



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE

**LE PROBLEMATICHE PSICOPATOLOGICHE DEI
MINORI TRANSITATI PER
I SERVIZI PENALI MINORILI**

DOTT.SSA ISABELLA MASTROPASQUA

DOTT. FABRIZIO BRAUZZI

PREMESSA -

Il problema

“L’epoca delle passioni tristi” così due psichiatri, Miguel Benasayag e Gérard Schmith, che operano nel campo dell’infanzia e dell’adolescenza, hanno definito la nostra epoca, guardando l’apparente massiccio diffondersi delle patologie psichiche tra i giovani. Le passioni tristi, come le chiamava Spinoza, sono il segno di un’epoca caratterizzata dal senso pervasivo di impotenza ed incertezza che porta a vivere il mondo come una minaccia e di rimando l’educazione come un addestramento alla sopravvivenza .

Se il futuro non è più una promessa ma una minaccia; se la relazione con l’adulto è ormai percepita come simmetrica mandando in crisi “il principio d’autorità” senza mettere, di contro, in discussione l’autoritarismo, vissuto come unica salvezza per superare la crescente confusione ed arbitrarietà; se l’utile è la finalizzazione di ogni conoscenza e si impara e si insegna solo ciò che può servire, come stupirsi della sensazione da “binario morto” che sembra connotare come pensano e vivono molti giovani oggi.

Ma come non prendere atto che quella stessa sensazione da binario morto non sia altrettanto vissuta da educatori, insegnanti, genitori, magistrati, assistenti sociali, quando incontrando un ragazzo in crisi, aggressivo, violento con sé stesso o con gli altri, silenzioso, apatico, anaffettivo, si misurano con la propria difficoltà a comprendere, a riconoscere ad ascoltare. Il rischio più diffuso che comporta questa difficoltà, e forse la soluzione più facile, è il passaggio da un’accoglienza basata sull’incontro e sull’ascolto ad un invio e ad una classificazione delle patologie con seguente rinvio al tecnico specialista.

Il progetto di ricerca

Fatta questa breve premessa per rappresentare il quadro d’insieme, lo spaccato della riflessione che segue guarda un segmento lontano, perché i ragazzi che entrano nel circuito penale sono allontanati, custoditi, detenuti in strutture e servizi ad hoc del Dipartimento per la Giustizia Minorile. E, da questi luoghi lontani, nasce l’esigenza di conoscere se e come sono presenti problematiche psicopatologiche laddove sono presenti in numero, sempre maggiore, casi caratterizzati da forte impulsività ed aggressività.

La ricerca che presentiamo realizzata dal Dipartimento Giustizia Minorile è finalizzata a comprendere il fenomeno e a fornire agli operatori strumenti di comprensione e di intervento adeguati. Le difficoltà prodotte dai sintomi, dalla sofferenza dei ragazzi che sono affidati alle strutture penali si allargano all’intero sistema e disorientano sia il gruppo dei coetanei che quello degli operatori tant’è che ormai è diventata emergente la connotazione di "nuova tipologia" di utenti, per i quali non sono efficaci le strategie utilizzate con gli altri minori, quelli normali.

L’obiettivo generale del progetto è di sondare, in un campo altamente complesso come è la psicopatologia in ambito minorile, come ri-conoscere le problematiche reali per individuare risposte adeguate alle difficoltà sia dei minori che degli operatori.

Il progetto complessivo è costituito da **tre sezioni**:

1. La ricerca realizzata nei servizi della giustizia minorile
2. L’analisi delle psicopatologie in ambito minorile e della psicodiagnosi, del suo significato ed utilità.
3. Gli schemi di sintesi complessiva del lavoro, dotati di collegamenti ipertestuali che permettono l’approfondimento su alcuni dei temi prioritari.

Ogni sezione ha una sua coerenza ed autonomia, ma al tempo stesso esiste una connessione ed una sequenza tra le varie parti.

- 1) La **prima** sezione (quella relativa alla ricerca) ha le seguenti caratteristiche:
 - a. Si pone l’esigenza: fare chiarezza sulle reali problematiche psicopatologiche dei minori presi in carico dalle strutture della Giustizia Minorile.

- b. valorizza il ruolo e le conoscenze degli operatori.
- c. Descrive le rilevazioni effettuate sui servizi della Giustizia, le procedure e metodologie utilizzate ; i risultati della ricerca esplorativa realizzata su un campione di servizi a cui è stata data la possibilità di rispondere in maniera ampia ; i risultati della ricerca quantitativa realizzata sulla totalità dei soggetti caratterizzati da problematica psicopatologica.

Si specifica che l'analisi del fenomeno è stata condotta mediante due ricerche eseguite sull'intero territorio nazionale, su tutti i casi che hanno manifestato problematiche psicopatologiche e su tutti i servizi penali che li hanno accolti. Sul piano operativo è stata realizzata una prima ricerca esplorativa rivolta ad un campione di 40 servizi penali minorili, volta a rilevare le problematiche riscontrate dagli operatori a livello trattamentale. La grande mole di dati pervenuta è stata elaborata statisticamente ed analizzata per valutare le caratteristiche del fenomeno.

Hanno collaborato alla realizzazione dell'intero progetto il Prof. Mauro Ceccanti dell'Università "La Sapienza" di Roma, Direttore del Centro di Riferimento Alcolologico della Regione Lazio (Azienda Policlinico Umberto I) e la sua équipe di ricerca, all'interno di questa una particolare menzione deve essere riferita alla psicologa e psicoterapeuta dott.ssa Benilde Mauri.

La Giustizia Penale Minorile – Struttura e funzioni

Il Dipartimento per la Giustizia Minorile (DGM) è, insieme a quello dell'Amministrazione Penitenziaria e dell'Organizzazione Giudiziaria, uno dei tre Dipartimenti che costituiscono il Ministero della Giustizia. La *Mission* principale del DGM è quella di prendere in carico i minori che entrano nel circuito penale.

La struttura Centrale del Dipartimento ha funzioni di coordinamento a livello nazionale e di indirizzo.

Le strutture territoriali sono:

- I Centri per la Giustizia Minorile (CGM), attualmente 11, sono organi del decentramento amministrativo che possono avere competenza sul territorio di più regioni . Esercitano funzioni di programmazione tecnica ed economica, controllo e verifica nei confronti dei Servizi minorili da essi dipendenti quali gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni, gli Istituti penali per i minorenni, i Centri di Prima Accoglienza, le Comunità..
- Gli Istituti penali per i minorenni (IPM), attualmente 17, assicurano l'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità giudiziaria quali la custodia cautelare o l'espiazione di pena nei confronti di minorenni autori di reato. In tale ambito vengono garantiti i diritti soggettivi dei minori, tra cui il diritto alla salute e alla crescita armonica sia fisica che psicologica, il diritto alla non interruzione dei processi educativi in atto e a mantenere i legami con le figure significative per la loro crescita. Il Magistrato di Sorveglianza, che siede presso il Tribunale per i minorenni competente per territorio, ha il compito di vigilare sullo svolgimento dei vari servizi dell'Istituto e sul trattamento dei detenuti ai sensi dell'art.5 del D.P.R. 230/00. Al fine di attivare processi di responsabilizzazione e maturazione dei minorenni vengono organizzate attività scolastiche, di formazione professionale, di animazione culturale, sportiva, ricreativa e teatrale.
- Gli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM), attualmente 28, forniscono assistenza ai minorenni autori di reato in ogni stato e grado del procedimento penale. Attuano gli interventi previsti ai sensi dell'art. 11 della legge n. 66 del 15 febbraio 1996 "Norme contro la violenza sessuale" e dalla Convenzione dell'Aja del 25.10.1980 ratificata con legge n. 64 del 15.1.1994. Raccolgono e forniscono elementi conoscitivi concernenti il minorenne soggetto a procedimento penale e concrete ipotesi progettuali concorrendo alle decisioni dell'Autorità giudiziaria minorile. Gli USSM svolgono attività di sostegno e controllo nella fase di attuazione del

provvedimento dell'Autorità giudiziaria a favore dei minori sottoposti a misure cautelari non detentive in accordo con gli altri Servizi Minorili della Giustizia e degli Enti locali.

- I Centri di Prima Accoglienza (CPA), attualmente 24, ospitano i minorenni in stato di arresto, fermo o accompagnamento fino all'udienza di convalida che deve aver luogo entro 96 ore dall'arresto fermo o accompagnamento, assicurando la custodia dei minorenni pur non essendo strutture di tipo carcerario. L'équipe del Servizio predispose una prima relazione informativa sulla situazione psicologica e sociale del minorenne e sulle risorse disponibili sul territorio per quel caso con l'obiettivo di fornire all'Autorità giudiziaria competente, tutti gli elementi utili ad individuare, in caso di applicazione di misura cautelare, quella più idonea alla personalità del minorenne.
- Nelle Comunità, attualmente 12, si assicura l'esecuzione dei provvedimenti dell'Autorità giudiziaria nei confronti di minorenni autori di reato, ai sensi degli artt. 18, 18-bis, 22, 36 e 37 del D.P.R. 448/88. A tale scopo viene predisposto un programma educativo individualizzato, con l'adesione del minore, tenuto conto delle risorse personali e familiari dello stesso e delle opportunità offerte dal territorio. In questo modo si avvia il processo detto di responsabilizzazione.

PARAGRAFO 1 - La ricerca esplorativa

È stata realizzata una ricerca esplorativa, volta ad inquadrare in maniera generale alcune problematiche esistenti, per approfondire successivamente le problematiche più rilevanti emerse. Ad un campione di 30 servizi territoriali della Giustizia minorile è stato chiesto di fornire informazioni in merito all'esistenza di disturbi psicopatologici, nei minori presi in carico. In particolare sono state chieste informazioni in merito alla descrizione delle problematiche minorili ed alle difficoltà trattamentali incontrate.

Si è inteso procedere nella ricerca con metodo induttivo e, quindi, partendo dalle esperienze di chi opera quotidianamente per l'utenza, ciò al fine di costruire, successivamente, uno strumento di rilevazione per una analisi quantitativa delle problematiche..

Le domande poste sono state aperte al fine di raccogliere il maggior quantità di informazioni possibili senza condizionare gli operatori con schemi prestabiliti.

Dopo una prima ed attenta lettura delle relazioni si è proseguito con la metodologia dell'analisi del contenuto. È stata pertanto costruita una scheda d'analisi che permettesse di rilevare le informazioni delle relazioni in maniera tale da poter effettuare un confronto fra le diverse tipologie di servizi minorili e le diverse problematiche evidenziate.

Riportiamo di seguito le voci individuate per l'analisi del contenuto delle interviste e per la descrizione dei risultati in questo capitolo.

1. Incidenza della problematica
2. Diagnosi
3. Caratteristiche del contesto di appartenenza del minore
4. Modalità trattamentali
5. Problemi connessi al trattamento
6. Necessità di differenziare la tipologia di utenza
7. Lavoro di rete
8. Connessione con le altre problematiche

1.1 Incidenza della problematica psicopatologica

Nella maggioranza dei casi, per il 50% circa dei servizi, l'**incidenza dei soggetti con problematica psicopatologica** è considerata bassa. Per contro l'incidenza è considerata media dal 20% degli USSM ed alta dall'10% degli IPM. Chiaramente nel CPA, per la brevità della permanenza del minore nella struttura, non emerge con forza il problema psicopatologico. Ciò anche in virtù della tipologia di disturbi presenti, infatti, come evidenziato nel paragrafo relativo alla diagnosi, le patologie di questi minori sono generalmente di tipo asintomatico e riguardano principalmente la struttura di personalità. Questo genere di problemi non emerge nel breve periodo, e dunque in un servizio come il CPA, ma nell'osservazione più prolungata, come quella che si presenta nell'USSM, o nella convivenza forzata del minore con i coetanei e con gli operatori, cioè nell'IPM.

