, 2007) approcci indirizzati ai *sex offenders* nel loro insieme, sebbene dotati di forte flessibilità. Peraltro, non mancano quanti (Heiliger, 2006) nutrono dubbi, in assoluto, sull'efficacia dei trattamenti su autori di reati sessuali, specie per alcuni di essi (pedofili). Trattamento specifico andrebbe riservato invece, secondo lo IATSO (*International Association for the Treatment of Sexual Offenders*), ai *juvenile sexual offenders*. Si fa presente a riguardo che gli adolescenti sono, molto più degli adulti, dipendenti dal contesto in cui sono inseriti; molti di loro, poi, non hanno acquisito una completa conoscenza dei modelli genere-specifici.

Particolare importanza riveste poi la famiglia di origine. Numerose indagini (Blaske, Borduin, Henggeler, & Mann, 1989; Bischof, Stith, & Whitney, 1995; Elliott, Wilson, Huizinga, Sampson, Elliott, & Rankin, 1996) hanno evidenziato che le caratteristiche della famiglia di origine sono significativamente correlate ai comportamenti degli adolescenti, compresi quelli anti-sociali e violenti: motivo per cui gli interventi trattamentali su *sex-offender* minori, tendono a comprendere la famiglia, la scuola, la dimensione sociale ed altri sistemi in cui il minore è inserito.

Per quanto riguarda i trattamenti farmacologici, più in generale va detto che, fra i presidi farmacologici utilizzati, gli SSRI si sono dimostrati di una certa efficacia, specie sugli aspetti compulsivi del comportamento sessuale (Kraus, Hill, Haberman, Strohm, Berner & Briken, 2006). È ovvio che antidepressivi ed antipsicotici sono presidi di prima scelta nel momento in cui compaiono anche disturbi di Asse I, per i quali tali farmaci possiedono un'indicazione specifica (Zourkova, 2000; Guay, 2009). In questi casi i presidi psicofarmacologici sembrano facilitare l'adesione ai programmi terapeutici ed aumentano le possibilità di successo nel controllo della recidiva specifica (Thibaut et al., 2010).

Un discorso a parte riguarda il tema della c.d. "castrazione chimica", espressamente contemplata in determinati Paesi, premessa necessaria in alcuni casi per poter accedere a sistemi giudiziari premiali, opzione tuttavia dalla ancora incerta efficacia, non del tutto scevra da rischi e dalle ancor più problematiche implicazioni etiche (Ward, 2010).

Va riconosciuto tuttavia, che un ruolo sempre crescente nel trattamento dei *sex offenders* parafilici lo stanno avendo le sostanze ormonali (Czerny, Briken, Berner, 2002). In parti-

colare, i dati di letteratura suggeriscono una certa efficacia dei farmaci antiandrogeni (in particolare dei GnRH agonisti) nella prevenzione del rischio di recidiva criminale, nonostante la validità a lungo termine di tali terapie debba essere confermata da ulteriori ricerche (Garcia & Thibaut, 2011).

L'associazione del trattamento farmacologico alla psicoterapia è risultata essere più incisiva rispetto alla sola monoterapia, tuttavia il trattamento, per essere più efficace dovrebbe essere protratto per non meno di 3-5 anni (Rice & Harris, 2011).

Tra i percorsi trattamentali diretti a *sex offenders* adulti sperimentati in Italia, si ricorda il programma WOLF. Il Ministero della Giustizia, in particolare il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, nel 1998 presentò un progetto così denominato: *Working On Lessing Fear* (WOLF). L'iniziativa – la prima in Italia – si caratterizzava come progetto di ricerca e scambio transnazionale sul trattamento dei condannati per reati sessuali su minori, nonché sui bisogni di formazione degli operatori penitenziari addetti al loro trattamento. L'iniziativa prevedeva il coinvolgimento diretto e indiretto del personale di 71 istituti penitenziari (educatori, assistenti sociali, direttori di istituto) e degli Uffici Esecuzione Penale Esterna ed era ritagliato su modelli ed esperienze maturate in Belgio ed Olanda (Mariotti Culla, & Zinna, 2001). Fra le esperienze trattamentali pilota maturate all'interno di quel progetto, quella del carcere di Lodi.

Fra le iniziative più recenti ricordiamo quella della Casa Circondariale di Prato, che ha realizzato nel 2002 il Progetto *In.Tra.ForWolf*. Il progetto prevedeva degli interventi specifici di trattamento intramurario per gli autori di reati sessuali ristretti presso la C.C. di Prato, nonché il coinvolgimento esterno del volontariato, delle comunità e del settore no profit. I detenuti di reati sessuali erano divisi in gruppi di 10/15 soggetti formati secondo il principio della massima eterogeneità riguardo al tipo di reati sessuali commessi. Il programma trattamentale aveva una durata prevista non inferiore a 3 anni.

Più recentemente, all'interno della casa di reclusione di Bollate, è stato avviato il "Progetto di trattamento e presa in carico di autori di reati sessuali in Unità di Trattamento Intensificato e sezione attenuata", sperimentazione avviata a partire dalla metà di settembre 2005 da Giulini e coll (2011). Il progetto si rivolge agli aggressori sessuali adulti con condanne definitive che abbiano espresso un minimo di consapevolezza critica relativamente alla propria problematica sessuale. I partecipanti sono dapprima isolati in "sezioni protette" intracarcerarie e dopo un anno di terapia riescono a lasciare quel reparto e vivere insieme agli altri detenuti "comuni", passaggio ritenuto una specie di banco di prova per anticipare il rientro in società. A questa fase "pre-trattamentale", segue il programma di trattamento vero e proprio, prevalentemente attraverso terapie di gruppo ad indirizzo cognitivo-educativo, in cui si procede ad una ristrutturazione cognitiva e psico-educazionale delle abilità sociali. Segue, poi, una successiva fase extracarceraria, attuata in una Sezione Attenuata (ex art. 115, 3° cpv, D.P.R. n. 230/2000), con la possibilità di lavoro, durante il giorno, all'esterno dal carcere. Questa fase dura circa 6 mesi e tende a valorizzare i processi di autonomizzazione e responsabilizzazione dei singoli detenuti, i quali sono chiamati a gestire in prima persona l'organizzazione giornaliera della sezione stessa, di-

Felice Carabellese, Gabriele Rocca, Chiara Candelli, Donatella La Tegola, Jutta M. Birkhoff

sponendo di un'elevata libertà di movimento all'interno della Sezione e di una maggior possibilità di frequentazione ed incontri con soggetti provenienti dall'esterno.

Finalità principale dell'intero trattamento: la prevenzione della recidiva. A questo riguardo, pare che i primi risultati ottenuti siano molto incoraggianti. Tuttavia non si dispone ancora di dati conclusivi dell'esperienza.

