

LA CASTRAZIONE CHIMICA DEI REI PARAFILIACI: DIBATTITO ATTUALE

Annamaria Rita Faraudo

In Italia il dibattito riguardo la castrazione chimica, per coloro che commettono reati sessuali, è stato riproposto all'attenzione dell'opinione pubblica italiana intorno a metà giugno 2005 in seguito al verificarsi, in pochi giorni, di alcuni episodi di violenza carnale (Liberazione, 2005). Il Ministro per le riforme Roberto Calderoni ipotizzò l'introduzione della castrazione chimica: «credo sia necessario introdurre come pena la castrazione chimica per i reati sessuali (Liberò, 2005, p. 3)».

Secondo i dati percentuali ricavati dal sito del Ministero di Grazia e Giustizia, che prendono in considerazione gli anni dal 2003 al primo semestre 2007, è possibile evincere, come mostra anche la seguente tabella, un sensibile aumento dei reati contro la moralità pubblica, la famiglia e la persona.

Tabella Iriassuntiva dei reati sessuali commessi in Italia tra il 2003 e il 2007.

Tipologia dei reati	2003		2004		2005		2006		2007 1° semestre	
	n. reati	%	n. reati	%	n. reati	%	n. reati	%	n. reati	%
MORALITÀ PUBBLICA	268	0,13	285	0,13	275	0,12	192	0,10	200	0,14
CONTRO LA FAMIGLIA	1079	0,53	1147	0,53	1271	0,56	815	0,60	951	0,64
CONTRO LA PERSONA	29622	14,46	31689	14,70	33221	14,76	23505	16,7	24.409	16,48
parziale reati anno	30969	15,12	33121	15,36	34767	15,44	24512	17,4	25560	17,26
totale reati anno	204877		215593		225106		140842 (*)		148089	

(*) Legge n. 241 del 31/07/2006: "Indulto"

Fonte: D.A.P - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - SEZIONE STATISTICA

Una breve ricerca Istat sulla violenza sessuale in Italia, pubblicata alla fine del 2004, sottolinea come ogni giorno in media sono sette le italiane che subiscono una violenza sessuale. Ciò significa che si può parlare di un totale di circa 2.744 stupri l'anno.

Telefono Rosa registra un aumento delle violenze sessuali del 2,2% annuo, considerando che i dati si riferiscono alle donne che chiedono aiuto in seguito ad un abuso (2004).

Il Settimo Rapporto Nazionale sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza, curato dall'associazione Telefono Azzurro (2007), mette in risalto come tra il 2000 e il 2005 i minori vittime di reati sessuali sono stati 2.891; di questi circa 2.406 sono vittime di violenze sessuali, 299 sono i casi di atti sessuali con minorenni, 87 vittime di violenze sessuali di gruppo e 99 casi di corruzione di minorenni. Nello specifico, nel 2005 sono stati 699 i bambini e gli adolescenti vittime di abusi sessuali. Per quanto riguarda gli abusanti, nel 2004 su 813 persone denunciate, il 41,2% è stato arrestato; nel 2005 sono state denunciate 692 persone e il 38,3% è stato arrestato.

Il Codice Penale italiano, per chi commette uno dei reati ascritti agli articoli: *609 bis*, *609 ter*, *609 quarter*, *609 quinquies*, *609 sexies*, *609 octies* e *569*, relativi a *violenza sessuale*, *atti sessuali con minorenni*, *corruzione di minorenni*, *ignoranza dell'età della persona offesa*, *violenza sessuale di gruppo* e *incesto*, prevede una pena che va da un minimo di 6 mesi ad un massimo di 12 anni. Al momento non è in vigore, in Italia, alcuna legge che preveda e regolamenti la castrazione chimica per coloro che commettono reati sessuali sui minori e sulle donne anche in virtù dell'articolo 32, Secondo Comma, della Costituzione italiana, il quale annuncia che: «[...] nessuno può essere obbligato a sottoporsi ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

L'Onorevole Alessandra Mussolini ha elaborato due proposte di legge mai trasformatesi in legge vera e propria. Nel 1997 suggerì l'introduzione della castrazione chimica per le persone che commettevano reati di violenza sessuale. Partendo dalla considerazione che: «le parole non bastano, ci vogliono i fatti (Liberio, 2005, p. 3)» l'Onorevole presentò l'unica proposta di legge sulla castrazione chimica per i reati a sfondo sessuale sui minori. Era il dodici giugno 2001 (Liberio, 2005).

La proposta di legge può essere così riassunta:

- chiunque abbia commesso un reato riconducibile all'articolo 609 del Codice Penale, può essere sottoposto al trattamento di blocco androgenico totale attraverso la somministrazione di farmaci o metodi chimici;

- nel provvedimento che dispone l'obbligo di sottoporsi al trattamento, il giudice deve indicare il metodo da applicare, la struttura sanitaria pubblica atta ad eseguire la terapia e l'ufficio di polizia giudiziaria ove il condannato deve recarsi entro il giorno successivo a quello di ciascuna somministrazione;
- nell'eventualità in cui il condannato si sottragga all'esecuzione del trattamento farmacologico, le autorità competenti devono immediatamente notificare l'accaduto al giudice, il quale ordinerà le opportune misure di sicurezza;
- è possibile che l'imputato, prima della fine del processo, decida di sottoporsi volontariamente al trattamento farmacologico facendo in tal modo estinguere la pena (Atti Parlamentari, 2001).

Dal settembre 2005 è stata inaugurata, nel sesto reparto del penitenziario di Bollate (Milano), l'*Unità di trattamento intensificato*, il primo tentativo nelle carceri italiane di trattamento e presa in carica di individui pedofili ed autori di reati sessuali. Un team di sedici professionisti composto da psicologi, psicoterapeuti, criminologi ed educatori, tenta il recupero di queste persone in modo tale che, una volta scontata la pena, non ricommettano di nuovo gli stessi reati. Fino ad oggi sono ottanta i detenuti che hanno partecipato ai gruppi di recupero (Il Giornale, 2007).

Il trattamento farmacologico per coloro che commettono reati a sfondo sessuale è già una realtà legislativa in molti degli Stati Uniti (*Tabella 2*) ed in Europa (*Tabella 3*). Nella maggior parte dei casi la terapia medica è prevista per gli individui recidivi che scelgono la cura in alternativa al carcere e che si sottopongono al trattamento finché questo è ritenuto necessario dall'autorità giudiziaria e medica; alcune leggi prevedono il consenso informato del reo e spesso è previsto l'abbinamento a terapie psicologiche.

Tabella 2 riassuntiva delle leggi sulla castrazione chimica negli USA.

STATO	CASTRAZIONE CHIMICA
California	<ul style="list-style-type: none"> - Il diciassette settembre 1996 la California diviene il primo Stato Americano ad emanare una legge che prevede la castrazione chimica per i molestatore di bambini. La legge entra in vigore effettivo il primo gennaio 1997. - La legge prevede che: «a) Ogni persona colpevole di un

	<p>primo reato [...] dove la vittima non ha ancora compiuto i tredici anni di età, potrebbe sottostare ad un trattamento di medroxyprogesterone acetato [...] in aggiunta ad ogni altra pena prescritta per quelle offese [...] a discrezione della corte. B) Ogni persona colpevole di un secondo reato... potrebbe, sulla libertà sotto condizione, sottostare ad un trattamento farmacologico (Bund, 1997, p. 166)». Il trattamento deve continuare fino a quando non si dimostra che non è più necessario.</p> <p>- Lo Stato si occupa di pagare metà del trattamento di castrazione chimica; l'altra metà spetta al reo (Bund, 1997). La legge non prevede un limite d'età per i rei che devono sottoporsi al trattamento farmacologico. Il protocollo prevede che ogni individuo sia informato circa gli effetti ormonali e gli effetti collaterali che potrebbero presentarsi durante il trattamento (Stone, Winslade, Klugman, 2000).</p>
<p>Florida</p>	<p>- Il trenta maggio 1997 la Florida adotta una legge sulla castrazione chimica che entra in vigore il primo ottobre 1997.</p> <p>- Il trattamento chimico è previsto per chi ha già commesso due reati sessuali (Bund, 1997). La terapia è prescritta senza considerare l'età della vittima. La corte stabilisce la durata del trattamento in termini di anni ed è lo Stato che si occupa di sostenere le spese mediche della castrazione.</p> <p>- La legge non prevede che il reo sia informato riguardo al trattamento a cui viene sottoposto, né ai potenziali rischi ed effetti collaterali né a procedure alternative. La normativa specifica di stabilire, grazie ad accertamenti medici, l'idoneità dell'individuo al trattamento e di sospendere la procedura di somministrazione laddove</p>

	<p>non sia appropriata dal punto di vista medico (Stone, Winslade, Klugman, 2000).</p>
Georgia	<ul style="list-style-type: none"> - Nel maggio del 1997 in Georgia è approvata la legge sulla castrazione chimica; la legge entra in vigore il primo luglio 1997. Essa prevede che l'individuo scriva il proprio consenso al trattamento e che perciò sia informato sul programma farmacologico e sulle sue conseguenze (Bund, 1997). - Per coloro che hanno commesso la loro prima molestia aggravata nei confronti di un bambino, dove il bambino è un sedicenne o di età inferiore al tempo dell'offesa, la corte può richiedere di sottoporsi ad un trattamento di medroxyprogesterone acetato al pari di una libertà condizionata piuttosto che l'incarcerazione. - La legge prescrive che il reo sia sottoposto ad una valutazione psichiatrica pre-trattamento. Il trattamento deve avvenire in concomitanza con una terapia di counseling. Entrambi, trattamento farmacologico e counseling, devono realizzarsi prima che l'individuo venga scarcerato e devono continuare finché il trattamento non è più necessario. La giustizia prescrive una valutazione psichiatrica per determinare se il trattamento con MPA e il relativo counseling hanno effettivamente modificato il comportamento dell'individuo. <p>All'individuo è imposto il pagamento del counseling (Stone, Winslade, Klugman, 2000).</p>
Iowa	<ul style="list-style-type: none"> - La corte può richiedere, per un individuo che ha commesso il suo primo grave reato sessuale, la libertà condizionale abbinata ad un trattamento con medroxyprogesterone acetato o un altro agente farmacologico approvato, come condizione per il

	<p>rilascio. Tutti i <i>sex offenders</i>, a cui viene somministrata una terapia di intervento ormonale, devono anche sottoporsi a terapie mediche e psicosessuali. Il Senato ha deciso che la legge che prevede la terapia di intervento ormonale deve includere, nel trattamento, applicazioni educative, di counseling e farmaceutiche in modo da controllare il comportamento sessuale deviante. Il trattamento può essere sospeso se inefficace o non più necessario. Ogni reo che sottostà all'intervento deve pagare una quota ragionevole per la terapia; la cifra è stabilita in base alle possibilità finanziarie dell'individuo (Stone, Winslade, Klugman, 2000).</p>
<p>Louisiana</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il dieci luglio 1997 lo Stato della Louisiana emanò una legge che permetteva di sottoporre i <i>sex offenders</i> alla castrazione chimica. - I rei che hanno commesso due o più reati sessuali, coinvolgendo bambini dodicenni o di età più giovane, non hanno il diritto alla libertà condizionale e alla sospensione della sentenza se non sottostanno ad un trattamento conosciuto per l'effettiva riduzione della recidività. La legge è prevista per i reati di: stupro aggravato, stupro realizzato, semplice stupro, assalti sessuali, assalti sessuali aggravati, assalti sessuali orali, assalti sessuali orali aggravati, incesto, incesto aggravato, e crimini aggravati contro natura. - Il programma di trattamento deve iniziare da una valutazione medica della salute mentale del reo. La legge stabilisce che la castrazione chimica possa venir attuata grazie all'uso di medroxyprogesterone acetato o di un altro componente che intervenga sul comportamento. E' necessario che l'individuo venga informato, prima del trattamento, degli effetti collaterali delle sostanze

	utilizzate (Stone, Winslade, Klugman, 2000). I rei sono responsabili del costo delle indagini pre-trattamento, del programma di trattamento e del trattamento stesso (Bund, 1997).
Montana	<ul style="list-style-type: none"> - Il diciannove aprile 1997 il Montana diviene il secondo Stato a emanare una legge che regolamenti la castrazione chimica. La legge entra in vigore nell'ottobre del 1997. - La legge prescrive che, alla persona che commette un primo reato sessuale, possa essere imposto di sottoporsi ad un trattamento a base di medroxyprogesterone acetato o di qualsiasi sostanza equivalente in modo da ridurre le fantasie e gli impulsi sessuali. Lo stesso vale per la persona che ha commesso due o molteplici reati sessuali. - Lo Stato si occupa di pagare le spese mediche del trattamento e la legge prevede che il reo sia pienamente informato degli effetti della terapia farmacologica. Se l'individuo rifiuta il trattamento, incorre in differenti sanzioni (Bund, 1997).

