

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ANNO IX N.2 2015

DIREZIONE

Tullio Bandini - Roberto Catanesi

COMITATO DI CONSULENZA SCIENTIFICA

Consiglio Direttivo
Commissione Scientifica
della Società Italiana di Criminologia

COMITATO DI DIREZIONE

Uberto Gatti
Giovanni Battista Traverso
Giancarlo Nivoli
Luigi Ferrannini
Ernesto Ugo Savona
Ugo Fornari

Francesco Maisto
Adolfo Ceretti
Alessandra Luzzago
Pietrantonio Ricci
Oronzo Greco
Luigi Lanza
Adolfo Francia
Marco Marchetti

COORDINATORE DI REDAZIONE

Oronzo Greco

REDAZIONE

Barbara Gualco
Antonia Valerio

SEGRETERIA

Sez. di Criminologia
e Psichiatria forense - D.I.M.
Università degli Studi di Bari
Tel. 080 5478282 - Fax 080 5478248

AMMINISTRAZIONE

Pensa MultiMedia Editore s.r.l.
Via A.M. Caprioli, 8
73100 Lecce
Tel. 0832-230435
info@pensamultimedia.it
www.pensamultimedia.it

ELENCO REFEREEES

Marcelo Aebi (Losanna)
Bruno Assumma (Napoli)
Anna Costanza Baldry (Napoli)
Cristiano Barbieri (Pavia)
Elisabetta Bertol (Firenze)
Alessandro Bertolino (Bari)
Jutta Birkhoff (Varese)
Giovanni Battista Camerini (Genova)
Stefano Caneppele (Milano)
Felice Carabellese (Bari)
Vincenzo Caretti (Palermo)
Paolo Cattorini (Varese)
Adolfo Ceretti (Milano)
Silvio Ciappi (Siena)
Rosagemma Ciliberti (Genova)
Carlo Cipolli (Bologna)
Anna Coluccia (Siena)
Roberto Cornelli (Milano)
Antonello Crisci (Salerno)
Antonietta Curci (Bari)
Luisella De Cataldo Neuburger (Milano)
Laura De Fazio (Modena)
Paolo De Pasquali (Firenze)
Francesco De Stefano (Genova)

Andrea Di Nicola (Trento)
Stefano Ferracuti (Roma)
Luigi Ferrannini (Genova)
Fabio Ferretti (Siena)
Giovanni Fiandaca (Palermo)
Ugo Fornari (Torino)
Adolfo Francia (Varese)
Roberto Gagliano Candela (Bari)
Ivan Galliani (Modena)
Uberto Gatti (Genova)
Annamaria Giannini (Roma)
Fiorella Giusberti (Bologna)
Marco Grandi (Milano)
Ignazio Grattagliano (Bari)
Oronzo Greco (Lecce)
Barbara Gualco (Firenze)
Liliana Lorettu (Sassari)
Alessandra Luzzago (Pavia)
Adelmo Manna (Foggia)
Maurizio Marasco (Roma)
Marco Marchetti (Campobasso)
Pierpaolo Martucci (Trieste)
Vincenzo Mastronardi (Roma)
Mauro Mauri (Pisa)

Isabella Merzagora (Milano)
Massimo Montisci (Padova)
GianCarlo Nivoli (Sassari)
George Palermo (Nevada)
Paolo Peloso (Genova)
Susanna Pietralunga (Modena)
Roberto Quartesan (Perugia)
Pietrantonio Ricci (Catanzaro)
Carlo Alberto Romano (Brescia)
Gaetana Russo (Messina)
Ugo Sabatello (Roma)
Amedeo Santosuosso (Pavia)
Giuseppe Sartori (Padova)
Tiziana Sartori (Parma)
Ernesto Ugo Savona (Milano)
Gilda Scardaccione (Chieti)
Fabrizio Schifano (Hatfield - UK)
Ignazio Senatore (Napoli)
Orlando Todarello (Bari)
Simona Traverso (Siena)
Alfonso Troisi (Roma)
Alfredo Verde (Genova)
Vittorio Volterra (Bologna)
Georgia Zara (Torino)

CONSIGLIO DIRETTIVO

PRESIDENTE

Isabella Merzagora (Milano)

VICE-PRESIDENTI

Adolfo Ceretti (Milano)
Adolfo Francia (Varese)
Marco Marchetti (Campobasso)

PRESIDENTI ONORARI

Tullio Bandini (Genova)
Francesco Carrieri (Bari)
Uberto Gatti (Genova)
Mario Portigliatti Barbos (Torino)
Ernesto Ugo Savona (Milano)

SEGRETARIO

Alfredo Verde (Genova)

TESORIERE

Barbara Gualco (Firenze)

CONSIGLIERI

Jutta Birkhoff (Varese)
Felice Carabellese (Bari)
Roberto Catanesi (Bari)
Anna Coluccia (Siena)
Laura De Fazio (Modena)
Oronzo Greco (Lecce)
Liliana Loretto (Sassari)
Pietrantonio Ricci (Catanzaro)
Carlo Alberto Romano (Brescia)

REVISORI

Stefano Caneppele (Milano)
Roberto Cornelli (Milano)
Ignazio Grattagliano (Bari)

COMMISSIONE SCIENTIFICA

Presidente

Ivan Galliani (Modena)

Anna Antonietti (Brescia)
Bruno Assumma (Napoli)
Anna Costanza Baldry (Roma)
Cristiano Barbieri (Pavia)
Francesco Bruno (Cosenza)
Antonello Crisci (Salerno)
Andrea Di Nicola (Trento)
Nunzio Di Nunno (Lecce)
Stefano Ferracuti (Roma)
Natale Fusaro (Roma)
Annamaria Giannini (Roma)
Valeria La Via (Milano)
Maurizio Marasco (Roma)
Gemma Marotta (Roma)
Pierpaolo Martucci (Trieste)
Vincenzo Mastronardi (Roma)
Lorenzo Natali (Milano)
Giancarlo Nivoli (Sassari)
Rolando Paterniti (Firenze)
Susanna Pietralunga (Modena)
Luisa Ravagnani (Brescia)
Regina Rensi (Firenze)
Gabriele Rocca (Genova)
Gaetana Russo (Messina)
Tiziana Sartori (Parma)
Ermenegilda Scardaccione (Chieti)
Guido Travaini (Milano)
Giovanni Battista Traverso (Siena)
Georgia Zara (Torino)

SOMMARIO

- 84 Il vizio di mente tra prospettive neuroscientifiche e giudizi di responsabilità penale
Marta Bertolino
- 99 L'imputabilità ai tempi di Epimèteo
Marco Marchetti, Francesca Baralla
- 108 Ragionamento giuridico e ragionamento forense: tra convenzioni ed evidenze
Ugo Fornari
- 116 Il reo narra il suo delitto: idee per una criminologia narrativa aperta alla complessità
Adolfo Francia, Alfredo Verde
- 127 I mutamenti organizzativi dei dipartimenti di salute mentale per la presa in carico dei pazienti autori di reato
Pietro Ciliberti, Francesco Scapati, Gianfranco Nuvoli, Silvia Oldrati, Luigi Ferrannini
- 136 Misura di sicurezza per pazienti psichiatrici autori di reato: uso e abuso
Franco Scarpa
- 142 R-FACT: un modello statunitense di trattamento comunitario del malato di mente autore di reato pericoloso.
È possibile l'applicazione in Italia?
Simona Traverso, Giovanni Battista Traverso, J. Steven Lamberti, Robert L. Weisman, Richard J. Ciccone
- 148 La matrice clinica – normativa della Comunità Forense "Gonzaga" di Castiglione delle Stiviere nella presa in carico dei pazienti "liberi vigilati"
Gianfranco Rivellini, Luca Castelletti, Giuseppe Lucchini, Antonio Lasalvia
- 156 Comportamento violento in una coorte di pazienti psichiatrici: fattori psico-sociali, protettivi e di rischio
Felice Carabellese, Chiara Candelli, Donatella La Tegola, Rossella Buzzerio, Domenico Martinelli, Roberto Catanesi

RASSEGNA ITALIANA DI CRIMINOLOGIA

ABBONAMENTI

Enti: Italia € 80,00 - Estero € 120,00
Privati: Italia € 70,00 - Estero € 110,00
Soci SIC: Italia € 55,00 - Estero € 85,00
Singolo fascicolo € 25,00

Per i fascicoli arretrati sono validi i prezzi dell'anno corrente

Le richieste d'abbonamento vanno indirizzate a:

Licosa S.p.A. - Signora Laura Mori
Via Duca di Calabria, 1/1 - 50125 Firenze
Tel. +055 6483201 - Fax +055 641257

La rivista può essere acquistata nella sezione
e-commerce del sito www.pensamultimedia.it
ed è consultabile in rete all'indirizzo web
www.rassegnaitalianadicriminologia.it

Le richieste per inserzioni pubblicitarie vanno indirizzate a
Pensa MultiMedia Editore s.r.l.
Via A.M. Caprioli, n. 8 - 73100 Lecce - Tel. 0832 230435
e-mail: info@pensamultimedia.it - www.pensamultimedia.it

Stampa e grafica di copertina
Gioffreda per Pensa MultiMedia
Impaginazione ed editing Pensa MultiMedia

© Copyright Pensa MultiMedia Editore s.r.l.

