

TENDENZE ATTUALI DELLA PROTEZIONE PENALE DEL MINORE. PROBLEMI CRIMINOLOGICI E MEDICO-LEGALI

GIACOMO CANEPA (*)

SOMMARIO: Introduzione. — 1. - Il minorenni vittima: 1) problemi medico-legali; 2) problemi clinico-criminologici; 3) problemi giuridico-sociali. — 2. - Il minorenni antisociale. — 3. - Il minorenni delinquente. — Conclusioni.

INTRODUZIONE

L'attività di protezione che la società deve svolgere nei confronti dei minorenni acquista rilevanza « penale » nei casi di reato in cui siano coinvolti soggetti in età minore.

Secondo questo orientamento, interpretato in senso molto estensivo, tale attività di protezione deve realizzarsi non solo nei casi in cui il minore è vittima, ma anche nei casi in cui il minore è autore del reato.

In entrambi i casi, inoltre, la protezione « penale » può realizzarsi anche nel senso della prevenzione, onde evitare che il reato sia commesso.

Infatti la stessa minaccia della applicazione di una misura penale può dimostrare una efficacia preventiva, in relazione all'effetto di intimidazione esercitato nei confronti dei potenziali autori di reato.

Oltre questi limiti l'attività di protezione cessa di essere soltanto « penale » e acquista un più ampio significato sociale, in quanto indirizzata a prevenire i reati per mezzo di misure non solo penali, ma anche sociali, rivolte all'individuo ed al suo ambiente, ai fini della prevenzione generale della criminalità.

(*) Direttore dell'Istituto di Antropologia criminale dell'Università di Genova. Centro Internazionale di Criminologia clinica.

Il minore prima di essere un delinquente, ossia autore di reato, è spesso un soggetto « antisociale », ossia un giovane disadattato che manifesta un comportamento di opposizione attiva contro le norme, senza realizzare alcuna effettiva infrazione delle norme penali.

Da tempo si discute se il minorenne « antisociale » debba essere oggetto di provvedimenti dell'autorità giudiziaria. Il problema è stato risolto in modo diverso dalle legislazioni dei vari Paesi.

Risulta dall'insieme di queste premesse che l'analisi delle attività di protezione « penale » nei confronti dei minorenni può essere indirizzata all'approfondimento dei seguenti aspetti:

- 1) il minorenne vittima,
- 2) il minorenne antisociale,
- 3) il minorenne delinquente.

1. - IL MINORENNE VITTIMA

Le leggi penali considerano in modo particolare diversi reati in cui il minorenne è coinvolto come vittima, a partire dalla nascita (infanticidio) ed anche prima (aborto), fino al termine dell'età evolutiva.

La legge penale italiana, in tale campo, configura diverse forme di reato, quali, ad esempio, la « violazione degli obblighi di assistenza familiare » (art. 570 cod. pen.), « l'abuso dei mezzi di correzione o di disciplina » (art. 571 cod. pen.), l'abbandono di una persona minore degli anni quattordici (art. 591 cod. pen.), l'omissione di soccorso nei confronti dei minori (abbandonati o smarriti) degli anni dieci (art. 593 cod. pen.), la corruzione dei minori di anni sedici (art. 530 cod. pen.), la presunzione di violenza carnale (art. 519 cod. pen.) o di atti di libidine violenti (art. 521 cod. pen.) nei confronti dei minori di anni quattordici, o di anni sedici quando il colpevole è l'ascendente o il tutore; l'istigazione al suicidio nei confronti del minore di 14 e di 18 anni (art. 580 cod. pen.); l'omicidio del consenziente nei confronti dei minori degli anni 18 (articolo 579 cod. pen.).

In questo campo merita una particolare considerazione il reato di « maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli », minori degli anni quattordici (art. 572 cod. pen.), diventato di par-

ticolare attualità per il fatto che in esso si inquadra, in genere, la tanto discussa « sindrome del bambino maltrattato » (« *battered child syndrome* »).

Le prime segnalazioni, risultanti dalla letteratura medico-legale, risalgono al 1860 (TARDIEU) e al 1929 (PARISOT e CAUSSADE). Ma un notevole interesse, ed un conseguente fervore di studi, sull'argomento si è manifestato a partire dal 1962 quando il pediatra statunitense KEMPE segnalò all'attenzione mondiale la gravità di tale fenomeno. Secondo questo Autore i casi di maltrattamento rappresenterebbero il 15 % del totale dei bambini inferiori ai 5 anni trasportati al pronto soccorso e giunti all'osservazione della sua *équipe*. Nel solo 1962 KEMPE e coll. osservarono 749 casi di maltrattamento con un tasso di mortalità pari al 10,4 %.

Esiste notevole disparità di pareri circa la reale incidenza statistica dell'entità del fenomeno (di cui è forse molto elevato il cosiddetto « numero oscuro »). E non sono mancati, come giustamente sottolinea TAUBER, tentativi di minimizzarlo. Ma la sua diffusione non è certo trascurabile se si considerano le segnalazioni provenienti da ogni parte del mondo: ricordo i 48 casi osservati da STRAUSS e coll. all'Ospedale Bretonnau di Parigi nel periodo 1960-67; i dati statistici segnalati da VON MANN per la Repubblica Federale Tedesca (nella quale si verificherebbero ogni anno, secondo BIERMANN, 1.000 casi di maltrattamento di bambini seguiti da morte); i 50 casi osservati in un ospedale della Nigeria (NWAKO) nel periodo 1970-72; la monografia di SMITH e le recenti segnalazioni di EMERY dall'Inghilterra; i 18 casi sottoposti ad autopsia negli ultimi dieci anni da TATSUNO e coll. presso l'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Kobe (Giappone).