In definitiva, dai dati di letteratura presi in considerazione, emerge che non sembra esistere un unico modello trattamentale, ma che, al contrario, più modelli e più approcci si adattano – di volta in volta – alle esigenze del caso di specie, con possibilità di successo ed efficacia più o meno consistenti a seconda della coesistenza di una serie di variabili (non solo di natura clinica), alcune delle quali, tuttavia, non del tutto chiarite.

Alla luce di quanto analizzato, di seguito proponiamo un breve approfondimento sui modelli in uso in alcuni Stati degli U.S.A. e in Germania al fine di analizzarne l'efficacia e l'efficienza e valutare il ruolo che tali programmi potrebbero avere nel nostro Paese.

6. L'esperienza U.S.A.

Da tempo gli U.S.A. hanno adottato scelte legislative e strategie di contrasto specifiche. Dal 1994, una Legge Federale¹¹ impone ai diversi Stati di creare dei registri dei criminali condannati per reati sessuali violenti o contro i minori, contenenti informazioni personali (luogo di residenza) degli stessi con l'obiettivo di garantirne la "tracciabilità" (Cohen & Jeglic, 2007). Tale norma è stata modificata con diversi successivi interventi legislativi¹², che hanno aumentato le informazioni contenute nei registri nazionali (nome, cognome, indirizzo, foto, tipo di reato commesso, etc.) ed hanno strutturato in modo organico la gestione ed il trattamento degli autori di reati sessuali negli U.S.A.¹³.

In genere, tali modelli, comunque differenti da Stato a Stato, prevedono una prima fase valutativa, che stratifica i *sex offenders* in livelli crescenti di rischio di recidiva, ed una fase trattamentale, che, per gli autori di reato sofferenti psichici, prevede percorsi terapeutici obbligatori di tipo psicologico, eventualmente associati all'utilizzo di farmaci ormonali (antagonisti del testosterone e GnRH agonisti) e/o psicotropi (SSRI, antipsicotici), al posto della pena o dopo l'espiazione – in genere parziale – della stessa (c.d. *involuntary civil commitment*)¹⁴. Nel 2006 è stato anche creato un motore di ricerca su internet che permette di "localizzare" su tutto il territorio statunitense i *sex offenders* registrati

e classificati, come detto, in tre livelli di rischio: nel I sono inseriti gli autori di reati sessuali meno gravi (ad es., coloro i quali detengono materiale pornografico); nel III, i *sex offenders* responsabili dei reati più violenti.

Nel luglio 2010 tale database conteneva dati di oltre 700.000 individui¹⁵.

Oltre ai programmi ed ai registri nazionali, è previsto che i singoli Stati possano adottare i c.d. "*community notification statutes*", che autorizzano la notifica della presenza di un *sex offender* in una comunità ed il rilascio pubblico delle informazioni relative, e possano applicare una serie di "restrizioni" circa i luoghi di lavoro e di residenza cui possono accedere tali soggetti, con il risultato che la maggior parte dei *sex offenders* che si stima vivano in comunità sarebbero concentrati nelle aree rurali o ristretti in "ghetti" urbani¹⁶.

Utilizzando i dati contenuti nei diversi registri nazionali, gli Autori di una recente indagine (Ackerman e coll., 2011), pur segnalando i limiti insiti nei differenti metodi di rilevazione da parte dei singoli Stati, hanno evidenziato alcuni elementi caratteristici dei *sex offenders*, quali il genere – in assoluta prevalenza maschile (97,7%) – l'età (mediamente intorno ai 44 anni) e la razza, per lo più rappresentata da bianchi (circa il 65% del tot). L'indagine di Ackerman (2011) ha inoltre evidenziato che, mediamente, solo il 12% circa dei *sex offenders* registrati sono reclusi in carcere o sottoposti a qualche forma di limitazione della libertà personale: di una percentuale non trascurabile di loro (oltre il 5%), peraltro, non si conoscerebbe l'ultimo domicilio. Un altro 3% sarebbe costituito da *homeless*.

Per la gran parte, dunque, gli autori di reati sessuali statunitensi registrati vivono in comunità, sottoposti a *probation* (sorta di affidamento in prova) o "*on parole*" (analoga alla nostra liberazione condizionale), con la possibilità – il timore, secondo alcuni – di reiterare le proprie condotte sessuali illecite. Rischio che diviene ancora più concreto per i *sex offenders* di III livello.

Circa l'efficacia delle misure di registrazione e notificazione dei *sex offenders*, recentemente alcuni Autori (Prescott & Rockoff, 2008), hanno evidenziato che l'obbligo di registrazione senza pubblicazione ridurrebbe l'incidenza di reati sessuali (attraverso il miglior monitoraggio da parte delle Forze dell'Ordine e della maggiore attenzione verso la recidiva), mentre la divulgazione pubblica dei dati infonderebbe il potere deterrente dei registri.

Tali conclusioni sono condivise anche da altri Autori (Harris & Lurigio, 2010), che sostengono come, contrariamente alle aspettative, la possibilità accordata ai cittadini di acquisire liberamente informazioni dai registri dei *sex offenders*, non ha messo al riparo i minori dal rischio di abusi sessuali, né si è dimostrata efficace nel ridurre il rischio di recidiva. Tali considerazioni trovano ulteriore supporto nel fatto che in oltre il 60% dei casi di reati sessuali autori e vittime si conoscono già (Cohen & Jeglic, 2007) e che è più raro cercare nei registri dei *sex offenders* persone conosciute o appartenenti alla cerchia dei propri familiari.

11 Jacob Wetterling Crimes Against Children & Sexually Violent Offender Registration Act (the Wetterling Act, 1994).

12 The Megan's Law (1996); the "Pam Lychner" Sex Offender Tracking and Identification Act (1996); The Jacob Wetterling Improvements Act (1997); the Protection of Children from Sexual Predators Act (1998); the Campus Sex Crimes Prevention Act (2000); the "Adam Walsh" Sex Offender Registration and Notification Act (SORNA, 2006).

13 Vera Institute of Justice, "The Pursuit of Safety: Sex Offender policies in the United States", 2008.

14 Si veda al proposito anche quanto sostenuto nella recente sentenza U.S. v Comstock, 650 U.S. (2010).

15 <http://www.nsopw.gov>

16 Appelbaum P: "No, you can't leave me: issues and efficacy of coercive outpatient treatment", Annual Meeting of Psychiatry and Law, Boston, MA, 27-30 ottobre, 2011.

La gestione degli autori di reati sessuali tra psicopatologia e rischio di recidiva

Peraltro, di tutti i *sex offenders* registrati, il 13% circa sono classificati come ad “alto rischio” (livello III), mentre il 5% rientrerebbero tra i c.d. “*sexually violent predators*” (SVP), una categoria giuridica di soggetti che raccoglie gli autori di almeno un reato sessuale violento che siano affetti da un disturbo psichico (“*mental abnormality or personality disorder*”) tale da determinare un rischio elevato di recidiva specifica¹⁷.