I dati sull'incidenza percepita dagli operatori riportati nella tabella sono, in linea di massima, confermati dai risultati dell'indagine quantitativa realizzata su tutti i soggetti in carico presso la

totalità dei servizi minorili. Da quell'analisi risulta che l'incidenza reale del fenomeno è, infatti, pari al **3% degli ingressi** nelle strutture della Giustizia Minorile.

Si deve tuttavia considerare che l'incidenza, pur non essendo sempre alta, **non è da sottovalutare**. La presenza di psicopatologia è un problema sia per il soggetto che ne è portatore, che per il servizio che lo accoglie. Il minore soffre, nel presente, per un disturbo che può produrre, in futuro, problematiche ancora più gravi, come illustrato nel paragrafo relativo alle diagnosi. Il servizio ha l'obbligo di intervenire sul soggetto sia a livello di prevenzione terziaria, ovvero in maniera diretta sul disturbo in atto; che di prevenzione secondaria cioè realizzando interventi che prevengano l'aggravarsi della patologia.

	<i>Bassa</i>	<i>Media</i>	<i>Alta</i>	<i>Non rilevato</i>
CPA	60%			40%
USSM	50%	20%		30%
IPM	60%		10%	30%

1.2 L'effettuazione della diagnosi

La **diagnosi** del disturbo psichico viene effettuata, secondo gli operatori, nel 70% dei casi in IPM, in misura minore negli altri servizi. Questo dato conferma che il **problema della psicopatologia è maggiormente percepito nelle strutture residenziali**, in questo contesto, infatti, i problemi psichici sono amplificati dalle difficoltà della convivenza. Gli operatori sentono maggiormente il bisogno di comprendere la natura del problema di cui è portatore il minore e di intervenire su di essa, richiedendo, quindi, l'effettuazione della diagnosi.

Un altro fattore che può spiegare perché il problema si manifesta con maggiore chiarezza negli IPM, è la natura della psicopatologia dei minori presi in carico dai servizi penali minorili. Come evidenziato nel paragrafo relativo alle diagnosi, le psicopatologie più diffuse sembrano legate a disturbi nella personalità del minore connesse alla tendenza ad infrangere le norme. L'Istituto Penale sottopone il minore al rispetto di regole e dunque incide su uno degli aspetti più problematici del suo disagio. Le esplosioni di violenza, che gli operatori sostengono siano tipiche di questi soggetti sono dovute, appunto, alla costrizione di persone problematiche incapaci di sopportare la frustrazione ed il contenimento.

Ciò che è necessario nel **trattamento** di questi soggetti non è né l'evitare la costrizione, né la costituzione di specifici servizi ma l'intervento di professionisti capaci di far elaborare la difficoltà di accettare la regola. Il professionista deve sapere sfruttare l'esecuzione penale per renderla momento di crescita e di soluzione di problematiche irrisolte.

	<i>Effettuata</i>	<i>Non effettuata</i>	<i>Non rilevato</i>
CPA	30%	20%	50%
USSM	40%		60%
IPM	70%		30%

1.3 Contesto problematico da cui proviene il minore

La **conflittualità con i genitori** ed i vissuti abbandonici, sempre legati a problematiche intrafamiliari, sono il contesto problematico maggiormente diffuso tra i minori con problematiche psicopatologiche.

La problematica esistenziale più diffusa, tra i minori con disturbi psicopatologici, è legata al **disagio familiare**. Questo dato conferma che la natura della devianza, in questi soggetti, spesso non è solo legata al contesto socio-economico ma a problematiche di relazione che pongono le radici nel contesto familiare.

Il **contesto socio-economico disagiato** può favorire la carriera deviante o criminale del soggetto, come ampiamente dimostrato dalle scienze criminologiche. Al contrario il disagio familiare – che è effetto del disagio e della sofferenza presente nella società – può favorire problemi nello sviluppo psico-affettivo di una persona nell'età dello sviluppo. Questi problemi possono causare disturbi psichici, i quali, secondariamente concorrono a favorire la carriera deviante o criminale del soggetto.

E' necessario sottolineare che qualora si osservi che alle problematiche psicopatologiche più o meno strutturate si associ il degrado economico e culturale la prognosi del soggetto diventa potenzialmente negativa. Infatti l'epidemiologia dei disturbi maggiori, cioè i disturbi psicotici, dimostra che questi sono più diffusi nelle condizioni sociali più basse. Al contrario le patologie nevrotiche, cioè quelle meno gravi, sono maggiormente diffuse negli ambiti sociali superiori.

Occorre dunque essere consapevoli che una prognosi positiva non è agevolata se il disturbo psicopatologico è associato al degrado economico e culturale.

Tabella 3 CONTESTO PROBLEMATICO DA CUI PROVIENE IL MINORE						
	<i>Conflittualità con i genitori</i>	<i>Degrado economico culturale</i>	<i>Vissuti abbandonic</i>	<i>Esclusione dal gruppo dei pari</i>	<i>Famiglie adottive</i>	<i>Non rilevato</i>
CPA	30%	-	20%	-	-	50%
USSM	20%	30%	10%	10%	10%	50%
IPM	50%	30%	10%	10%	-	-
Media	33.3%	20%	13.3%	6.6%	3.3%	23.3%

1. 4 Lavoro di rete

Il **lavoro di rete** è percepito come un nodo centrale dell'intervento per il minore. Questa osservazione è corretta in quanto se il lavoro di rete è importante in qualsiasi contesto, lo è tanto più nell'ambito penale. Infatti la finalità rieducativa della Giustizia minorile ha come obiettivo centrale l'inserimento del minore nel contesto sociale. Per realizzare questo obiettivo è necessario operare in rete con le strutture presenti nel territorio. In oltre le problematiche psicopatologiche gravi devono essere trattate da o, qualora sia possibile, con strutture extragiudiziarie specializzate.

Tutti gli **IPM** si sono espressi in merito al lavoro di rete, come rilevato dall'analisi del testo delle relazioni (dato "non rilevato" = 0%), questo elemento è indicativo della rilevanza che la questione assume per gli Istituti Penali. Tuttavia bisogna osservare che anche gli **USSM** si esprimono nel 70% dei casi, il lavoro di rete, ovviamente è centrale per una struttura inserita nel territorio come l'Ufficio di Servizio Sociale Minorile.

Chiaramente i **CPA** percepiscono il problema in forma meno grave in quanto i loro obiettivi implicano in maniera minore il lavoro di rete

Gli **IPM** e gli **USSM**, nella maggioranza dei casi, definiscono il lavoro di rete assente, il dato conferma precedenti ricerche. Si ritiene che sia assolutamente necessario intensificare la collaborazione di rete per rispondere alle problematiche minorili. Infatti la riforma del trattamento della psicopatologia, la famosa legge 180, assegna un ruolo centrale al territorio, senza il quale il legislatore stesso non ritiene si possa recuperare il ragazzo.

Tabella 4 LAVORO DI RETE			
	<i>Assente</i>	<i>Presente</i>	<i>Non rilevato</i>
CPA	20%	40%	40%
USSM	50%	20%	30%
IPM	70%	30%	0%

1.5 Problematiche del trattamento

La problematica maggiormente sperimentata dagli operatori nel trattamento dei disturbi psicopatologici è quella legata alla **carenza di formazione** specifica in merito. È opportuno che ciò sia realizzato in quanto solamente uno specifico aggiornamento permette l'instaurarsi di un'adeguata impostazione educativa, e mette al riparo dal compiere errori che, con estrema facilità, vengono compiuti in questo ambito.

L'esigenza di formazione è anche dovuta all'**evoluzione del fenomeno**. Secondo gli operatori, in passato i soggetti con problematica psicopatologica erano molti meno, dunque i servizi non hanno maturato esperienza in merito.

Solamente gli operatori del **CPA**, per le caratteristiche stesse della loro struttura, affermano di non poter lavorare su questi soggetti per la brevità della permanenza. Ciò effettivamente è corretto in quanto è necessario un tempo congruo per poter affrontare problematiche delicate, per creare la cosiddetta "alleanza" tra l'operatore ed il soggetto sofferente.

Gli operatori degli altri servizi, degli IPM e degli USSM, non considerano la **brevità della permanenza** come problematica ostativa alla realizzazione del trattamento, ma ritengono che le caratteristiche strutturali del percorso a cui viene sottoposto il minore permettano di lavorare con questi soggetti se, come affermato, debitamente preparati e formati.

L'**indisponibilità della famiglia e del ragazzo** a lavorare è citata solo in pochi casi, negli altri gli operatori individuano invece la volontà dei soggetti di affrontare i problemi. E' dunque necessario non perdere l'opportunità di intervenire su questi soggetti in quanto molti di essi difficilmente, in futuro entreranno in contatto con le strutture dedite al trattamento, e non avranno, quindi, altre possibilità di affrontare i loro problemi. Ottimale è intervenire durante l'età evolutiva sui problemi psicopatologici in quanto successivamente essi si strutturano e diventano difficilmente modificabili.

Le difficoltà di integrazione tra questi soggetti e gli altri utenti sono citate ma non sono particolarmente diffuse. Non viene dunque particolarmente sentita l'esigenza che, in passato, aveva portato ad ipotizzare la costituzione di **specifiche strutture** per i minori con problematica psicopatologica. La creazione di strutture specialistiche è da evitare in quanto provocherebbe un peggioramento della patologia del soggetto, poiché esso, "etichettato" come pazzo, stutturerebbe la propria identità ed il proprio comportamento in base alla diagnosi a lui attribuita. Inoltre, da quanto emerso dalla presente rilevazione e da quella descritta nel successivo capitolo, la problematica psicopatologica è strettamente connessa con quella legata alla trasgressione ed a comportamenti antisociali tipica degli altri minori, pertanto è opportuno che tutti i minori siano trattati insieme e non in strutture differenziate. È opportuno, tuttavia, che siano presenti specialisti approfonditamente formati per la cura della psicopatologia dell'età evolutiva e che essi lavorino in stretta con gli altri operatori presenti nella struttura, anche questi ultimi adeguatamente e specificamente formati.

Tabella 5 PROBLEMATICHE DEL TRATTAMENTO						
	<i>Carenze di strutture e formazione nel servizio</i>	<i>Difficoltà di integrazione con gli altri utenti</i>	<i>Indisponibilità della famiglia</i>	<i>Brevità della permanenza nel servizio</i>	<i>Indisponibilità dei soggetti</i>	<i>Non rilevato</i>

CPA	41,6%	25%	8,3%	41,6%	8,3%	25%
USSM	55,5%	11,1%	22,2%	-	-	22,2%
IPM	55,5%	22,2%	-	-	21,2%	11,1%

PARAGRAFO 2 - La ricerca quantitativa

In base all'analisi dei risultati della ricerca esplorativa sulle problematiche incontrate nel trattamento dei minori presi in carico dalla Giustizia Minorile è stato stabilito, come precedentemente affermato, di focalizzare l'attenzione sui soggetti con problematica psicopatologica ed è stato costruito uno strumento per effettuare la rilevazione.

La struttura del questionario per la raccolta delle informazioni è la seguente:

Una sezione è riservata alla singola struttura operativa della Giustizia Minorile ed è denominata: "Scheda riassuntiva degli soggetti con problematiche psicopatologiche." La scheda indaga le seguenti tematiche:

1. N° soggetti presi in carico dal servizio.
2. N° soggetti con problematica psicopatologica.
3. Modalità di realizzazione delle diagnosi.
4. Figure professionali che realizzano le diagnosi.
5. Strumenti utilizzati per realizzare le diagnosi.