È vietata la riproduzione, anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata
compresa la fotocopia, anche a uso interno o didattico, non autorizzata

Pensa MultiMedia s.r.l.
C.C.I.A. 241468

Iscritta al Registro degli Operatori di Comunicazione al n. 11735
Registrazione presso il Tribunale di Milano n. 522

Finito di stampare
nel mese di giugno 2015

SUMMARY

- 84 The insanity defense between neurological evidences and assessments of criminal responsibility
Marta Bertolino
- 99 The diminished responsibility at the Epimetheus' time
Marco Marchetti, Francesca Baralla
- 108 Legal and forensic reasoning, between evident and conventional data
Ugo Fornari
- 116 The offender narrates his crime: thoughts for a narrative criminology open to complexity
Adolfo Francia, Alfredo Verde
- 127 The organizational changes of mental health departments for taking care of patients of crime authors
Pietro Ciliberti, Francesco Scapati, Gianfranco Nuvoli, Silvia Oldrati, Luigi Ferrannini
- 136 Provisional security measure for not guilty by reason of insanity: use and abuse
Franco Scarpa
- 142 R-Fact: an USA model program for community care of the dangerously insane. Is it possible its implementation in Italy?
Simona Traverso, Giovanni Battista Traverso, J. Steven Lamberti, Robert I. Weisman, Richard J. Ciccone
- 148 The legal and clinical framework of the secure residency "Gonzaga" in the engagement process of forensic patients in probation
Gianfranco Rivellini, Luca Castelletti, Giuseppe Lucchini, Antonio Lasalvia
- 156 Violent behavior in a cohort of psychiatric patients: psycho-social risk and protective factors
Felice Carabellese, Chiara Candelli, Donatella La Tegola, Rossella Buzzerio, Domenico Martinelli, Roberto Catanesi

Il vizio di mente tra prospettive neuroscientifiche e giudizi di responsabilità penale

The insanity defense between neurological evidences and assessments of criminal responsibility

Marta Bertolino

Abstract

The assessment of criminal responsibility is today more difficult for the presence of a large notion of mental illness and for the neurological findings, that portray our choices as predetermined. For criminal scholars, philosophers, forensic psychologists and psychiatrists the questions are: Do these recent results in neurosciences undermine the assumptions about free will that drive criminal law? Do these recent scientific developments change the insanity defense and the judgments of dangerousness?

Key words: Criminal responsibility • free will • neurosciences • mental illness • psychopathy

Riassunto

Nel giudizio di imputabilità per vizio di mente esiste attualmente una profonda divaricazione. Il consolidarsi di un'ampia nozione di infermità mentale, in grado di ricomprendere anche i disturbi di personalità, ha reso ancora più incerto l'accertamento delle condizioni di capacità di intendere e di volere dell'imputato al momento del fatto. In breve, se i contorni dell'infermità sembrano oggi sufficientemente precisi, quelli della capacità di intendere e di volere, su cui si basa il giudizio di responsabilità penale, appaiono sempre più incerti e indeterminati. A creare questa situazione hanno contribuito anche le neuroscienze, il cui sapere esperto è risultato fino ad ora in grado di 'fotografare' la patologicità strutturale e funzionale del cervello ma non quella della mente.

Parole chiave: responsabilità penale • libertà del volere • neuroscienze • malattia mentale • psicopatia

Per corrispondenza: Bertolino Marta • *e-mail*: marta.bertolino@unicatt.it

BERTOLINO Marta, professore ordinario di diritto penale, Università Cattolica S. Cuore, Milano.

1. Alcune preliminari considerazione metodologiche

Che le leggi non possano sottrarsi alla verifica della loro tenuta empirica è la stessa Corte costituzionale a riconoscerlo, allorché chiarisce che il dichiarare infondata la questione di costituzionalità degli artt. 94 e 95 cod. pen. non significa voler certo escludere che il riscontro di costituzionalità si possa e si debba compiere, anche quando la scelta legislativa si palesi in contrasto “con quelli che dovrebbero essere i sicuri riferimenti scientifici ...”¹. Soprattutto nella materia del diritto penale – prosegue la Consulta – questo riscontro “deve essere compiuto con particolare rigore, per le conseguenze che ne discendono sia per la libertà dei singoli che per la tutela della collettività”.

Poste queste premesse, è ancora il giudice delle leggi a stabilire che “tuttavia, perché si possa pervenire ad una declaratoria di illegittimità costituzionale occorre che i dati sui quali la legge riposa siano incontrovertibilmente erranei o raggiungano un tale livello di indeterminazione da non consentire in alcun modo una interpretazione ed una applicazione razionali da parte dei giudici”.

Nella prospettiva che qui interessa, possiamo attualmente sostenere la incontrovertibile erroneità o la indeterminazione, che impedisce interpretazioni e applicazioni razionali da parte del giudice, delle discipline penalistiche della colpevolezza e dell'imputabilità alla stregua degli ultimi dati esperti che provengono dalle neuroscienze? In breve, la irragionevolezza di tali discipline?

A questa domanda un autorevole e noto penalista tedesco, Winfried Hassemer, risponde negativamente e lo fa proprio avendo ben presente gli apporti neuroscientifici, che hanno riproposto la antica questione della tenuta scientifica del postulato della libertà del volere dell'uomo (Hassemer, 2012; Grandi, 2014; Fornari, 2012). Anzi, sul punto gli studiosi del diritto penale, ma anche i filosofi del diritto, si sono sentiti in qualche modo costretti dalle moderne ricerche sul funzionamento del cervello a cercare nuove risposte alle domande sulla capacità di autodeterminazione dell'uomo e a ipotizzare, una volta fosse negata tale capacità, un diritto penale della pericolosità, della sicurezza al posto di quello della colpevolezza, della imputabilità (Lüderssen, 2006).

Ai fini della presente relazione non serve tanto affrontare tale questione, che peraltro richiederebbe ben altra sede, quanto piuttosto ricordare con le parole di Hassemer che la “giustizia penale deve assolvere compiti che non può rinviare ... Non può sospendere le sue decisioni in attesa dei risultati conclusivi del dibattito intorno al libero arbitrio, che può durare decenni o secoli; in altri termini non

può accettare come valido il determinismo. Durante la settimana i giudici e i pubblici ministeri devono applicare il principio di colpevolezza, e solo nel fine settimana potranno semmai formulare veementi difese del determinismo” (Hassemer, 2012; Violini, 1998)².

Quanto queste difese, pur veementi, possano essere fondate, anche tenendo conto dei contributi più moderni offerti dalle neuroscienze, non è ancora possibile stabilire. Insomma, facendo proprio il pensiero dei giudici della Consulta, il dato della capacità di autodeterminazione dell'individuo sul quale il diritto penale riposa non ha ancora incontrato una scientificamente incontrovertibile smentita, né può essere considerato così impreciso e indeterminato da impedire interpretazioni e applicazioni razionali (Fornari, 2012)³. E da questa conclusione nemmeno il dibattito neuroscientifico può allontanare il penalista, che può sì farsi tentare da alcune voci di questo dibattito, come da “un canto delle sirene” (Hassemer, 2012; Feijoo Sánchez, 2012)⁴, ma da esso non deve farsi sedurre.

Non deve cedere a questo richiamo anche per ragioni metodologiche, che attengono al rapporto fra la disciplina penale e le altre discipline c.d. scientifiche. Sotto questo punto di vista non si è mancato di osservare come la competenza a pronunciarsi sulla libertà del volere non sia esclusiva delle scienze neurobiologiche che la negano. La libertà del volere è oggetto di studio di molte altre discipline, alcune delle quali, come il diritto penale, la pongono al centro della responsabilità. Dunque, nell'ottica di un'autonomia disciplinare, si conclude che non spetta certo alle scienze empiriche dire l'ultima parola su tale argomento: pensare il contrario sarebbe frutto di un “errore categoriale”, in cui incorrono da una parte gli scienziati che escludono di poter riconoscere nell'uomo la capacità di autodeterminazione e

1 Corte Cost. 16-4-1998, n. 114.

2 Nel commentare la sentenza della Corte cost. n. 114/1998, cit., a proposito delle controversie che si sviluppano nell'ambito della scienza, Violini osserva che, “prima di mettere mano alla definizione normativa” della controversia, “sarebbe opportuno attendere la soluzione di essa”.