Questi soggetti vengono inseriti quasi automaticamente in speciali programmi di controllo e trattamento che proseguono ben oltre la durata della pena e, spesso, per tutta l'esistenza (Prentky, Janus, Barbaree, Schwartz, & Kafka 2006). Proprio a riguardo dei numerosi programmi relativi ai c.d. SVP, Freeman e Sandler (2009) esprimono molta prudenza sulla loro reale efficacia, sottolineando peraltro la parzialità dei dati a disposizione.

Dal punto di vista trattamentale, il sistema giudiziario nord americano prevede che il condannato, dopo l'espiazione della pena, debba seguire un programma di trattamento terapeutico, la cui durata è in pratica indefinita, in quanto dipendente dai risultati riabilitativi conseguiti.

Una volta terminata la pena, infatti, il *sex offender* è sottoposto ad un regime di libertà vigilata, praticamente *sine die*, durante il quale è sistematicamente monitorato da esperti, sia nel periodo *ante* che *post* detenzione a seconda della gravità del reato sessuale. Oltre che extramurari, sono previsti inoltre specifici programmi trattamentali intramurari (Surace, 2009).

Per quanto concerne il trattamento, la maggior parte dei programmi in uso negli Stati Uniti prevedono l'utilizzo di strategie di tipo psicologico quali la terapia cognitivo-comportamentale e la “*relapse prevention*” (progettato per aiutare i criminali sessuali a mantenere i cambiamenti comportamentali attraverso il fronteggiare il problema della recidiva). Molto diffuso è anche l'utilizzo delle terapie ormonali (in particolare dei GnRH agonisti) in associazione a programmi di psicoterapia sia individuale sia a gruppi, soprattutto nei casi di autori di reati sessuali parafilici non ristretti in ambito penitenziario (*on probation* o *on parole*).

7. L'esperienza della Germania

Alcuni anni orsono la Germania è stata sconvolta da delitti a sfondo sessuale particolarmente efferati. Dati recenti di fonte federale¹⁸ rappresentano uno spaccato inquietante di questa tipologia di reati. L'allarme sociale suscitato ha dato origine ad una serie di iniziative legislative, giudiziarie e trattamentali – in particolare la “*Legge per la lotta contro delitti sessuali e altri reati pericolosi*” del 26 gennaio 1998 – di cui

vorremmo parlare in maniera più estesa in questa sede, al fine di provare a rappresentare l'efficacia di programmi specifici adottati in Paesi vicini al nostro.

A seguito dell'emanazione della suddetta legge gli autori di reati sessuali sono sottoposti obbligatoriamente a trattamento. In generale, a seconda della gravità del reato sessuale commesso e della conseguente pena comminata, sono previsti trattamenti sia sul territorio, sia in carcere, sia nelle sezioni forensi degli ospedali psichiatrici¹⁹. La durata di una terapia è mediamente tra l'anno e mezzo ed i tre anni, a volte fino a cinque anni.

Così in base a quanto previsto dal § 56 c, comma 3, n.1 StGB, in caso di sospensione della pena (pena inferiore a 1 anno, comminata ad esempio per esibizionismo, o costrizione sessuale ai danni di minore o di “inferiori psichici”) o di libertà vigilata (§ 68 b), viene attuata una terapia ambulatoriale; se la pena detentiva supera i due anni (per reati quali ad esempio, corruzione di minorenni, abuso di minori, violenza sessuale, stupro ecc.), in base al § 9 StVollzG (*Strafvollzugsgesetz*), allorquando il trattamento risulta indicato, è previsto il trasferimento del *sex offender* in una struttura socio terapeutica, misura revocata con successivo reinserimento in carcere, nel caso in cui, per motivi dipendenti dal reo, lo scopo trattamentale non può essere raggiunto; nei casi di incapacità (§20) o di capacità di intendere e volere grandemente scemata (§21), con associata sociale pericolosità, in base al § 63 StGB, il tribunale ordina la collocazione dell'autore del reato in un ospedale psichiatrico (sezioni forensi). Negli stessi reparti, peraltro, sono internati a volte anche soggetti condannati per reati sessuali meno gravi (esibizionismo), qualora sussista il giustificato timore che il loro comportamento possa evolvere in comportamenti sessuali di maggiore gravità.

Vediamo più in dettaglio le diverse opzioni trattamentali previste.

1. *Psico-Terapia ambulatoriale* prevista per i *sex offenders* in caso di sospensione condizionale della pena o dopo la scarcerazione. Nel 70% circa dei casi il trattamento ambulatoriale viene già iniziato in carcere poco prima del termine della pena detentiva.

Vi sono in realtà ad oggi ancora problemi di carattere economico e professionale per il consolidarsi di questa tipologia di trattamento, per cui in effetti solo una minima parte dei soggetti “arruolati” viene poi realmente seguito. Va detto, poi, che i *sex offenders* presentano spesso problemi di tipo esistenziale, familiare, lavorativo, fattori di cui è necessario tener conto nella programmazione dell'intervento, programma che deve quindi inoltre poter contare su una adeguata rete di supporto esterno, dato da medici di base, addetti al collocamento lavorativo, ecc., ed i cui interventi devono essere adeguatamente coordinati. Tutto questo contribuisce a rendere complessa l'attuazione del programma (Pitzing & Will, 2004). Comunque sia all'inizio del pro-

17 Si vedano per ulteriori approfondimenti i *Sexually Violent Predator Acts* (SVPA) di molti Stati americani.

18 Nel 2008, in Germania sono stati registrati 12772 casi di abuso sessuale ai danni di minori (rapporto tra casi noti e ignoti si collocherebbe fra 1:12 – 1:18, ragion per cui in realtà i casi sarebbero circa 300.000 l'anno), 8126 casi di esibizionismo (a questi si aggiungerebbero circa fra i 5 e i 6000 l'anno casi di esibizionismo davanti a minori, rubricati però come abuso su minori), 7511 casi di costrizione o violenza sessuale e 18 casi di Omicidio a sfondo sessuale (fonte: Bundeskriminalamt = “ufficio federale per la repressione della criminalità”).

19 Gli articoli riguardanti i reati sessuali della “*Legge per la lotta contro delitti sessuali e altri reati pericolosi*” sono collocati all'interno del capitolo 13, “*reati contro la autodeterminazione sessuale*” ai paragrafi 174-184f, del codice penale tedesco (*Strafgesetzbuch* = StGB).

gramma insieme al paziente viene stipulato un vero e proprio *contratto di terapia* circa scopi, metodi, tempistica ed effetti collaterali di eventuali terapie psicofarmacologiche prescritte, regole da rispettare nei rapporti con l'èquipe curante, consenso ad eventuali deroghe dall'obbligo di segretezza. Solitamente si fa ricorso a terapie ad indirizzo cognitivo-comportamentali e psicodinamiche, attuate sia in forma diadica che di gruppo. Nei gruppi il *sex offender* si confronta con la ricostruzione del fatto-reato affinché gli siano rese più chiare le sue distorsioni cognitive e, conseguentemente, possa procedere al cambiamento (Marshall, 1998; Berner, 2000).