Tabella 3 riassuntiva delle leggi sulla castrazione chimica in Europa.

STATO	PERIODO DI DETENZIONE	CASTRAZIONE CHIMICA
Danimarca	Da 2 a 6 anni	Legge in vigore dal 1973. Il reo sceglie tra lo scontare la condanna in carcere abbinata a terapie psicologiche miranti a modificare il comportamento, o la castrazione chimica. Chi si sottopone al trattamento beneficia della libertà anticipata o di uno sconto di pena. I servizi sociali controllano l'esecuzione del programma di castrazione. Dal 1989

		sono stati trattati venticinque casi con esito positivo, non si è verificata cioè, recidività.
Francia	Da 5 a 10 anni	Legge approvata nel 1997. La sperimentazione della castrazione chimica è in attuazione dal 2006. Quarantotto pazienti ex detenuti per reati sessuali sono stati trattati con cyproterone acetato e leuprolina al fine di ridurre la quantità di ormoni che determinano il desiderio sessuale. I pazienti sono assistiti da terapeuti. L'intento è di verificare la riduzione della recidività. [*]
Germania	Massimo 5 anni	La legge è in vigore dal 1969. Può essere castrato chimicamente il reo maggiore di venticinque anni che si è sottoposto a perizia medica per attestare l'idoneità al trattamento. Chi sceglie di sottoporsi a castrazione chimica riceve riduzioni di pena e benefici relativi. Il Professor Beier insieme ad altri medici nel 2005 ha fondato, presso l'ospedale Charité di Berlino, un reparto specializzato nella cura degli individui pedofili. Questa iniziativa è la prima in Europa. Al momento novanta pedofili si sono sottoposti alle terapie psicologiche ed ormonali. Venti dei pazienti in cura non costituiscono più un pericolo per la società, anche se il Professor Beier sottolinea che non c'è

		<p>la certezza di guarire i pedofili, ma esiste solo la possibilità di portarli ad un punto in cui sono in grado di dominare i loro istinti (Il Giornale, 2007).</p>
Inghilterra	Massimo 5 anni	<p>Dal 7 gennaio 2008 i detenuti che sono accusati di tutti i reati sessuali potranno vedere ridotta la propria pena solo se acconsentiranno a sottoporsi alla castrazione chimica. Questo trattamento avverrà con assunzioni di pillole ed iniezioni che contrasteranno in modo drastico la loro libido, con un contemporaneo abbassamento di testosterone. Due detenuti che stanno scontando una condanna per stupro, hanno accettato di assumere una serie di farmaci che abbasseranno in modo decisivo il livello di testosterone anestetizzando la loro libido e annullando in questo modo il rischio di "ricadute". In cambio i due saranno rimessi in libertà.</p> <p>Il Ministero degli Interni ha approvato l'adozione della castrazione chimica l'anno scorso e ha mandato a tutte le persone incarcerate per reati a sfondo sessuale, una lettera dove si spiega che i farmaci usati "riducono i livelli dell'ormone maschile testosterone" e "l'effetto è una diminuzione dell'interesse sessuale e</p>

		dell'eccitamento" (La Repubblica, 2008, p.14).
Norvegia	Da 2 a 8 anni	Nel 2004 si è realizzato il primo trattamento di castrazione chimica su quattro volontari condannati per stupro. È previsto il consenso dell'interessato all'intervento farmacologico. Prima di sottoporsi alla castrazione le persone hanno partecipato ad una terapia psicologica di gruppo. La castrazione chimica non comporta sconti di pena né altri privilegi e può continuare anche al termine della pena se l'individuo la richiede.
Spagna	Da 3 mesi a 12 anni	Risale ad ottobre 2007 la notizia che il governo spagnolo sta valutando la possibilità di introdurre "trattamenti terapeutici obbligatori di tipo psichiatrico, psicologico o chimico" per i detenuti che abbiano finito di scontare una condanna per violenza sessuale e siano considerati non ancora riabilitati e quindi pericolosi. Non si parla ancora di castrazione chimica. Si starebbe pensando alla formulazione di norme post-detentive, che vanno dalla libertà vigilata fino ai trattamenti terapeutici e farmacologici che abbassano il desiderio sessuale, atte ad impedire, a coloro che escono dal carcere, di ricommettere gli stessi reati sessuali. (Corriere della Sera, 2007, p. 17).

Svezia	Da 6 mesi a 8 anni	La legge è in vigore dal 1993. Il reo deve esprimere il suo consenso al trattamento e la castrazione è attuata nel caso in cui si paventi il rischio di recidiva. Chi sceglie di sottoporsi al trattamento farmacologico riceve riduzioni di pena e benefici relativi.
---------------	--------------------	--

[*] È di agosto 2007 la notizia che il Presidente francese Nicolas Sarkozy ha previsto l'introduzione di misure più restrittive nei confronti di coloro che commettono reati sessuali. Questa presa di posizione fa seguito ad un gravissimo fatto di cronaca in cui un pedofilo sessantunenne, condannato già tre volte per abuso su minori, appena uscito dal carcere, dove era riuscito ad ottenere una prescrizione medica per il Viagra, e' stato nuovamente arrestato per aver stuprato un bambino di 5 anni. Il Presidente ha annunciato la creazione di carceri speciali per la detenzione degli individui considerati pericolosi ed un inasprimento delle pene per tutti i delinquenti che si macchiano di crimini sessuali. Il primo "centro per pedofili" aprirà a Lione nel 2009; Sarkozy si e' dichiarato: «favorevole alla castrazione chimica per i pedofili che accettano il trattamento». Inoltre qualsiasi beneficio o sconto di pena - secondo i piani del capo di Stato - sarà rilasciato soltanto dietro parere di un collegio di medici specialisti, chiamati ad esprimersi, caso per caso, sul grado di pericolosità sociale dei condannati per pedofilia (Corriere della Sera, 2007).

Di diverso parere è Don Fortunato Di Noto, fondatore dell'associazione *Meter* che ha l'obiettivo di tutelare i bambini dagli abusi sessuali, il quale sostiene: «è da decenni che si discute di castrazione chimica, ma sappiamo bene che è una terapia che dura anni e che richiede un controllo giudiziario e medico non indifferente in molti casi. Ma di questo dovrebbe essere la comunità scientifica ad occuparsene, solo che non ha fondi di ricerca per queste cose! [...] Se il rapporto è 1 a 1, allora dovremmo castrare circa 160milioni di adulti che in 4 anni (dati Onu) hanno abusato ripetutamente di 160milioni di bambini (D'Anna, 2007)».

Il termine “castrazione” deriva probabilmente dal latino *castor*: le virtù terapeutiche dei testicoli del castoreo (contro i veleni dei serpenti, contro il singhiozzo, etc.), riferite da Galeno e Plinio, istigavano alla sua caccia. Secondo la leggenda il castoreo per salvarsi strappava con i denti i suoi testicoli che abbandonava ai suoi inseguitori. Fin dall’antichità la castrazione umana è stata praticata con diversi scopi: come forma di punizione per i reati di adulterio e di stupro, per dimostrare la propria devozione, con intento di lucro nel commercio degli eunuchi, con lo scopo di guarigione da diverse malattie ed in epoche successive per ottenere particolari prerogative quali la voce o la pinguetudine, con propositi eugenici o razziali (Sarcangeli, Rispoli, 2001).

La *castrazione chirurgica*, attuata nei secoli precedenti e, in alcuni casi, ai giorni nostri, è un atto chirurgico che presenta notevoli riflessi sulla mortalità e morbilità, con conseguenze gravi sul piano fisico e psicologico. Essa consiste nella rimozione dei testicoli dell’uomo; questi ultimi sono rimossi chirurgicamente o resi non funzionali da trattamenti schiacciati o medicinali. I testicoli producono gli ormoni maschili: testosterone e ormoni sessuali surrenali. Con questo tipo di castrazione è possibile ridurre il livello di testosterone nel corpo e far diminuire così gli impulsi sessuali. La castrazione chirurgica è generalmente irreversibile, anche se, a volte, non elimina completamente le funzioni sessuali e i suoi effetti possono, in alcuni casi, essere reversibili grazie ad un nuovo apporto di testosterone (Stone, Winslade, Klugman, 2000). Questa pratica è, ai nostri giorni, ormai sostituita, per quanto riguarda le pratiche mediche, dall’utilizzo di farmaci di sintesi (Sarcangeli, Rispoli, 2001).

Ci si occupa di considerare la castrazione chimica come trattamento di individui parafilici che compiono reati sessuali, di persone cioè, che soffrono di un disordine mentale diagnosticato e che, per questo, realizzano violente offese sessuali. Questi rappresentano un piccolo, ma estremamente pericoloso gruppo di *sex offender*, le cui condizioni mentali, li rendono capaci di compiere violenti comportamenti sessuali (Weinberger, Sreenivasan, Garrick, Osran, 2005).

Il *DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994)*, relega le Parafilie all’interno della categoria dei Disturbi Sessuali ed enuncia che «le parafilie sono caratterizzate da eccitamento in risposta a oggetti o situazioni sessuali che non fanno parte delle modalità normali di eccitamento, e che in grado variabile possono interferire con la capacità di attività sessuali reciproche e affettuose. Le manifestazioni

essenziali dei disturbi di questa sottoclasse sono ricorrente, intensa attrazione sessuale, e fantasie sessualmente eccitanti, riguardanti generalmente:

- 1) oggetti non umani;
- 2) la sofferenza o l'umiliazione di se stessi o del proprio partner;
- 3) bambini o altre persone non consenzienti.

Il termine parafilia è preferibile in quanto correttamente sottolinea il fatto che la deviazione (para) dipende dall'oggetto da cui la persona è attratta (filia). Le fantasie parafiliche possono essere relativamente innocue, e venir messe in atto con un partner consenziente. Più facilmente esse non sono condivise dal partner. Nelle forme più estreme le fantasie parafiliche sono messe in atto con un partner non consenziente, e possono risultare dannose al partner oppure a se stessi».