La più recente letteratura italiana sull'argomento ha il merito di avere realizzato un notevole approfondimento dettagliato nello studio individuale dei singoli casi. Mi riferisco ai tre casi descritti nell'ampia ed esauriente monografia di CELESTI e coll., basata su una metodologia medico-legale integrata; ai tre casi illustrati in sede medico-legale da RITUCCI e coll. e, infine, ai tre casi descritti nell'ampio studio criminologico di FERRACUTI e coll., fondato su orientamenti interdisciplinari.

Dal complesso di tali dati si possono ricavare utili indicazioni sui seguenti punti.

1) *Problemi medico-legali*

I dati che consentono la formulazione della *diagnosi* di «sindrome del bambino maltrattato» sono essenzialmente i seguenti:

- la giovane età della vittima: in oltre metà dei casi al di sotto dei quattro anni;
- le alterazioni dell'integrità fisica o psichica della vittima, dovute ad azioni od omissioni (volontarie o colpose) da parte dei genitori: denutrizione, deperimento, scarsa igiene, lesioni cutanee prodotte da mezzi diversi, quali contusioni, ferite, ustioni (sigarette, ferri da stiro, fiamme, liquidi bollenti, corrente elettrica), morsicature, causticazioni; fratture del cranio e delle ossa lunghe, fratture costali (fino a 30 lesioni ossee in un caso descritto da DE FRANCIS); lesioni cranio-encefaliche, lesioni viscerali (rottture del fegato, della milza, dei polmoni, lesioni delle prime vie digestive da ingestione di caustici);
- coesistenza di lesioni di gravità diversa e in diverso stadio evolutivo (in rapporto alla diversità del momento cronologico in cui sono state inferte);
- sproporzione fra le caratteristiche del mezzo lesivo, indicato dai genitori come causa delle lesioni, e la reale entità delle lesioni osservate in sede di esame clinico (contrasto fra dati dell'anamnesi e dati dell'esame obiettivo).

Nei casi sospetti, ossia quando coesistono alcuni degli elementi sopra indicati, il medico curante dovrebbe approfondire lo studio del caso con altre indagini (ad esempio l'esame radiografico, che può evidenziare molteplici fratture ossee in diverso stadio evolutivo di riparazione).

A tale riguardo è stato recentemente auspicato che i medici legali, in questo settore, possano operare non solo quali esperti eventualmente designati dall'autorità giudiziaria, ma anche come specialisti a disposizione dei colleghi (pediatri, medici generici, chirurghi) per la valutazione diagnostica dei casi di difficile interpretazione (ANDRÉ e coll.).

Nel caso di morte del bambino, che si verifica secondo DE FRANCIS nel 25 % dei casi (nell'81,35 % per soggetti d'età inferiore ai 4 anni), i problemi medico-legali più importanti

sono: la valutazione analitica delle varie forme di lesività in sede di *autopsia*, l'identificazione dei *mezzi lesivi* utilizzati, lo studio del *rapporto di causalità* fra le lesioni e la morte.

2) *Problemi clinico-criminologici*

Tali problemi riguardano soprattutto la valutazione della *personalità* degli autori di questo reato, i genitori o chi ne fa le veci, più frequentemente le madri se si tratta di bambini molto piccoli.

Secondo MERRILL tali soggetti sono caratterizzati da ostilità, aggressività, intolleranza alle frustrazioni, stati conflittuali interiori, spesso derivanti dal fatto di essere stati sottoposti, nella loro infanzia, a trattamenti di abituale ostilità, distacco affettivo e percosse da parte dei loro genitori.

Si tratta a volte di soggetti caratterizzati da anaffettività, rigidità, puntigliosità ossessiva, atteggiamenti fobici nel campo della sessualità e dell'igiene; oppure di individui psichicamente immaturi, depressi, apatici, passivi, dipendenti, che identificano nel bambino un nemico, in quanto capace di togliere ad essi l'affetto del coniuge.

Sono state infine descritte delle personalità di soggetti incapaci o inabili a svolgere in famiglia il loro ruolo « maschile », per cui assumono il ruolo di « donna di casa »; il che è causa di sentimenti di inferiorità con conseguenti crisi compensatorie di irascibilità, realizzate mediante la violenza su soggetti incapaci di reagire.

Dal punto di vista *psichiatrico* sono state descritte varie forme di patologia mentale, che secondo la nosografia tradizionale si inquadrano nell'ambito delle nevrosi, delle psicopatie, delle oligofrenie e delle schizofrenie.

L'esperienza acquisita in questo campo dimostra come sia graduale e sfumato il limite di passaggio fra le semplici personalità abnormi e la patologia mentale vera e propria.

Ciò che accomuna tutti questi quadri clinici, psicopatologici o meno, è la motivazione profonda della condotta aggressiva, valutata dal punto di vista psico-dinamico.

È necessario, cioè, valutare il significato simbolico che, per l'autore del reato, assume la figura del bambino: simbolo dei genitori dai quali a suo tempo egli era stato maltrattato, della

propria incapacità o impotenza, della sessualità o della sporcizia considerate in modo distorto, del pericolo di perdere l'affetto del coniuge.

Si deve infine sottolineare, in merito all'evoluzione ulteriore, il rischio dei danni psichici che al bambino potranno residuare ed il fatto che, nel bambino maltrattato, si può sviluppare, per l'avvenire, un futuro « maltrattatore » dei propri bambini.

La complessità di tutte le tematiche esposte dimostra come sia particolarmente arduo, nei casi giudiziari, il parere peritale, medico-legale e criminologico, sulla imputabilità e sulla pericolosità degli autori del reato.

D'altronde tali difficoltà peritali, anche se risolte, non contribuiscono per nulla alla risoluzione dei reali e complessi problemi che esistono in questo campo. È infatti del tutto indifferente, a tali fini, che l'autore del reato, a seconda delle conclusioni peritali, sia internato in carcere o in ospedale psichiatrico giudiziario. Il che rappresenta, in sostanza, uno dei limiti della sola « protezione penale » del bambino in questo campo.