La durata del trattamento è di almeno un anno ma spesso anche più lunga, periodo durante il quale il *sex offender* è anche seguito da un assistente alla prova che si occupa in particolare delle questioni sociali.

Alla fine del trattamento viene stilata una relazione sui risultati raggiunti, che, prima di essere trasmessa al Tribunale, viene discussa col diretto interessato. Obiettivo fondamentale del trattamento, è quello di promuovere un profondo mutamento dell'assetto comportamentale sino ad allora assunto dal *sex offender*, attraverso una piena e critica assunzione di responsabilità rispetto al reato commesso (Bullens, 1998).

2. Socio-terapia nel corso dell'esecuzione della pena

In Germania (2009) esistono 52 strutture per la terapia sociale (7 strutture apposite e 45 sezioni specifiche all'interno delle carceri per complessivi 2043 posti), di cui 34 per detenuti maschi, 3 per sole femmine, 15 adibite per detenuti minorenni e giovani adulti fino 21-25 anni. 26 strutture contano unicamente occupanti tedeschi, mentre nelle altre sono ospitati anche stranieri (la quota di stranieri oscilla tra 1,4% e 38,5%; nella struttura per minori di Berlino gli stranieri sono pari al 56,2%).

Gli autori di reati sessuali inseriti in queste strutture costituiscono il 57,2% del totale dei detenuti, il che significa 1037 soggetti, di cui il 52,3% ha abusato di minori, il 39,6% si è reso responsabile di stupro o coercizione sessuale, l'8,1% di altri reati contro la libertà sessuale (Egg, 2009). Se dal 1998 fino al 2002 i *sex offenders* condannati ad una pena superiore ai due anni in cui era indicata²⁰ una terapia sociale potevano essere trasferiti in una struttura socio-terapeutica, dal 2003 devono esservi trasferiti²¹.

20 Indicazione per l'inserimento: al momento della condanna esiste il timore circa la ripetizione di un reato per uno sviluppo sociale e personologico difettoso; il soggetto intende modificare i propri atteggiamenti e modalità comportamentali e dispone delle capacità intellettive e linguistiche necessarie alla partecipazione al programma. - L'inserimento *non è indicato* allorquando sono sufficienti e applicabili altre misure trattamentali (es. psicoterapia); sono necessari altri interventi per dipendenze da alcol o stupefacenti, per patologie del SNC, patologie psichiatriche; mancano meno di 18 mesi alla scarcerazione o la pena è ancora notevolmente più lunga rispetto al tempo necessario per la terapia; per soggetti poco inclini a lasciarsi influenzare o rifiutanti il trattamento o per i quali sono insufficienti le misure di sicurezza presenti nella struttura socio-terapeutica.

21 § 9, comma 1, StVollzG - "Un detenuto va trasferito in una struttura socio-terapeutica quando è stato condannato per un reato di cui ai

Lo *staff* è composto da personale sanitario con diverse qualifiche (psicologi, assistenti sociali, arte-terapeuti, terapeuti per il lavoro, addetti allo sport e al tempo libero) e personale carcerario. Il trattamento inizia almeno 18 mesi e non più di 3 anni prima del previsto termine di scarcerazione. La conclusione della pena dovrebbe coincidere con le dimissioni dalla struttura.

Scopo della socio-terapia, ridurre il rischio di recidiva. Il trattamento prevede una prima "fase di accoglienza" di 3 mesi; il successivo inserimento del soggetto nel gruppo permanente, al cui interno partecipa al "*programma di trattamento cognitivo-comportamentale per sex offenders*"²² o al "*training per il superamento del conflitto*".

Inoltre, ogni settimana, si attuano colloqui individuali con lo psicologo di riferimento ed incontri con il servizio sociale. Al termine del percorso trattamentale sono previsti programmi che rinforzano le competenze acquisite attraverso contatti col personale socio-terapico ed aiutano il *sex offender* rimesso in libertà a superare eventuali momenti di crisi.

Da una analisi di Wiederholt (1989) fatta a distanza di almeno un anno dal termine del trattamento di 58 soggetti all'interno di un reparto di *terapia sociale* a Monaco emergeva come, mediamente, il 33% aveva avuto recidive specifiche. La recidiva maggiore si registrava per gli *esibizionisti* (71%, su un totale di 7 soggetti); recidiva elevata anche per *pedofili omosessuali* (64%), mentre la recidiva per violenza sessuale era del 9%. Non si dispongono di dati riguardanti i soggetti che avevano interrotto o rifiutato il trattamento (12 soggetti) (Wiederholt, 1989).

3. Trattamento all'interno delle sezioni forensi degli ospedali psichiatrici

A seconda degli ospedali psichiatrici considerati, i *sex offenders* costituiscono dal 20% fino al 38% degli internati. I reati commessi sono in prevalenza abuso sessuale ai danni di minori, seguiti da stupro e omicidi con motivazioni sessuali.

Sono identificati essenzialmente tre gruppi di *sex offenders*: affetti da un disturbo di personalità, principalmente di *cluster B* (specie quello antisociale e narcisistico), i più problematici dal punto di vista trattamentale e prognostico; af-

§§ 174 - 180 o 182 del codice penale ad una pena detentiva di oltre due anni ed è indicato il trattamento all'interno di una istituzione socio-terapeutica secondo § 6 comma 2, punto 2 o § 7, comma 4. Il detenuto è da ritrasferire quando lo scopo del trattamento, per motivi insiti nella persona del detenuto, non può essere raggiunto."

22 Si tratta di una psicoterapia specifica per *sex offenders*: il (BPS = kognitiv-behaviorales Behandlungsprogramm für Sexualstrafäter: programma trattamentale cognitivo comportamentale per *sex offenders*), attuato da psicologi dotati di una specifica competenza. La cornice metodologica e organizzativa è quella del lavoro di gruppo: il *sex offender* è aiutato a comprendere i propri modelli comportamentali ed a modificarli. Il programma necessita mediamente di un anno e mezzo e solitamente viene ben accettato dal detenuto. (Wischka B., Foppe E., Griepenburg P., Nuhn-Naber C., Rehder U. (2001), Das Behandlungsprogramm fuer Sexualstrafäter (BPS) im Niedersächsischen Justizvollzug, in, Rehn G., Wischka B., Lösel F., Walter M. (Hrsg.), *Behandlung "gefährlicher Straftäter": Grundlagen, Konzepte, Ergebnisse*, Centaurus, Herbolzheim, pp. 193-205)

fetti da deficit intellettivi; pedofili o soggetti con tendenze sadiche (il gruppo meno numeroso).