Dal punto di vista di questa esposizione non si indagano i motivi per cui un individuo presenti un disturbo parafilico, né la gravità del disturbo in se stesso. Ciò che interessa considerare sono le concrete conseguenze, laddove ve ne siano, prodotte da azioni compiute da una persona con questo tipo di disturbi e il possibile trattamento farmacologico di questi individui. Gli atti commessi, proprio a causa del disagio presentato, potrebbero configurarsi come reati di violenza. E' bene precisare, perciò, che non è il disturbo parafilico a render la persona rea, bensì le azioni che questa compie in quanto affetta da uno o più tipi di parafilie (Faraudo, 2006).

Per essere accurati, con la definizione "*castrazione chimica*" si intende un approccio terapeutico mirante a bloccare gli impulsi sessuali mediante appositi composti chimici. Queste sostanze si agganciano ai recettori cerebrali del testosterone sostituendosi a quest'ultimo e abbassando, di conseguenza, il livello della libido. Castrazione chimica è perciò un termine popolare; è più opportuno parlare di "terapia farmacologica antagonista del testosterone" (Liberio 2005).

Il testosterone è il principale ormone androgeno prodotto dai testicoli che permette il mantenimento delle caratteristiche sessuali maschili e regola la sessualità in quanto è il maggior elemento attivatore dei desideri sessuali, delle fantasie, del comportamento sessuale e controlla la frequenza, la durata e la spontaneità dell'erezione. La riduzione del testosterone, provocata da agenti chimici grazie al trattamento farmacologico, porta al declino degli interessi sessuali e aiuta a diminuire la possibilità che gli individui commettano nuovamente reati parafilici. (Rosler, Witztum, 2000). Perciò l'uso di

sostanze, per trattare le persone che presentano disordini sessuali, permette la diminuzione dell'intensità dei loro desideri parafilici grazie all'abbassamento dei livelli di testosterone.

Le sostanze antiandrogene che sono maggiormente utilizzate nella terapia farmacologica antagonista del testosterone dei reati parafilici sono: *Medroxyprogesterone acetato (MPA)*, *Cyproterone acetato (CPA)*, *Leuprolide acetato (LMA)*; questi tre composti usati nel trattamento delle parafilie sono considerati medicazioni psicotrope. E ancora *GnRH*, *LHRH* agonisti e le *sostanze psicotrope*. Questi agenti chimici sono impiegati anche nel trattamento del carcinoma prostatico (Repique, 1999).

- **Medroxyprogesterone acetato (MPA)**: è uno degli antiandrogeni più comunemente usati ed è un potente agente del progesterone il cui principale effetto biologico è l'inibizione della secrezione di gonadotropine, quando viene somministrato con alti dosaggi. Di conseguenza la produzione di testosterone dai testicoli è marcatamente ridotta (Rosler, Witztum, 2000). Esso agisce principalmente producendo l'enzima testosterone A-riduttasi nel fegato, il quale accelera il metabolismo del testosterone e di conseguenza riduce il suo livello nel plasma (Stone, Winslade, Klugman, 2000).

MPA sopprime completamente la secrezione di testosterone negli individui parafilici con una dose da 500 a 1000 mg la settimana, sebbene sia più comunemente usato in dose da 300 a 500 mg la settimana. Occasionalmente alcuni pazienti hanno riportato benefici con piccole dosi (pari a 50 mg/giorno).

Altri effetti biologici attribuiti al medroxyprogesterone acetato sono: la riduzione dell'attività di riduttasi del fegato, lo spostamento del testosterone dalle proteine-leganti del sesso e gli esiti diretti al sistema nervoso centrale. Il MPA possiede proprietà ansiolitiche che, probabilmente sono secondarie rispetto alla significativa diminuzione delle fantasie sessuali anormali, dei desideri sessuali e del comportamento, come risulta dall'inibizione e/o azione a lungo termine della secrezione di testosterone. Inoltre si riducono il numero di erezioni mattutine la settimana, il numero di eiaculazioni settimanali e, di conseguenza, i comportamenti parafilici.

Il MPA fu usato per la prima volta da Money nel 1966 nel positivo trattamento di un pedofilo travestito. Da allora esso fu usato estensivamente in particolare negli Stati Uniti e in Australia. Questo agente chimico proposto in dosi terapeutiche inibisce

rapidamente la secrezione dell'ormone di Luteinizing e la concentrazione di testosterone decresce entro una o due settimane dalla somministrazione. Il MPA è efficace nel controllo di molte forme di parafilie, in particolare per la pedofilia, l'esibizionismo e il voyeurismo. Alcuni suggeriscono che il MPA sia un'utile medicazione adiuvante per lo stato *hypersexual* e la violenza sessuale.

Un'alta percentuale di pazienti presenta una serie di effetti collaterali originati dall'uso del medroxyprogesterone acetato. Le conseguenze possono includere: eccessivo aumento di peso, malessere, stanchezza, incubi notturni, cefalee, crampi muscolari, dispepsia, embolie polmonari, calcoli biliari, diabete, possibili diminuzioni della densità minerale delle ossa, brividi, sudori freddi, ipertensione, affanno respiratorio, quantità elevate di glucosio nel sangue, nausea, diminuzione delle dimensioni dei testicoli e riduzione della spermatogenesi. Non sono presenti evidenze del rischio di cancro tra gli esseri umani che assumono il MPA. Si sottolinea che gli effetti collaterali si risolvono già con l'uso discontinuo del farmaco.

Il medroxyprogesterone acetato è generalmente considerato equipotente e clinicamente equivalente rispetto un altro antiandrogeno: il cyproterone acetato (Rosler, Witztum, 2000).

- **Cyproterone acetato (CPA):** è un antiandrogeno. E' in uso sin dal 1970, principalmente in Europa, Canada e nel Medio Oriente. Negli USA non è stato ancora approvato il suo utilizzo per qualsiasi tipo di disturbo. Il cyproterone e il suo derivato 17 alfa-acetato sono steroidi sintetici e possiedono una struttura simile al progesterone.

Il CPA inibisce l'assorbimento degli androgeni bloccando il loro legame con i recettori, attraverso l'inibizione competitiva. Questo risulta in antagonismo con i biologici effetti del testosterone e del 5 alfa-diidrosterone; possiede una potente proprietà progestazionale, che è approssimativamente cento volte più potente del progesterone. Questa attività causa l'inibizione della secrezione di gonadotropine e, come effetto, produce la riduzione della creazione del testosterone (Rosler, Witztum, 2000). Il CPA inibisce la secrezione dell'ormone luteinizzante (LH) e dell'ormone follicolo stimolante (FSH) conducendo alla diminuzione della secrezione del testosterone nei testicoli (Grasswick, Bradford, 2003).

Le caratteristiche antiandrogene e antigonadotropiniche del CPA sono dose-dipendenti. Questa sostanza viene assunta oralmente in quantità da 50 a 200 mg al giorno. E' possibile la somministrazione intramuscolare con dosi da 300 a 600 mg al giorno.

Molti dei pazienti trattati evidenziano una progressiva diminuzione degli interessi sessuali, del desiderio e dell'eccitazione fisiologica durante la prima settimana di terapia, in conseguenza all'abbassamento del testosterone. Inoltre si segnala il decremento delle fantasie sessuali devianti e del comportamento sessuale anormale. Si assiste all'attenuazione delle erezioni spontanee, delle eiaculazioni, del numero degli spermatozoi, della spermatogenesi.

Generalmente le dosi di somministrazione si mantengono tra i 50 e i 100 mg al giorno per salvaguardare le concentrazioni di testosterone entro un range tale da prevenire gli effetti collaterali. Sono citati numerosi esiti collaterali, tra i quali si evidenziano: stanchezza generalizzata, incremento di peso, fenomeni tromboembolici, diminuzione della crescita di capelli e barba, riduzione della densità minerale delle ossa, tendenze all'osteoporosi, ipercalcemia, disequilibrio nel metabolismo dei carboidrati, cambiamenti nel profilo lipidico, brividi, anemia, disfunzioni del fegato e depressione (Rosler, Witztum, 2000). Tutte queste possibili conseguenze sono reversibili. Alcuni studi indicano che il CPA è ben tollerato dal fegato, ma c'è il rischio di cancro al fegato con il suo utilizzo prolungato. Se la terapia si conclude gli effetti del CPA sono reversibili entro uno o due mesi. (Icenogle, 1994).

- **Leuprolide acetato (LMA)**: è un agonista di LHRH che riduce il testosterone nell'uomo. Gli agonisti di LHRH sono analoghi sintetici dell'ormone ormone-liberantesi-luteinizzina che è prodotto nell'ipotalamo umano e stimola la produzione di un secondo ormone conosciuto come l'ormone luteinizzante (LH), il quale successivamente stimola la produzione del testosterone negli uomini. Tutti gli agonisti di LHRH sono piccole proteine sintetiche (Almeida, Waterreus, Spry, Flicker, Martins, 2004).

Il leuprolide è un ormone rilasciante le gonadotropine della famiglia dei GnRH che inizialmente agisce per incrementare i livelli di gonadotropine, LH, FSH e testosterone. Con l'uso cronico i recettori GnRH sono desensibilizzati e portano, perciò, la soppressione degli steroidi gonadici e delle gonadotropine.

Il leuprolide è stato utilizzato nel trattamento dei tumori, specialmente per il cancro alla prostata, in quanto aumenta la circolazione del testosterone e riduce il livello di castrazione. Questo ormone viene impiegato nel trattamento delle parafilie perché è in grado di produrre lo stato reversibile della soppressione androgena. Gli effetti collaterali rintracciabili sono: temporaneo danneggiamento renale nel corso della somministrazione iniziale, brividi, atrofia ai testicoli, riduzione della libido, dolore causato dalle iniezioni, affaticamento e sovraccarico cardiaco, osteoporosi, tromboembolie, edemi, calcoli biliari e sbalzi di umore (Grasswick, Bradford, 2003).

- **Ormoni rilascianti le gonadotropine (GnRH):** sono nuove sostanze utilizzate per disturbi pediatrici, ostetrici, ginecologici, oncologici e, solo recentemente, sono impiegate nel trattamento di individui parafilici.

Le sostanze attive sono agonisti sintetici del nativo decapeptide GnRH un ormone prodotto negli uomini dalle cellule dei neuroni ipotalamici e immesso direttamente nella circolazione fisiologica dell'ipotalamo. GnRH sono polimeri biodegradabili che causano la diminuzione delle cellule gonadotropiche, inibendo la secrezione dell'ormone luteinizzante e una minore produzione dell'ormone follicolo stimolante. Come risultato di ciò, si evidenzia un decremento marcato della secrezione di testosterone, fino ai livelli di castrazione. Essi producono un severo, ma reversibile ipogonadismo, erezioni fallimentari, diminuzione del volume dei testicoli, perdita dei capelli, decremento della densità minerale delle ossa negli uomini affetti da parafilie.

GnRH presentano un minor numero di effetti collaterali rispetto agli altri antiandrogeni in uso.

Il nafarelin, il flutamide, il triptorelin, l'ormone luteinizzante (LH), l'ormone rilasciante l'ormone-luteinizzante (LHRH), l'ormone follicolo stimolante (FSH) sono GnRH analoghi utilizzati, con buoni risultati, nel controllo delle parafilie (pedofilia, esibizionismo e voyeurismo); questi bloccano i comportamenti sessuali anormali, aboliscono l'intensità e la frequenza delle fantasie sessuali devianti e degli impulsi anomali, permettendo agli individui il rientro nella società.

Il triptorelin sembra essere più potente, rispetto al medroxyprogesterone acetato e al cyproterone acetato, nel ridurre gli effetti del testosterone nei tessuti, e possiede effetti diretti sul sistema nervoso centrale nel sopprimere comportamenti sessuali devianti. Questo o qualsiasi altro GnRH deve essere somministrato continuamente se si vuole

controllare la messa in atto, da parte delle persone parafiliche, di comportamenti sessuali anormali (Rosler, Witztum, 2000).