3) *Problemi giuridico-sociali*

La soluzione di tali problemi richiede innanzitutto la immediata segnalazione, da parte del medico, di ogni caso venuto a sua conoscenza. La regolamentazione legale del segreto professionale, esistente in molti Stati, ha determinato al riguardo serie difficoltà, solo in parte superate. Mi riferisco soprattutto alla Francia ed agli Stati Uniti. Il problema è di tale importanza che recentemente in Belgio è stata svolta una inchiesta presso i medici con il metodo dei questionari (EUGÈNE-DAHIN).

Per l'Italia questo problema è risolto da tempo, dato quanto dispone la nostra legge penale, sul piano generale, circa l'obbligo del referto medico all'autorità giudiziaria di tutti i casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio (art. 365 cod. pen.); con la sola eccezione (qui inapplicabile) dei casi in cui il referto « esporrebbe la persona assistita a procedimento penale ». Pertanto il referto rappresenta per il medico un preciso dovere e nel contempo costituisce « giusta causa » di rivelazione del segreto professionale (art. 622 cod. pen.), per cui il delitto di violazione di tale segreto in questi casi non sussiste.

Di conseguenza il medico curante ha il preciso dovere di curare il suo cliente (il bambino) e nel contempo di segnalare il caso all'autorità competente. Anzi tale segnalazione è l'unico mezzo per ottenere che la cura del caso sia tempestivamente proseguita e condotta a termine con successo.

Secondo FERRACUTI e coll. l'intervento sociale in questi casi dovrebbe svolgersi in tre tempi:

- 1) allontanamento del piccolo dall'ambiente pericoloso (eventuale detenzione dei responsabili, ricovero in ospedale del paziente per il tempo giudicato necessario);

- 2) trattamento dei genitori sul piano psicologico e psicoterapeutico per mezzo di contatti con personale adeguato; interventi sulla famiglia indirizzati a fornire adeguate condizioni di vita e di lavoro ed a risolvere i problemi conflittuali esistenti;

- 3) riavvicinamento del bambino alla famiglia, solo nei casi in cui vi sia la certezza di aver risolto i suddetti problemi e di aver modificato l'ambiente familiare, così da renderlo socialmente e psicologicamente accettabile per il bambino.

In caso contrario si dovrà evitare il reinserimento familiare e ricorrere a soluzioni alternative, sempre nel rispetto della fondamentale esigenza del bambino di vivere in piccole comunità nelle quali il modello familiare sia effettivamente presente. Le vie legali per la realizzazione di tali interventi sociali sono identificabili, per quanto concerne l'Italia, nelle recenti leggi riguardanti l'adozione, il diritto di famiglia, i consultori familiari: tutto ciò nell'ambito di una auspicabile ed effettiva riorganizzazione dei servizi sociali della comunità.

Fin qui la prevenzione individuale, a livello dei singoli casi. Per la prevenzione generale, invece, occorrono iniziative in campo politico finalizzate ad un effettivo miglioramento delle condizioni economico-sociali ed igienico-sanitarie della popolazione. Il che è fondamentale, ma esula dal campo della nostra competenza.

È interessante conoscere ad esempio, come riferisce TAUBER, che in U.S.A. il solo «National Centre on Child Abuse and Neglect» in un quadrimestre degli anni 1976-77 ha speso 1.575.000 dollari per il finanziamento di ricerche ed iniziative varie. Ma lo studio concreto di tali iniziative, sul terreno pratico, non potrà derivare che dall'apporto interdisciplinare degli esperti nei vari settori.

2. - IL MINORENNE ANTISOCIALE

La legge vigente in Italia (R.D.L. 20 luglio 1934, n. 1404 e successive modifiche, legge 25 luglio 1956, n. 888 e 27 dicembre 1956, n. 1441) stabilisce che il Tribunale per i minorenni ha competenza in campo non solo penale e civile, ma anche « amministrativo ».

Quest'ultima competenza riguarda i minori di 18 anni, non delinquenti, che manifestino irregolarità della condotta o del carattere (art. 25), ovvero i casi in cui la condotta dei genitori sia pregiudizievole al minore (art. 26).

In tali casi il Tribunale, sulla base dei risultati di indagini preliminari sulla personalità del minore ed il suo ambiente (che il giudice affida al servizio sociale, con l'eventuale collaborazione di esperti « senza alcuna formalità di procedura »), può ordinare l'applicazione di una delle seguenti misure: l'affidamento al servizio sociale, il collocamento in una « casa di rieducazione » o in un « istituto medico-psicopedagogico ».

Il Tribunale può anche ordinare l'applicazione di altre misure di trattamento in libertà, come l'assegnazione a « pensionati giovanili » (quando non sia possibile il soggiorno del minore in famiglia) ovvero a « focolari di semi-libertà » per i minori che frequentano la scuola o svolgono un'attività di lavoro esterno.

La realizzazione pratica del trattamento mediante queste misure, che a partire dal 1934 avrebbe dovuto sviluppare una azione di prevenzione nei confronti dei minori « antisociali », non è stata conforme alle aspettative che la stessa legge, prevedendo una serie di misure differenziate, poteva consentire.

Sono stati creati soprattutto degli istituti chiusi (« case di rieducazione ») e si è trascurata la realizzazione di un sistema di misure di trattamento in libertà o in semi-libertà che la legge stessa del 1934 (e successive modifiche) poteva consentire.

Questo sviluppo unilaterale è stato oggetto di critiche molto vivaci da parte della criminologia clinica (CANEPA). Infine, a partire dagli anni sessanta, una contestazione globale e delle critiche molto aspre, talora ingiuste talora ben giustificate, sono state presentate contro l'organizzazione delle « case di rieducazione ».

In seguito a tali critiche le competenti autorità hanno realizzato alcune modificazioni formali, introducendo orientamenti

più permissivi e tolleranti ed una relativa apertura degli istituti di rieducazione.

Gli uffici di servizio sociale, centralizzati e con personale scarso, non sono stati in grado di realizzare una adeguata programmazione dell'assistenza in libertà, in quanto non disponevano, situati al centro di vasti territori, di strutture e personale sufficienti.