Il trattamento previsto si articola in tre fasi; da una fase si passa alla successiva ma vi è la possibilità di ritorno alla precedente qualora dovessero verificarsi necessità che lo richiedono. Alla *fase di ingresso*, in cui viene attuata una approfondita valutazione diagnostica e prognostica ed elaborati i presupposti motivazionali per una alleanza terapeutica costruttiva, fa seguito la *fase del trattamento*, che può essere ad orientamento psico-dinamico (Fehlenberg, 1997) o più spesso, di tipo cognitivo-comportamentale²³. Nella *fase delle riabilitazione*, infine, fase orientata progressivamente verso l'esterno, vengono rinforzati e stabilizzati i traguardi comportamentali raggiunti, per poi programmare il trattamento forense sul territorio. È previsto talvolta un trattamento farmacologico con SSRI; poco frequente è l'uso di Ciproterone acetato (CPA), mentre cauto è l'uso degli antagonisti del LHRH.

L'efficacia delle diverse modalità trattamentali descritte è considerata, nel complesso, positivamente, ma in realtà ancora non si dispone di studi longitudinali inequivoci in tal senso. Uno studio effettuato dalla "Kriminologische Zentralstelle" (KrimZ) di Wiesbaden (Sede Centrale di Criminologia) incentrato sugli abusi sessuali ai danni di minori, su reati sessuali violenti ed esibizionismo, ritenuto fra i più esaustivi degli ultimi anni, frutto di diverse pubblicazioni (Elz, 2001; Elz, 2002; Elz, 2004; Nowara, 2001), ha dimostrato come i *sex offenders* che avevano interrotto la terapia andavano incontro a recidiva specifica molto più spesso rispetto a quanti avevano portato a termine il trattamento previsto (per lo più socio-terapia).

La terapia individuale si rivelerebbe più efficace rispetto a quella di gruppo, ma ad oggi sono ancora insufficienti, e poco chiari, gli studi che indicano quale sia il tipo di trattamento più efficace per il *sex offender*. Una meta-analisi del 2001 di Egg, Pearson Cleland e Lipton su 25 studi rivela che in seguito a terapia vi sarebbe una diminuzione media della recidiva del 12,3% rispetto ai non trattati (studio citato in Gaenslen, 2005). Viceversa, secondo Elz (2001), il rischio di recidiva senza trattamento si collocherebbe tra il 20-50%.

Conclusioni

Quali le conclusioni, a questo punto?

Bisogna ammettere che le domande da cui siamo partiti solo in parte hanno trovato una risposta, nonostante sia altrettanto indubbio che i dati di letteratura presi in considerazione, le diverse indagini, le esperienze trattamentali e progettuali maturate nel corso degli anni, abbiano accresciuto le conoscenze su di una realtà variegata e complessa

come quella esplorata. Non si può fare a meno di sottolineare come sembri presente una volontà diffusa – inequivoca, a nostro parere – espressa a più livelli (sociale, culturale, delle politiche governative) di procedere nella direzione di un trattamento specifico degli autori di reati sessuali, al fine di poter tutelare appieno il loro diritto alla salute, e cioè ad una vita sessuale e comportamentale più adeguata, pur nel rispetto delle imprescindibili esigenze giuspenalistiche e di sicurezza sociale.

Tale obiettivo dovrebbe essere sempre più prioritario anche nel nostro Paese, proprio alla luce delle conoscenze maturate, dell'efficacia e dell'efficienza degli strumenti e dei programmi in vigore in altre realtà – pur con tutti i limiti e le perplessità segnalate – ed a fronte della crescente professionalità degli operatori.

Strumenti diversi, professionalità altrettanto diverse a seconda dei Paesi di cui abbiamo voluto riportare sinteticamente le esperienze, tutti accumulati, tuttavia, dall'obiettivo di prevenire la possibilità che determinate condotte siano reiterate. Volontà diffuse a vari livelli che divengono necessità unica quando il fuoco dell'interesse si sposta sul come gestire il rischio di recidiva.

I dati emersi, infatti, sono coerenti in tal senso: esiste un rischio di recidiva specifica e quel rischio va contrastato, sebbene sull'entità di tale rischio non sembra esserci ancora univocità di vedute alla luce delle indagini effettuate.

La gestione di tale rischio ha indotto alcuni Paesi (USA, UK) ad adottare strategie trattamentali obbligatorie lontane dalle nostre tradizioni e non scevre da importanti riflessi etici e giuridici (Prescott, & Levenson, 2010). Strategie che suscitano, peraltro, perplessità in molti studiosi di quegli stessi Paesi in cui sono operanti (Appelbaum, 2005).

Tali strategie, peraltro, non sembrano centrare appieno l'obiettivo che si prefiggono – ridurre il rischio di reiterazione – contribuendo a determinare, per altri versi, fenomeni di marginalizzazione ed esclusione, forse, altrettanto odiosi e riprovevoli dei fenomeni criminali che dovevano contrastare; e che sembrano adottate anche sull'onda dell'emotività più che sulla scorta di analisi motivate, come sottolineato anche da alcuni degli Autori citati.

Così come lontane dalle nostre tradizioni culturali appaiono le scelte operate da Paesi quali la Germania o il Belgio che, come si è avuto modo di dire, impongono cure e trattamenti a quanti si rendono responsabili di reati sessuali, quasi che questi siano sempre dei "malati" da curare. Fatto questo vero solo in parte, come si è avuto modo di evidenziare; i risultati della ricerca, per di più, solo in parte giustificano scelte così importanti anche sul piano della salvaguardia di principi e diritti personali fondamentali.

Rimane la constatazione che ancora poco sia stato fatto – in termini trattamentali, formativi e di specifiche politiche di prevenzione – nel nostro Paese.

23 Al paziente vengono esposti obiettivi, contenuti e metodi del trattamento in gruppo, dopo di che solo i pazienti disposti a lavorare attivamente all'interno della *terapia di gruppo orientata al delitto*, vengono accolti nel gruppo che lavora per circa 4 anni. Alla terapia di gruppo si aggiungono modalità terapeutiche duadiche (Marshall W.L., Anderson D., Fernandez Y.Z., (1999), *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*, Wiley, Chichester).