Una sezione è riservata al singolo minore preso in carico dalla Giustizia minorile che presenta problematiche psicopatologiche ed è denominata: "Scheda individuale del minore con problematiche psicopatologiche." Il numero Questa scheda indaga le seguenti tematiche:

1. Elementi della carriera deviante.
2. Descrizione della problematica e sintomatologia.
3. Diagnosi effettuata.
4. Ruolo svolto all'interno del gruppo di pari.
5. Tipo di sostanze psicotrope utilizzate e qualità dell'assunzione.
6. Altre problematiche del minore:
7. Attività trattamentali effettuate.

La quantità di dati raccolti.

I questionari per le strutture trattamentali raccolti sono relativi alla quasi totalità dei servizi penali minorili, il numero dei questionari elaborati è pari a 79 su 81 inviati. I questionari per le strutture trattamentali raccolti sono relativi alla quasi totalità dei servizi penali minorili, il numero dei questionari elaborati è pari a 79 su 81 inviati.

Il numero di questionari sui casi è pari a 623. Questo è il numero di minori con problematiche psicopatologiche transitati nei servizi penali minorili nell'anno 1999. Ciò significa che ogni servizio ha indicato i minori transitati per il servizio stesso. E' opportuno specificare che può verificarsi il caso in cui un minore transiti per più di un servizio nel corso dello stesso anno. La presente ricerca è relativa ai transiti per i servizi e non al numero assoluto di minori.

Le domande sono chiuse e finalizzate alla raccolta di informazioni di tipo descrittivo, la presente non è una ricerca sperimentale ma descrittiva, non sono, cioè, utilizzati gruppi di controllo ma sono analizzate le caratteristiche dei soggetti con problematiche psicopatologiche e del trattamento effettuato.

Nel presente capitolo le informazioni sono organizzate in base alle seguenti aree tematiche:

1. Incidenza dei soggetti con problematica psicopatologica
2. Diagnosi
3. Processo di attribuzione diagnostica
4. Sintomatologia
5. Caratteristiche del minore con problemi psicopatologici – Aspetti penali

6. Caratteristiche del minore con problemi psicopatologici – Problematiche del minore
7. Caratteristiche del minore con problemi psicopatologici – Ruolo nel gruppo di pari
8. Droga
9. Trattamento

2.1 Incidenza dei soggetti con problematica psicopatologica

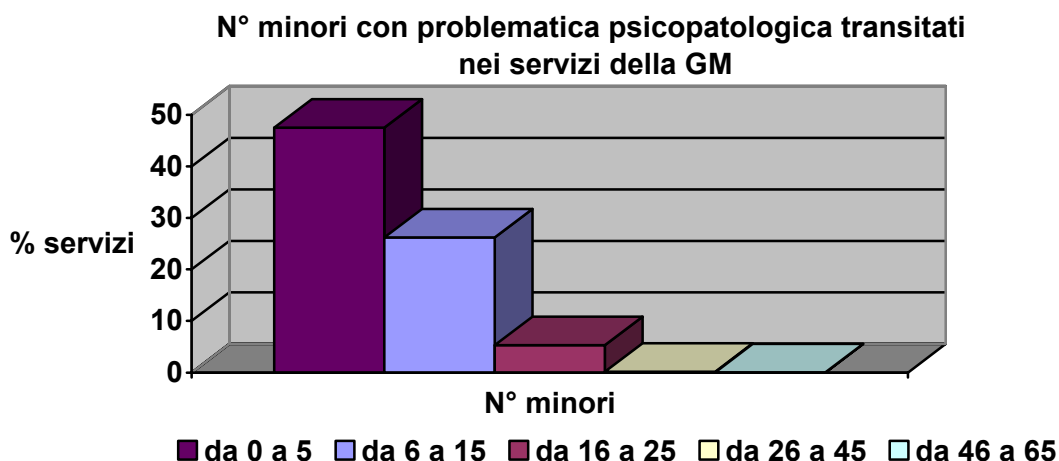
Il numero di soggetti con problematica psicopatologica è elevato, 636 soggetti. E' opportuno specificare che questi dati sono riferiti agli "Ingressi" dei soggetti, dato di riferimento maggiormente utilizzato nella GM, cioè al numero di minori inseriti nei diversi servizi. Un minore può essere inserito in più servizi nello stesso anno. L'entità del fenomeno, dunque, non può essere sottovalutata, come riportato dagli stessi operatori, ma è opportuno porvi adeguata risposta.

TABELLA 6 Soggetti presi in carico dai servizi della GM (Transiti)	N
Totale soggetti	20.106
Di cui con problematiche psicopatologiche	636

La tabella seguente indica il numero di minori con problematica psicopatologica che sono transitati in ogni servizio nell'anno. I servizi sono raggruppati per fascia di utenza, viene cioè indicata la percentuale di quelli che hanno preso in carico da 0 a 5 casi, da 6 a 15 etc.. Emerge che nel 37 % dei servizi si sono presentati da 0 a 5 casi di minori con problematica psicopatologica, mentre nel 36 % dei servizi si sono presentati da 6 a 15 soggetti. Questo dato rappresenta con chiarezza la gravità del problema per gli operatori che si trovano a dover gestire un ampio numero di soggetti altamente problematici.

TABELLA 7 Numero di minori con problematica psicopatologica transitati per servizio	%
da 0 a 5	47,5
da 6 a 15	26,2
da 16 a 25	5,3
da 26 a 45	3,2
da 46 a 65	1,7
oltre 65	1,7
	100

GRAFICO 1 Minori con problematica psicopatologica transitati per servizio



2.2 Diagnosi

I dati di seguito riportati indicano le diagnosi descrittive presenti nei fascicoli dei casi individuati come problematici dal punto di vista psicopatologico. Un primo dato che colpisce l'attenzione è quello delle diagnosi maggiormente diffuse: Sindrome borderline, Disturbi di personalità, Disturbo della condotta. Queste diagnosi si collocano nell'ambito delle problematiche della personalità, del carattere, che, nel DSM-IV sono classificate sull'asse II, e vengono considerate come il substrato, la struttura costitutiva della persona. Da questo livello, secondariamente, si sviluppano le sindromi, classificate sull'asse I, cioè i disturbi che producono sintomi manifesti, come, per esempio, allucinazioni, deliri, rituali, etc. Ciò significa che tali soggetti, principalmente, non sono affetti da sindromi psichiatriche, non hanno una sintomatologia particolarmente manifesta, tuttavia sono presenti gravi problematiche nella personalità.

In base alla tipologia dei problemi di personalità presenti si possono sviluppare, nell'evoluzione dei singoli soggetti, sindromi psichiatriche oppure comportamenti devianti. Considerati la tipologie di personalità presenti tra i minori presi in esame ed il loro inserimento nel circuito penale è probabile che in molti casi l'evoluzione psicopatologica si indirizzi verso lo sviluppo di comportamenti devianti e antisociali.

Infatti la Sindrome borderline, che sarebbe più opportuno definire con il DSM-IV Disturbo di Personalità Borderline, può presentare comportamenti impulsivi e violenti, aggressività nelle relazioni interpersonali, etc.. Il disturbo della condotta in età evolutiva può evolvere, in età adulta, nel comportamento antisociale, cioè caratterizzato da atti violenti, indifferenza per la sofferenza prodotta nell'altro, problemi ripetuti con le forze della Polizia e costante reinserimento nel circuito penale. Anche il ritardo mentale lieve, presente in 27 casi, in soggetti inseriti in un conteso deviante, può rendere questi minori facile preda di organizzazioni o singoli criminali che possono utilizzarli come manovalanza delinquenziale.

In sintesi si può affermare che la psicopatologia presente nei minori del circuito penale non è di tipo classico, di tipo psichiatrico, ma è una tipologia di disturbo al confine con le problematiche del comportamento e con l'antisocialità ed è probabile che comporti lo sviluppo di una carriera deviante.

GRAFICO 2 Diagnosi

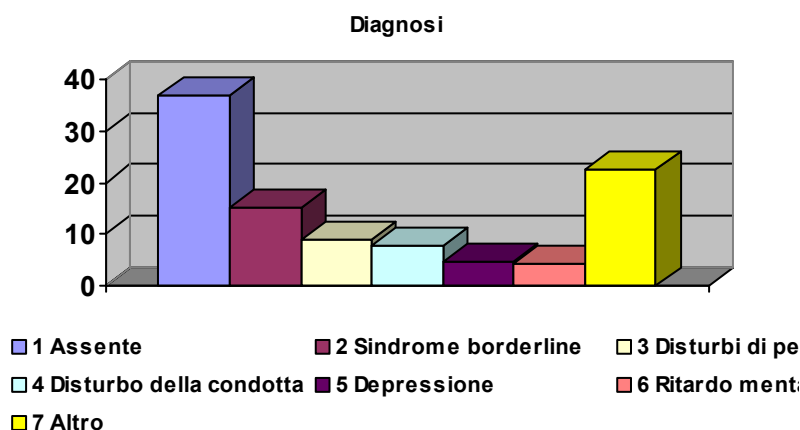


TABELLA 8 Diagnosi	%	N°
Assente	37	235
Sindrome borderline	15,1	96
Disturbi di personalità	8,8	56

Disturbo della condotta	7,7	49
Depressione	4,7	30
Ritardo mentale lieve	4,2	27
Stato ansioso	2,2	14
Disturbo narcisistico	2	13
Disturbo dell'umore	1,7	11
Psicosi NAS	1,7	11
Altro	14,9	95
Totale	100	636

2.3 Sintomatologia

La ricerca ha raccolto informazioni in merito ai sintomi presentati dai 636 soggetti con problematica psicopatologica. E' possibile raggruppare i singoli in diverse categorie che rappresentano alcune aree problematiche di seguito descritte. Si specifica che ogni soggetto può presentare più sintomi, le percentuali riportate indicano la percentuale di soggetti che presentano il sintomo:

1. Problemi di identità rilevabili dai seguenti sintomi: "Modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore ed una marcata impulsività", "Alterazione dell'identità", "Sentimenti cronici di vuoto", "Instabilità affettiva dovuta a marcata reattività dell'umore". La somma delle percentuali di ognuno di questi sintomi è pari a 160.
2. Problemi relazionali rilevabili dai seguenti sintomi: "Relazioni interpersonali instabili", "Sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono". La somma delle percentuali di ognuno di questi sintomi è pari a 61.
3. Comportamenti violenti, antisociali, auto ed etero-aggressivi rilevabili dai seguenti sintomi: "Impulsività", "Rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia", "Comportamenti suicidari o automutilanti". La somma delle percentuali di ognuno di questi sintomi è pari a 115.
4. Sindromi psicotiche e schizofreniche statisticamente poco presenti come si rileva dalla scarsa frequenza dei seguenti sintomi: "Appiattimento dell'affettività", "Deliri", "Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico", "Allucinazioni", "Eloquio disorganizzato". La somma delle percentuali di ognuno di questi sintomi è pari a 24.

Il primo gruppo di sintomi indica che sono presenti disturbi nell'identità e nella personalità dei minori, il secondo ed il terzo palesa che detti disturbi si manifestano attraverso difficoltà relazionali ed atteggiamenti violenti. Per contro non sono significativamente rilevanti quei sintomi che indicano la presenza di sindromi così dette psichiatriche e cioè sindromi dell'area psicotica e schizofrenica. Sono presenti soggetti con disturbi nell'area psicotica ma in percentuale minima rispetto ai minori oggetto della presente ricerca.

Questi elementi confermano quanto indicato nel precedente paragrafo relativo alle diagnosi, dal quale emerge che diagnosi dell'ambito psicotico sono estremamente rare e sono maggiormente presenti problematiche psicopatologiche personali legate alla struttura di personalità ed a problematiche relazionali. Questa è la caratteristica generale dei soggetti con problematica psicopatologica presi in carico dalla Giustizia Minorile.