Attualmente prevale la tendenza a realizzare interventi di trattamento in libertà.

Secondo il mio collaboratore GATTI, che ha studiato questi processi di sviluppo secondo criteri analitici, approfonditi e costruttivi, la più importante innovazione è stata introdotta dalle nuove leggi sul « decentramento » dei servizi sociali per il disadattamento giovanile (legge 22 luglio 1975, n. 382 e D.L. 24 luglio 1977, n. 616), realizzato mediante il trasferimento di tali servizi alla competenza delle Regioni (per quanto riguarda la programmazione) e dei Comuni (per quanto riguarda l'attuazione e gli interventi pratici).

Risulta in particolare che il decreto legge n. 616 (art. 23) stabilisce che l'organizzazione dei servizi per i minori sottoposti a misure rieducative dal Tribunale (ivi compresi, quindi, i minorenni « antisociali ») è di competenza dei Comuni. Inoltre la legge stabilisce anche la cessazione dell'attività dei servizi dipendenti dal Ministero della Giustizia, che mantengono soltanto il compito di organizzare gli interventi nel campo penale.

Il momento attuale è molto delicato, essendo in corso l'attuazione di questo processo di innovazione e di organizzazione (a partire dal 1979) nell'ambito dei servizi sociali dei vari Comuni.

A mio parere questo processo potrà condurre a risultati soddisfacenti, ai fini della prevenzione della delinquenza minore, alle seguenti condizioni:

1) non trascurare il fatto che esiste una dimensione « individuale » di questi problemi;

2) ricordare che per taluni problemi particolari è necessario disporre di strutture specializzate, in quanto più qualificate e competenti nel trattamento di problemi specifici (GATTI);

3) non dimenticare che il « potenziale terapeutico » del territorio e della comunità dei quartieri può rappresentare una

illusione magica e mistificante, tenuto conto che questo « territorio » e queste « comunità » sono certamente, e disgraziatamente, le fonti più notevoli di reazione sociale, di stigmatizzazione e, per conseguenza, di emarginazione e di devianza.

In conclusione i servizi di assistenza « amministrativa » per i minorenni antisociali, che costituiscono una specie di « protezione » pre-penale della delinquenza minorile, in Italia si trovano attualmente in una fase critica di sviluppo. Tali servizi, in realtà, si collocano su un limite sfumato fra competenza giudiziaria e competenza politico-sociale.

3. - IL MINORENNE DELINQUENTE

La legge penale italiana definisce l'imputabilità come « la capacità di intendere e di volere » (art. 85 cod. pen.).

Il minore di 14 anni non è imputabile: « non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i 14 anni » (art. 97 cod. pen.).

Per i minori fra 14 e 18 anni è stabilita una condizione particolare: « è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, aveva compiuto i quattordici anni, ma non ancora i diciotto, se aveva capacità di intendere e di volere; ma la pena è diminuita » (art. 98 cod. pen.).

All'atto del compimento dell'età di 18 anni si acquista, secondo la legge penale, la completa imputabilità. Pertanto, a partire da tale età, non è più verificata l'acquisizione della capacità di intendere e di volere. La necessità di verificare, caso per caso, l'acquisizione di detta capacità sussiste soltanto per i minori fra i 14 e i 18 anni.

Tale verifica individuale può essere effettuata personalmente dal giudice, che non è obbligato ad utilizzare l'opera di un esperto. Tuttavia il giudice molto spesso richiede (dato che ne ha la facoltà, non l'obbligo) l'intervento di un esperto, al quale conferisce l'incarico, senza alcuna formalità di procedura, di valutare la personalità del minore e le cause della sua condotta irregolare (art. 11 R.D.L. 20 luglio 1934, n. 1404).

In occasione di tale indagine, che sul piano formale non segue la procedura della perizia, il giudice può acquisire elementi utili per stabilire se il minore imputato, di età compresa

fra i 14 e i 18 anni al momento del delitto, aveva la capacità di intendere e di volere.

È comunque certo che la condizione di immaturità può persistere oltre il compimento dei 18 anni. Pertanto è stata auspicata una estensione dei limiti attuali dell'età minore, dal punto di vista penale, oltre l'età di 18 anni. Il che consentirebbe la possibilità di prescrivere misure rieducative (di competenza del Tribunale per i minorenni) ai soggetti che hanno superato i 18 anni (CANEPA).

Talune manifestazioni di antisocialità, e anche di delinquenza, sono spesso l'espressione di una persistente immaturità dei giovani, più o meno grave, nel settore intellettuale e soprattutto in quello affettivo. In tali casi il trattamento esclusivamente penale non fa che aggravare la situazione (FRANCHINI e INTRONA). Il trattamento deve essere adeguato alle esigenze di ogni singolo caso, tenuto conto del carattere comune della immaturità di questi soggetti. Il trattamento non può essere pianificato o standardizzato: deve essere attuato in rapporto alle caratteristiche di ciascun caso, graduando l'aspetto puramente correttivo con quello psicoterapeutico, clinico o pedagogico.

Per tali motivi è necessario auspicare un'estensione del trattamento, attualmente previsto per i minori in senso legale, anche per i soggetti d'età superiore ai 18 anni. Ciò è stato sostenuto e richiesto concordemente dalle delegazioni di tutti i Paesi che, nel 1959, hanno partecipato ad un Congresso Internazionale di Difesa Sociale tenuto a Stoccolma e fra l'altro dedicato, in modo particolare, a tali problemi.

L'esame dei soggetti durante l'età evolutiva dimostra che i giovani antisociali sono caratterizzati da una persistente immaturità, rilevabile nel corso del loro sviluppo ed anche oltre i 18 anni (che attualmente la legge penale italiana fissa come limite per stabilire l'inizio dell'età adulta). Occorre estendere tale limite, in accordo con i dati forniti dalla psicologia, in modo da poter applicare trattamenti innanzitutto rieducativi anche nei confronti dei giovani (siano essi «antisociali» o anche «delinquenti») di età superiore ai 18 anni.