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Revised 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Abel, G.G., Huffman, J., Warberg, B.W. & Holland, C.L. (1998). Visual reaction time and plethysmography as measures of sexual interest in child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 10, 81-85.
- Ackerman, A.R., Harris, A.J., Levenson, J.S. & Zgoba, K. (2011). Who are the people in your neighborhood? A descriptive analysis of individuals on public sex offender registries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34 (3), 149-59.
- Appelbaum, P.S. (2005). Assessing Kendra's law: five years of outpatient commitment in New York. *Psychiatric Services*, 56 (7), 791-802.
- Atti Seminario Transazionale Progetto WOLF, 10-12 marzo 1999, Ministero di Giustizia, Dipartimento Amministrazione Penitenziaria.
- Bader, M.J. (2003). *Arousal: the secret logic of sexual fantasies*. New York: St. Martin Griffin.
- Beauregard, E., Lussier, P. & Proulx, J. (2005). The role of sexual interests and situational factors on rapist's modus operandi: Implications for offender profiling. *Legal and Criminological Psychology*, 10, 265-78.
- Berner, W. (2000). Zur Differenzierung der Behandlung paraphiler Störungen. *Zeitschrift für Sexualforschung* 2000, 13, 181-193.
- Bischof, G.P., Stith, S.M. & Whitney, M.L. (1995). Family environments of adolescent sex offenders and other juvenile delinquents. *Adolescence*, 30, 157-170.
- Blaske, D.M., Borduin, C.M., Henggeler, S.W. & Mann, B.J. (1989). Individual, family, and peer characteristics of adolescent sex offenders and assaultive offenders. *Developmental Psychology*, 25, 864-855.
- Bogaerts, S., Declercq, F., Vanheule, S. & Palmans, V. (2005). Interpersonal factors and personality disorders as discriminators between intra-familial and extra-familial child molesters. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 48-62.
- Bonnar-Kidd, K. (2010). Sexual Offender Laws and Prevention of Sexual Violence or Recidivism. *American Journal of Public Health*, 100(3), 412-419.
- Briere, J. & Runtz, M. (1989). University males' sexual interest in children: Predicting potential indices of pedophilia in non forensic sample. *Child Abuse and Neglect*, 13, 65-75.
- Bullens, R. (1998). *Ambulante Behandlung von Sexualstraftätern innerhalb eines gerichtlich verpflichtenden Rahmens*. Vortrag beim Symposium der Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart: Nicht wegschauen! Vom Umgang mit Sexualstraftätern, 19.
- Cochrane, R.E., Grisso, T., & Frederick, R.I. (2001). The relationship between criminal charges, diagnoses and psycholegal opinions among federal pretrial defendants. *Behavioral Sciences and the Law*, 19, 565-582.
- Cohen, M. & Jeglic, E.L. (2007). Sex offender legislation in the United States: What do you we know?. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51 (4), 369-383.
- Colbert, A. (2011). Discrimination Needed: The Over-Inclusive Definition of who is a Sex Offender. *Journal of Criminal Psychology*, 1 (1), 43-50.
- Czerny, J.P., Briken, T. & Berner, W. (2002). Antihormonal treatment of paraphilic patients in German forensic psychiatric clinics. *Eur Psychiatry*, 17(2), 104-06.
- Douglas, J.E., Burgess, A.W., Burgess, A.G. & Ressler, R.K. (1992). *Crime Classification Manual*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Egg, R., & Ellrich, K. (2009). *Sozialtherapie in Strafvollzug*. Wiesbaden: KrimZ.
- Elliott, D.S., Wilson, W.J., Huizinga, D., Sampson, R.J., Elliott, A., Rankin, B. (1996). The effects of neighborhood disadvantage on adolescent development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 33, 389-426.
- Elz, J. (2001). *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Missbrauchsdelikte*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Elz, J. (2002). *Legalbewährung und kriminelle Karrieren von Sexualstraftätern – Sexuelle Gewaltdelikte*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Elz, J. (2003). *Sexuell deviante Jugendliche und Heranwachsende*, Bd. 41, Kriminologische Zentralstelle e.V., Wiesbaden.
- Elz, J. (2004). Sexuell deviante junge Menschen – zum Forschungsstand. In *IKK-Nachrichten*, 1-2, 2-6.
- Elz, J. (2004). Verurteilte Exhizionisten. Ergebnisse einer KrimZ-Studie, in, Elz J., Jehle J.M., Kroeber H.I. (Hrsg) *Exhizionisten. Täter, Taten, Rückfall*. Wiesbaden: Kriminologische Zentralstelle.
- Fehlenberg, D. (1997). Zur Psychotherapie paraphiler Sexualstraftäter im Massregelvollzug, *Recht & Psychiatrie*, 15, 159-167.
- First, M. & Halon, R. (2008). Use of DSM paraphilia diagnoses in sexually violent predator commitment cases. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 36, 443-54.
- Friedrich, W.N., Gerber, P.M., Koplin, B., Davis, M., Giese, J., Mykelbust, C., et al. (2001). Multimodal assessment of dissociation in adolescents: Inpatients and juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 167-177.
- Gaenslen, R. (2005). *Die Behandlung rückfallgefährdeter Sexualstraftäter*. Tübingen: Institut für Kriminologie, Tobiaslib.
- Garcia F.D. & Thibaut F (2011). Current concepts in the pharmacotherapy of paraphilias. *Drugs*, 71(6), 771-90.
- Gee, D.G., Devilly, G.J. & Ward, T. (2004). The content of Sexual Fantasies for Sexual Offenders, *Journal of Research and Treatment*, 16, (4), 315-31.
- Giulini, P., Xella, C.M. (2011). *Buttare la chiave? La sfida del trattamento per gli autori di reati sessuali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Guay, D.R.P. (2009). Drug treatment of paraphilic and non-paraphilic sexual disorders. *Clinical Therapy* 31(1), 1-31.
- Hanson, R. K., Morton, K. E. & Harris, A. J. R. (2003). Sexual offender recidivism risk: What we know and what we need to know. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 989, 154-166.
- Hanson, R. K. & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 1154-1163.

La gestione degli autori di reati sessuali tra psicopatologia e rischio di recidiva

- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). *A meta-analysis of the effectiveness of treatment for sexual offenders: Risk, need, and responsivity*, Ottawa, Ontario, Canada: Corrections Research, Public Safety Canada.
- Harris, A. & Lurigio, A. (2010). Sex Offenses & Offenders: Toward Evidence-Based Public Policy. *Criminal Justice & Behavior*, 37(5), 477-481.
- Harsch, S., Bergk, J.E., Steinert, T., Keller, F. & Jockusch U. (2006). Prevalence of mental disorders among sexual offenders in forensic psychiatry and prison. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29 (5), 443-9.
- Heil, P., Ahlmeyer, S. & Simons, D. (2003). Crossover sexual offenses. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 15, 221-236.
- Heiliger, A. (2005). Täterprävention bei sexuellem Missbrauch und sexueller Gewalt und Kindern und Jugendlichen. *Deutsche Jugend*, 9, 381-290.
- Heiliger, A. (2006). *Sexuelle Übergriffe unter Jugendlichen. Hintergründe. Risikofaktoren und Ansatzpunkte für Prävention*, Fachtagung: (Sexuelle) Gewalt in Teenagerbeziehungen – Hintergründe, Intervention und Prävention, 4 luglio 2006, Hannover.
- Heiliger, A. & Engelfried C. (1995). *Sexuelle Gewalt. Männliche Sozialisation und potentielle Täterschaft*. Frankfurt/New York.
- Hickey, E. (2005). *Sex crimes and paraphilia*. NJ: Upper Saddle River, Prentice-Hall.
- Hickey, E. (2003). *Encyclopedia of murder and violent crimes*. Ca: Sage Thousand Oaks.
- Holmes, R.M. & Holmes S.T. (2002). *Current perspectives on sex crimes*. NJ: Upper Saddle River, Sage.
- Howitt, D. (1995). *Paedophiles and Sexual Offences Against Children*. Wiley Chichester.
- Howitt, D. (2004). What is the role of fantasy in sex offending?. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 14, 182-88.
- Iwawaki, S. & Wilson, G.D. (1983). Sex fantasies in Japan, *Personality and Individual Differences*, 4, 543-45.
- Jacob Wetterling Crimes Against Children Act (Jacob Wetterling Crimes Against Children & Sexually Violent Offender Registration Act).
- Kenworthy, T., Adams, C.E. & Bilby, C., et al (2004). Psychological interventions for those who have sexually offended or are at risk of offending. *Cochrane Database Syst Rev*, CD004858.
- Keppel, R.D. (1995). Signature Murders: a report of several related cases, *Journal of Forensic Sciences*, 40, 670-4.
- Kimmel, M.S. & Planta, R.F. (Ed) (2004). *Sexualities, identities, behavior and society*. New York: Oxford University Press.
- Kraus, C., Hill, A., Haberman, N., Strohm, K., Berner, W. & Briken, P. (2006). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) in the treatment of paraphilia. A retrospective study. *Forstchr Neurol Psychiatry*, 74, 1-6.
- Kröber, H.L. (2009). Sexualstraftäter – Klinisches Erscheinungsbild. In Kröber H.L., Dölling D., Leygraf, N., Sass H. (Hrsg.), *Kriminologie und forensische Psychiatrie*, Band 4, Steinkopff Verlag, Darmstadt, pp. 420-457, p. 420
- Langevin, R. & Lang R.A. (1985). *Erotic preference, gender identity, and aggression in men: New research studies*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Langstrom, N., Sjstedt G. & Grann M. (2004). Psychiatric Disorders and Recidivism in Sexual Offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16 (2), 139-150.
- Laubenthal, K. (2000). *Sexualstraftaten. Die Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung*, Springer, Berlin, p. 19 seg.
- Leue, A., Borchard, B. & Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry*, 19, 123-130.
- Levenson, J.S. (2004). Reliability of sexually violent predator civil commitment criteria. *Law and Human Behavior*, 28, 357-368.
- Mariotti Culla, L. & Zinna, S. (2001). Lotta alla pedofilia per una comunità più sicura: il contributo dell'amministrazione penitenziaria, *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1-3, 195-215.
- Marshall, W.L., Anderson, D. & Fernandez, Y. (2001). *Trattamento cognitivo-comportamentale degli aggressori sessuali*. Torino: CSE.
- Marshall, W.L. & Fernandez, Y.M. (2003). *Phallometric testing with sexual offenders: Theory, research, and practice*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Marshall, W.L., Fernandez, Y.M., Hudson, S.M. & Ward, T. (1998), *Sourcebook of Treatment Programs for Sexual Offenders*. New York: Plenum Publishing.
- Marshall, W.L. (2007). Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment, *Aggression and Violent Behavior*, 12, 16-35.
- McElroy, S.L., Soutullo, C.A., Taylor, P., Nelson, E.B., Beckman, D.A., Brusman, L.A., et al. (1999). Psychiatric feature of 36 men convicted of sexual offences. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 414-420.
- National Center for Missing and Exploited Children (2010). Registered sex offenders in the United States. Retrieved 13.07.2010 from.
- Nowara, S. (2001). *Sexualstraftäter und Massregelvollzug. Eine empirische Untersuchung zu Legalbewährung und kriminellen Karrieren*. Kriminologische Zentralstelle, Wiesbaden.
- Olver, M.E. & Wong, S.C.P. (2005). Preliminary validation of the dynamic actuarial measure for appraising sexual offender risk: The violence Risk Scale: Sexual Offender version (VRS: SO). *Psychological Assessment*, 19(3), 318-329.
- Olver, M.E. & Wong, S.C.P. (2011). A comparison of static and dynamic assessment of sexual offender risk and need in a treatment context. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 113-126.
- Palermo, G.B. & Kocisis, R.N. (2005). *Offender profiling: An introduction to the sociopsychological analysis of violent crime*. IL, Charles C Thomas: Springfield.
- Pinkerton, R.C., Waite, D., Wieckowski, E., McGarvey, E. & Brown, G. (2003). *Evidence of personality and psychopathological differences: A comparison of incarcerated juvenile sexual offenders with non-sexual offenders*. Paper presented at the 22nd Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, St. Louis.
- Pitzing, H.J. & Will, H. (2004). Psychotherapeutische Behandlung von Sexualstraftätern, in, *Praxis der Psychotherapie*, 3. Auflage, Kap. X/45, Krankheitsbilder, Georg Thieme Verlag, Stuttgart/New York.

Felice Carabellese, Gabriele Rocca, Chiara Candelli, Donatella La Tegola, Jutta M. Birkhoff