- **Sostanze psicotrope:** l'impiego di farmaci psichiatrici nel trattamento delle parafilie non è nuovo. Il carbonato di litio, gli antidepressivi triciclici (clomipramina, desipramina), gli antipsicotici (benperidol, thioridazine, haloperidol), gli antiepilettici (carbamazepine) sono stati usati sporadicamente per anni.

In anni più recenti si è assistito ad una ripresa nell'utilizzo di queste droghe per il trattamento delle parafilie. Sebbene gli studi sull'impiego di queste sostanze siano limitati ad un piccolo numero di pazienti, è possibile concludere che le sopradette droghe abbiano effetti benefici sui parafilici in quanto producono la diminuzione degli interessi sessuali, delle fantasie sessuali e degli impulsi anomali (Rosler, Witztum, 2000).

A questo punto è opportuno esporre le ricerche e gli studi medici, per la maggior parte statunitensi e canadesi, più utili e significativi per dimostrare l'efficacia della castrazione chimica nel trattamento degli individui parafilici.

- Hansen nel 1991 eseguì una ricerca su un gruppo di ventuno violenti *sex offenders* che avevano commesso crimini come: maltrattamenti, violenze sessuali, tentati omicidi, omicidi. Gli individui furono castrati e nessuno di questi commise nuovamente un reato sessuale negli anni successivi. Soltanto due di loro perpetrarono un crimine a seguito di una terapia a base di testosterone nei successivi dieci anni. Il 36% degli individui non castrati del gruppo di controllo furono recidivi (Berlin, 2005).

- Lo studio a breve termine compiuto nel 1992 da Cooper e Cernovsky esamina gli effetti del cyproterone acetato somministrato per quattro mesi. Questa ricerca considera gli effetti del CPA sui meccanismi erettili durante il sonno e il risveglio, sui livelli degli ormoni sessuali e sulla relazione tra i livelli degli ormoni sessuali e le erezioni notturne e del risveglio. I ricercatori ipotizzano che le misure fallometriche e i meccanismi erettili durante il sonno possano diminuire durante le somministrazioni di CPA.

Cinque pazienti pedofili hanno espresso il loro consenso informato per partecipare a questo studio; essi provano impulsi sessuali potenti che non sono in grado di controllare; tre dei cinque credono di essere stati incoraggiati dalle loro vittime

nell'esecuzione del reato e un altro ritiene di essere stato sedotto. Tutti e cinque presentano due o più parafilie. Oltre alla pedofilia si sono riscontrati esibizionismo, sadismo, feticismo, zoofilia, piromania sessuale.

La ricerca è condotta in ospedale e si suddivide in tre fasi: 1) pre-CPA (quattro settimane) durante le quali un identico placebo è somministrato; 2) 100 mg di CPA somministrato giornalmente (otto settimane); 3) post-CPA (quattro settimane) durante le quali viene somministrato un placebo. La circonferenza del pene viene misurata l'ultima settimana di ogni fase di studio usando la pletismografia.

Gli individui sono testati presentando loro una serie di stimoli, proposti attraverso video e audio cassette, che dipingono omosessuali ed eterosessuali, rapporti sessuali violenti e non violenti e rapporti sessuali non violenti che coinvolgono bambini e adulti di diverse età. Tutti sono specificamente istruiti ad immaginare di essere coinvolti nelle attività proposte. Sono misurati, per tre notti consecutive, i meccanismi erettili e la rigidità del pene; inoltre si analizza la frequenza dell'erezione e il numero totale di erezioni.

Mensilmente sono calcolati i livelli del testosterone, LH, FSH e prolattina. Il range di riferimento della prolattina è da 5 a 15 ug/L, quello per LH da 5 a 30 IU/L e per il testosterone 10 a 35 nmol/LO. La funzione della prolattina negli uomini non è molto chiara; essa potrebbe inibire direttamente o indirettamente la funzione delle cellule di Leyding aumentando la risposta della ghiandola pituitaria. Clinicamente questa condizione potrebbe essere associata al decremento della libido.

Tutti i parametri dei meccanismi erettili diminuiscono durante la somministrazione del CPA. Un risultato rilevante riguarda il numero di erezioni complete e il numero di episodi erettili, con rigidità del pene superiore al 40%, rispettivamente diminuiti al 17% e al 31% dei valori precedenti alla somministrazione. Le reazioni del pene scendono del 33% per le stimolazioni uditive e del 77% delle stimolazioni visive, rispetto ai valori precedenti alla somministrazione del CPA. Gli uomini non mostrano consistenti cambiamenti nelle loro preferenze e attività sessuali.

Il testosterone, FSH e LH, durante la somministrazione del CPA, si sono abbassati rispettivamente del 22%, 58% e 86%. I livelli di prolattina non hanno subito consistenti cambiamenti. Trascorse quattro settimane dalla somministrazione del CPA tutte le misure si avvicinano ai valori presenti prima dell'impiego del CPA. Dalla ricerca si evince che, durante la somministrazione di CPA, tutti gli individui dimostrano un chiaro

e un uniforme decremento nei meccanismi erettili, legati alla riduzione dei livelli di testosterone nel plasma.

E' necessario considerare le differenze tra gli individui a proposito della loro capacità di fantasticare eroticamente, della forza dei loro interessi sessuali e della loro preferenza per un tipo di stimolazione piuttosto che un altro. Questi potrebbero essere importanti fattori da considerare per l'effettivo risultato degli antiandrogeni sul comportamento attuale dei parafiliaci. Il cyproterone acetato (oppure il MPA) in alcuni potrebbe, perciò, non sopprimere completamente le erezioni (Cooper, Cernovovsky, 1992).

- Nel 1992 Cooper e altri studiosi si sono impegnati in una ricerca per valutare gli effetti endocrini del medroxyprogesterone acetato e del progesterone acetato su sette pedofili.

In origine i partecipanti alla ricerca erano venticinque, ma di questi, solo sette produssero sufficienti dati per lo studio.

Le ipotesi di partenza dell'indagine sono: MPA e CPA sono significativamente più efficaci dei placebo per sopprimere l'eccitazione sessuale; l'attivazione psicologica (per esempio fantasie, interessi sessuali) è diminuita di buon grado.

I sette pazienti, con una storia di pedofilia alle spalle, hanno dato il loro consenso informato per partecipare allo studio. Di questi, sei sono single e l'altro è un pedofilo omosessuale coniugato. Tutti presentano due o più parafilie; oltre alla pedofilia si sono riscontrati: esibizionismo, sadismo, feticismo, zoofilia. La frequenza dei reati pedofili varia da un singolo assalto violento commesso su un bambino di nove anni a numerosi assalti che coinvolgono più vittime di entrambi i sessi.

Lo studio è condotto in un ospedale psichiatrico canadese. La ricerca è un doppio studio placebo-controllato, che realizza il confronto tra due dosi di MPA e CPA. Ogni paziente riceve entrambe le sostanze e l'ordine di assunzione, prima dell'una e poi dell'altra, è stabilito casualmente. Quattro persone ricevono per primo il CPA; tre ricevono invece il MPA. Fase 1: placebo 1 (quattro settimane); fase 2: CPA/MPA 100 mg al giorno (quattro settimane); fase 3: CPA/MPA 200 mg al giorno (quattro settimane); fase 4: placebo 2 (quattro settimane); fase 5: MPA/CPA 100 mg al giorno (quattro settimane); fase 7: placebo 3 (quattro settimane).

Le osservazioni sono condotte seguendo e misurando: a) la frequenza di pensieri e fantasie sessuali, della masturbazione, delle erezioni al momento del risveglio, del grado

di frustrazione sessuale registrato settimanalmente da ogni paziente utilizzando una scala a cinque punti (5 = molte volte al giorno; 4 = meno di una volta al giorno; 3 = tre o quattro volte la settimana; 2 = una o due volte la settimana; 1 = mai) e una scala a quattro punti (4 = forte; 3 = moderato; 2 = debole; 1 = assente). b) La frequenza dei comportamenti sessuali inclusi l'esposizione dei genitali e la masturbazione, strusciami e palpeggiamenti, vocalizzazioni sessuali. c) Misurazioni fallometriche compiute durante la settimana finale di ogni fase. La circonferenza del pene è calcolata dopo aver sottoposto gli uomini a stimoli visivi e uditivi che comprendevano: attività sessuali tra adulti maschi e femmine e tra adulti maschi e bambine dell'età dai quattro ai nove anni; attività sessuali tra adulti maschi consenzienti e tra adulti maschi e bambini di età tra gli otto e i dieci anni; attività sessuali consensuali o violenze tra adulti maschi e femmine e tra adulti maschi e bambini/e di diverse età. I soggetti, il cui pene veniva misurato durante la presentazione di questi stimoli, sono invitati a immaginare di essere coinvolti nelle azioni sessuali mostrate o ascoltate.

Anche gli ormoni sono analizzati. Il range di riferimento per la prolattina è tra 5 e 10 ug/L, per LH da 5 a 30 IU/L, per FSH da 1.5 a 18.6 IU/L e per il testosterone da 10 a 30 nmol/L.

Tra gli effetti collaterali si riscontrano maggiormente: insonnia, moderato diabete, calcoli biliari, ipertensione, fenomeni tromboembolici, aumento dell'appetito e del peso corporeo, affaticamento, perdita dei capelli, brividi, moderata depressione e riduzione della quantità dell'eiaculazione.

Il MPA e il CPA con la loro proprietà anti-libidica, dopo otto settimane, riducono maggiormente i pensieri e le fantasie sessuali dei pazienti, la frequenza e il piacere dalla masturbazione, le erezioni mattutine e i livelli di frustrazione sessuale rispetto le fasi di somministrazione dei placebo.

I livelli di testosterone nel plasma, di FSH e di LH sono scesi durante la somministrazione delle sostanze, ma sono ritornati agli indici precedenti la somministrazione a partire dalla fase del terzo placebo.

Gli studiosi concludono che CPA e MPA mostrano un incoraggiante trend di soppressione dell'attivazione sessuale e gli effetti delle due sostanze appaiono equivalenti pur essendo dose-dipendenti. Forse sarebbe necessario ridurre solo moderatamente gli interessi sessuali e la capacità di fantasticare dell'individuo affinché

questi diventi capace di controllare da solo il suo comportamento sessuale. E' necessario considerare, inoltre, le differenze individuali per quanto riguarda gli impulsi sessuali, le preferenze per un oggetto sessuale piuttosto che per un altro; questi elementi potrebbero far fluttuare o variare gli effetti delle sostanze utilizzate (Cooper, Sandhu, Losztyns, Cernovsky, 1992).

- In questo studio del 1992 gli autori riportano il caso di un pedofilo trattato per un periodo di trentotto mesi (diciotto di somministrazione e venti di controllo) con cyproterone acetato e placebo.

Il paziente, un pedofilo trentacinquenne, era stato imputato di violenza compiuta su una bambina di cinque anni; in realtà ammise di aver commesso diverse molestie sessuali nei confronti di bambine prepuberi, in molte occasioni nei precedenti dieci anni. Il reo diede il suo consenso informato.

La sequenza del trattamento è: 1) placebo per sedici settimane; 2) CPA 100 mg al giorno per sedici settimane; 3) nessun trattamento per sedici settimane; 4) CPA 100 mg al giorno per sedici settimane; 5) placebo per sedici settimane; 6) nessun trattamento per sedici settimane; 7) CPA 100 mg al giorno per trentasei settimane; 8) CPA 200 mg al giorno per venti settimane.