Questi problemi del trattamento dell'antisocialità giovanile debbono essere valutati e reconsiderati nell'ambito generale e più vasto di ogni attività di servizio sociale finalizzato alla prevenzione.

CONCLUSIONI

I dati esposti nel corso del presente studio dimostrano che il sistema italiano di giustizia penale prescrive un'attività di « protezione » nei confronti del minore, sia esso « vittima » o « delinquente » (colpevole di un delitto). Risulta inoltre che il sistema prescrive anche un'attività di protezione, dal punto di vista giuridico-amministrativo, nei confronti del minore « antisociale », ossia del giovane disadattato che, pur non avendo compiuto un delitto, manifesta un comportamento di opposizione attiva contro le norme.

L'analisi di questi tre settori ha dimostrato:

1) *Il minore vittima*

Fra le varie forme di delitto, in cui il minore può essere coinvolto come vittima, acquista attualmente particolare rilievo il problema del « maltrattamento dei bambini » in famiglia.

Al riguardo risulta che lo studio ed i tentativi di soluzione pratica di tale problema possono essere attuati solo in una prospettiva che vada oltre la semplice protezione « penale », tale da richiedere anzi il coordinamento fra le prescrizioni giudiziarie (non solo penali) e l'organizzazione del complesso dei « servizi sociali », intesi in senso lato.

È necessario inoltre evitare una eccessiva « socializzazione » del problema, ritenendo ad esempio, come è stato scritto, che « forse la sindrome del bambino maltrattato va attribuita ad una malattia sociale, è una conseguenza non voluta ma non per questo meno reale e tragica del sistema e dell'incompatibilità dei valori proposti » (TAUBER e coll.).

In realtà il problema riguarda la famiglia e, della famiglia, non solo le condizioni socio-economiche ed igienico-sanitarie, ma anche i singoli individui che la costituiscono con la loro storia personale e le reciproche relazioni inter-soggettive che li caratterizzano.

Tutto ciò va conosciuto ed approfondito a livello delle singole personalità, proprio al fine di poter attuare un trattamento « globale » della famiglia, evitando l'atteggiamento de-responsabilizzante ed anti-terapeutico di considerare ogni problema unicamente e soltanto nella sua dimensione « sociale ».

2) *Il minore antisociale*

Il sistema vigente in Italia prevede la protezione « legale » del minore « antisociale », con prescrizioni e interventi di ordine amministrativo, al fine di evitare che diventi « delinquente ».

Tale attività di protezione legale, affidata secondo la legge originale alla competenza amministrativa del Tribunale per i minorenni (per le prescrizioni) ed a strutture dipendenti dal Ministero di Grazia e Giustizia (per quanto attiene all'organizzazione delle strutture atte a realizzare le prescrizioni), è attualmente soggetta ad una profonda trasformazione operativa.

L'emanazione delle prescrizioni, infatti, rimane di competenza dell'autorità giudiziaria (Tribunale per i minorenni), ma la loro attuazione pratica ed i relativi interventi sul minore sono stati attribuiti alla competenza delle strutture di servizio sociale che operano alle dipendenze dell'autorità locale (Comuni).

In questa nuova prospettiva si va affermando l'esigenza di privilegiare le forme di trattamento in libertà, attribuendo al « territorio » ed alla partecipazione comunitaria dei cittadini un potenziale « terapeutico », la cui efficacia è ancora da dimostrare.

3) *Il minore delinquente*

La protezione si realizza anche al fine di evitare che il minore, al di sotto di una certa età, possa essere considerato « delinquente ».

Secondo le legislazioni penali dei vari Paesi il minore, per essere considerato « delinquente » in quanto autore di reato e soggetto a misure penali, deve aver raggiunto un'età definita dalla legge.

Tale età, per quanto riguarda l'Italia, è fissata a 18 anni, ma anche prima: dai 14 ai 18 anni se si dimostra che il minore al momento del delitto era « capace di intendere e di volere » (ma la pena è diminuita).

Le critiche svolte in Italia contro tale situazione legislativa, che valgono ovviamente anche per la legislazione di altri Stati, hanno sottolineato che il minore diciottenne, dal punto di vista

psicologico, è ancora un immaturo e che la piena maturità viene in genere acquisita nel corso della post-adolescenza, ossia fra i 18 e i 25 anni.

Di qui la proposta di considerare sempre il minore « non imputabile », e quindi non soggetto a misure penali, prima del compimento dei 18 anni.

Si deve inoltre rilevare che, nel caso di accoglimento di tale proposta (che condivido), tutto il settore minorile fino ai 18 anni sarebbe « depenalizzato » ed in tal caso al minore autore di reato sarebbero applicabili soltanto misure « amministrative » di tipo rieducativo.

Tutto ciò può suscitare non poche perplessità ove si consideri, per quanto riguarda l'Italia, l'attuale momento critico dell'attività rieducativa, in una situazione sfumata di gestione mista, fra la competenza dell'Autorità giudiziaria e quella dei Comuni, quale risulta descritta nel paragrafo precedente.

Risulta in sostanza, nell'ipotesi di accoglimento della proposta sopra indicata, che l'ambito attuale del « minore delinquente » sarebbe assorbito nella sfera del « minore antisociale ».

Le considerazioni esposte dimostrano come i tre punti illustrati, apparentemente separati (minore vittima, minore delinquente, minore antisociale), vengano in realtà a confluire in uno stesso problema, che può essere così sintetizzato:

1) La protezione legale del minore, nell'ambito della famiglia cui appartiene, pur tendendo a conservare (e giustamente) la sua connotazione penale (nel suo duplice aspetto punitivo e preventivo), esige attualmente una complessa e coordinata articolazione con altre componenti, non solo civili ed amministrative ma anche sociali.