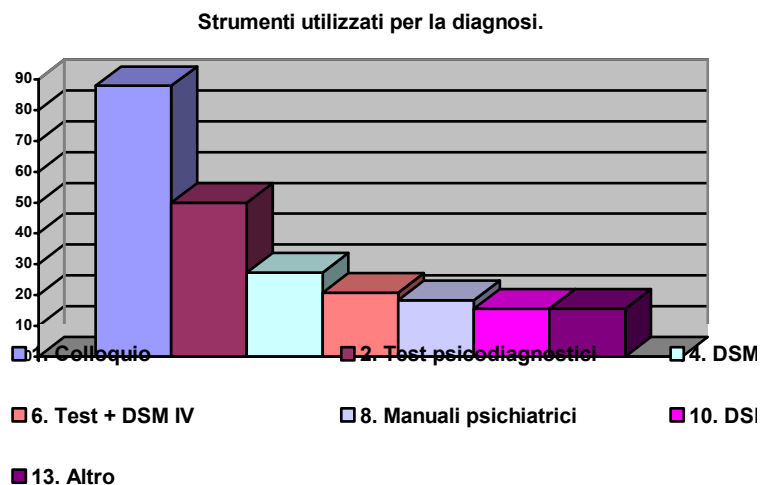
Si può ipotizzare lo sviluppo prognostico di questi adolescenti. Tali problematiche potrebbero evolvere verso la strutturazione di vere e proprie sindromi psichiatriche (classificabili sull'Asse I del DSM-IV), tuttavia questi minori che sono inseriti in un contesto sociale, culturale o relazionale deviante, per cui hanno un'alta probabilità di strutturare, al contrario, non una sindrome

ma un comportamento antisociale e/o criminale, come preannunciato dall'alta percentuale di sintomi appartenenti alla categoria "Comportamenti violenti, antisociali, auto ed etero-aggressivi".

E' opportuno procedere ad un serio intervento di prevenzione secondaria cioè su una patologia in via di strutturazione onde prevenire la strutturazione criminale di tali patologie, che comporta gravi danni per il soggetto e per il contesto sociale.

TABELLA 9 SINTOMI	
Impulsività	57.9%
Modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore ed una marcata impulsività	51.7%
Instabilità affettiva dovuta a marcata reattività dell'umore	42.6%
Alterazione dell'identità..	38.8%
Rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia	38.8%
Relazioni interpersonali instabili..	35.1%
Sentimenti cronici di vuoto	27.7%
Sforzi disperati di evitare un reale o immaginario abbandono	26.7%
Comportamenti suicidari o automutilanti	18.6%
Ideazione paranoide	15.6%
Appiattimento dell'affettività	7.4%
Deliri	4.9%
Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico (per almeno 1 mese)	4.7%
Ritardo cognitivo	4.7%
Incapacità ad esprimere emozioni	4.1%
Allucinazioni	3.6%
Eloquio disorganizzato	3.6%
Acting out	1.3%
Altro	37.7%

GRAFICO 3 Strumenti utilizzati per la diagnosi



2.4 Caratteristiche del minore con problemi psicopatologici – Aspetti penali

Iter penale

È stata indagata l'età di commissione del primo reato nei soggetti con problematica psicopatologica. La moda della distribuzione, cioè la classe di età con frequenza maggiore, si colloca nella fascia di 15/16 anni. L'adolescenza è, infatti, una fase critica che porta il soggetto a ristrutturare la propria personalità. In questo gruppo di minori si osserva che la ristrutturazione ha condotto il soggetto a compiere atti devianti, penalmente rilevanti.

TABELLA 10 Età di commissione del primo reato del minore con problematica psicopatologica:	%
9/10 anni	3
11/12 anni	1,4
13/14 anni	18,75
15/16 anni	44,2
17/18 anni	21,2

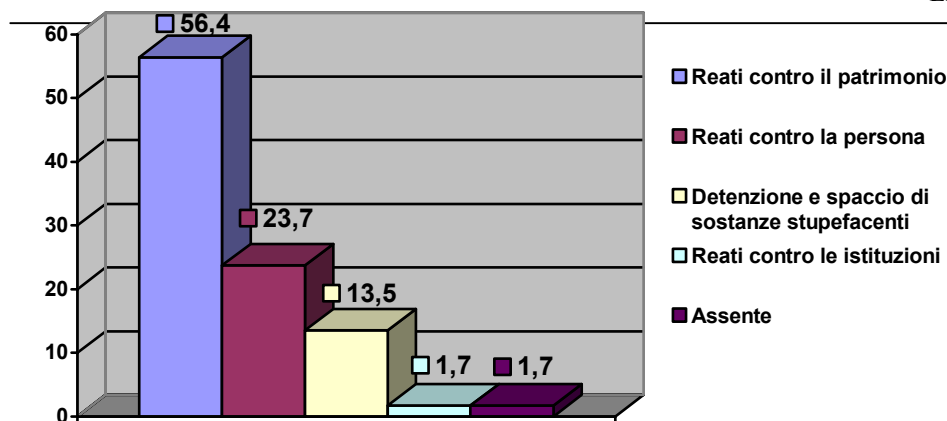
Reati commessi

E' stato richiesto agli operatori ed indicare la tipologia di reati compiuti dall'utenza oggetto di rilevazione. I reati commessi sono principalmente diretti contro il patrimonio (56%), ma anche contro la persona (23%) ed, infine, di detenzione e spaccio di stupefacenti. E' importante non sottovalutare il ruolo della droga in questi soggetti. Infatti alle variabili legate alla devianza ed alla psicopatologia devono essere aggiunte quelle connesse all'abuso di sostanze psicotrope; queste possono aggravare, o slatentizzare, cioè far emergere, sintomatologie psichiche, oltre a favorire il percorso deviante del soggetto. A questo proposito si confronti il capitolo 6 con la descrizione dell'influenza delle sostanze psicotrope sulla psicopatologia.

TABELLA 17 Tipologia di reato commesso dal minore con problematica psicopatologica

Reati contro la persona	Reati contro il patrimonio	Reati contro le istituzioni	Detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti	Assente
23.7%	56.4%	1.7%	13.5%	4.6%

GRAFICO 4 Tipologia di reato commesso dal minore con problematica psicopatologica



2.5 Caratteristiche del minore con problemi psicopatologici – Problematiche del minore

Quali sono le problematiche che maggiormente opprimono questi minori? Dai dati di seguito riportati emerge che la problematica esistenziale più diffusa è quella legata al **disagio familiare** (presente in 63 minori su 100). Questo dato conferma l'esistenza di una specifica problematica psicopatologica, questa, infatti, come dimostrato dalla letteratura scientifica in materia e dai dati epidemiologici e sociopsichiatrici riportati nel presente lavoro (sezione 2), ha una fondamentale rilevanza nella genesi di queste affezioni. E' necessario considerare, nel trattamento, la dimensione familiare anche in considerazione della giovane età dei soggetti e, quindi, della forte influenza che la famiglia può avere sull'evoluzione della patologia.

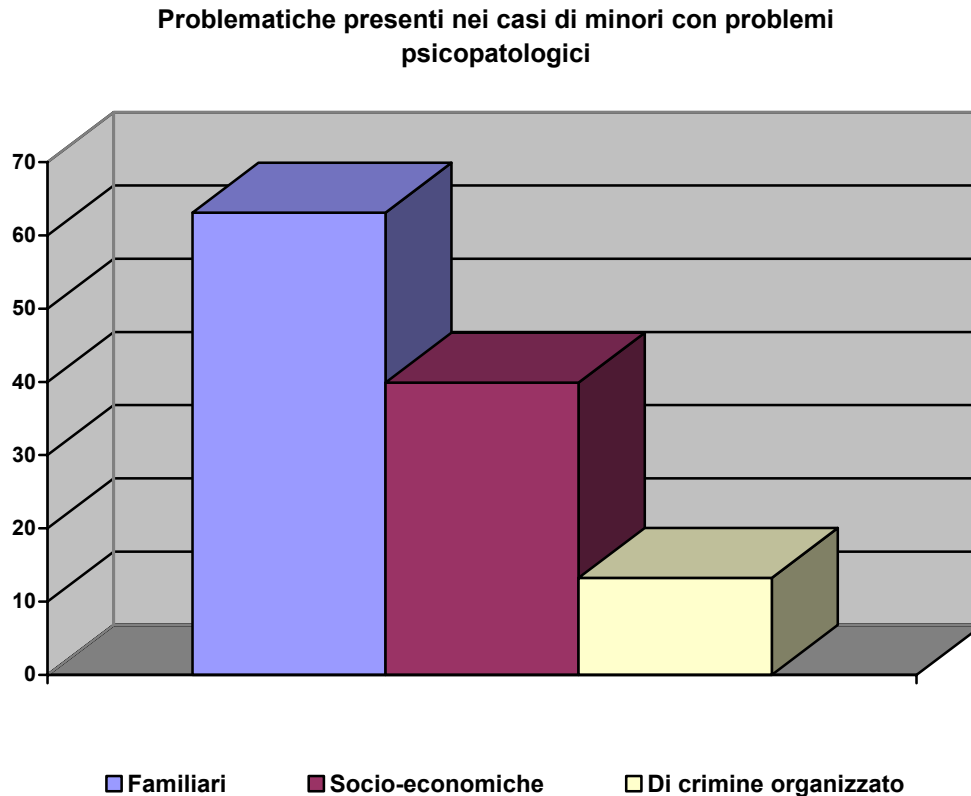
Il contesto culturale, problematica rilevante nel 39% dei casi, può favorire la carriera deviante o criminale del soggetto, come ampiamente dimostrato dalle scienze criminologiche. Al contrario il disagio familiare tende a favorire, nello sviluppo psico-affettivo di una persona nell'età dello sviluppo, problemi che possono causare disturbi psichici, i quali, secondariamente, possono favorire la carriera deviante o criminale del soggetto.

Che non si tratti di soggetti con problematica primariamente criminale è confermato dalla scarsa presenza (13% dei casi) di soggetti connessi ad organizzazioni criminali.

Occorre dunque ipotizzare un percorso trattamentale, che coinvolga soggetti con problematiche psicopatologiche, deve prendere in considerazione la necessità di **intervenire sulla dimensione familiare**. L'intervento sulla famiglia può essere realizzato a due differenti livelli, quello interpersonale e quello intrapsichico. L'approccio interpersonale implica il coinvolgimento del sistema familiare nel trattamento. Indubbiamente ciò è necessario in quanto, se il minore è inserito in una famiglia patogena, o comunque disfunzionale per il suo sano sviluppo, i risultati prodotti dal terapia saranno vanificati. Frequentemente si osserva, in questo genere di situazioni che sono inviati messaggi, al ragazzo, tali da disconfermare i cambiamenti prodotti dal trattamento. Il sistema familiare fa di tutto per ricreare la situazione precedente al cambiamento del ragazzo, in quanto, comunque, essa era funzionale alla patologia del sistema. Per approfondire il tema del trattamento familiare si rimanda allo specifico capitolo relativo all'intervento.

TABELLA 13 Problematiche del minore	%
Gravi conflittualità familiari	63,1
Gravi problematiche socio-economiche	39,9
Ipotesi di connessione del soggetto con organizzazioni criminali	13,25

GRAFICO 5 Problematiche del minore



L'analisi territoriale delle problematiche dei minori indica la maggiore rilevanza del disagio socio economico nel sud e nelle isole del territorio nazionale.