- Prentky, R. A., Janus, E., Barbaree, H., Schwartz, B. & Kafka, M. (2006). Sexually violent predators in the courtroom: Science on trial. *Psychology, Public Policy, and Law*, 12, 357-393.
- Prescott, D. & Levenson, J. (2010). Sex offender treatment is not punishment. *Journal of Sexual Aggression* 16(3), 275-285.
- Prescott J.J. & Rockoff J.E. (2008). *Do Sex Offender Registration and Notification Laws Affect Criminal Behavior?*. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. www.nber.org/papers/w 13803.
- Rice, M.E. & Harris, G.T. (2011). Is androgen deprivation therapy effective in the treatment of sex offenders? *Psychology, Public Policy And Law*, 17(2), 315-332.
- Sample, L., & Bray, T. (2006). Are sex offenders different? An examination of rearrest patterns. *Criminal Justice Policy Review*, 17, 83-102.
- Sandler, J.C. & Freeman, N.J. (2009). Female sex offender recidivism: a large-scale empirical analysis. *Sex Abuse*, 21 (4), 455-73.
- Sheldon, K. & Howitt D. (2008). Sexual fantasy in paedophile offenders: Can any model explain satisfactory new findings from a study of Internet and contact sexual offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 13, 137-58.
- Sjöstedt, G., Grann, M., Långström, N. & Fazel, S. (2003). *Psychiatric morbidity among sexual offenders*. Paper presented at the International, Interdisciplinary Conference of Psychology and Law. Edinburgh.
- Skeem, J. L., & Mulvey, E. (2001). Psychopathy and community violence among civil psychiatric patients: Results from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 358-374.
- Small, M. (2004). *Opposite directions: A story of sexual compulsion*. Lincoln: iUniverse Inc., NE.
- Surace, G.M.P. (2009). Crimini sessuali. Risposte punitive e percorsi di risocializzazione. Il progetto trattamentale del PRAP Calabria. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 2, 117-151.
- Thornton, D. (2006). Age and sexual recidivism: a variable connection. *Sex Abuse*, 18 (2), 123-35.
- Thibaut, F., De La Barra, F., Gordon, H., et al (2010). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. *World Journal Biological Psychiatry* 11, 604-55.
- Toffe, S. (2007). No easy answers. *Human Rights Watch*, 19 (4G), 1-146.
- Traverso, G.B. (1999). *Indagine conoscitiva sugli autori di reati sessuali a danno di minori e sui bisogni formativi degli operatori addetti al loro trattamento*. Atti del seminario transnazionale del progetto WOLF, Roma.
- U. S. Department of Justice, Office of Justice Programs, 2008. *The national guidelines for sex offender registration and notification: Final Guidelines*.
- Van Beak, D.J., Mulder J.R. (1992). Offense Script: a motivational tool and treatment method for Sex offenders in a Dutch Forensic Clinic. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36, 2, 155-167.
- Ward, T. (2010). Punishment or therapy? The ethics of sexual offending treatment. *Journal of Sexual Aggression*, 16, 286-295.
- Widiger, T.A., & Coker, L. A. (2003). *Mental disorders as discrete clinical conditions: Dimensional versus categorical classification*. In M. Hersen & S. M. Turner (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (4th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Wiederholt, I. (1989). Psychiatrisches Behandlungsprogramm für Sexualstraftäter in der Justizvollzugsanstalt München, *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, pp. 231-237.
- Wong, S., Olver, M.F., Nicholaichuk, T.P. & Gordon, A. (2004). *The Violence Risk Scale: Sexual Offender version (VRS:SO)*. Regional Psychiatric Centre and University of Saskatchewan, Saskatoon, Canada.
- Zourkova, A. (2000). Use of lithium and depot neuroleptics in the treatment of paraphilias. *Journal of Sex & Marital Therapy* 26(4), 359-360.

L'accettazione di un articolo ai fini della pubblicazione sulla rivista è subordinata alle seguenti norme:

1. Ogni articolo proposto per la pubblicazione sulla rivista deve pervenire alla redazione composto secondo le norme sotto indicate.
2. I contributi devono essere inediti, non sottoposti contemporaneamente ad altra rivista ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca.
3. La direzione provvede ad inviare il lavoro, reso anonimo, a due referees della rivista, scelti in base a criteri di "turnazione" nell'esercizio di tale funzione e della loro particolare competenza nel tema trattato dall'articolo. Saranno esclusi dalla scelta i docenti della sede universitaria di appartenenza dell'autore e sarà cura della redazione garantire il più completo e reciproco anonimato dei referees e degli Autori dei singoli articoli.
4. Le osservazioni dei referees saranno comunicate all'Autore dalla redazione che provvederà inoltre ad inviare ad ogni referee le valutazioni espresse dagli altri circa lo stesso articolo.
5. Nel caso in cui i referees giudichino un articolo non degno di correzione già in occasione della prima revisione, l'articolo dovrà considerarsi definitivamente rifiutato ai fini della pubblicazione sulla rivista.
6. I lavori pubblicati restano di proprietà della rivista. I lavori non pubblicati si restituiscono se richiesti.
7. La attestazione che un articolo è in pubblicazione sulla rivista viene emessa solo dopo la definitiva approvazione da parte dei referees e dopo la consegna del testo in tipografia.
8. Articoli e notizie in genere, firmati o siglati, esprimono soltanto l'opinione del loro Autore e comportano, di conseguenza, esclusivamente la sua responsabilità. L'Autore ha diritto ad una sola correzione di bozze, limitata alla semplice revisione tipografica; le bozze di stampa corrette dovranno essere restituite alla redazione entro dieci giorni dalla data della loro spedizione. Trascorso tale termine, la redazione provvederà direttamente alla correzione delle stesse.
9. Si accettano lavori solo se inviati tramite posta elettronica, indirizzati all'attenzione dei proff.ri Tullio Bandini e Roberto Catanesi, all'indirizzo e-mail: segreteria@criminologia.uniba.it

Istruzioni per la compilazione dei testi

Il testo deve essere corredato di:

- 1) titolo del lavoro (in italiano ed inglese);
- 2) summary (in italiano e inglese) compreso tra le 200 e le 250 parole ognuno;
- 3) cinque parole chiave (in italiano e inglese);
- 4) titolo e didascalie delle tabelle e delle figure.

Nella prima pagina del file devono comparire:

- il titolo; le parole chiave; i nomi degli Autori e l'Istituto o Ente di appartenenza; il nome, l'indirizzo, il recapito telefonico e l'indirizzo e-mail dell'Autore cui sono destinate la corrispondenza e le bozze.
- A seguire il summary e, nelle ultime, la bibliografia, le didascalie di tabelle e figure e l'eventuale menzione del Congresso al quale i dati dell'articolo siano stati comunicati (tutti o in parte).
- Il file dovrà essere salvato e nominato con il titolo dell'articolo. Software: Microsoft Word, carattere Times New Roman 12, spaziatura 1,5, margini da 2 cm. Il numero massimo di cartelle dovrà essere 25, comprensive di ogni parte (titolo, parole chiave, riassunti, tabelle, etc.), numero ridotto a 12 per la presentazione di *case report*. La Direzione della Rivista si riserva la facoltà di decidere sulla possibilità di derogare a dette indicazioni. Non utilizzare programmi di impaginazione grafica quali Publisher, Aldus Pagemaker. Non usare formattazioni speciali (evitare stili, bordi, ombreggiature ...).
- Tabelle: devono essere contenute nel numero e numerate progressivamente con numerazione romana.
- Figure: inviare immagini esclusivamente in formato JPEG, in scala di grigio, con risoluzione 300 dpi; associare il nome del file (per ciascuna figura) comprensivo di estensione (jpeg).

CRITERI REDAZIONALI PER LA CITAZIONE ALL'INTERNO DEL TESTO

Si seguono i criteri internazionale dell'American Psychological Association (APA). I criteri sono reperibili all'indirizzo www.rassegnaitalianadicriminologia.it del sito ufficiale della R.I.C.