2) La tendenza alla depenalizzazione nel settore minorile, al fine di sostituire alle misure penali l'attività di trattamento rieducativo, esige tuttavia che tale attività rimanga saldamente ancorata a precise prescrizioni dell'autorità giudiziaria, che risultino dall'applicazione di ben definite norme legali.

Tutto ciò va sottolineato al fine di evitare il rischio che ad una prescrizione giudiziaria del tutto generica segua nella realtà pratica l'applicazione di misure di trattamento particolari o del tutto « inventate » nel campo dei servizi sociali.

3) È necessario che, ai fini della protezione di ogni cittadino ed in particolare del minore, ogni provvedimento restrit-

tivo o limitativo della libertà personale sia emanato dall'autorità giudiziaria. Tale principio, sancito fra l'altro dalla Costituzione della Repubblica italiana, deve trovare rigorosa applicazione nelle nuove forme di protezione penale ed extra-penale del minore, e specialmente quando egli si trovi inserito, ai fini del trattamento, nell'ambito generale delle strutture di servizio sociale gestite dall'autorità comunale.

RIASSUNTO

Il sistema italiano di giustizia penale prescrive attività rivolte a realizzare la « protezione » del minore nell'ambito di tre settori: il minorenni « vittima » (di reati), il minorenni « antisociale » (potenziale autore di reati), il minorenni « delinquente » (autore di reati).

L'analisi di questi tre settori mette in evidenza, in particolare, quanto segue:

1) Circa il *minore vittima*: i problemi medico-legali, criminologici e giuridico-sociali concernenti il « maltrattamento » dei bambini in famiglia; l'esigenza di considerare, a tale riguardo, interventi che vadano oltre la semplice protezione « penale », in una prospettiva di coordinamento fra le prescrizioni giudiziarie (non solo penali) e l'organizzazione del complesso dei « servizi sociali ».

2) Circa il *minore antisociale*: la competenza amministrativa attribuita al Tribunale per i minorenni, nel campo della prevenzione della delinquenza minorile, attualmente soggetta ad una profonda trasformazione operativa con il passaggio alle strutture di servizio sociale della autorità locale (Comuni) dei compiti concernenti l'organizzazione pratica degli interventi diretti alla rieducazione dei minori.

3) Circa il *minore delinquente*: le norme legali tendenti ad evitare che il minorenni autore di reato, al di sotto di una certa età, possa essere considerato « delinquente »; la tendenza ad elevare tale livello d'età con la conseguente « depenalizzazione » e la possibilità del futuro inserimento dell'attuale settore del « minore delinquente » nell'ambito della sfera del « minore antisociale ». Il che pone ulteriori problemi in relazione all'attuale momento critico dell'attività rieducativa, in una situazione sfumata di gestione mista, fra la competenza dell'autorità giudiziaria e quella politico-amministrativa dei Comuni.

Pertanto i tre punti esaminati confluiscono in un'unica problematica, che dimostra in ogni settore l'esigenza di realizzare la protezione legale del minore, nell'ambito della sua famiglia, mediante una coordinata articolazione di varie componenti, non solo penali, ma anche civili, amministrative e sociali.

Risulta inoltre l'esigenza di considerare i problemi anche a livello clinico, ossia delle singole personalità individuali, evitando di valutare ogni questione soltanto sulla sua dimensione « sociale », nonché di attribuire al « territorio » ed alla partecipazione comunitaria dei cittadini, nella giusta prospettiva di valorizzare le forme di trattamento in libertà, un potenziale « terapeutico » la cui efficacia è ancora da dimostrare, mentre ne è stata ampiamente constatata l'azione emarginante e stigmatizzante.

RESUME

Le système italien de justice pénale prévoit toute une série d'activités visant à réaliser la « protection » du mineur dans le cadre de trois secteurs: le mineur « victime » (de délits), le mineur « antisocial » (délinquant potentiel), le mineur « délinquant » (auteur de délits).

L'analyse de ces trois secteurs permet, en particulier, de mettre en évidence les éléments suivants:

1) En ce qui concerne le *mineur victime*: les problèmes médico-légaux, les problèmes criminologiques, juridiques et sociaux concernant le « mauvais traitement » des enfants dans les familles; l'exigence d'envisager, à ce sujet, des interventions allant au delà de la simple protection « pénale », dans une perspective de coordination entre les prescriptions judiciaires (non seulement pénales) et l'organisation de l'ensemble des « services sociaux ».

2) En ce qui concerne le *mineur antisocial*: la compétence administrative attribuée au Tribunal pour enfants, dans le domaine de la prévention de la délinquance des mineurs, compétence qui actuellement est en train de subir une profonde transformation opérationnelle avec le passage aux structures de service social des Autorités locales (Municipalités) des tâches relatives à l'organisation pratique des interventions visant à la rééducation des mineurs.

3) En ce qui concerne le *mineur délinquant*: les normes légales visant à empêcher que le mineur en dessous d'un certain âge, ayant commis un délit, puisse être considéré un « délinquant »; la tendance à élever cette limite d'âge, avec la « dépenalisation » qui en dérive et la possibilité d'intégration future du secteur actuel du « mineur délinquant » dans celui du « mineur antisocial ». Cela pose des problèmes ultérieurs relativement à la période critique qu'attraverse actuellement l'activité de rééducation, dans une situation indéfinie de gestion mixte, partagée entre la compétence de l'autorité judiciaire et la compétence politique et administrative des Municipalités.

SUMMARY

The Italian penal justice system prescribes activities intended to « protect » minors in three areas: as juvenile « victim » (of offenses), as « antisocial » juvenile (potential offender), and as juvenile « delinquent » (offender).

The analysis of these three areas brings into light especially the following:

1) Regarding the *juvenile victim*: medicolegal, criminological and juridico-social problems related to « ill-treatments » of children in their family; referred to this, the need to consider interventions reaching beyond purely « penal » protection, with a view to coordinate judiciary prescriptions (not only penal) and the organization of all « welfare services ».