TABELLA 14 problematiche dei minori in relazione al territorio

PROBLEMATICA	TERRITORIO			
	SUD %	CENTRO %	NORD %	ISOLE %
<i>Gravi conflittualità familiari</i>	57.5	67.2	62.4	68
<i>Gravi problematiche socio-economiche</i>	50.3	29.9	32	48
<i>Ipotesi di connessione del soggetto con organizzazioni criminali</i>	19.6	22.4	11.3	6

2.6 Caratteristiche del minore con problemi psicopatologici – Ruolo nel gruppo di pari

Non emergono differenze significative, tra i soggetti con disturbi psicopatologici, nel ruolo svolto all'interno del gruppo dei pari. Questa informazione conferma che questi minori non sono fortemente tipizzati, hanno grandi differenze individuali, storie differenti, problematiche e

atteggiamenti dissimili. E' necessario entrare nelle difficoltà di ognuno ed individuare la risposta, la strategia trattamentale adeguata al singolo.

TABELLA 12 Ruolo svolto nel gruppo	%
Leader	16,0
Gregario	28,3
Emarginato	22,5
Autonomo	20,8
Altro	1,1
N.R.	11,3
Totale	100,0

2.7 Droga

Droga e psicopatologia sono problematiche che possono connettersi con modalità differenti, ma che sicuramente vicendevolmente si rinforzano, aggravandosi:

- Il soggetto con problematica psicopatologica può, infatti, utilizzare le droghe per ridurre la sofferenza psichica, le sostanze assunte, in questo caso, possono assumere una **funzione autocurativa**.
- Oppure l'assunzione di droga può **slatentizzare** problematiche psichiche esistenti. Determinati stati di coscienza, raggiunti in seguito all'utilizzo di sostanze psicotrope, possono rendere evidenti disturbi rimasti nascosti fino a quel momento.
- Oppure l'uso di droga costituisce il problema primario del soggetto, ciò ha occasionalmente provocato una crisi psichica.

Di seguito viene descritta la tipologia di uso di droghe da parte dei minori con problematiche psicotrope.

L'uso di sostanze stupefacenti è molto diffuso tra questi soggetti. Tutte le sostanze hanno percentuali di assuntori superiori a quelle della popolazione generale dei minori presi in carico dalla Giustizia Minorile. In particolare, tuttavia, colpisce l'alto numero di assuntori di droghe pesanti ed il numero di tossicodipendenti da eroina, categoria oramai residuale tra i minori della giustizia minorile. Infatti, emerge da altre rilevazioni che l'eroina è utilizzata ma in maniera occasionale, ed in associazione con altre droghe, ma è molto rara la tossicodipendenza da eroina. Al contrario tra questi soggetti il 15% ne fa uso, e 6.4% ne è dipendente.

Questo dato conferma che la connessione tra psicopatologia e droga è forte, come precedentemente affermato. Questi due fattori possono reciprocamente influenzarsi ed aggravarsi. Le modalità dell'interazione tra psicopatologia e droga varia da soggetto a soggetto e deve essere approfonditamente analizzata per individuare le corrette strategie di intervento.

Nel caso in cui la droga sia l'occasione per **slatentizzare** patologie psichiatriche precedentemente rimaste inespresse è opportuno procedere primariamente con un accurato trattamento della psicopatologia e, secondariamente, con una prevenzione dell'utilizzo di sostanze stupefacenti onde evitare il ripresentarsi di crisi, generalmente di natura psicotica, ed il conseguente aggravarsi della situazione psicopatologica.

Nel caso in cui la droga abbia una **funzione autocurativa**, è importante procedere ad una rivalutazione del trattamento psichico e farmacologico utilizzato, in quanto l'utilizzo di sostanze stupefacenti indica che quanto sinora fatto non allevia la sofferenza del soggetto. Inoltre è opportuno valutare ed intervenire sul rapporto del soggetto con le droghe, poichè, se la modalità di ricorrere a sostanze psicotrope per ridurre l'angoscia interna, si struttura stabilmente nel comportamento, nel futuro sarà estremamente difficile ridurne l'uso.

Nel caso in cui l'uso di droga costituisce il problema primario del soggetto, che ha occasionalmente provocato una crisi psichica, è opportuno procedere al trattamento della dipendenza o dell'abuso di sostanze psicotrope, utilizzando l'occasione della crisi psichica per far comprendere al ragazzo che il suo corpo sta inviando segnali forti che non è il caso di sottovalutare.

TABELLA 15 Assunzione di sostanze stupefacenti dei soggetti con problematica psicopatologica				
Sostanze	Assunzione	Tipo di assunzione		
		Consumo occasionale	Consumo abituale	Tossico-dipendenza
Cannabis	52,2%	17.3%	31.4%	2%
Alcol	26,3%	11.8%	11.5%	1.3%
Cocaina	22,8%	12.9%	4.7%	3.5%
Estasi	15,7%	10.1%	4.2%	1.1%
Oppiacei	14,9%	4.7%	3.0%	6.4%
Psicofarmaci	11,3%	4.6%	4.1%	1.3%
Altro	0.13%	-	-	-

2.8 Trattamento

Le modalità di trattamento dei soggetti con problematica psicopatologica presi in carico dalle strutture della Giustizia Minorile sono state esplorate dalla ricerca ed i risultati che ne sono emersi sono schematizzati nella seguente tabella.

Si chiarisce che la somma dei dati percentuali non è pari a cento in quanto molti soggetti godono di tipi di trattamento differenti e, quindi, vengono inseriti in più di uno degli item riportati nella seguente tabella.

La maggioranza dei soggetti con problematica psicopatologica (il 69%) è trattata all'interno delle **strutture della Giustizia Minorile**. Il dato conferma la centralità di un'approfondita formazione per chi opera a contatto con questi minori. La professionalità e l'esperienza degli operatori della Giustizia Minorile è nota tuttavia, in considerazione del fatto che la scelta primaria del trattamento dei soggetti con problematica psicopatologica è quella di dare risposta all'interno delle strutture stesse, è opportuno implementare una specifica professionalità in materia.

Gli **strumenti trattamentali utilizzati nelle strutture della Giustizia Minorile** sono, principalmente, quelli tipici del trattamento in ambito penale minorile, colloquio e sostegno, utilizzato nel 35% dei casi, collocamento in comunità, nel 13% dei casi, trattamento in IPM nel 10% dei casi, invio all'USSM nel 10% dei casi. Minore è il ricorso a strumenti specifici: visita psichiatrica, utilizzata nel 4% dei casi, psicoterapia e terapia familiare nel 7% dei casi. Si ritiene che sia corretto utilizzare gli strumenti tipici del trattamento, impiegati con tutti i minori, anche con i soggetti che soffrono di problematiche psicopatologiche per due ordini di motivi:

1. non enfatizzare le differenze tra questi minori e gli altri, per evitare processi di etichettamento e quindi di autodefinizione come persona psichicamente disturbata;
2. il trattamento penale ha la sua validità, data la specifica costellazione psicopatologica dei soggetti in carico presso la Giustizia Minorile, che come si è visto è caratterizzata da atteggiamenti antisociali alla pari dei restanti minori.

È opportuno, tuttavia, che gli interventi trattamentali classici siano realizzati con specifica professionalità e con la consapevolezza delle peculiari caratteristiche di un soggetto con problematica psicopatologica. L'operatore, dunque, deve avere la chiarezza sulla strategia

trattamentale complessiva da adottare col singolo soggetto e quindi dell'obiettivo e della modalità con cui realizzare gli interventi tipici del trattamento penale.

Sembra, inoltre, necessario fare maggiore ricorso alle professionalità specifiche (psicologi, psichiatri) nel trattamento dei soggetti con disturbi psicopatologici, in quanto la problematica è altamente complessa e le sue conseguenze sono incerte e pericolose. Questi professionisti, sia che siano interni, della Giustizia Minorile, o esterni, della A.S.L. o privati, devono rigorosamente lavorare in équipe con gli operatori della Giustizia, dare indicazioni sulle condizioni psichiche del soggetto e coordinare l'intervento.

Un discreto numero di minori (il 26%) è inviato a **strutture della ASL non residenziali**, i Centri materno-infantili, i neonati centri per l'Adolescenza e i Centri per la Salute Mentale. In considerazione delle patologie presenti tra i minori oggetto di questa ricerca (c.f.r. paragrafo di questo capitolo relativo alle diagnosi il rapporto tra i minori inviati ai centri ASL e quelli trattati nelle strutture della Giustizia Minorile sembra corretto. La percentuale di sindromi conclamate, con sintomatologia attiva è limitato, molto maggiore è la percentuale di problematiche di personalità non ancora strutturate. Solo i soggetti con sindrome conclamata, in cui c'è pericolo immediato per il minore e per il gruppo di pari, è opportuno che siano inviati a strutture ASL, per gli altri, per i quali la psicopatologia non è ancora strutturata, l'invio a strutture psichiatriche può avere effetti dannosi, può portare il soggetto ad autoconsiderarsi come "pazzo" e, conseguentemente, a comportarsi come tale.

È opportuno specificare che per i minori con gravi disturbi psichiatri conclamati è necessario l'invio alle idonee strutture. È disfunzionale che questi soggetti siano trattati in ambito penale, in quanto, un Istituto Penale ed un Ufficio di Servizio Sociale, non sono forniti delle caratteristiche ambientali e del personale necessario alla presa in carico di minori affetti da sindromi gravi.

Discreto è anche il numero di soggetti inviati a **comunità terapeutiche**. Queste, nel trattare i minori, non hanno le controindicazioni descritte in merito alle strutture ASL, e vale a dire il rischio di psichiatrizzare la storia del minore. In genere le comunità cui sono inviati i minori del circuito penale sono caratterizzate da un'utenza mista, cioè caratterizzata da problematiche differenti non solo soggetti con problematica psichiatrica. È necessario monitorare la qualità e la professionalità del servizio reso da queste strutture. Il Dipartimento per la Giustizia Minorile ha intrapreso iniziative di analisi della qualità delle strutture private cui invia il minore, i cui esiti saranno pubblicati nell'apposita sede.

TABELLA 19 Trattamento dei soggetti con problematica psicopatologica	
Trattamento nella struttura della giustizia minorile	69.7%
Colloquio e sostegno	35.7%
Collocamento in comunità	13.8%
Trattamento in IPM	10.5%
Invio a USSM	9.4%
Visita psichiatrica	4.2%
Psicoterapia	4.1%
Terapia familiare	3.1%
Messa alla prova	3.1%
Invio a strutture ASL non residenziali	26.3%
Invio a strutture private non residenziali	5.0%
Invio in comunità terapeutiche	20.6%
Altro	4.3%

2.9 Compilazione del questionario

Il questionario, circa nella metà dei casi, è stato compilato da più di due operatori. Ciò è indicativo del fatto che l'approccio che gli operatori hanno nei confronti della problematica psicopatologica è quello di porsi in équipe, così come previsto dalla normativa in materia di trattamento penale e come opportuno nell'intervento sui minori all'interno delle istituzioni. Questo dato è importante poiché solamente un orientamento interprofessionale può dare una risposta costruttiva al problema. Risposta che deve infatti considerare, nel contesto della Giustizia Minorile, gli aspetti penali, quelli socio-familiari e quelli psicopatologici.

TABELLA 3 di operatori che compilano il questionario:	%
1 solo operatore	31
2 operatori	20,7
più di due operatori	48,3
Totale	100

Quanto affermato trova conferma anche nella seguente tabella dalla quale risulta quali operatori compilano il questionario relativo ai minori con problematiche psicopatologiche, si ipotizza che chi vi prenda parte sia anche coinvolto nel trattamento di questa tipologia di utenza. Dall'analisi dei dati risulta che il questionario viene compilato dagli psicologi, nel 50% dei casi; poi dagli educatori, nel 46% dei casi; e dagli assistenti sociali, 36% dei casi; gli psichiatri, professionalità che specificamente si deve occupare di questi minori, sono coinvolti nella compilazione del questionario, solamente nel 10% dei casi, questo dato è indicativo del ruolo consulenziale che viene ricoperto da questa professionalità all'interno del contesto penale minorile.