3 “Con specifico riferimento alle discipline “psicoforensi” (psichiatria forense, psicologia giudiziaria e criminologia clinica), imputabilità, capacità e responsabilità sono date come postulati – allo stato – irrinunciabili (principio giuridico)”.

4 “La libertad de la que ablamos los juristas es una creación social con la que no se puede trabajar en un laboratorio. Nos es culpa nuestra – ni, en realidad, nuestro problema – si los neurocientíficos no pueden observar con sus experimentos esta realidad social o “construcción social dependiente de la cultura” o “institución social” derivada de discursos de atribución y que tiene su origen en la interacción humana (la intersubjetividad). Tampoco nos debe afectar que ciertos neurocientíficos sólo tengan en cuenta la realidad con la que pueden trabajar en sus laboratorios”.

di responsabilità, dall'altra i penalisti che sono convinti che i primi abbiano ragione e che quindi occorra rivedere dalle sue fondamenta il sistema penale (Hassemer, 2012; Straticò, 2013)⁵. L'errore consisterebbe proprio nel non rispettare il principio, secondo il quale ciascuna scienza deve occuparsi solamente di ciò che le è accessibile con gli strumenti che le competono e può fornire una risposta "unicamente là dove i suoi metodi di indagine consentono di porre una domanda a cui corrisponde una risposta sul piano categoriale" (Hassemer, 2012); la definizione di questi metodi dipende da ciò che è l'oggetto formale della ricerca. Se una disciplina scientifica si muove invece al di fuori di ciò che le è accessibile, confonde le cose e le categorie e crea il caos, in particolare se a farlo è una scienza che gode di prestigio e di potere, come attualmente quella neuroscientifica.

Con riferimento al problema della libertà del volere dell'uomo, per non incorrere nell'errore categoriale non sarebbe necessario negare la competenza delle diverse discipline, quanto piuttosto occuparsi della libertà e della responsabilità nei limiti delle competenze proprie di ciascuna disciplina, con la conseguenza di concetti diversi di libertà e di responsabilità a seconda della prospettiva, psicoanalitica, teologica, della psicologia cognitiva, da cui si muove. Tuttavia, le scienze empiriche sono incorse in questo errore, quando hanno voluto occuparsi in maniera esclusiva di un oggetto, la libertà del volere, con i propri strumenti di indagine a tal fine inadeguati, per una sorta di egemonia scientifica che invece non ha ragione di esistere e che ha portato a dubitare che altre discipline siano in grado di sviluppare un concetto di libertà e di rispondere scientificamente alla domanda se esista o meno questa libertà. L'errore fondamentale delle scienze empiriche sarebbe stato dunque quello di non riconoscere che non c'è un concetto generale di libertà del volere, comune a tutte le scienze.

Seguendo questa prospettiva, si può allora affermare che esiste una libertà del volere sulla quale è possibile fondare il principio della responsabilità penale e che tale principio è talmente radicato da non poter ad esso rinunciare per il rispetto dovuto alla dignità della persona. Non accettare siffatta impostazione significherebbe infatti disconoscere l'autore del reato come persona e come membro della società (Fejoo Sánchez, 2012)⁶, dato che nel diritto penale la dignità dell'individuo trova riconoscimento solo in un'imputazione del fatto illecito soggettivamente orientata, nel

senso di imputazione che, presupponendo la colpevolezza del fatto, ne è ancora la rimproverabilità all'imputabilità dell'autore (Sánchez Lázaro, 2013)⁷. Ma, ai fini di quest'ultima, la disciplina del codice penale non pretende l'accertamento della libertà, quanto piuttosto la verifica dell'assenza di condizioni di inimputabilità (Hassemer, 2012)⁸ con l'aiuto del sapere scientifico. In breve, non è tanto il postulato della libertà del volere quanto piuttosto sono le cause di esclusione dell'imputabilità che riflettono la cultura della attribuzione della responsabilità nel diritto penale così come essa viene vissuta nella vita quotidiana: queste cause "decidono quale siano gli stati soggettivi, conoscibili e accertabili nel processo penale, che sono sufficienti ad escludere la responsabilità" (Hassemer, 2012).

La prospettiva della dignità umana sembra dunque maggiormente in grado di assicurare una responsabilità penale in armonia con il postulato della libertà del volere. Essa è stata di recente sostenuta anche dalla diversa angolatura di una soluzione conciliativa, teorizzata dalla dottrina penalistica del c.d. compatibilismo umanista. Questo approccio non ritiene di poter risolvere la questione della libertà dell'uomo che delinque come fondamento della punizione in nome – come si è visto – dell'autonomia metodologica e di oggetto delle diverse discipline (Demetrio Crespo, 2013) ovvero – come altra dottrina ancora afferma – optando per il modello alternativo del diritto penale della pericolosità sociale. Dal punto di vista della soluzione conciliativa, peraltro, nemmeno l'indeterminismo liberalista né il neurodeterminismo organicista più o meno debole sembrano attualmente in grado di offrire soluzioni al problema; anzi, entrambi i modelli risulterebbero sbarrare la strada a qualsiasi collaborazione fra neuroscienze e diritto penale, che invece solo la soluzione conciliativa sembrerebbe assicurare. Essa infatti sostiene la necessità di cercare fra scienze empiriche e diritto in particolare penale un intendimento, una compatibilità di tipo umanista, nel senso di un accordo sulla dignità dell'uomo, indipendente dal postulato del libero arbitrio come fondamento della punizione. Si tratta, dunque, di un modello moderato che, pur postulando il determinismo delle neuroscienze, non rinuncia alle garanzie del moderno diritto penale a favore di quello del nemico, della pura pericolosità sociale (Chiesa, 2011)⁹. Conseguenze del

5 Hassemer parla di un peccato mortale di cui sia gli uni che gli altri si macchierebbero. Straticò afferma che "... rimane comunque ineludibile ed ineliminabile il fatto che il libero arbitrio è un concetto filosofico la cui definizione rientra nel campo delle scienze umane".

6 Ciò che deve importare al diritto penale della colpevolezza non è se l'essere umano sia determinato o meno, quanto piuttosto la dimensione comunicativa del comportamento dell'uomo in quanto cittadino. Si potrebbe prescindere dalla colpevolezza solo "si los neurocientíficos llegan a transformar radicalmente nuestro concepto de ciudadanía en una democracia deliberativa". Solo dunque se le neuroscienze riusciranno ad attuare anche un cambiamento radicale della configurazione normativa della società e dei suoi principi potranno sperare di modificare completamente il concetto giuridico-penale di colpevolezza.

7 In questi termini "el principio de culpabilidad se presta a una comprensión como mandato de observar, en la mayor medida posible, el principio de dignidad en el juicio de culpabilidad".

8 Hassemer chiarisce ancora come si tratti di un giudizio doppiamente negativo e non positivo di accertamento della libertà di determinazione e come in una prospettiva sistematica logico-formale i due giudizi non sembrano differenziarsi. Diversamente per la prassi giudiziale, che deve muoversi all'interno di un panorama di conoscenze accessibili e di prove che richiedono accertamenti solamente nella misura in cui essi siano categorialmente compatibili con la possibilità di conoscenza dell'uomo, come lo sono quelli in materia di cause di esclusione della colpevolezza-imputabilità.

9 Fra opzioni agnostiche (che ammettono l'incompatibilità del determinismo con la legge penale, ma poi sorprendentemente si dichiarano agnostici a proposito della verità del determinismo), compatibiliste (per le quali il tipo di libertà del volere necessario per la responsabilità penale non è in contrasto con il determini-

compatibilismo umanista, che prospetta quindi una concezione permeabile della scienza penale, sarebbero in primo luogo la possibilità di un ampliamento delle cause di inimputabilità e di semimputabilità e in secondo luogo un sistema che, anche se adotta soluzioni alternative alla punizione tradizionale, rispetta le garanzie fondamentali dello Stato di diritto (Pauen, 2012)¹⁰.