Come nel precedente studio il paziente stesso ha misurato la frequenza dei pensieri sessuali, delle fantasie, delle masturbazioni e delle erezioni mattutine, servendosi della scala a cinque punti. Si è considerato anche il grado di frustrazione sessuale e di piacere associato alla masturbazione utilizzando la scala a quattro punti. L'individuo si è sottoposto a valutazioni fallometriche durante la visione e l'ascolto di stimoli che presentavano attività sessuali tra adulti consenzienti e tra adulti maschi e bambini di età compresa tra i quattro e i nove anni; di attività sessuali tra adulti maschi e tra adulti maschi e bambini di età compresa tra gli otto e i dieci anni; di attività sessuali violente e non violente tra adulti maschi e femmine e tra adulti maschi e bambini di diverse età.

Mensilmente si sono misurati i livelli nel plasma del testosterone, dell'ormone luteinizzante (LH), dell'ormone follicolo stimolante (FSH) e della prolattina (PRL). Il range di riferimento per PRL è 0-20 ug/L, per LH 5-30 IU/L, per FSH 3-20 IU/L e per il testosterone 9.4-37 nmol/L. I livelli del testosterone si riducono del 74%, quelli di LH e di FSH rispettivamente del 43% e 51%. La prolattina aumenta del 47%. I cambiamenti

ormonali registrati si annullano nelle fasi di non trattamento o di somministrazione del placebo.

Gli esiti del CPA sulle risposte del pene sono minori rispetto alle misure dell'eccitazione sessuale (rispettivamente i valori si riducono del 28% e del 51%), eccetto per la frequenza della masturbazione senza il raggiungimento dell'orgasmo, che è stabile nell'arco della ricerca. Le misure fallometriche mostrano un trend costante ma in leggero calo. Non si evidenziano alterazioni nelle preferenze sessuali e l'individuo continua ad essere eccitato poco dalla visione di attività sessuali aggressive.

Alcuni studiosi riportano una persistente riduzione o soppressione dei pensieri, desideri e comportamenti sessuali oltre il tempo di somministrazione del CPA. Il paziente pedofilo sperimenta il recupero di interessi ed attività sessuali entro tre settimane dalla somministrazione discontinua del CPA; questo parallelamente all'aumento dei livelli di testosterone (Cooper, Cernovsky, Magnus, 1992).

- In uno studio realizzato negli anni 90 su cinquanta uomini che soffrivano di diversi disturbi psichiatrici e che manifestavano varie parafilie, non si verifica nessun caso di recidività, sia durante il trattamento, che varia da sei mesi a tre anni, sia al termine di questo. Un altro studio condotto su ventuno parafiliaci detenuti, trattati con CPA per un periodo da uno a due anni, evidenzia una recidività del 28% trascorsi cinque anni dal trattamento. La recidività prima della ricerca era tra il 54% e il 100% (Icenogle, 1994).

- Nel 2003 Grasswick e Bradford si sono occupati di studiare la relazione e i possibili effetti tra il trattamento dei parafiliaci e l'osteoporosi.

La ricerca si svolge su sette parafiliaci, pedofili e sadici nello specifico. I sette individui sono divisi in due gruppi: il primo gruppo è castrato con GnRH agonisti e l'altro gruppo con il cyproterone acetato che, dovrebbe proteggere i pazienti dall'osteoporosi. Si considerano la storia clinica dei pazienti (diagnosi psichiatriche), i farmaci assunti e i fattori di rischio per l'osteoporosi (storia familiare, fratture, presenza del diabete, disagi renali, uso di alcolici, tabagismo, tipi di esercizi fisici praticati...).

Il primo paziente dimostra una significativa soppressione degli androgeni e una moderata osteopenia solo nel tratto lombare della colonna vertebrale. Dopo un anno mostra un leggero incremento nella densità ossea del tratto lombare, ma si assiste ad una significativa riduzione della densità ossea nel femore che non rasenta comunque

l'osteopenia. Il secondo paziente manifesta una minima osteopenia del tratto lombare della colonna vertebrale. Per il terzo paziente non è possibile effettuare la densitometria ossea del tratto lombare a causa dell'avanzato stato degenerativo della colonna vertebrale. Anche il femore presenta osteopenia. Il quarto manifesta una buona densità ossea. Il quinto evidenzia ai raggi X una degenerativa sclerosi del tratto toracico-lombare. Osteoporosi del tratto lombare e osteopenia del femore caratterizzano il sesto paziente. Il settimo presenta una severa osteoporosi del tratto lombare della colonna vertebrale e una significativa osteopenia del femore. Tutti i pazienti riportano un incremento minimo del peso corporeo.

I primi tre pazienti, trattati con leuprolide, manifestano una significativa soppressione degli androgeni e una minima perdita di densità ossea, senza mai presentare osteoporosi. Il quarto e il quinto paziente non evidenziano la presenza di osteoporosi, pur essendo stati trattati a lungo con CPA. Gli ultimi due pazienti manifestano l'osteoporosi nel tratto lombare della colonna vertebrale. Entrambi sono stati trattati per lungo tempo con il CPA; si segnala inoltre la presenza, negli indicidui, di fattori di rischio rilevanti per l'osteoporosi, quali ad esempio: l'aumento di peso, vita sedentaria e tabagismo.

E' oramai risaputo che il trattamento dei parafiliaci conduce inevitabilmente al manifestarsi di effetti collaterali alle sostanze utilizzate, uno tra questi è l'osteoporosi. Prima di iniziare un trattamento è consigliabile svolgere adeguate indagini mediche volte all'accertamento della presenza di disturbi endocrini, cardiovascolari, renali, ossei e completi esami ematici. Solo in questo modo sarà possibile scegliere la sostanza più efficace ed adeguata per il trattamento dei parafiliaci e ridurre, laddove sia possibile, i suoi effetti collaterali (Grasswick, Bradford, 2003).

- Almeida e collaboratori nel 2004 hanno realizzato una ricerca che vuole mettere in relazione la castrazione chimica con gli ormoni sessuali, la proteina beta-amiloide (AN 1792), la memoria e la depressione in un individuo con il cancro alla prostata.

A questo individuo è stato prescritto un trattamento con 22.5 mg di leuprolide ogni tre mesi e di 250 mg di flutamide (PO) per una settimana, prima di assumere leuprolide. Il trattamento è durato trentasei settimane. Si sono monitorizzati i livelli nel plasma di: antigene specifico prostatico (PSA), estradiolo, testosterone e della proteina beta-amiloide. Si è valutata, attraverso l'utilizzo di appositi test e strumenti, la presenza di

varie funzioni cognitive, quali ad esempio: orientamento, linguaggio, memoria (memoria per il materiale verbale, memoria visiva), attenzione e concentrazione, percezione, calcolo e funzioni esecutive, la presenza di disturbi d'ansia e di depressione. Dei cinquantasette pazienti selezionati, solo quaranta sono stati sottoposti al trattamento. L'età di questi è compresa tra i quarantaquattro e gli ottantatré anni. Dai risultati si evince un decremento dei livelli di testosterone ed estradiolo fino alla trentaseiesima settimana; in questo periodo si verifica, appunto, la somministrazione delle sostanze. Al contrario si assiste ad un deciso incremento dei livelli della proteina beta amiloide.

La capacità della persona di ricordare un elenco di termini aumenta al termine della somministrazione. Il miglioramento cognitivo non può essere spiegato dai cambiamenti nei test che misurano la depressione e gli stati d'ansia. L'abilità nei test di riproduzione visiva e nella ricostruzione delle immagini non è influenzata dall'introduzione o dal termine del trattamento ormonale. Non ci sono ovvie associazioni tra i cambiamenti nei livelli di testosterone e le *performances* cognitive degli individui. Si assiste ad una correlazione negativa tra i cambiamenti dei livelli della beta amiloide, che tende ad aumentare durante il trattamento e a decrescere al suo termine, e la capacità dell'individuo di ricordare e ripetere una lista di vocaboli dopo la trentaseiesima settimana. I punteggi ai test della depressione tendono a crescere durante la fase iniziale del trattamento e a declinare in seguito.

Il presente studio indica che la soppressione degli ormoni e il blocco dei recettori sono associati ad una significativa crescita del livello della proteina beta amiloide. Non sono presenti sufficienti cambiamenti nei livelli di testosterone e di estradiolo tali da originare una correlazione statistica con la proteina beta amiloide. Clinicamente questi cambiamenti sono rapportati a un incremento dei punteggi della depressione e dell'ansia. Considerati tutti insieme, questi risultati, suggeriscono che il marcato declino dei livelli di estradiolo e testosterone è associato con cambiamenti significativi dell'umore, della memoria ma non delle abilità visuospatiali; perciò i livelli ormonali non manifestano conseguenze sulle abilità visuospatiali.

Si sottolinea che la proteina beta amiloide è una componente chiave della via patofisiologica che conduce alla scoperta del morbo di Alzheimer (AD). Molti studi hanno dimostrato che alte concentrazioni di beta amiloide sono neurotossine e che la

presenza di estradiolo e di testosterone riducono la loro produzione e attenuano la tossicità. La castrazione chimica porta ad un incremento, nel plasma, dei livelli delle beta amiloidi e, questa forma di trattamento, potrebbe essere associata a un rapido declino cognitivo nei pazienti con AD.

Riassumendo la castrazione chimica è associata ad una significativa crescita dei livelli di beta amiloidi nel plasma e all'aumento dei punteggi ai test della depressione e dell'ansia. La discontinuità o la cessazione del trattamento può portare a cambiamenti nelle abilità cognitive, specialmente nella memoria verbale (Almeida, Waterreus, Spry, Flicker, Martins, 2004).

Si precisa che le ricerche in questo campo sono circoscritte. Dagli studi citati è possibile sostenere che il trattamento farmacologico degli individui affetti da parafilie è efficace. La castrazione chimica, a differenza di quella chirurgica, è reversibile e gli effetti tendono a scomparire quasi totalmente in seguito alla sospensione della somministrazione della sostanza.

I farmaci utilizzati per il trattamento permettono di abbassare i livelli di testosterone e di altri ormoni nel plasma; consegue la netta diminuzione degli impulsi, delle fantasie, dei pensieri e dei desideri sessuali e si segnalano significativi indebolimenti della psicopatologia, dell'interesse sessuale e delle attività sessuali. Si assiste alla riduzione della frustrazione sessuale, della potenza sessuale, della frequenza e dell'intensità delle attività masturbatorie. Decresce il numero delle eiaculazioni e delle erezioni spontanee mattutine e l'eccitazione sessuale si abbassa del 51%; le erezioni complete diminuiscono del 17%, gli episodi erettili del 31% e le reazioni del pene del 30%.

La conseguenza più evidente della castrazione chimica è l'attenuarsi della recidività dei parafilici; in altri termini, si riducono le possibilità, per i rei castrati, di commettere nuovamente reati sessuali. La recidività degli individui, al termine del trattamento antagonista del testosterone, si assesta tra il 25% e il 28%.

È opportuno cercare di ridurre moderatamente gli interessi sessuali e le fantasie eccitatorie in modo che l'individuo stesso possa cercare di controllare il proprio comportamento sessuale in piena autonomia.

Spesso ci si dimentica che nella genesi della sessualità e dei comportamenti sessuali, oltre gli aspetti biologici e fisici concorrono anche quelli psicologici. Per annullare la

variabilità individuale rispetto agli effetti positivi e negativi della castrazione chimica, e per abolire del tutto la recidività, la terapia farmacologica da sola può non bastare. E' necessario pensare di integrare questo trattamento con adeguati trattamenti psicologici modellati sull'individuo parafiliaci (Faraudo, 2006).