2) Regarding the *antisocial juvenile*: the administrative jurisdiction attributed to Juvenile Courts in the field of juvenile delinquency prevention, presently undergoing a deep operative transformation after the practical organization of direct intervention on juvenile reeducation has been turned over to local welfare services (communes).

3) Regarding the *juvenile delinquent*: the legal norms aimed at preventing that up to a certain age a juvenile offender be considered « delinquent »; the tendency to extend that age limit and the ensuing « depenalization », and the future possibility to include the present area of « juvenile delinquents » in the sphere of « antisocial juveniles ». This poses further problems linked with the present critical moment of re-educational activities carried out in an unclear situation of mixed management by judicial authorities and local political administrations.

Therefore, the three points under examination are joined in one single problematic showing the need, in all areas, for legal protection of minors in their family, through coordinated articulation of not only penal, but also civil, administrative and social components.

It further appears necessary to consider the problems also at a clinical level, i.e. according to each individual personality, refraining from evaluating the questions by their «social» dimension only, and from attributing to the «territory» and to citizens' communitarian participation — in a legitimate perspective of giving full value to forms of treatment in freedom — a «therapeutic» potential whose efficiency has yet to be demonstrated, while its marginalizing and stigmatizing impact has been widely established.

RESUMEN

El sistema italiano de justicia penal prescribe actividades dirigidas a la «protección» del menor en el ámbito de tres sectores: el menor «víctima» (de reatos), el menor «antisocial» (potencial autor de reatos), el menor «delincuente» (autor de reatos).

El análisis de estos tres sectores pone de relieve de manera particular lo siguiente:

1) Sobre el *menor víctima*: los problemas médico-legales, criminológicos y jurídico-sociales relacionados con el «maltrato» de los niños en la familia; la exigencia de considerar para dicho fin intervenciones que vayan más allá de la simple protección «penal» en una perspectiva de coordinación entre las prescripciones judiciales (no sólo penales) y la organización del conjunto de «servicios sociales».

2) Sobre el *menor antisocial*: la competencia administrativa atribuida al Tribunal de Menores, en el campo de la prevención de la delincuencia de menores, actualmente sujeta a una profunda transformación operativa con el cambio a las estructuras de servicio social de la autoridad local (Municipalidades) de las tareas relacionadas con la organización práctica de las intervenciones dirigidas a la reeducación de los menores.

3) Sobre el *menor delincuente*: las normas legales tratan de evitar que el menor autor de reato, bajo una cierta edad, pueda ser considerado «delincuente»; la tendencia a elevar dicho nivel de edad con la consiguiente «depenalización» y la posibilidad de la futura inclusión del actual sector del «menor delincuente» en el marco de la esfera del «menor antisocial». Lo cual pone ulteriores problemas en el actual momento crítico de la actividad de reeducación, en una situación de administración mixta de parte de la competencia de la autoridad judicial y aquella político-administrativa de las Municipalidades.

Por lo tanto los tres puntos examinados confluyen en una única problemática que demuestra la exigencia en todo sector de realizar la protección legal del menor en el ámbito de su familia, mediante una coordinada articulación de varios componentes no solamente penales sino también civiles, administrativos y sociales.

Además aflora la exigencia de considerar los problemas también a nivel clínico, es decir de las diferentes personalidades individuales, evitando valorizar toda cuestión solamente bajo su dimensión «social», así como de atribuir al «territorio» y a la participación comunitaria de los ciudadanos, en la justa perspectiva de valorizar las formas de trato durante la libertad, un potencial «terapéutico» cuya eficacia aún queda por demostrar mientras que se ha constatado ampliamente la acción emarginante y estigmatizante.

ZUSAMMENFASSUNG

Das italienische Straf-Justiz-System schreibt Aktivitäten vor, die zum «Schutz» des Minderjährigen im Bereich von drei Sektoren dienen sollen: der Minderjährige «Opfer» (von Verbrechen), der Minderjährige «antisozial» (potentieller Autor von Verbrechen), der Minderjährige «Verbrecher» (Autor von Verbrechen).

Die Analyse dieser drei Sektoren hebt ganz besonders folgendes hervor:

1) *Der Minderjährige als Opfer*: die medizinisch-legalen, kriminologischen und juristisch-sozialen Probleme, welche «Misshandlungen» der Kinder in der Familie betrifft; die Erfordernis diesbezüglich Interventionen in Betracht zu ziehen, die über den einfachen «Straf»-Schutz hinausgehen, in einer Koordinierungs-Perspektive zwischen den gerichtlichen Vorschriften (nicht nur den strafflichen) und der Organisation des Komplexes der «Sozialen Dienste».

2) *Der Minderjährige «antisozial»*: die administrative Kompetenz — im Bereich der Vorbeugung der Jugendverbrechen — des Jugendgerichts ist derzeit Gegenstand einer profunden Transformation durch den Übergang zu den Strukturen des Sozialen Dienstes der örtlichen Autoritäten (Stadtverwaltung) jener Aufgaben, welche die praktische Organisation der direkten Interventionen der Reintegration der Minderjährigen betreffen.

3) *Der Minderjährige Verbrecher*: die gesetzlichen Normen tendieren dorthin, dass der Minderjährige Autor eines Verbrechens, unter einem gewissen Alter als «Verbrecher» angesehen werden kann; die Tendenz dieses Alter anzuheben mit der dementsprechenden «Nicht-Bestrafung» und der Möglichkeit einer zukünftigen Inserierung des aktuellen Sektors des «Minderjährigen Verbrechers» in den Bereich der Sphäre des «Minderjährigen antisozial». Dies bringt andere Probleme mit sich in Anbetracht des derzeitigen kritischen Moments der reintegrativen Aktivitäten, in einer unklaren gemischten Verwaltung, zwischen der Kompetenz der Justiz und jener politisch-administrativen der Stadtverwaltungen.