2. Il diritto penale fra autonomia e integrazione

Ebbene, nel panorama attuale del dibattito sulle neuroscienze, in particolare cognitive, questa indicazione di un diritto penale che non si chiude al sapere empirico che appare minare le sue fondamenta mi sembra da accogliere, perché appare la più proficua anche sul fronte della disciplina penale dell'imputabilità (Corda, 2012; Borsari, 2014)¹¹. Accedere a

smo), di incompatibilismo forte (la libertà del volere, come per il libertarismo, è incompatibile con un determinismo causale ma, diversamente dal libertarismo, anche con l'indeterminismo), libertarie (o di libertarismo nel senso di intrinseco indeterminismo), preferisce un sistema penale che, postulando la non libertà del reo, cerca valide alternative alla detenzione, che rappresentino metodi socialmente più utili e più umani di controllo sociale. Alla fine, il sistema migliore per uscire dal labirinto della questione della libertà sarebbe quello di assumere che sia il determinismo che l'indeterminismo sono incompatibili con il tipo di libertà che sta al fondo del nostro sistema di giustizia penale e della dottrina penale. Ma, accettando l'idea della mancanza della libertà del volere, non è detto che si vada verso un diritto penale peggiore di quello attuale, quanto piuttosto verso un diritto penale sì della pericolosità ma economicamente più efficiente e nello stesso tempo più umano, perché si fonda sul trattamento e sulla riabilitazione. La soluzione al problema della libertà del volere è quindi quella incompatibilista. Nessuno, infatti, precisa ancora l'A., ha dimostrato che la libertà del volere è compatibile o incompatibile con la verità del determinismo causale, e, questo, è uno stallo dialettico di fronte al quale dobbiamo decidere se insistere sulla libertà del volere o abbandonarla, domandandoci se l'assumere che abbiamo la libertà del volere sia normativamente più o meno appetibile dell'assumere la non libertà. Vi sarebbero buone ragioni per ritenere che la soluzione normativamente più percorribile sia quella di un incompatibilismo di determinismo e indeterminismo con il tipo di libertà alla base del nostro sistema penale. Con la conseguenza di un sistema migliore rispetto a quello attuale, che si fonda su un postulato di libertà che implica giudizi di rimprovero e di approvazione.

- 10 Per una posizione compatibilista da una angolatura più filosofica così conclude: "Giustificate sono solo quelle pene che sono efficaci e raggiungono i loro destinatari. Il principio di colpevolezza può servire ad entrambi gli scopi, poiché indirizza affinché solamente coloro che hanno effettivamente commesso un reato siano puniti e che lo siano solo se avessero potuto agire diversamente da come hanno agito". E finché vi sarà la necessità di punire "i concetti di libertà e di colpevolezza offrono un valido fondamento per una pena efficace e destinata esclusivamente a coloro che l'hanno "guadagnata" per la violazione di una norma imputabile al soggetto".
- 11 Corda mette in guardia contro "tentazioni 'isolazioniste'", che si oppongono "all'utilizzo di studi di carattere empirico e, più in generale, di carattere extra-giuridico nel campo del diritto penale".

quest'ordine di idee significa optare per un diritto penale fedele al postulato della responsabilità penale come responsabilità per fatto proprio e colpevole, anche quando questo postulato risulti vacillare sotto i colpi di un sapere, come quello neuroscientifico, che, veicolato nel processo penale dalla prova scientifica, sembra capace di dimostrare empiricamente il determinismo dell'uomo per la natura organico-cerebrale della infermità di mente. In questo contesto, la "collaborazione fra diritto penale e neuroscienze si traduce nell'apporto che queste ultime possono dare non tanto per facili e attraenti semplificazioni quanto piuttosto per gettare un raggio di luce su una realtà complessa e sfaccettata" (Pustilnik, 2009; Morse, 2010; Atiq, 2013)¹².

Le linee guida di questa collaborazione – come è ampiamente noto – sono state fissate dalla giurisprudenza americana, che per prima si è occupata della questione sul se e come ammettere il sapere esperto nel processo penale (Stella, 2003). Se al primo interrogativo la risposta è stata pronta e affermativa, il secondo ne aspetta ancora una definitiva, dato che i famosi criteri *Daubert* sono alla fine risultati insufficienti ad adempiere allo scopo per il quale erano stati introdotti di aiutare il giudice a che la c.d. scienza spazatura non entri nel processo penale. E il progredire delle scienze, come emblematicamente dimostra la vicenda che a noi interessa delle neuroscienze nel processo penale, ha acuito e complicato la questione del peso da riconoscere alla prova scientifica ai fini della decisione giudiziale.

Nella giurisprudenza italiana questa consapevolezza emerge in alcune sentenze della Cassazione, dove il c.d. *Daubert test* è stato sì recepito, ma ci si è resi conto che esso "costituisce in realtà un problema per la stessa pratica forense comunemente accettata" (Garbolino, 2014; Faigman, 2013; Haack, 2006)¹³. Così, in una nota decisione del 2010, affini-

- 12 In particolare, se – come studi empirici americani avrebbero evidenziato – concezioni della libertà del volere fortemente libertaristiche o metafisiche comporterebbero visioni distorte del comportamento criminale, nel senso che ignorano o comunque sottovalutano il ruolo di fattori criminogenetici, come disadattamento sociale, patologie mentali o genetiche, le neuroscienze potrebbero svolgere un ruolo importante nel fare luce su questi fattori. Una volta infatti emersi, tali fattori non potrebbero più essere ignorati dai giudici, la cui convinzione nella libertà del volere li renderebbe più propensi ad infliggere severe condanne. Le neuroscienze potrebbero quindi contribuire a mitigare la severità della giustizia penale, favorendo sentenze più attente alle particolari condizioni dell'autore del reato. Atiq precisa anche come altri studi avrebbero indicato che, "nonostante i deterministi siano propensi a pene meno gravi, essi non rinunciano alla punizione, perché continuano a credere nella responsabilità morale".

- 13 E, infatti, come osserva Faigman, il test di validità offerto dalla sentenza *Daubert* porrebbe a carico dei giudici del processo l'onere di comprendere i principi base della statistica e i metodi della ricerca scientifica. Solo quando ciò avverrà, si potrà ritenere completamente realizzata la rivoluzione della sentenza *Daubert*. Per Haack: "Insegnare ai giudici ad andare forte in genetica, epidemiologia, tossicologia o quant'altro – per non parlare di mantenerli a tale livello – non è davvero fattibile ... Deve essere possibile, comunque, dare ai giudici gli elementi della teoria delle probabilità, dare loro il senso di come i campioni possano essere trattati scorrettamente o di come questo

ché il giudice sia “effettivamente, nel senso più alto, *peritus peritorum*: custode e garante della scientificità della conoscenza fattuale espressa dal processo”¹⁴, la Cassazione ritiene necessario affiancare ai requisiti *Daubert* della controllabilità empirica delle teorie e delle ipotesi invocate attraverso la verificabilità e la falsificabilità, della sottoposizione al controllo della comunità scientifica, della menzione esplicita della probabilità di errore e del consenso generalizzato della comunità scientifica, quelli dell’affidabilità e della indipendenza dell’esperto, della considerazione delle finalità per le quali si muove, della possibilità di formulare criteri di scelta tra le contrapposte tesi scientifiche (Tonini, 2011).

Del resto, già da alcune correnti della epistemologia della scienza era emersa la denuncia circa la insufficienza, se non addirittura la stessa inaffidabilità, della *Daubert Rule*, allorché si è fatto notare che la Corte di *Daubert*, nel tentativo di rintracciare una metodologia scientifica capace di garantire, se rispettata, risultati affidabili, “si è collocata su un instabile amalgama degli approcci molto diversi di Popper e Hempel, nessuno dei quali, tuttavia, è in grado di soddisfare la richiesta” (Haack, 2006; Haack, 2010)¹⁵. In breve, “la filosofia della scienza della corte di *Daubert* è confusa”, né le decisioni successive della Corte suprema, *Joiner* e *Kumho*, avrebbero chiarito le cose (Haack, 2006)¹⁶. Forse una ragione di tale confusione potrebbe essere rintracciata nel fatto che questa “epistemologia giudiziaria”, in realtà, sarebbe stata elaborata dalle Corti americane con il principale obiettivo di mettere in grado i giudici di affrontare i casi (Faigman, 2013), in cui la giustizia penale si confronta con “verità fattuali – verità fattuali che, sempre più spesso, le corti possono scoprire solo affidandosi alla scienza” (Haack, 2006).

Ma la debolezza della epistemologia delle Corti ameri-

o quel tipo di errore può essere compiuto in laboratorio ... Più in generale, sembra utile e fattibile provare a far sì che i giudici comprendano quelle idee scientifiche più comunemente usate che essi verosimilmente incontreranno più di frequente ...”. Affermazioni ancor più da condividere se si pensa alle recenti vicende processuali relative all’omicidio di Chiara Poggi, imputato Alberto Stasi, avvenuto a Garlasco e a quello di Meredith Kercher, imputati Amanda Knox e Raffaele Sollecito, avvenuto a Perugia. In entrambe le vicende la Cassazione (Cass. 31-10-2013, CED 258321, imp. Stasi; Cass. 18-6-2013, CED 255677, imp. Knox, Sollecito) annulla la decisione di secondo grado anche per errori in tema di espletamento e valutazione probatoria delle prove scientifiche.