E' evidente che il trattamento della castrazione chimica, per i parafiliaci è significativamente riabilitativo. Le sostanze utilizzate in questo tipo di trattamento permettono, infatti, di limitare i comportamenti devianti e di proteggere la società (Icenogle, 1994).

Alcuni parafiliaci scelgono, laddove le leggi lo prevedano, di sottoporsi al trattamento farmacologico in seguito a reati sessuali; perciò alcuni *sex offenders* potrebbero ritenere la castrazione chimica come l'unica possibilità che si offre loro per uscire dal carcere e per poter rientrare nella società in piena libertà. Talune sentenze convincono il reo a sottoporsi al trattamento chimico al posto del carcere o delle psicoterapie non biologiche (Weinberger, Sreenivasan, Garrick, Osran, 2005). Le persone compiono, perciò, una scelta "di comodo": preferiscono il trattamento di castrazione chimica, non perché aspirino a ridurre i loro impulsi e desideri sessuali o perché temano la propria recidività, ma solo per evitare la detenzione carceraria.

E' necessario che ogni legge rispetti i diritti fondamentali dell'uomo. Esiste il diritto fondamentale alla procreazione. Con il trattamento di castrazione chimica si assiste alla temporanea impossibilità dell'individuo di procreare. La normale funzione procreativa, infatti, sarà possibile al termine del trattamento. Sembra intuitivo che la rinuncia ad un diritto fondamentale, quale quello di procreare, è preferibile all'abbandono totale di alcuni diritti che avverrebbe con l'incarcerazione. La detenzione comporta sì la rinuncia del diritto alla procreazione, come risultato della perdita dell'opportunità di mantenere relazioni coniugali e sessuali, ma questo non è l'unico diritto a dover essere abbandonato. Il criminale incarcerato, infatti, perde il diritto alla privacy, alla possibilità di viaggiare, di vivere in libertà, di associazione...(Icenogle, 1994).

Alcune leggi impongono al reo il pagamento delle spese mediche inerenti alle valutazioni di salute mentale, che precedono la sentenza, e riguardo al trattamento di castrazione chimica. Le spese potrebbero effettivamente precludere all'individuo il trattamento, nel caso in cui egli non sia in grado di affrontare i costi delle valutazioni pre-trattamento e del trattamento stesso. Gli individui che vivono modestamente e che

hanno poche prospettive lavorative sono particolarmente svantaggiati, poiché non possiedono adeguate risorse finanziarie. Il rischio del fallimento o dell'abbandono del trattamento risulta anche dalla disoccupazione che il reo sperimenterà in seguito alla scarcerazione (Stone, Winslade, Klugman, 2000).

In alcuni degli Stati in cui sono presenti leggi che regolamentano la castrazione chimica non è prevista la valutazione medico-psichiatrica da compiersi prima del trattamento. Questo tipo di perizia permette non soltanto di stabilire se l'individuo sia affetto da una qualche patologia mentale e se le sue condizioni di salute attuali gli consentano di sottoporsi al trattamento farmacologico, ma anche se, il reo che decide di sottoporsi alla terapia, scelga questa possibilità in piena autonomia e volontariamente (Weinberger, Sreenivasan, Garrick, Osran, 2005). Molti sono stupiti pensando ad alcuni rei che si sottopongono al trattamento non essendone pienamente informati e non comprendendo precisamente i dettagli della procedura. Sarebbe opportuno che le leggi che regolamentano la castrazione chimica, qualora ancora non lo prevedessero, includano il diritto del reo di essere delucidato sul tipo di trattamento cui si sottopone e dei possibili effetti collaterali, in modo che l'individuo possa dare il suo consenso libero ed informato.

Il dibattito che a questo punto si apre, riguarda la considerazione della castrazione chimica in qualità di punizione o di trattamento per i rei parafiliaci. E' comprensibile che un'opzione escluda l'altra. Alcune leggi rivelano che la procedura di castrazione chimica non si qualifichi come trattamento, mentre altri studiosi considerano la castrazione chimica un trattamento per gli individui parafiliaci. In queste persone, infatti, l'immaginario erotico e le fantasie sessuali sono provocate da un impulso biologico; questi non sono capaci di controllare completamente il loro comportamento e questo può essere terribilmente frustrante. Gli agenti chimici permettono la soppressione di impulsi sessuali inaccettabili e distruggono le motivazioni a commettere reati sessuali perciò l'incremento del controllo di sé e la riduzione della recidività possono avere un effetto terapeutico.

La "terapeuticità" della castrazione chimica è ravvisabile nel fatto che la terapia farmacologica spesso è abbinata all'intervento psicoterapeutico.

In ultimo, l'uso degli agenti chimici per ridurre gli impulsi sessuali dei parafiliaci *sex offenders* non è un uso sperimentale. Sebbene la castrazione chimica non sia ancora

ufficialmente approvata in molti Stati, i terapeuti hanno usato le sopraddette sostanze negli ultimi due decenni. Tutte queste spiegazioni permettono di comprendere che la terapia farmacologica è un vero e proprio trattamento e non una punizione.

Altro dibattito affrontato è quello che riguarda la considerazione di crudeltà e di severità a carico del trattamento di castrazione chimica. Si spiegheranno, di seguito, le motivazioni che rendono questo trattamento una terapia non crudele. La terapia farmacologica causa soltanto minori effetti collaterali che sono, peraltro, reversibili al termine del trattamento.

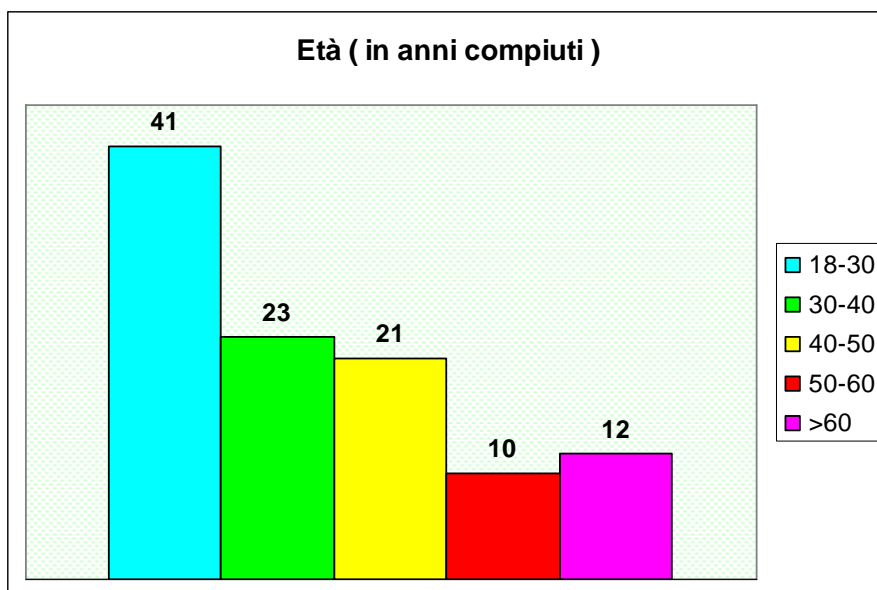
Si può pensare che la castrazione chimica sia un trattamento eccessivo, sproporzionato e non necessario. Una punizione è considerata eccessiva se consiste nell'imposizione di bisogni e scopi apportatori di dolore e sofferenza; è sproporzionata se è maggiore rispetto alla severità del crimine commesso; non è necessaria se c'è motivo di credere che non serva per scopi penali più efficacemente di una punizione meno severa. La castrazione chimica non impone scopi e bisogni che producono dolore ed è dimostrato che riduce i livelli di recidività dei parafiliaci. Questo trattamento non è sproporzionato rispetto alle offese compiute dai molestatori. Se un lungo periodo di detenzione è ritenuto proporzionato al crimine sessuale commesso, la castrazione chimica, che comporta una minima intrusione, dovrebbe essere anch'essa considerata proporzionata. La terapia farmacologica è meno intrusiva della detenzione, in quanto il carcere riduce più libertà della castrazione chimica. Dopo la castrazione l'individuo può ritornare in società e iniziare una nuova vita, ha diritto al lavoro, alla ricerca della stabilità personale e alla possibilità di instaurare relazioni. Le restrizioni prodotte dalla castrazione chimica sono meno intrusive rispetto a quelle imposte dal carcere. Gli effetti collaterali associati alla somministrazione degli agenti chimici sono minori e solo temporanei e non possono certo considerarsi sproporzionati. Richiedere ad un parafiliaco di assumere ormoni e quindi di godere del beneficio della libertà condizionale non è comparabile agli effetti orrendi e devastanti dei reati da lui commessi.

La castrazione chimica risulta essere deterrente e riabilitativa per i parafiliaci, anche se si riscontrano alcune variabilità individuali tra i diversi appartenenti alle categorie devianti (Bund, 1997).

In conclusione si presenta l'indagine realizzata a supporto di questa trattazione. Si è deciso perciò di proporre all'attenzione di alcune persone un questionario. L'indagine è stata proposta ad un campione casuale di individui scelti tra la popolazione italiana; la somministrazione è avvenuta tra maggio e luglio del 2006.

Facevano parte del campione centoquindici partecipanti residenti nella provincia di Torino. Dei questionari raccolti ne sono stati presi in considerazione centosette, in quanto otto non erano stati completati totalmente. In particolare, in cinque di loro mancava parte dei dati del compilatore e in tre mancavano sia alcune risposte alle domande proposte sia parte dei dati personali dei compilatori. L'inchiesta è stata rivolta, perciò, a centosette individui adulti. Il 38% di loro aveva un'età compresa tra i diciotto e i trenta anni; il 22% tra i trenta e i quaranta anni; il 20% tra i quaranta e i cinquanta anni; il 9% tra i cinquanta e i sessanta anni e il restante 11% presentava un'età superiore ai sessanta anni. Come si può notare il campione presentava un'età media di 38,7 anni.

Grafico 1 età dei soggetti del campione.



Per ciò che riguarda il sesso delle persone, il 46% rappresenta i maschi e il 54% le donne.

In questo caso si evidenzia un sostanziale equilibrio delle percentuali. Si può sostenere che l'inchiesta sia stata rivolta ad un campione equamente distribuito per ciò che riguarda il parametro "Sesso".

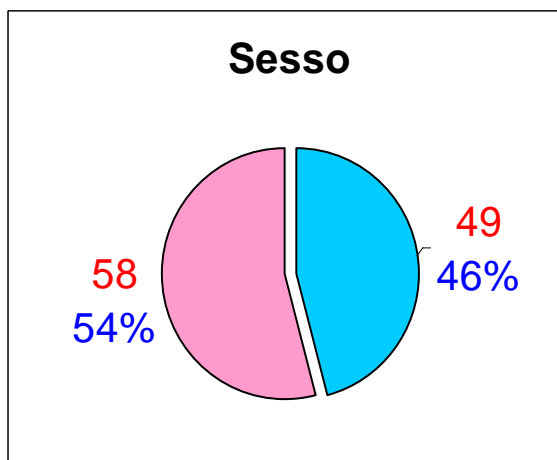


Grafico 2 – Sesso dei soggetti del campione.

Si è chiesto ai compilatori di indicare il titolo di studio da loro conseguito. Si sottolinea una netta maggioranza della Licenza Media Superiore, che si attesta sul 68%. Sette persone hanno conseguito la Licenza Elementare; dodici la Licenza Media Inferiore; settantatre la Licenza Media Superiore e quindici la Laurea.