Diese drei überprüften Punkte fließen in einer einzigen Problematik zusammen, die in jedem Sektor die Erfordernis aufweist, die legale Protektion des Minderjährigen zu realisieren im Bereich seiner Familie, durch eine organisierte Artikulation der verschiedenen Komponenten, nicht nur der strafbaren, sondern auch der zivilen, administrativen und sozialen Komponenten.

Ferner geht daraus die Erfordernis hervor, die Probleme auch auf klinischer Ebene zu betrachten, d.h. der einzelnen individuellen Personalitäten, wobei vermieden werden muss, dass jede Frage nur unter dem Gesichtspunkte «sozial» betrachtet wird, sondern man muss auch dem «Gebiet» und der gemeinschaftlichen Beteiligung der Bürger unter der richtigen. Perspektive, die Behandlungsformen in der Freiheit zu werten, ein potentiell «therapeutisches Mittel» sehen, dessen Wirksamkeit noch zu beweisen ist während auf breiter Ebene seine ausschliessende und stigmatisierende Aktion bewiesen ist.

BIBLIOGRAFIA

ANDRE A., EUGENE, BRAY G.: *Le rôle du médecin légiste*. Actes du Colloque italo-franco-suisse de médecine légale sur «La syndrome des enfants battus» (édition polycopiée). Liège, 6 avril 1979.

BIERMANN G.: *Kindeszüchtigung und Kindesmisshandlung. Eine Dokumentation*. E. Reinhard Verlag, München, 1969.

CANEPA G.: *Il trattamento dei minorenni caratteropatologici in Istituto e la legge* 25 luglio 1956, n. 888. *Medicina Legale e delle Assicurazioni*, 7, 236, 1959.

CANEPA G.: *Sui rapporti fra età evolutiva ed imputabilità*. *Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 19, 325, 1958.

CANEPA G.: *I centri regionali di profilassi criminale*. Quaderni di Criminologia clinica, 8, 53 (numero speciale), 1966.

CANEPA G.: *Personalità e delinquenza*. Giuffrè, Milano, 1974.

CELESTI R., CANALE M., BISTARINI S.: *Il maltrattamento dei bambini. Aspetti medico-legali e sociali*. Istituto di Medicina sociale, Roma, 1978.

- DE FRANCIS V.: *Review of legislation to protect the battered child*. The American Humane Association Children's Division, 1963.
- EMERY J.L.: *The Deprived and Starved Child*. Med. Sci. Law, 18, 138, 1978.
- EUGENE-DAHIN B.: *Enquête auprès des médecins vis-à-vis du secret médical*. Actes du Colloque italo-franco-suisse de médecine légale sur « La syndrome des enfants battus » (édition polycopiée). Liège, 6 avril 1979.
- FERRACUTI F., FONTANESI M., LEGRAMANTE A., ZILLI E.: *La sindrome del bambino maltrattato. Rassegna della letteratura ed esemplificazione clinica*. Quaderni di Criminologia Clinica, 8, 55, 1966.
- FRANCHINI A., INTRONA F.: *Delinquenza minorile*. Cedam, Padova, 1972.
- GATTI U.: *Etat actuel de la rééducation en Italie. Problèmes prioritaires et perspectives de recherche*. Rassegna di Criminologia, 10, 53, 1979.
- GATTI U.: *La rééducation des jeunes en Italie et la nouvelle loi sur la décentralisation des services sociaux*. Rassegna di Criminologia, 10, 61, 1979.
- KEMPE C.H., SILVERMAN E.N., STEELE B.F., DROEGEMUELLER W., SILVER H.K.: *The battered child syndrome*. J.A.M.A., 181, 17, 1962.
- KEMPE C.H.: *The battered child and the hospital*. Hosp. Pract., 4, 44, 1969.
- MERRILL E.J.: *Physical abuse of children. An Agency study*. The American Human Association Children's Division, 1-16, 1962.
- NWAKO F.A.: *The Child Abuse Syndrome in Nigeria*. Med. Sci. Law, 19, 130, 1979.
- PARISOT P., CAUSSADE L.: *Les sévices envers les enfants*. Annales de Médecine légale, 9, 398, 1929.
- RITUCCI A., MAGNI P., PERRONE P.: *Maltrattamenti dei minori (battered child syndrome). Aspetti clinici e medico-legali*. Archivio della Società Lombarda di Medicina legale e delle Assicurazioni, 14, 1, 1978.
- SMITH S.M.: *The battered child syndrome*. Butterworths, London, 1976.
- STRAUSS P., COMPERE R., LIVCHITZ J., PROT D., KAPLAN M.: *L'apport de la radio-pédiatrie au dépistage des enfants maltraités: ses limites*. Ann. Rad., 11, 159, 1968.
- TARDIEU A.: *Etude médico-légale sur les sévices et les mauvais traitements exercés sur les enfants*. Ann. Hyg. Méd. Lég., 13, 361, 1860.
- TATSUNO Y., IJIRI I., FUJITA T., MIZOI J.: *Discussion on the Medico-Legal Autopsy Cases of Battered Child*. Japanese Journal of Legal Medicine, 32, 30, 1978.
- TAUBER E.E., PROSDOCIMI Y., VITRÒ R.: *La sindrome (allargata) del bambino maltrattato nei suoi aspetti medico-sociali, psicologici e giuridici. Parte I: Nosografia*. Not. Soc. It. Ped., 9, 26, 1975. *Parte II: Eziopatogenesi psico-sociale*. Not. Soc. It. Ped., 9, 76, 1975. *Parte III: Aspetti giuridici, terapia e profilassi psico-sociali, bibliografia*. Not. Soc. It. Ped., 9, 134, 1975.
- TAUBER E.E.: *Valutazione dell'atteggiamento della collettività nei confronti dei maltrattatori di bambini. Approccio transculturale*. Minerva Nipitologica, 28, 3, 1978.
- VON MANN G.: *Das schwere problem der Kindesmisshandlung*. Uns. Jugend, 21, 412, 1969.