14 Cass. 13-12-2010, sentenza Cozzini, reperibile in www.ipsoa.it/dirittopenaleeprocesso.

15 Questa combinazione delle tesi verificazioniste, della conferma, di Hempel, con quelle falsificazioniste, della smentita, di Popper avrebbe generato “un serio malinteso sul ruolo delle scienze nella ricerca in generale, rivelato dall’identificazione operata dalla corte fra “scientifico” e “affidabile”.

16 Osserva che “non tutti e non solo gli scienziati sono ricercatori affidabili, e non tutte e non solo le prove scientifiche sono affidabili. E neppure c’è un “metodo scientifico” nel senso assoluto della corte: non c’è un unico modo razionale di inferire o una procedura di ricerca usata da tutti gli scienziati e solo dagli scienziati”. Non solo, ma la valutazione di “non scientifico”, precisa ulteriormente l’A., implicherebbe “una critica epistemica tanto generica quanto è generico un apprezzamento epistemico quale “scientifico”.

cane emerge anche se si considera che, diversamente dall’opinione comune, la *Daubert Rule* rappresenterebbe in vero una liberalizzazione dello standard di ammissibilità della prova scientifica rispetto alla regola *Frye*, fino ad allora in vigore, della generale accettazione della teoria da parte della comunità scientifica. La Corte *Daubert*, come evidenziato da una parte della dottrina americana, avrebbe infatti indicato una serie di fattori non esaustivi che possono essere presi in considerazione dal giudice per accertare la validità scientifica del parere esperto. Questi fattori, però, non solo non avrebbero lo scopo di rendere più rigoroso il giudizio sulla *scientific evidence*, ma non sarebbero da considerare né definitivi né un test di ammissibilità. Essi dovrebbero semplicemente orientare per un’indagine sui principi e sulla metodologia e non sulle conclusioni. In estrema sintesi, occorrerebbe abbandonare la visione mitologica e divenuta popolare che la *Daubert Rule* abbia trasformato il giudice nel ruolo di controllore, di *gatekeeper* della prova esperta, in grado di escludere dal processo la c.d. scienza spazzatura, la *junk science*. Anzi, la Corte avrebbe fallito nel compito di delineare un chiaro standard di accettazione della prova in quanto scientifica (Berman et al., 2012)¹⁷. Insomma, il panorama giudiziale americano post *Daubert* “sarebbe stato contaminato da decisioni sull’ammissibilità dei pareri esperti inconsistenti e carenti sotto il profilo delle argomentazioni”. Il risultato finale sarebbe un regime della prova esperta, i cui criteri “sono difficili da prevedere, essi variano da corte a corte, da giudice a giudice, in cui è possibile escludere pareri che meriterebbero di essere presentati alla giuria e ammetterne invece altri che non lo meriterebbero” (Berman et al., 2012).

Il discorso non sembra cambiare anche quando la prova esperta è quella neuroscientifica, come emblematicamente emerge già dal titolo di un articolo americano relativamente recente: *The Disparate Treatment of Neuroscience Expert Testimony in Criminal Litigation* (Wagenheim, 2012)¹⁸. Approcci giudiziali alla prova neuroscientifica divergenti e in contraddizione fra loro deriverebbero proprio dai problemi aperti dalla sentenza *Daubert* e dalla sua progenie e rimasti irrisolti. Una divergenza che dovrebbe essere vista come conseguenza della confusione generata dalla natura flessibile dei fattori *Daubert*, che lascia alla discrezionalità non vincolata del giudice la decisione se optare per uno o per tutti quei fattori. Un’applicazione dunque non uniforme e imprevedibile dei criteri di ammissibilità anche dei pareri esperti neuroscientifici, accentuata dal fatto che per l’applicabilità di tali criteri sarebbe necessario avere giudici dotati di un bagaglio di conoscenze tale da consentire loro di

17 Gli Autori sottolineano come nella sentenza *Daubert* non viene mai usata l’espressione “junk science”, mentre la parola “gatekeeper” compare solo tre volte e non significativamente nella decisione.

18 L’A. riporta anche i risultati di una ricerca, dai quali risulterebbe la notevole disparità sul modo di percepire e di applicare i criteri *Daubert* da parte dei giudici americani. In particolare, dallo studio sarebbe emerso che il 32% dei magistrati intervistati crede che questi criteri abbiano innalzato gli standard di valutazione delle prove scientifiche, mentre il 23% ritiene esattamente il contrario. Il 36% poi dichiara invece che nulla è cambiato e il rimanente 11% afferma di non essere ancora in grado di stabilire quale sia stato l’impatto della sentenza *Daubert*.

comprendere complesse nozioni scientifiche, che possono andare al di là delle loro capacità. “Costringere i giudici a navigare fra dati neurologici complessi, non famigliari al fine di decidere se ammetterli comporta solamente una varietà di applicazione della regola *Daubert*, poiché molti giudici non possiedono il necessario retroterra culturale o idonea formazione in questo campo” (Wagenheim, 2012). Con la conseguenza negativa di una diffidenza da parte dei giudici, che non comprendono la scienza, nei confronti dei tentativi, in particolare degli avvocati, di introdurre nel processo le prove neuroscientifiche. Per la dottrina che denuncia le carenze *Daubert*, solo la predisposizione di una griglia definitiva e non flessibile di standard di valutazione della prova scientifica in generale e di quella neuroscientifica in particolare potrebbe quindi garantire la restaurazione di una disciplina probatoria certa, perché prevedibile e giusta (Wagenheim, 2012).

3. La prova neuroscientifica nella giurisprudenza italiana

Tuttavia, anche nella giurisprudenza italiana la sentenza *Daubert* è stata invocata, ora per riconoscere ora per escludere forza probatoria alla spiegazione neuroscientifica. Nel primo senso, come noto, le famose sentenze della Corte d'assise d'appello di Trieste e del Tribunale di Como in tema di imputabilità. Da ricordare anche la decisione del Tribunale di Cremona per la valutazione della prova dichiarativa, in questo caso si trattava della testimonianza della persona offesa. Nel secondo senso sentenze meno note.

Quanto alle decisioni di apertura al sapere neuroscientifico, ai fini che qui interessano basta ricordare come nel caso di Trieste l'appellarsi alla vulnerabilità genetica dell'imputato ha consentito al giudice di vincere la guerra degli esperti, optando per la seminfermità di mente e per la riduzione della pena nella misura massima. Questa soluzione è sembrata al giudicante la più convincente anche alla luce delle “indagini genetiche, alla ricerca di polimorfismi genetici significativi per modulare le reazioni a variabili ambientali...”¹⁹. Più chiaramente, si trattava di studi di genetica comportamentale, che hanno evidenziato come la presenza nell'individuo di certi polimorfismi genetici aumenterebbe in modo significativo il rischio di comportamenti anormali e violenti in concomitanza di situazioni ambientali sfavorevoli.

Se la decisione di Trieste è stata accolta con favore, inaugurando “nel nostro paese l'ingresso ufficiale delle Neuroscienze nel processo penale ed un diverso approccio alla valutazione del comportamento umano” e percorrendo “una strada che sembra oggi obbligata per la giustizia” (Forza, 2010)²⁰, tale decisione ha incontrato anche delle critiche. Queste ultime si sono appuntate sul fatto che il giu-

dice si sarebbe lasciato sedurre dal fascino della oggettività della dimostrazione neurogenetica, sembrando implicitamente riconoscere un valore rifondativo delle neuroscienze sul diritto. Insomma, al magistrato si rimprovera di aver “finito col licenziare una sentenza appiattita su un reperto di genetica” (Straticò, 2012), frutto di un errore psicolegale, in cui incorrono coloro che sono colpiti dalla *Brain Overclaimed Syndrome* (Morse, 2006; Morse, 2011). Dubbi sono stati espressi anche sulla tenuta scientifica del riconoscimento, che la Corte di seconda istanza avrebbe fatto proprio acriticamente, di una interazione fra il particolare polimorfismo genetico dell'imputato (gene MAOA) e l'esposizione ad un ambiente sociale avverso (Corda, 2012; Corda, 2014). In quest'ottica, si imputa alla Corte, non avendo sufficientemente verificato la sussistenza di quest'ultima condizione, di avere in realtà fondato la sua decisione più su una interessante scoperta neurogenetica, che sulla prova scientifica della individuale predisposizione genetica dell'imputato (Morales García, 2014)²¹. Alla luce di questa vicenda e della più ricca esperienza americana, che tra il 1994 e il 2011 registra già ottantuno casi in cui sono state utilizzate prove neurogenetiche, non si potrebbe escludere che “l'utilizzo di prove di tal genere sia stato frainteso” (Denno, 2014)²².