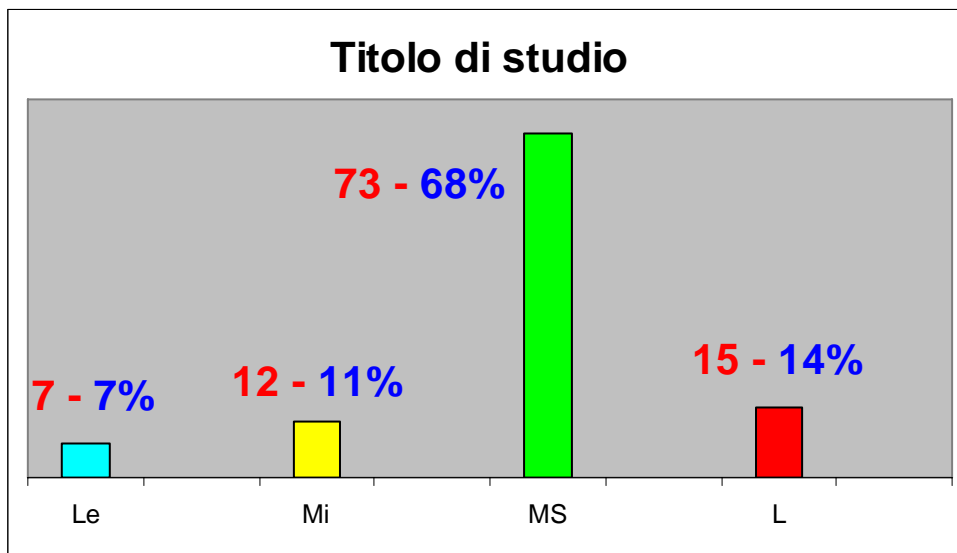
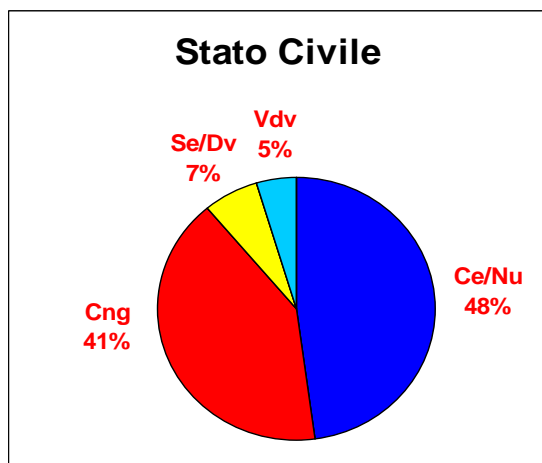


Grafico 3 – Titolo di studio dei soggetti del campione.



Per ciò che riguarda lo stato civile di coloro che hanno compilato il questionario: il 48% circa è rappresentato da celibi o nubili; il 44% circa da individui coniugati; il 7% circa da divorziati o separati e il restante 5% circa da vedovi/e.

Grafico 4 – Stato civile dei soggetti del

campione.

E' sembrato interessante domandare alle persone se avessero figli. Il 61% non aveva figli mentre il 39% sì.

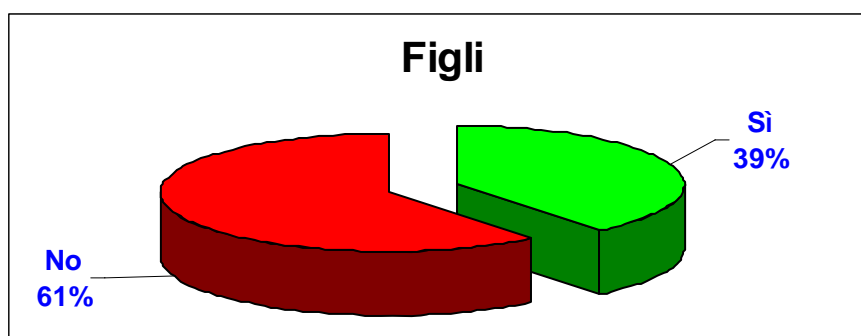


Grafico 5 – Figli dei soggetti del campione.

In ultimo si è chiesto ai compilatori dell'indagine di indicare la professione da loro svolta. Ne è risultato un campione abbastanza variegato con una netta prevalenza della categoria degli Impiegati, circa il 51% di tutti gli individui. Tra le altre professioni: il 9% circa era rappresentato dagli Studenti; l'8% circa Casalinghe; l'8% circa Pensionati; il 7% circa Professionisti; il 7% circa Operai; il 5% circa persone alla ricerca di lavoro; il 3% Imprenditori; il 2% Quadro.

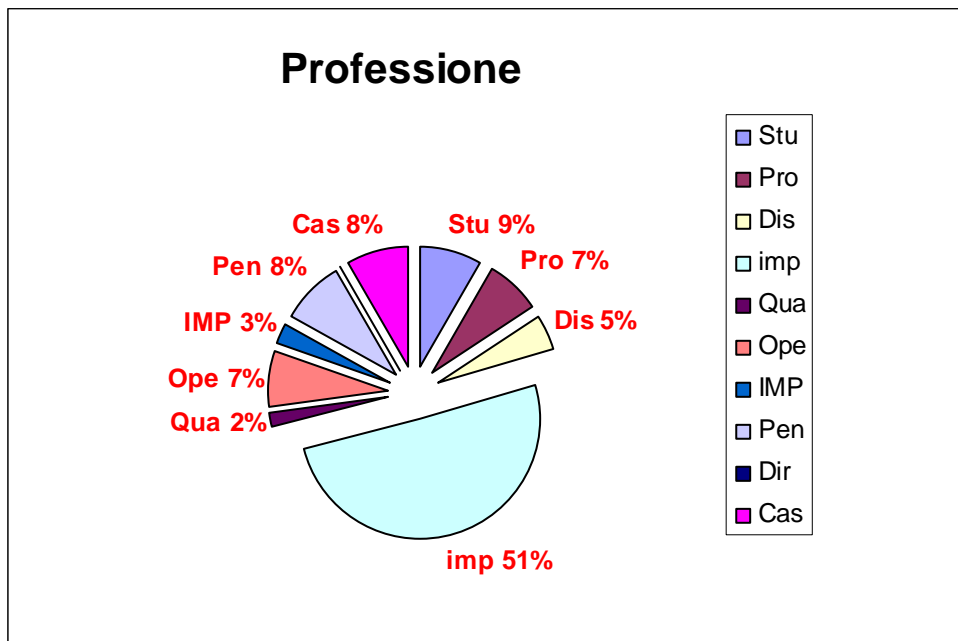


Grafico 6– Professione dei soggetti del campione.

Le domande proposte sono state dieci formulate in modo chiaro e sintetico così da renderne immediata la comprensione. Le prime si prefiggevano di indagare l'argomento pedofilia. Dalla sesta domanda si è indagato il tema della castrazione chimica. Con l'ultima domanda si è investito il partecipante all'indagine del ruolo di legislatore; questi doveva perciò indicare, tra le opzioni proposte, la pena ritenuta più adeguata per chi commette reati di violenza sessuale o pedofilia. Le domande, così come formulate, esigevano una risposta affermativa o negativa. Non si sono previsti limiti di tempo per la compilazione del questionario e l'indagine si è svolta in forma anonima.

RISULTATI QUESTIONARIO A SCOPO DI RICERCA

1) Ricorda qualche episodio di cronaca legato ad una vicenda di abuso sessuale o pedofilia?

SI – 89%

NO – 11%

2) Secondo lei le azioni di violenza sessuale o di pedofilia sono causate da:

2A - Malattie mentali

SI – 80%

NO – 20%

2B - Problematiche sociali

SI – 69%

NO – 31%

2C - Disagi famigliari

SI – 76%

NO – 24%

2D - Abuso di sostanze (droghe, alcool, ...)

SI – 48%

NO – 52%

2E - Disfunzioni sessuali

SI – 40%

NO – 60%

2F - Altro (specificare):

- **Rapporti difficili con le donne;**
- **Insoddisfazione della propria vita**
- **Disequilibrio nelle relazioni sociali, spirito di prevaricazione, morbosità;**
- **Abusi subiti (4);**
- **Imitazione di esempi negativi (2).**

3) Ritiene che coloro che commettono un reato di pedofilia o violenza sessuale debbano essere puniti (ad esempio con la detenzione)?

SI – 97%

NO – 3%

4) Ritiene che coloro che commettono un reato di pedofilia o violenza sessuale debbano essere curati?

SI – 82%

NO – 18%

5) Pensa che le pene previste dalle leggi in Italia siano adeguate per coloro che commettono tali reati?

SI – 9%

NO – 91%

6) E' a conoscenza che in alcuni Stati viene attuata la castrazione chimica come trattamento per chi commette reati di pedofilia o violenza sessuale?

SI – 68%

NO – 32%

7) E' a conoscenza della differenza tra castrazione chimica e castrazione chirurgica?

SI – 71%
NO – 29%

8) Secondo lei la castrazione chimica potrebbe ridurre la pericolosità dei soggetti riconosciuti come pedofili?

SI – 55%
NO – 45%

9) Secondo lei il sottoporsi o meno ad un programma di castrazione chimica deve essere una scelta volontaria di chi ha commesso il reato di pedofilia o di violenza sessuale?

SI – 40%
NO – 60%

10) Se lei fosse il legislatore su quali di queste opzioni costruirebbe una legge efficace per i suddetti reati?

10A - Solo detenzione carceraria

SI – 9%
NO – 91%

10B - Detenzione carceraria e terapia psicologica

SI – 82%
NO – 18%

10C - Solo castrazione chimica

SI – 7%
NO – 93%

10D - Castrazione chimica e terapia psicologica

SI – 54%

NO – 46%

10E - Solo terapia psicologica

SI – 5%

NO – 95%

10F - Altro (specificare):

- **Pena di morte (2);**
- **Detenzione, castrazione, lavori forzati;**
- **Esposizione al pubblico – Ludibrio;**
- **Detenzione, castrazione, terapia (2);**
- **Detenzione, castrazione (3);**
- **Lavori forzati;**
- **Lavori forzati, punizioni corporali;**

Detenzione in centri specializzati, terapia, castrazione nei casi più gravi – incapacità di intendere e volere.

La grande maggioranza delle persone, alla prima domanda ha risposto affermativamente: questo dato mostra l’innegabile impatto che, fatti di cronaca legati a violenze sessuali, esercitano sulle persone, amplificati, sicuramente, dai mass media che attentamente li riportano.

Le cause che portano alcuni individui a compiere reati di violenza sessuale e pedofilia, secondo i compilatori dell’indagine sono, nell’ordine: Malattie mentali; Disagi familiari; Problematiche sociali. Non sono, invece, considerate cause: l’Abuso di sostanze e le Disfunzioni sessuali. Alcune persone del campione hanno considerato, gli individui fautori dei sopraddetti reati, o malati psichici o “vittime” di situazioni familiari e/o sociali difficili e dolorose tali da condizionare la loro personalità indirizzandola al compimento di tali gesti.

La quasi totalità del campione, il 97% circa, sostiene che i fautori dei reati di violenza sessuale e pedofilia debbano essere puniti per ciò che hanno compiuto. E' forte, quindi, il sentimento di giustizia che si può evidenziare da questa risposta in quanto, la maggioranza dei compilatori, pensa sia giusto punire i colpevoli.