Il peso specifico delle diverse professionalità nel trattamento delle problematiche psicopatologiche, come emerge dal sopraindicato quadro è tecnicamente corretto, in quanto è importante l'utilizzo di professionalità specifica, psicologi e psichiatri. Al contempo è necessario che anche gli altri operatori, che si occupano dei minori, siano coinvolti nell'intervento su questi casi particolari, onde evitare dannose stigmatizzazioni ed etichettamenti del ragazzo problematico che si verificherebbero se questi fosse seguito solamente dagli specialisti. In oltre la problematica psicopatologica di questi minori, come risulta dalla presente ricerca, è al confine con i disturbi del comportamento tipici dei minori presi in carico dal circuito penale, per questi l'intervento dell'educatore e dell'assistente sociale è assolutamente necessario come esposto nella parte I del lavoro.

TABELLA 4 Qualifiche professionali degli operatori che compilano il questionario:	%
Psicologo	50
Educatore	46,6
Assistente sociale	36,2
Psichiatra	10,3
Altro	1,7

2.10 Processo di attribuzione diagnostica

E' stata poi esplorata la modalità con la quale viene attribuita la diagnosi al singolo minore, ed in particolare quali figure professionali se ne occupano e a quali strumenti teorici e diagnostici si fa ricorso. I dati che emergono indicano che nel processo di attribuzione diagnostica sono presenti delle difficoltà, non è presente un percorso omogeneo tra soggetto e soggetto, tra servizio e servizio, non vi è omogeneità negli strumenti utilizzati.

In primo luogo si osserva, come riportato nella tabella relativa alle diagnosi, che nel 37% dei casi i minori con problemi psicopatologici non hanno una diagnosi nella propria cartella mentre nel restante 63% dei casi la diagnosi viene effettuata. Ciò è indicativo di un percorso nell'attribuzione diagnostica in soggetti con problematica psicopatologica.

Anche le figure professionali che effettuano la diagnosi sono varie come indicato dalla successiva tabella.

TABELLA 8 Figure professionali che realizzano la diagnosi:	%
1 Psicologo della Giustizia Minorile	65,6
2 Équipe socio-psico-pedagogica	51,7
3 Psichiatra ASL	50
4 Psicologo ASL	37,9
5 Altre figure	25,9
6 Medico della Giustizia minorile	19
7 Psichiatra consulente della Giustizia Minorile	8,6

Figure professionali che realizzano la diagnosi

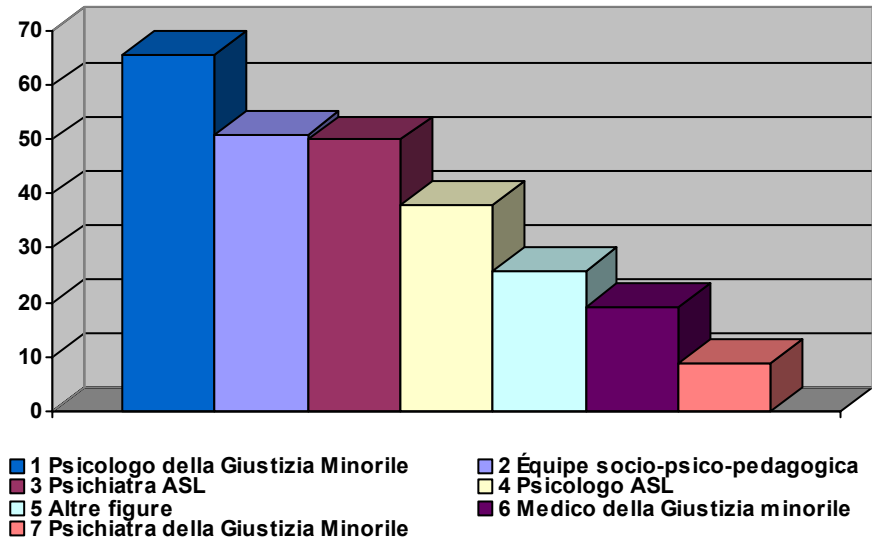


GRAFICO 6 Figure professionali che realizzano la diagnosi

Gli strumenti utilizzati per realizzare le diagnosi sono quelli riportati nella seguente tabella, essi risultano per lo più adeguati, ad esempio un dato importante sembra il discreto uso del DSM-IV questo strumento infatti è diffuso nell'intera comunità scientifica mondiale e permette l'utilizzo di un linguaggio comune tra professionisti che abbiano formazione ed orientamento differente. E'

infatti necessario, anche nella Giustizia Minorile, utilizzare termini il cui significato sia condiviso, in quanto molti sono gli operatori che possono intervenire sul medesimo minore ed essi devono avere la possibilità di comprendere alla medesima maniera quanto indicato nella cartella. Se è presente confusione riguardo alle categorie diagnostiche utilizzate ed al loro significato si possono verificare incongruenze nel trattamento.

E', inoltre, opportuno che gli operatori siano formati in maniera omogenea alla comprensione dei termini diagnostici ed in particolare a quelli propri del manuale DSM-IV. Si deve tuttavia osservare che in alcuni casi vengono utilizzati degli strumenti obsoleti come per esempio il DSM-III-R attualmente sostituito appunto dal DSM-IV.

TABELLA 9 Strumenti utilizzati per la	%
Colloquio	87,9
Test psicodiagnostici	50
DSM IV	27,3
Manuali psichiatrici	18,3
DSM III-R	15,5
Altro	15,5

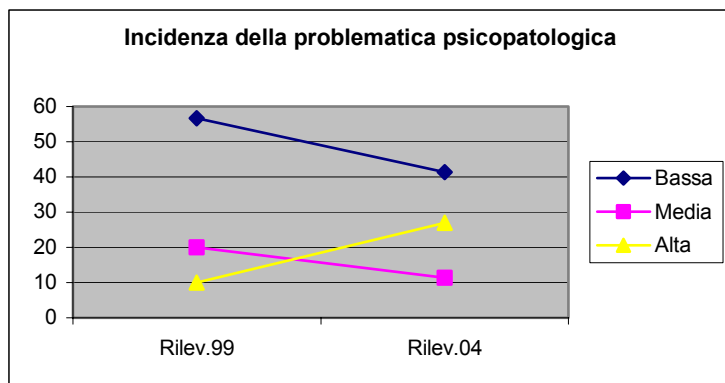
PARAGRAFO 3 - L'aggiornamento dei dati

E' stata effettuata, poi una ricerca finalizzata ad monitorare l'evoluzione del fenomeno nel tempo. Infatti i dati presentati nei capitoli precedenti erano stati rilevati nel 1999, mentre quelli di seguito presentati sono stati raccolti nel 2003. Questa seconda rilevazione permette di analizzare il *trend* evolutivo del fenomeno.

3.1 Incidenza della problematica psicopatologica

L'incidenza percepita del problema è in netta crescita, ciò, sia per gli operatori degli Uffici di Servizio Sociale per Minorenni, che per quelli degli Istituti Penali Minorili. Ovviamente è differente il peso del problema nei Centri di Prima Accoglienza in quanto la brevità della permanenza del minore, massimo 48 ore non permette l'emergere della tipologia di problematiche precedentemente descritte. Complessivamente per quanto riguarda i valori medi diminuiscono i servizi che considerano l'incidenza bassa ed aumentano quelli che la considerano alta.

Grafico 7 Incidenza della problematica psicopatologica



DATI RILEVATI NEL 1999 (espressi in percentuale)

INCIDENZA DELLA PROBLEMATICA PSICOPATOLOGICA				
	Bassa	Media	Alta	Non rilevato
CPA	60	-		40
USSM	50	20		30
IPM	60	-	10	30
Media	56,7	20,0	10,0	33,3

DATI RILEVATI NEL 2003 (espressi in percentuale)

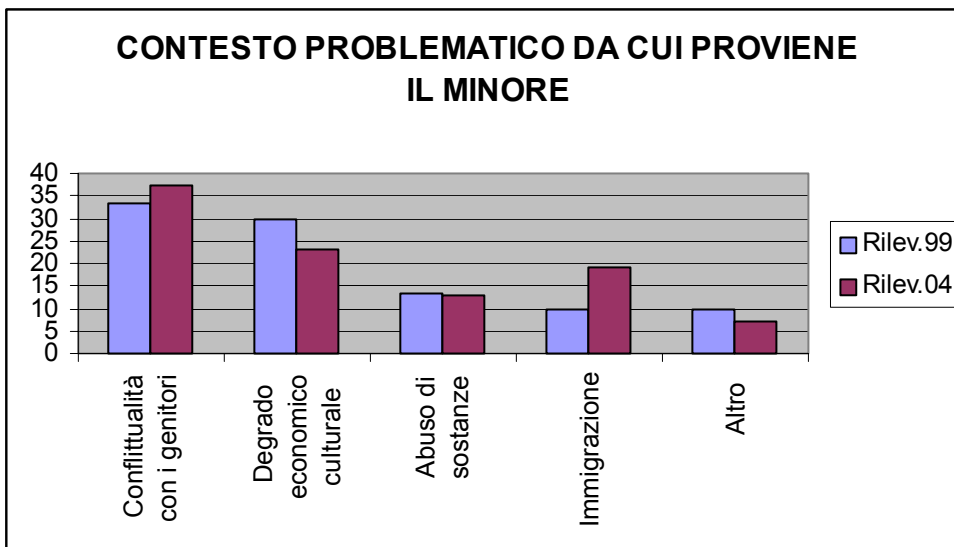
INCIDENZA DELLA PROBLEMATICA PSICOPATOLOGICA				
	Bassa	Media	Alta	Non rilevato
CPA	70	10		20
USSM	14	14	14	57
IPM	40	10	40	10
Media	41,3	11,3	27,0	29,0

3.2 Contesto problematico da cui proviene il minore

Rispetto al contesto problematico all'interno del quale si sviluppa la psicopatologia emergono alcuni fattori che introducono delle linee di tendenza rispetto a quanto rilevato nel 1999 sulle risposte degli operatori:

1. Il contesto familiare problematico assume maggiore rilevanza. Già era stato descritto nel paragrafo 1.3 come questo fattore caratterizzasse maggiormente i soggetti con problematiche psicopatologiche rispetto agli altri utenti della Giustizia Minorile i quali provengono principalmente da un contesto degradato dal punto di vista socio-economico. La serie storica dei dati, cioè, rafforza la suddetta osservazione, il legame tra soggetti psicopatologici e problematiche familiari da un lato e dall'altro il legame tra gli altri utenti della GM e le problematiche socioeconomiche.
2. Si rafforza altresì il fenomeno della doppia diagnosi, cioè dell'interazione di fattori psicopatologici e quelli dell'abuso/dipendenza da sostanze psicotrope.
3. Si rafforza inoltre il manifestarsi delle problematiche psicopatologiche anche tra gli immigrati. Il problema etno-psichiatrico sta infatti diventando emergente e complessificando ulteriormente il fenomeno psicopatologico in quanto si manifestano sintomatologie raramente osservabili in occidente in quanto tipiche del contesto culturale di origine del minore. Occorrono dunque competenze maggiormente specializzate che possano permettere agli operatori di gestire tali problemi e di intervenire in maniera adeguata. Infatti le tipiche tecniche psicoterapeutiche e psichiatriche occidentali sono inefficaci o dannose per le problematiche etnopsichiatriche, occorre che esse siano integrate da approcci transculturali.