Anche la sentenza di Como²³ è sembrata carente per le seguenti ragioni: in motivazione mancherebbe qualsiasi riferimento al fatto che l'imputata sia stata esposta ad abusi e a maltrattamenti durante l'infanzia, che l'avrebbero resa un soggetto ad alta vulnerabilità genetica; il giudice avrebbe invocato a sostegno delle proprie conclusioni risultati neuroscientifici non del tutto pertinenti (Corda, 2012)²⁴. Alla sentenza si può altresì rimproverare un eccessivo sfoggio di erudizione, in cui il giudice sarebbe incorso nell'intento di arrivare ad una motivazione ragionevole e convincente, in particolare nei passaggi argomentativi di critica dell'impostazione metodologica della perizia d'ufficio e delle consulenze tecniche. Esente da tali critiche per il Tribunale sarebbe stata solamente la seconda consulenza tecnica della difesa, alle conclusioni della quale il Tribunale aderisce, perché la ritiene metodologicamente più solida e completa grazie anche alle tecniche neuroscientifiche utilizzate.

Proprio a proposito di queste tecniche sarebbe invece da apprezzare l'approccio del giudice comasco al dato neuroscientifico, poiché di quest'ultimo si riconosce il valore nei termini di un contributo conoscitivo, importante, ma non esclusivo per il giudizio sullo stato mentale dell'imputata al momento del fatto e sulla sua pericolosità²⁵. Quanto

19 Corte ass. app. Trieste 1-10-2009, in *Riv. pen.*, 2010, p. 70 ss.

20 A proposito delle indagini neuroscientifiche e neurogenetiche evidenzia “che i periti hanno operato con grande prudenza, pervenendo a conclusioni misurate che hanno limitato il valore del riscontro genetico quale semplice rafforzamento dell'accertata infermità mentale, a prescindere dal significato causale del rapporto tra fattore genetico e comportamento”.

21 L'A. rimprovera alla Corte anche di non aver tenuto conto del fatto che la reazione omicidiaria dell'imputato all'aggressione avrebbe potuto anche non essere correlata al particolare polimorfismo genetico riscontrato nel soggetto, dato il tempo intercorso fra essa e l'aggressione da quest'ultimo subita.

22 L'A. osserva altresì che gran parte della controversia che circonda la genetica comportamentale e il crimine è ingiustificata.

23 Trib. Como, uff. G.i.p., 20 maggio 2011, in *Riv. it. med. leg.*, 2012, p. 246 ss., con nota di G. Messina.

24 In quanto fondati su indagini svolte su soggetti esclusivamente di sesso maschile, mentre nel caso di specie l'autore del reato era una donna, e trattandosi di studi sull'aggressività genetica, la variabile di genere sarebbe da considerare significativa.

25 Tale dato si affianca a quelli ottenuti secondo le indagini tra-

poi al valore scientifico del parere esperto, a sostegno di esso la sentenza utilizza lemmi come certezza scientifica, realtà fattuale, emergenze processuali; espressioni come evidenza dei dati; riferimenti come quello della corroborazione che rimandano ai criteri di scientificità della sentenza *Daubert*. L'applicazione di essi da parte del giudice ha evitato, secondo le parole dello stesso Tribunale di Como con riferimento all'"esposizione puntuale del percorso logico argomentativo seguito dai consulenti tecnici ... che il giudice fosse relegato al ruolo di mero certificatore delle risultanze psichiatriche".

Questo ruolo sarebbe invece facilmente assunto, qualora il giudice si limitasse a condividere acriticamente il giudizio di affidabilità scientifica dei test utilizzati dall'esperto alla luce dei criteri elaborati nella sentenza americana, come sembra essersi verificato in un altro noto processo avanti il Tribunale di Cremona (Algeri, 2012)²⁶. In questo caso si trattava di valutare la testimonianza della vittima di una violenza sessuale. Il giudice ritiene tale testimonianza fondata grazie alle indagini neurologiche che hanno evidenziato che nella memoria della persona offesa erano rinvenibili tracce mnestiche della presunta aggressione sessuale²⁷. Secondo l'organo giudicante, così come sostenuto dagli esperti che avevano utilizzato tali tecniche, le metodologie neuroscientifiche avrebbero superato il vaglio del *Daubert* test²⁸. Insomma, l'impressione è che in questa decisione per

dizionali, cliniche, comportamentali e di personalità, ma non si sostituisce ad esse, perché, come lo stesso Gip di Como tiene a chiarire, l'avvento delle neuroscienze nel processo penale, non rappresenta "una rivoluzione copernicana in tema di accertamento e valutazione delle patologie mentali", né comporta l'adesione ad un riduzionismo biologico, cioè "a criteri deterministici da cui inferire determinate implicazioni relative alla criminogenesi". Il giudizio in tema di imputabilità al fine di accertare la sussistenza di uno stato di infermità mentale al momento del fatto mantiene dunque la sua natura probabilistica, dato che, come chiarisce ancora il giudice comasco, operare tale giudizio "non significa pervenire ad una certezza scientifica o dogmatica, ma semplicemente pervenire a quella scelta che presenta il più alto grado di compatibilità con quello che può essere accaduto e con la realtà fattuale così come rivelata anche dalle emergenze processuali, oltre che da quelle psichiatriche". Le indagini neuroscientifiche costituiscono "procedure maggiormente fondate sull'obiettività e sull'evidenza dei dati perché corroborate dalle risultanze di "imaging cerebrale" e di "genetica molecolare" e, per ciò stesso, in grado di ridurre la variabilità diagnostica e di offrire risposte meno discrezionali rispetto a quelle ottenibili col solo metodo di indagine tradizionale clinico", Trib. Como, uff. G.i.p, 20 maggio 2011, cit., p. 247 ss.

26 Trib. Cremona 19-7-2011, in *Riv. it. med. leg.*, 2012, p. 278.

27 Grazie ai test delle neuroscienze cognitive in grado di far emergere i ricordi autobiografici, in particolare l'*autobiographical Implicit Association Test* (a-IAT) e il *Timed Antagonistic Response Alethiometer* (TARA).

28 E anche dei criteri aggiuntivi elaborati dalla sentenza della Cassazione del 2010 (Cass. 13-12-2010, cit.), come quello della "statura scientifica" dei consulenti tecnici, o altri affinati in seguito, come quelli dell'impiego precedente delle tecniche in ambito forense, dell'esclusione dei margini di soggettività nella lettura e nell'interpretazione dei risultati, della chiarezza e della semplicità della metodologia usata.

conferire lo statuto di scientificità alla scienza che entra nel processo penale sia sufficiente dichiarare, con formule stereotipate o di stile, che sono stati adempiuti gli oneri scientifici imposti dalla sentenza *Daubert*. Ciò emerge in particolare a proposito del criterio del tasso di errore, rispetto al quale il Tribunale di Cremona sembra affidarsi alla dichiarazione degli esperti che la percentuale di successo delle tecniche neuroscientifiche impiegate sarebbe particolarmente elevata, del 92%, senza muovere alcuna riserva né procedere ad alcuna verifica circa il fatto che la fonte di tale dato fossero esclusivamente lavori dello stesso esperto (Algeri, 2012)²⁹. Mentre dalla giurisprudenza italiana già si poteva trarre un monito contro tale modo di procedere, là dove essa aveva affermato con chiarezza che "gli esperti non dovranno essere chiamati ad esprimere (solo) il loro personale seppur qualificato giudizio, quanto piuttosto a delineare lo scenario degli studi ed a fornire gli elementi di giudizio che consentano al giudice di comprendere se, ponderate le diverse rappresentazioni scientifiche del problema, possa pervenirsi ad una "metateoria" in grado di guidare affidabilmente l'indagine"³⁰.

Ma per il giudice, in particolare penale, in tensione fra accettazione acritica e rifiuto del nuovo sapere neuroscientifico in continua evoluzione, non è facile confrontarsi con questo sapere, assumendo una posizione equilibrata di valutatore attento, critico e selettivo. In agguato vi sono infatti una serie di errori in cui possono incorrere coloro che si confrontano con i risultati delle neuroscienze. Alcuni di essi, i più comuni, sono stati sinteticamente descritti in questi termini dalla dottrina specialistica (Walter, 2009)³¹: scorrette interpretazioni per ignoranza dei principi basilari; farsi sedurre dalla forza convincente delle neuroimmagini, senza in particolare distinguere fra immagini strutturali e funzionali del cervello, è il c.d. effetto albero di Natale (Schweitzer, Saks, 2011)³²; applicare direttamente all'imputato le

29 Mentre esisterebbero studi, parimenti autorevoli, che però non vengono menzionati né nella perizia né nella sentenza, dai quali l'organo giudicante avrebbe potuto apprendere che l'attendibilità scientifica dei test utilizzati non era poi così qualificata.