Nella successiva questione, sull'opportunità o meno di curare i rei parafiliaci, il Sì, si attesta intorno all'82% e il No intorno al 18%: sono in molti a ritenere che chi commette tali reati sia affetto da malattie mentali; quindi è comprensibile la percentuale dell'82% alla quarta domanda: se un individuo è malato, è evidente che debba essere curato. La maggior parte degli appartenenti al campione sostiene che i rei debbano essere puniti e curati. E' possibile pensare ad un trattamento che punisca e curi? La punizione e la cura non si escludono vicendevolmente? Precedentemente si è accennato alla castrazione chimica in quanto trattamento vero e proprio.

La quinta domanda chiede ai compilatori di specificare se le attuali leggi italiane siano adeguate per coloro che commettono reati di violenza e pedofilia. Come esposto precedentemente, dal *Codice penale* si può evincere che per le Violenze in generale le pene vadano da un minimo di sei mesi ad un massimo di dodici anni di reclusione. Per il 91% degli intervistati le pene previste non sono adeguate. L'attuale legge sulla Violenza sessuale e sugli Atti sessuali sui minorenni risale al 1996. Il dato emerso in questa quinta domanda pone l'interrogativo se forse non sia il caso di rivedere o aggiornare alcuni articoli di questa legge ormai decennale.

Più della metà dei compilatori del questionario è a conoscenza che in alcuni Stati viene praticata la castrazione chimica dei rei parafiliaci. Questo dato indica un buon interesse, in tema dei sopraddetti reati, non solo per quanto riguarda il territorio italiano, ma anche per ciò che concerne l'estero. Si sottolinea, sulla base di quanto emerso, una comprensione delle altre legislazioni da parte degli individui appartenenti al campione.

Una buona conoscenza del tema da parte del campione si evidenzia nella settima risposta in cui il 71% degli intervistati conosce la differenza tra castrazione chirurgica e castrazione chimica. Più precisamente le persone con Licenza Elementare e Licenza Media conoscono la differenza tra castrazione chirurgica e castrazione chimica in una percentuale pari al 53% circa. Il dato aumenta per coloro che sono in possesso della Licenza Media Superiore e della Laurea, 75% circa. È implicito perciò che la maggior parte dei partecipanti abbia una qualche, seppur minima, conoscenza, sia dell'uno che

dell'altro. Il che sta a significare che la maggior parte degli intervistati è abbastanza informato sui temi di più scottante attualità.

Si attendeva un risultato più eclatante all'ottava risposta. Si chiedeva se il trattamento di castrazione chimica potesse ridurre la pericolosità dei rei. S'intende se tale trattamento possa impedire, ad esempio a chi ha già commesso un reato del genere, di metterlo nuovamente in atto. Il 55% sosteneva che la castrazione chimica riducesse la pericolosità dei rei parafiliaci; il restante 45% non era d'accordo con tale affermazione. La maggioranza è, come si vede, ristretta. E' probabile che molti individui, pur sapendo che cos'è la castrazione chimica, non ne conoscano precisamente gli effetti oppure ritengano tale trattamento non sufficiente.

Si è indagato come le persone con figli abbiano risposto a questa domanda. Chi ha figli ha affermato che la castrazione chimica riduce la pericolosità dei rei per il 67% del campione; in ribasso la percentuale di coloro che non hanno figli, i quali hanno risposto affermativamente per il 48%. Si deduce che chi ha figli è più fiducioso, nei confronti della castrazione chimica, rispetto a chi non ne ha; (Chi quadrato pari a 3.9 e $p < 0.05$ con un grado di libertà).

Alla nona domanda si interrogavano gli individui per sapere se, secondo loro, il trattamento di castrazione chimica, dovesse essere una scelta volontaria del reo. Il 60% del campione ritiene che non sia il colpevole a dover scegliere la castrazione chimica. Ne consegue che la castrazione chimica debba essere regolamentata da un'apposita legge e inflitta dal giudice o dal magistrato al momento della condanna.

Nell'ultima domanda il compilatore, investito del ruolo di legislatore, si è trovato ad indicare, tra le opzioni proposte, le sue preferite per il trattamento dei rei parafiliaci. Tra le opzioni scelte si evidenziano, nell'ordine: Detenzione carceraria e terapia psicologica e Castrazione chimica e terapia psicologica. Secondo i compilatori, non sono adeguate, per il trattamento di questi rei, nell'ordine: Solo terapia psicologica; Solo castrazione chimica e Solo detenzione carceraria. Relazionando il titolo di studio e la risposta data all'opzione 10c "solo castrazione chimica" è emerso Chi quadrato pari a 31.66 e $p < 0,001$ (con tre gradi di libertà). Per cui l'operatore Chi quadrato è significativo e si esclude la possibilità di assenza di relazione tra la variabile titolo di studio e la variabile dicotomica si/no. La terapia psicologica, la castrazione chimica e la detenzione carceraria, da sole, non sono indicate, secondo i compilatori, per il

trattamento dei rei. Queste sono considerate sempre in abbinamento tra loro: Detenzione carceraria e terapia psicologica; castrazione chimica e terapia psicologica. E' come se la castrazione chimica o la detenzione da sole non bastassero per trattare i rei parafilici.

Come ci si chiedeva precedentemente: è possibile pensare ad un trattamento che punisca e che curi? Forse una soluzione potrebbe essere quella suggerita dai membri di questo campione: abbinare alla detenzione carceraria e alla castrazione chimica (le punizioni) un trattamento psicologico continuato ed efficace (la cura).

Nell'arco dell'intera trattazione è emersa l'efficacia della cura farmacologica nel trattamento dei rei affetti da parafilie.

Dai risultati delle risposte date dalle persone del campione si evidenzia la loro sensibilità verso il tema complesso e delicato delle violenze. Nonostante questo è percepibile un certo disagio nell'affrontare il discorso della castrazione chimica. L'argomento è ancora per molti un tema tabù.

La maggior parte dei partecipanti della ricerca ha indicato, come pena più adeguata, la detenzione carceraria accompagnata da terapie psicologiche. Si pensa che molti considerino la terapia farmacologica una sorta di punizione piuttosto che un trattamento che potrebbe anche riabilitare il reo; è evidente, in base alle ricerche esaminate, che l'utilizzo di agenti chimici permette di ridurre i livelli di testosterone nel plasma dell'individuo e quindi di ridurre i desideri, gli impulsi sessuali e le fantasie parafiliche. Si può ipotizzare che parte dell'opinione pubblica non sia adeguatamente sensibilizzata al tema in questione.

Una percentuale molto bassa ha optato per la sola castrazione chimica; al contrario di una maggioranza che ha preferito la castrazione abbinata ai trattamenti psicologici. Si è specificato in precedenza che, per la sua variabilità individuale, il trattamento farmacologico, può dare risultati diversi. Per cui è opportuno combinarlo con le necessarie terapie psicologiche che considerano la specificità dell'individuo. La scelta della sola terapia psicologica non è contemplata dal campione. Dagli studi si evince che la terapia psicologica può dare buoni risultati, ma in molti casi da sola non è sufficiente perciò è necessario abbinarla al trattamento di castrazione.

La posizione di alcuni non è chiara in quanto lamentano una carenza legislativa (in Italia) per il trattamento dei rei violenti, ma allo stesso tempo prediligono la detenzione carceraria, completata sì dalle terapie psicologiche, ignorando il trattamento

farmacologico. La riduzione della recidività dei rei parafiliaci in seguito alla somministrazione di agenti chimici, come è stato dimostrato dagli studi scientifici, è confermata dalle risposte stesse degli intervistati del campione che ritengono il trattamento farmacologico capace di ridurre la pericolosità dei rei parafiliaci.

In seguito la maggioranza del campione sostiene che il trattamento farmacologico non debba essere una scelta volontaria del reo. Sono molte le leggi che prevedono la possibilità del condannato di scegliere di sottoporsi al trattamento di castrazione chimica. La maggioranza del campione, invece, ritiene che il reo parafiliaco non possa scegliere il trattamento a cui sottoporsi.

Rimane aperta, inoltre, la questione etica del consenso informato che il reo dovrebbe dare all'esecuzione del trattamento e che alcuni Stati non prevedono.

BIBLIOGRAFIA

Almeida O.P., Waterreus A., Spry N., Flicker L., Martins R.N. (2004). One year follow-up study of the association between chemical castration, sex hormones, beta-amyloid, memory and depression in men. *Peer reviewed Journal*. Vol. 29(8) 1071-1081.

Berlin F. (2005). The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among civilly committed sexual offenders. *Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*. Vol. 33(1) 37 – 41.

Bund J.M. (1997). *Did you say chemical castration*. University of Pittsburg Law Review. Vol. 59(1) 157 – 192.

Cooper A.J., Cernovsky Z. (1992). The effect of cyproterone acetate on sleeping and waking penile erections in pedophiles: possible implications for treatment. *Canadian journal of psychiatry*. Vol. 37(1) 33- 39.

Cooper A.J., Cernovsky Z., Magnus R.V. (1992). The long term use of cyproterone acetate in pedophilia: a case of study. *Journal of sex&marital therapy*. Vol. 18 (4) 292 – 302.

Cooper A.J., Sandhu S., Losztyn S., Cernovsky Z. (1992). A double blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with seven pedophiles. *Canadian journal of psychiatry*. Vol. 37(10) 687 – 693.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV). 1994.

Corriere della Sera. Quotidiano. 21 agosto 2007

5 ottobre 2007 p. 17.

Faraudo A. (2006). *La castrazione chimica dei rei parafiliaci: dibattito attuale*. Tesi di Laurea.

Grasswick L.J., Bradford J.M.W. (2003). Osteoporosis associated with the treatment of paraphilias: A clinical review of seven case reports. *Journal of forensic sciences*. Vol. 48(8) 849 – 855.

Icenogle D. (1994). Sentencing male sex offender to the use of biological treatments – A constitutional analysis. *The journal of legal medicine*. Vol. 15(2) 279 – 304.

Il Giornale. Quotidiano. 13 novembre 2007 p. 54.

Il nuovo codice penale e le leggi complementari. 2003. IX edizione Celt.

La Repubblica. Quotidiano. 8 gennaio 2008 p. 14

Liberazione. Quotidiano. 21 giugno 2005.

Libero. Quotidiano. 22 giugno 2005 pp. 1 – 3.

Proposta di legge d'iniziativa del deputato Mussolini, *Norme in materia di violenza sessuale sui minori*, Atti parlamentari n. 726, 12 giugno 2001.

Rosler A., Witztum E. (2000). Pharmacotherapy of paraphilias in the next millennium. *Behavioral sciences & the law*. Vol. 18 (1).43 – 56.

Sarcangeli C., Rispoli G. (2001). Human castration: historical notes. *Medicina nei secoli*.

Stone H., Winslade W.J., Klugman C.M. (2000). Sex offenders, sentencing, laws and pharmaceutical treatment: A prescription for failure. *Behavioural sciences & the law*. Vol. 18(1) 83 – 110.

Weinberger L., Sreenivasan S., Garrick T., Osran H. (2005). The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. *Journal of the American Academy*. Vol 33(1) 16 – 36.

SITOGRAFIA

www.azzurro.it – Associazione Telefono Azzurro.

<http://canali.libero.it/affaritaliani/cronache/pubblicitas2108.html>; 28 agosto 2007.

www.giustizia.it – Ministero della Giustizia.

www.istat.it – Istituto Nazionale di Statistica.

www.larepubblica.it; 07-01-2008, h. 17.

http://it.notizie.yahoo.com/asca/20070820/twl-pedofilia-sarkozy-favorevole-alla-ca-b689c2c_1.html; 20-08-2007.

www.quirinale.it/costituzione; 29 agosto 2007.

www.telefonorosa.org – Associazione Telefono Rosa.

www.tgcom.it; 07-01-2008, h. 16.35.