Grafico 8 Contesto problematico da cui proviene il minore



DATI RILEVATI NEL 1999 (espressi in percentuale)

CONTESTO PROBLEMATICO DA CUI PROVIENE IL MINORE						
	Conflittualità con i genitori	Degrado economico culturale	Vissuti abbandonici	Esclusione dal gruppo dei pari	Famiglie adottive	Non rilevato
CPA	30	-	20	-	-	50
USSM	20	30	10	10	10	50
IPM	50	30	10	10	-	-
Media	33,3	30,0	13,3	10,0	10,0	50,0

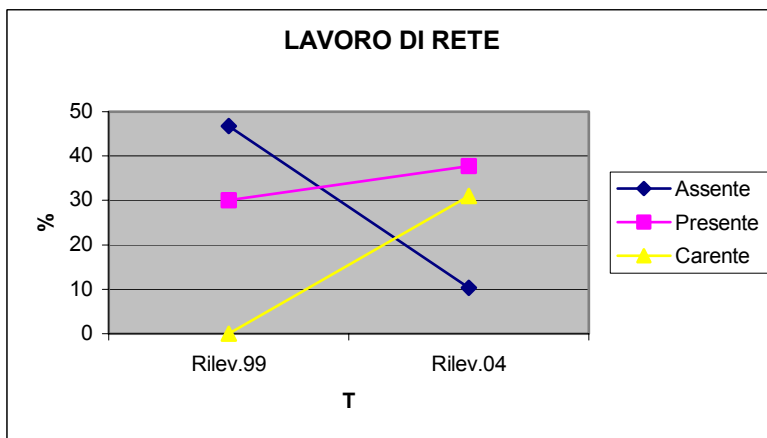
DATI RILEVATI NEL 2003 (espressi in percentuale)

CONTESTO PROBLEMatico DA CUI PROVIENE IL MINORE						
	Conflittualità con i genitori	Degrado economico culturale	Abuso di sostanze	Immigrazione	Altro	Non rilevato
CPA	24	19	19	19	-	19
USSM	42	25	-	-	-	33
IPM	46	26	7	-	7	14
Media	37,3	23,3	13,0	19,0	7,0	22,0

3.3 Lavoro di rete

Il lavoro e la cooperazione di rete è in una certa misura migliorato, soprattutto in quanto molti meno servizi ritengono che la collaborazione di rete sia “assente”. Dai dati emerge che molto è ancora necessario fare in questo campo (elevato numero di servizi ritengono la rete carente), in quanto un serio intervento sulle problematiche psicopatologiche dei minori che entrano nel circuito penale non può prescindere da una valida cooperazione con le competenti strutture territoriali pubbliche e del privato sociale.

Grafico 9 Lavoro di rete



DATI RILEVATI NEL 1999 (espressi in percentuale)

LAVORO DI RETE				
	Assente	Presente	Carente	Non rilevato
CPA	20	40	0	40
USSM	50	20	0	30
IPM	70	30	0	0
Media	46,7	30,0	0	23,3

DATI RILEVATI NEL 2003 (espressi in percentuale)

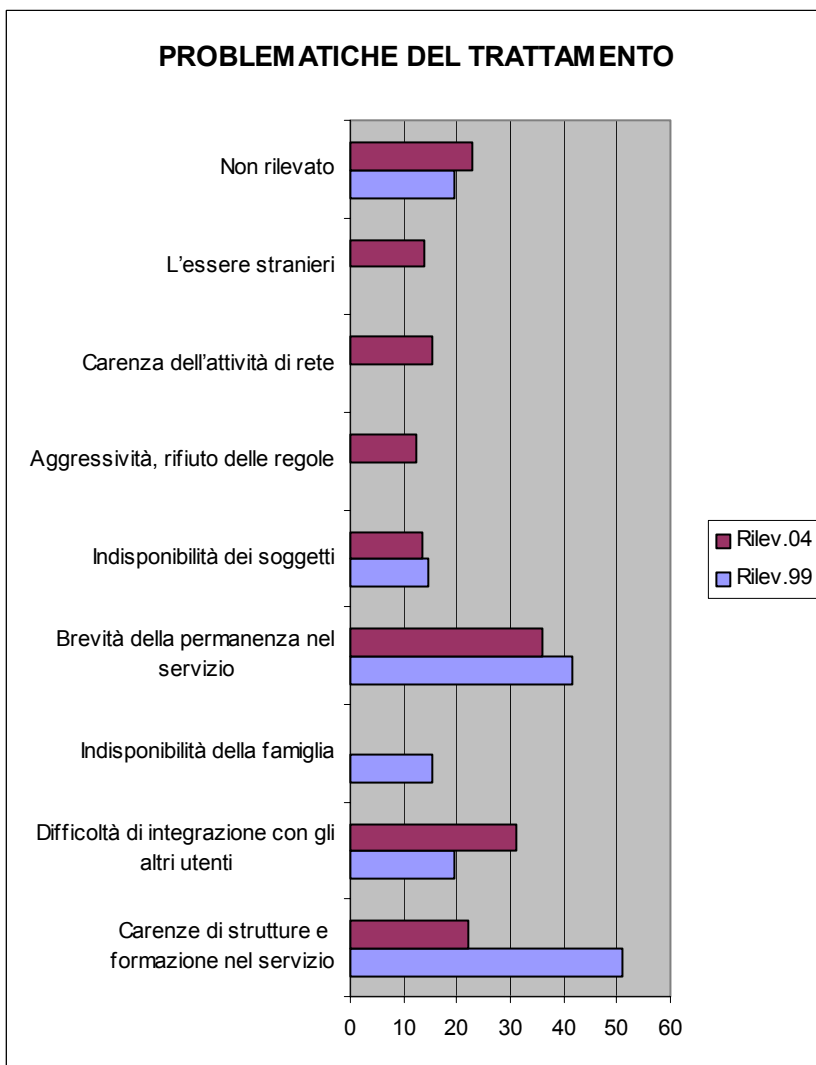
LAVORO DI RETE				
	Assente	Presente	Carente	Non rilevato
CPA	10	30	40	20
USSM	11	33	33	22

IPM	10	50	20	20
Media	10,3	37,7	31,0	20,7

3.4 Problematiche del trattamento

In merito alle difficoltà incontrate dagli operatori nel trattare questi soggetti, diminuiscono le difficoltà strutturali, anche in seguito ai primi interventi formativi effettuati, (per es. in seguito ad una diffusa opera di riqualificazione del personale). Emergono tuttavia nuove difficoltà, in parte precedentemente descritte: l'aumento di aggressività dei soggetti, la carenza di collaborazione di rete ed il manifestarsi di fenomeni psicopatologici anche nella popolazione straniera.

Grafico 10 Problematiche del trattamento



DATI RILEVATI NEL 1999 (espressi in percentuale)

PROBLEMATICHE DEL TRATTAMENTO						
	Carenze di strutture e formazione nel servizio	Difficoltà di integrazione con gli altri utenti	Indisponibilità della famiglia	Brevità della permanenza nel servizio	Indisponibilità dei soggetti	Non rilevato
CPA	41,6	25	8,3	41,6	8,3	25
USSM	55,5	11,1	22,2	-	-	22,2
IPM	55,5	22,2	-	-	21,2	11,1
Media	50,9	19,4	15,3	41,6	14,8	19,4

DATI RILEVATI NEL 2003 (espressi in percentuale)

PROBLEMATICHE DEL TRATTAMENTO									
	Carenze di strutture e formazione nel servizio	Difficoltà di integrazione con gli altri utenti	Indisponibilità della famiglia	Brevità della permanenza nel servizio	Indisponibilità dei soggetti	Aggressività, rifiuto delle regole	Carenza dell'attività di rete	L'essere stranieri	Non rilevato
CPA	7	-	-	36	7	-	21	14	14
USSM	20	-	-	-	20	10	10		40
IPM	39	31	-	-	-	15			15
Media	22,0	31,0	0	36,0	13,5	12,5	15,5	14,0	23,0

PARAGRAFO 4 - Risultati emersi e prospettive

In sintesi dalla elaborazione dei dati relativi alla ricerca svolta e da una metariflessione su di essi possono essere tratte le seguenti conclusioni:

1. La presenza di problematiche psicopatologiche nei minori che transitano all'interno dei servizi penali minorili è stata pienamente confermata. Il numero di soggetti transitati che presentano problemi psicopatologici conclamati è stato, nel 1999, pari a 636. Nel 2003 tale numero risulta incrementato. Si deve, inoltre, presupporre che un elevato numero di soggetti presentino disturbi che tuttavia non vengono rilevati.
2. La psicopatologia più frequentemente riscontrata in questi soggetti è rappresentata dai disturbi che nel DSM IV sono collocati sull'asse II, dunque disturbi dello sviluppo e problematiche di personalità, mentre, le sindromi psichiatriche, come nevrosi, psicosi etc., collocate dal DSM IV sull'Asse I, sono decisamente meno presenti, eccezion fatta per un numero rilevante di soggetti depressi o comunque con disturbi dell'umore.
3. La ricerca ha raccolto informazioni in merito ai sintomi presentati dai minori con problematica psicopatologica. E' possibile raggruppare i singoli in diverse categorie che rappresentano alcune aree problematiche di seguito descritte. Le categorie sono ordinate in base alla prevalenza rispetto all'universo dei soggetti:
 - I. Problemi di identità
 - II. Problemi relazionali
 - III. Comportamenti violenti, antisociali, auto ed etero-aggressivi
 - IV. Sindromi psicotiche e schizofreniche
 - V. Il primo gruppo di sintomi indica che sono presenti disturbi nell'identità e nella personalità dei minori, il secondo ed il terzo palesa che detti disturbi si manifestano attraverso difficoltà relazionali ed atteggiamenti violenti. Per contro non sono significativamente rilevanti quei sintomi che indicano la presenza di sindromi così dette psichiatriche e cioè sindromi dell'area psicotica e schizofrenica. Sono presenti soggetti con disturbi nell'area psicotica ma in percentuale minima rispetto ai minori oggetto della presente ricerca.
4. Dai dati sinteticamente presentati si rileva che sono presenti personalità che si stanno strutturando in senso patologico, dati i quadri diagnostici dei soggetti della ricerca si ipotizza che essi sviluppino psicopatologie al confine con la devianza come per esempio il Disturbo Antisociale di Personalità o il Disturbo Narcisistico di Personalità con infiltrazioni di atti antisociali. Come noto in letteratura è estremamente arduo trattare questo genere di casi, dunque risulta fondamentale intervenire precocemente, nell'età dello sviluppo, per prevenire gravi che produrrebbero questi soggetti sia a sé che alla società.
5. Emerge con chiarezza che, per la caratteristica flessibilità della struttura di personalità nella fase adolescenziale, l'attuazione tempestiva di un intervento riabilitativo adeguato può rappresentare un valido strumento di prevenzione nei confronti di una "cristallizzazione" e definitiva strutturazione della condizione psicopatologica permanente sulla quale è difficile intervenire con successo nell'età adulta. I Servizi Penali Minorili potrebbero agire efficacemente su questi soggetti che sembra necessitino di un contesto contenitivo che li aiuti a strutturare il senso della norma e della regola come elemento utile alla loro crescita. Nel contesto di provenienza ciò è assente, come rilevato dalla ricerca, a causa di un elevato disagio familiare e socio-culturale. E' dunque necessario non perdere l'unica possibile occasione di intervento su soggetti che altrimenti sarebbero assorbiti da logiche devianti o criminali. Tale possibilità avrebbe conseguenze gravi sia per il futuro adulto che per la società in quanto le problematiche personali psicopatologiche aggraverebbero notevolmente la situazione.