30 Cass. 13-12-2010, cit., la quale così descrive conclusivamente i criteri di affidabilità scientifica di una teoria esplicativa: "per valutare l'attendibilità di una teoria occorre esaminare gli studi che la sorreggono, le basi fattuali sui quali sono condotti, l'ampiezza, la rigurosità, l'oggettività della ricerca ... ancora rileva il grado di consenso che la tesi raccoglie nella comunità scientifica ... dopo aver valutato l'affidabilità metodologica e l'integrità delle intenzioni occorre infine tirare le fila e valutare se esista una teoria sufficientemente affidabile e in grado di fornire concrete, significative ed attendibili informazioni idonee a sorreggere l'argomentazione probatoria inerente allo specifico caso esaminato. In breve una teoria sulla quale si registra un preponderante, condiviso consenso".

31 L'A. precisa che l'aver evidenziato una serie di errori non significa che si debba rinunciare al contributo, importante, delle neuroscienze nel processo penale.

32 Peraltro, da altri recenti studi quest'effetto sarebbe stato in parte ridimensionato, nel senso che, se è vero che le neuroimmagini possono risultare più convincenti rispetto alle prove cliniche, psicologiche o criminogenetiche, tale effetto riguarderebbe principalmente le prove relative alla capacità del soggetto di controllo sulle proprie azioni, e avrebbe comunque

generalizzazioni tratte da indagini sperimentali su gruppi di individui; compiere superficiali generalizzazioni; credere che sia possibile individuare il segnale neurale da cui dipende un preciso fenomeno mentale con l'aiuto delle neuroimmagini; presumere che con l'attivazione di un processo mentale se ne attivi inevitabilmente anche un altro, poiché essi hanno in comune la stessa area cerebrale: è la c.d. inferenza inversa (Poldrack, 2011); ritenere che semplici correlazioni possano essere interpretate come correlazioni causali³³; confondere l'oggettivabile con l'immodificabile: nel senso che la realtà cerebrale, in quanto oggettiva, non sarebbe modificabile, negando così la plasticità del cervello; passare direttamente dal piano fisiologico a quello psicologico: questo modo di ragionare porta ad un altro tipo di errore categoriale, che si verifica quando si impiegano categorie, interpretazioni psicologiche del dato neurale, come emblematicamente emerge dall'affermazione: è la corteccia prefrontale a decidere.

L'aver evidenziato questi errori non significa peraltro un'opzione a favore di posizioni di chiusura verso il sapere neuroscientifico nel processo penale, quanto piuttosto evidenziare la necessità di preparare il giudice ad un corretto approccio alla prova scientifica, in particolare se la scienza della prova è significativamente innovativa come quella neuroscientifico. Il giudice deve essere addestrato a riconoscere "le buone pratiche scientifiche" (Garbolino, 2014)³⁴. Cosa che può anche risultare impegnativa, ma alla quale esso non può sottrarsi, soprattutto quando "le conclusioni degli esperti ... siano insanabilmente divergenti" e il giudice debba dare conto dei "criteri che hanno determinato la scelta tra le opposte tesi scientifiche". Questo significa – come ancora chiarisce la Cassazione – che è necessario dare "congrua ragione della scelta", soffermarsi sulle tesi che si ritiene di non dover seguire e, nel fare tale operazione, aver tenuto "costantemente presenti le altre risultanze processuali e ... con queste confrontato le tesi recepite"³⁵.

Che questi canoni ermeneutici non sempre vengano rispettati emerge con estrema chiarezza in una decisione recente, che potremmo ricondurre a quel filone giurisprudenziale che ha ritenuto di dover escludere dal processo penale il contributo del sapere neuroscientifico.

Con riferimento alla correlazione tra alcune patologie di carattere organico e l'orientamento pedofilo dell'imputato, il Tribunale di Venezia ne esclude la sussistenza, sulla

base della considerazione che tale correlazione "trova fino ad oggi riscontro in un numero assai limitato di casi ...; trattasi pertanto di un'ipotesi (alquanto suggestiva) che può essere proposta in via sperimentale ma che non trova allo stato conferma nel patrimonio condiviso della comunità scientifica di riferimento. Il Giudice ritiene pertanto di dover pronunciare un giudizio di non sufficiente affidabilità della tesi scientifica proposta dai consulenti". In conclusione, per il Tribunale "l'opinione dei consulenti non è collocata entro l'essenziale sfondo del sapere condiviso" (Sartori, Scarpazza, Pietrini, 2014)³⁶. Fatte queste affermazioni, tuttavia, l'organo giudicante non si preoccupa di verificare la tenuta scientifica della opposta tesi dallo stesso accolta, secondo la quale il venir meno dell'interesse sessuale dell'imputato verso i minori sarebbe dovuto non alla rimozione chirurgica della patologia cerebrale, come sostenuto dalla difesa, ma al fatto che l'imputato "era ormai da lungo tempo provato dalla malattia, dal lungo periodo di custodia cautelare, dalla pendenza dell'indagine che si protraeva da diversi mesi per fatti gravi e da cui era derivata una notevole esposizione mediatica". Anzi, il Tribunale si accontenta di un criterio di mera verosimiglianza, come emerge dalla seguente affermazione: "Appare verosimile che in una situazione così complessa e articolata" l'imputato, "più che aver risolto il problema della pedofilia, possa aver accantonato le problematiche inerenti alla sfera sessuale"³⁷.

Ma il Tribunale manifesta le sue riserve sulla affidabilità scientifica delle tesi difensive anche a proposito di un test neuroscientifico per la rilevazione di tracce nella memoria dell'imputato del fatto di reato. Si trattava dello stesso test, lo a-IAT, che il Tribunale di Cremona aveva invece accolto come scientificamente fondato³⁸. Per il giudice veneto, al contrario, "i risultati dello A-IAT non possono ritenersi pienamente affidabili ...; trattasi di una metodologia di carattere sperimentale i cui risultati non possono essere ritenuti indiscussi" (Corda, 2014)³⁹.

Verso le indagini neuroscientifiche particolare prudenza manifesta anche la Cassazione⁴⁰, allorché viene investita della doglianza difensiva di mancato rinnovo della istruzione sul punto della capacità di intendere e di volere dell'imputato, onde espletare una "indagine genetica di tipo esplorativo ... per individuare la presenza di geni o l'esistenza di traccia organica obiettivamente osservabile, compatibile con una patologia elidente la capacità dell'imputato". La natura esplorativa di tale indagine e la completezza e la meticolosità della perizia d'ufficio, pur condotta con i metodi tradi-

una portata limitata e dipenderebbe dall'insieme delle neuroprove offerte. Ciò suggerisce, secondo la ricerca, che l'uso di termini biologici o neurologici per inquadrare la malattia mentale aiuta a superare lo scetticismo dei giurati, perché tale uso rende più concreti i sottostanti meccanismi di essa. Mentre le neuroimmagini non risulterebbero influenzare l'atteggiamento della giuria verso difese fondate sulla infermità di mente. V. anche *postea* nel testo.

33 Il che si verificherebbe se, in modo semplicistico, si fa assurgere a causa del disturbo psichico la riscontrata patologia cerebrale, in nome di un risibile riduzionismo biologico degli stati mentali o nell'erronea convinzione dell'origine esclusivamente organica dei disturbi psichici.

34 Per un esempio recente di decisione che stigmatizza una cattiva pratica scientifica, v. Cass. 18-6-2013, CED 255677.

35 Cass. 7-7-2000, CED 216613.

36 Trib.Venezia 9-4-2013, in *Riv. it. med. leg.*, 2013, p. 1907, con nota di L. ALGERI. A sostegno di tali affermazioni il Tribunale richiama anche le linee guida della sentenza Cozzini del 2010 già ricordata, e l'invito in essa contenuto a che il giudice nell'approccio al sapere scientifico si attenga a un atteggiamento di grande prudenza. Nella letteratura specialistica richiamano il caso oggetto del giudizio del Tribunale veneto SARTORI, SCARPAZZA, PIETRINI.

37 Trib.Venezia 8-4-2013, cit., p. 22 s.

38 E anche la Cassazione ai fini del giudizio di revisione.

39 Trib.Venezia 8-4-2013, cit., p. 23 s. Corda critica la sentenza in punto di ammissibilità-affidabilità della prova neuroscientifico.