6. La gestione di soggetti che alla base del comportamento deviante presentano un disturbo psicopatologico risulta spesso difficoltosa per gli operatori dei servizi penali minorili.
7. Si osserva disomogeneità delle procedure, degli strumenti e delle terminologie utilizzati per formulare la diagnosi effettuate dagli specialisti. Come purtroppo avviene nella maggior parte dei contesti in cui si interviene sulla salute mentale, sia gli psichiatri che gli psicologi nell'effettuare diagnosi fanno riferimento alle terminologie della propria personale formazione. Effetto di ciò è l'estrema difficoltà di comprensione tra diversi operatori, confusioni e nefasti effetti sugli interventi trattamentali. Infatti, per esempio, una diagnosi di Disturbo Borderline secondo il modello psicoanalitico non coincide con la diagnosi di Disturbo di Personalità Borderline secondo il DSM IV. E' dunque necessario stabilire una terminologia omogenea che gli operatori tecnici, psichiatri e psicologi, possano utilizzare nel formulare la "diagnosi" al fine di renderne semplice per tutti la comprensione e la condivisione, a prescindere dal personale orientamento teorico di riferimento e dalla formazione personale acquisita. Lo strumento diagnostico utilizzabile per raggiungere tale condivisione a livello mondiale è il DSM-IV, il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali nella sua quarta revisione o l'ICD 10 realizzato dall'Organizzazione Mondiale per la Sanità. Questi due strumenti, DSM-IV e ICD 10, sono, tra l'altro, completamente compatibili. Ritengo di fondamentale importanza cooperare alla battaglia culturale in corso affinché l'ambiente scientifico che si occupa di salute mentale giunga ad utilizzare un linguaggio comune.
8. Si osserva, altresì, la carenza di strumenti atti a verificare la qualità del lavoro svolto e dei risultati ottenuti ciò non consente la corretta valutazione dell'efficacia, dell'efficienza, dell'economicità e dell'adeguatezza sia degli interventi, nell'ambito penale minorile come in gran parte della Pubblica Amministrazione e delle strutture che si occupano di Salute mentale. Introdurre strumenti per la verifica della qualità degli interventi è necessario al fine di individuare le azioni correttive da introdurre per implementarne la qualità, così come previsto dalla normativa relativa alla riforma della Pubblica Amministrazione.
9. La nuova rilevazione, effettuata 4 anni, nel 2003, dopo la precedente, evidenzia:
 - I. l'aggravamento del problema,
 - II. il rafforzamento della dicotomia tra problematiche degli utenti in esame rispetto a agli altri,
 - III. Il sopraggiungere di problematiche etnopsichiatriche,
 - IV. L'aggravamento delle problematiche familiari
 - V. Un lieve miglioramento delle sinergie di rete con altre strutture territoriali
10. E' fondamentale sviluppare un'adeguata aggiornamento degli operatori, che parta dai dati acquisiti e dagli strumenti formativi individuati all'interno di questo progetto di ricerca.

Bibliografia

- Aim A.: *Les suicides d'adolescents*. Payot, Parigi, 1970.
- American Psychiatric Association (1994), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM IV), Masson S.p.A. 4° Edizione, Milano, 1994
- American Psychiatric Association (1994) *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM IV)Milano, Masson S.p.A. 4° ed.
- Assoun P.L: Freud, la filosofia e i filosofi- Roma Melusina-1990
- Basaglia F., (a cura di), *Che cosa è la psichiatria*, Baldini & Castaldo S.R.L., Milano, 1997
- Bollea G. *Compendio di psichiatria dell'età evolutiva*. Bulzoni, Roma 1980.
- Brauzzi F., et al., *“La promozione della salute nel minore sottoposto a misure privativa della libertà”*. A cura dell'Ufficio Centrale per la Giustizia Minorile, Milano, Angeli, 1999.
- Brauzzi F., et al., *“I gruppi di adolescenti devianti”*. A cura del Dipartimento per la Giustizia Minorile, Milano, Angeli, 2000.
- Brauzzi F., et al., *“Metodologia e strumenti di indagine”*, in *Minori e sostanze psicotrope: analisi e prospettive dei processi riabilitativi. – La Total Quality negli interventi sulle tossicodipendenze in ambito penale minorile*, Milano, Angeli, 2003.
- Bruch H., (1987), *The Changing Picture of an Illness*
- Bruch H., (1978) *La Gabbia d'Oro. L'Enigma dell'Anoressia Mentale*, Trad. It. Feltrinelli, Milano, 1983
- Bruch H., *Patologia del Comportamento Alimentare* Milano, Feltrinelli, 1977
- Cambridge Press *Storia del mondo moderno Garzanti* 1972 (vol. I- XII)
- Candeloro- *Storia dell'Italia-moderna- Universale economica* Feltrinelli- 1981
- Canestrari R., *Psicologia Generale e dello Sviluppo*, Editrice Clueb, Bologna, 1984
- Caprara Accursio *Psicologia della personalità* Il Mulino 1994
- Carr H- *Lezioni di storia* Einaudi, Torino, 1961
- Cassano G.B. et al., *Trattato italiano di psichiatria*, (in 3 vol.) Masson, Milano, 1993.
- Castronovo Valerio (a cura) *Storia dell'economia mondiale Editori La Terza* 1997
- Ceccanti M. Balducci G. *Alcol e craving* - 1997
- Ceccanti M. G. Lombardo G. Balducci *Usa a rischio e dipendenza da alcol nel territorio 2001 (dati in corso di pubblicazione)*
- Cosmacini G. *L'arte lunga Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Economica La Terza, Roma, 1997
- Cosmacini G. *Storia della medicina e della Sanità in Italia Dalla peste europea alla guerra mondiale* Economica La Terza, Roma, 1997
- Curi U. *Psicologia e critica dell'ideologia* - Bertani - Verona - 1977
- Di Cagno L. , *Neuropsichiatria dell'età evolutiva*. Libreria Cortina, Torino, 1982.
- Donini A. *Breve storia delle religioni* - Newton Compton Editori - 1993
- Faris R.E.L., Dunham H.W., *Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses*. The University of Chicago Press, Chicago, 1939.
- Freud S., *Inibizione Sintomo e Angoscia*, Boringhieri , Tr. It. In: “Opere” vol. 10, Torino, 1978
- Freud S., (1914), *Introduzione al Narcisismo*, OSF, Vol. 7
- Freud S., *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Boringhieri , Tr. It. in: “Opere” vol. IV, Torino, 1970
- Gabbard G. O., *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992
- Gabbard G. O., *Psichiatria Psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1992

- Giordano G. G., *Neuropsichiatria dell'età evolutiva*. Indelson, Napoli, 1989.
- Guyton A. *Neurofisiologia umana - Il pensiero scientifico editore - 1988*.
- Halley J., *Fondamenti di terapia della famiglia*. Feltrinelli, Milano, 1980.
- Holligshead A.B., Redlich F.C., *Social class and mental illness*. John Willey and Sons, New York, 1958.
- International Universities Press pp. 127 - 181, Madison, 1988
- Irwin M. Life events, depressive symptoms and immune function in *American Journal of Psychiatry* 144 1987 437-41
- ISTAT *Statistiche giudiziarie penali*, ISTAT, Roma, 2001.
- Johnson C., Tobin D., Enright A., *Prevalence and Clinical Characteristics of Borderline Patients in Eating-disordered Populations* J. Clin. Psychiatry, 50, pp. 9-15, 1989
- Kernberger O., *I disturbi gravi di personalità*, Boringhieri, Torino, 1990.
- Klein M., *Il Complesso Edipico alla Luce delle Angosce Primitive*, In Scritti e Opere, cit., 1945
- Klein M., *Sulla Teoria dell'Angoscia e del Senso di Colpa*, In Scritti e Opere, cit, 1926.
- Kornilov K.N. *La psicologia contemporanea e il marxismo* in Mecacci L. *La psicologia sovietica* Editori riuniti Roma 1976.
- Lawrence, *Psychoneuroimmunology a literature review* *American Journal Orthopsychiatry* 1991
- Lazzeroni V. *Le origini della psicologia contemporanea* Giunti, Firenze, 1972.
- Legrenzi P. *Storia della psicologia - Il Mulino - 1980*.
- Lilienfeld A.M., *The epidemiologic, method in cancer research*, Journal of Chronic Disease, 1958, 8, 647-654.
- Malher s. m., *Le psicosi infantili*. Boringhieri, Torino, 1980.
- Marcelli D., - Bracconier A., *Manuale di Psicopatologia dell'Adolescente*, IV Ed. It. Biblioteca Medica Massoni, Milano, 1985
- Marcelli D., *Psicopatologia dell'adolescente*, Masson, Milano, 1996.
- Marcuse H. *L'uomo a una dimensione* Einaudi, Torino, 1967
- Masterson J. F., *Primary Anorexia Nervosa in the Borderline Adolescent: an object relations view*, International University Press, New York, 1977
- Masterson J. F., *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*,
- Mc Dougall J., *Teatri dell'Io*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1982
- Mc Dougall, J. *Teatri del Corpo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989
- Melzack *Texthook of pain* Longman Group Limited - 1987
- Mintz I. L., *Self-Destructive Behavior in Anorexia Nervosa and Bulimia*,
- Minuchin S., Rosman B. L., Baker L., *Famiglie Psicosomatiche: L'Anoressia Nervosa nell' contesto familiare* Tr. It. Astrolabio, Roma, 1980
- Morriss- *La scoperta dell'individuo* New York, Wiley 1985
- Nudo, R. J. e altri; *Neural substrates for the effect dh rehabilitative training on motor recovery after ischemic infarct* - Scienze 272 1996 pp 1791-94
- Patton C. J., *Fear of Abandonment and Binge Eating: a subliminal psychodynamic activation investigation* J. Nerv. Ment. Dis., 180, pp. 484-490
- Robertson I. H. *Il cervello plastico: come l'esperienza modella la nostra mente*, Rizzoli, 1999.
- Romano D. *Psicologia tra ideologia e scienza - Mazzotta - Milano - 1972*.
- Ruggieri V. *Esperienza Estetica: fondamenti psicofisiologici per un'educazione estetica - Armando - 1997*
- Ruggieri V. *Mente corpo e malattia - Il pensiero scientifico - 1988*.
- Ruggieri V. *Verso una psicosomatica del lavoro - Kappa - 1984*
- Sarteschi P., - Maggini C., *Manuale di Psichiatria* Bologna, Edizioni SBM, III Ristampa 1992, Bologna, 1982
- Sarteschi P., Maggini C., *Manuale di Psichiatria*, Edizioni SBM, III Ristampa, Bologna, 1992
- Schorter E. *Storia della psichiatria - Masson Milano Parigi Barcellona-2000*

- Schultz D. *Storia della psicologia moderna* - Giunti Barbera - Firenze - 1974.
- Selvini Palazzoli M., *L'Anoressia Mentale*, Feltrinelli, Milano, 1963
- Schilder P., *Das Koerperschema: Ein Beitrag zur Leiblichkeit vom Bewusstsein des eigenen Koerpers*, Springer, Berlin, 1923
- Schilder P., *The Image and Appearance of the Human Body*, Psyche Monographs, London, 1935
- Spector Old and new strategies in the conditioning of immune response, Annals of the New York Academy of Science, 1987
- Szasz T.S. *The mity of Psychotherapy* (il mito della psicoterapia) Anchor Press/Doubleday Garden City New York 1978, In italiano Giangiacomo Feltrinelli Editore 1981
- Taylor G. J., *Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi Contemporanea*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1987
- Viggiani L., Brauzzi F., "Responsabilizzazione nelle misure cautelari delle prescrizioni e della permanenza in casa", in *Psicologia giuridica e responsabilità* A cura di G.Gullotta, Milano, Giuffrè, 1999.
- Vranicky- *Storia del marxismo*- Editori riuniti 1979.
- Werner J. *Le opere ed i giorni* Rizzoli, 1993
- Wilson C. P., *Fear of Being Fat: The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*, Jason Aronson, New York, 1963