40 Cass. 7-11-2012, CED 253802, che conferma la decisione della Corte territoriale.

zionali, convincono la Corte a rigettare la richiesta della difesa. Nel fare ciò i giudici del Supremo collegio a proposito delle neuroscienze esprimono l'idea che esse rappresentino "una nuova frontiera del sapere scientifico" ancora bisognosa di sperimentazione e che le "isolate applicazioni in campo giudiziario" di tale sapere debbano essere considerate un "sintomo ... di una inadeguata verifica da parte della comunità scientifica". Dunque, la Corte riconosce "una scarsa affidabilità del parametro scientifico proposto (che è nei fatti per la scarsa applicazione e quindi per la mancanza di un vero e proprio test di affidabilità)"⁴¹.

A rendere più complesso il panorama della prova scientifica sono attualmente anche le questioni della affidabilità scientifica del sapere esperto ai fini di un possibile giudizio di revisione della sentenza di condanna *ex artt.* 630 e 631 c.p.p., Anche se simili questioni non mi risulta siano state proposte con riferimento al sapere neuroscientifico per questioni di imputabilità⁴², che la prova scientifica possa costituire nuova prova per la revisione è ormai ammesso dalla giurisprudenza della Cassazione, che ancora una volta per fissare i criteri di valutazione della legittimità della richiesta di revisione ha invocato anche quello della comunità scientifica⁴³. Queste le parole della Corte: "Ai fini dell'ammissibilità della richiesta di revisione, una diversa valutazione tecnico-scientifica di elementi fattuali già noti può costituire prova nuova ... quando risulti fondata su nuove metodologie, dal momento che la novità di queste ultime, e, correlativamente, dei principi tecnico-scientifici applicati, può in effetti condurre non solo a valutazioni diverse, ma alla conoscenza di veri e propri fatti nuovi. Ciò, naturalmente, solo a condizione di applicazioni tecniche accreditate e rese pienamente attendibili dal livello del sapere acquisito dalla comunità scientifica"⁴⁴. Dunque, un ulteriore

impegno conoscitivo per il giudice, al quale si chiede, tra l'altro, non solo l'apprezzamento della novità del metodo di cui si invoca l'introduzione, ma anche la valutazione della sua scientificità e della sua rilevanza alla luce delle risultanze probatorie già vagliate, e delle pregresse conoscenze, nel processo già celebrato. Tutto ciò a maggior ragione deve valere quando ad essere in discussione è il sapere neuroscientifico in continua evoluzione e che – come è noto – comporta tecniche di indagine del tutto nuove e complesse per il non esperto. Un sapere perciò che, proprio per queste caratteristiche, sembra particolarmente adatto a sollevare richieste di revisione, nei limiti comunque in cui l'accertamento peritale sollecitato si ponga, "ove abbia comportato il ricorso a nuove tecniche e a nuove conoscenze, come risultato di protocolli di indagine riconosciuti dalla comunità scientifica"⁴⁵.

4. Questioni neuroetiche di prove (neuro)scientifiche in tema di infermità di mente e di pericolosità sociale

Il riferimento alla comunità scientifica sembra dunque il criterio più "popolare" nella giurisprudenza italiana. Ma qual è la posizione di questa comunità in tema di giudizi di infermità di mente e di pericolosità sociale alla luce delle neuroscienze?

Non è semplice ricostruire il dibattito scientifico in proposito, perché esso è particolarmente complesso per il fronteggiarsi di molteplici e divergenti orientamenti e per la molteplicità delle questioni in discussione, che peraltro ruotano attorno a tre fondamentali interrogativi: quello sulla libertà di determinazione dell'uomo, in relazione anche alla funzione della pena; quello sulla ancora attualità e sui limiti del diritto penale della colpevolezza nei confronti del disturbato psichico che commette un reato; quello sulla tenuta scientifica della categoria dommatica della pericolosità sociale e del diritto penale della pericolosità nel rispetto dei diritti fondamentali del reo.

Al primo interrogativo, come è emerso dalle considera-

mente configurabili; non accetta la prospettiva che l'utilizzazione di un diverso metodo, pur se applicato agli stessi elementi, possa produrre esiti affatto diversi; rifugge la dimostrazione dell'applicabilità di leggi scientifiche alternative che diano al fatto provato una spiegazione differente. Ad esso si accompagna la preoccupazione di una inconciliabilità logica tra le esigenze di certezza e di stabilità proprie dell'accertamento effettuato nel processo penale e assicurate dal giudicato e le finalità gnoseologiche della scienza, contraddistinta, per sua stessa natura, dalla incompletezza e provvisorietà delle acquisizioni conoscitive raggiunte".

45 Cass. 25-1-2010, CED 246257. Per una richiesta di revisione in tema di accertamento dell'imputabilità, v. Cass. 22.1.2010, CED 245840, che ha ritenuto di accogliere "l'istanza di revisione fondata sulla produzione di una consulenza di parte attuata con metodologia MMPI-2 e Millon Clinical Multiaxial Inventory III, non disponibile nel corso del processo e tale da consentire una valutazione della capacità di intendere e di volere del soggetto all'epoca dei fatti, utile ai fini del riconoscimento del vizio di mente".

41 Cass. 7-11-2012, cit. Sempre in tema di rinnovazione dell'istruzione per l'espletamento di una prova neuroscientifica (esame con risonanza magnetica nucleare dell'encefalo dell'imputato), volta all'accertamento di una patologia che elimina la capacità di volere per cause organiche, la c.d. sindrome del serial killer o disturbo esplosivo intermittente, cfr. Cass. 21-11-2012, n. 45559, inedita. La Corte accoglie il motivo di ricorso ritenendo carente di motivazione la sentenza di secondo grado sulla capacità di volere dell'imputato, "a fronte di specifiche deduzioni difensive circa l'assenza della capacità di volere, che bene avrebbero imposto una più approfondita motivazione su tale profilo".

42 Mentre, a proposito di testimonianza, v. Cass. 26.3.2013, CED 256599, che ritiene che possa costituire nuova prova ai fini della revisione una perizia fondata sulla metodologia IAT E TARA, volta a scandagliare la capacità mnemonica di un teste.

43 V., ad es., Cass. 29-3-2011, CED 250049.

44 Cass. 13.4.2011, CED 249864. Pur trattandosi di un'indagine su reperti già valutati in precedenza, la Corte accoglie l'istanza di revisione, allontanandosi dall'orientamento contrario e più risalente della giurisprudenza, che, secondo le parole degli stessi giudici, "si fonda su una concezione positivista della scienza intesa come insieme di conoscenze complete, certe, uniche. Esso rifiuta l'idea che nella nozione di scienza sia insito il concetto di fallibilità, di relatività, di evoluzione; rifugge il metodo della smentita e della falsificabilità, nonché la ricerca e la valutazione di altre differenti ricostruzioni del fatto storico al fine di dimostrare che le alternative non sono ragionevol-

zioni già svolte, la comunità dei penalisti sembra aver dato risposta positiva. All'iniziale disorientamento generato dai noti risultati neuroscientifici sui processi cerebrali che presidono l'azione umana (Libet, Gleason, Wright, Pearl, 1983; Libet, 1985; Perez Marzano, 2013, Beißer, 2013)⁴⁶, la scienza penalistica ha reagito optando, seppure con motivazioni fra loro non uniformi, per una responsabilità penale orientata secondo il paradigma della libertà del volere dell'uomo. Non così nella comunità dei neuroscienziati, dove la battaglia fra i paradigmi è ancora in corso, anche se quello a favore di un rigido determinismo mi sembra abbia perso terreno.

Sembra dunque realizzarsi una convergenza a favore della libertà di determinazione, i cui contenuti, sviluppi e modalità di manifestazione devono peraltro essere ancora meglio definiti grazie anche al contributo delle scienze del cervello. Sul fronte penalistico ciò comporta la tenuta del diritto penale della colpevolezza, le cui radici nemmeno i risultati neuroscientifici fino ad ora acquisiti sono riusciti ad estirpare. Questo non significa una indifferenza quanto piuttosto una particolare attenzione verso simili risultati per una individualizzazione, concretizzazione del giudizio di colpevolezza, attraverso decisioni conformi alle particolari condizioni soggettive del singolo, concreto autore del reato, soprattutto quando si tratta di verificare la presenza di patologie psichiche in grado di escludere o compromettere l'imputabilità del reo. Solo così è possibile garantire che il moderno diritto penale della prevenzione, orientato al paradigma dell'efficienza, mantenga a fondamento i parametri costituzionali del rispetto della libertà e della dignità dell'uomo. Il che significa sul versante delle finalità della pena negare la presunta inconciliabilità fra diritto penale della colpevolezza e diritto penale della prevenzione, che appare invece inevitabile alla corrente determinista dei neuroscienziati e ribadire che il moderno diritto penale può ancora contare sulla forza motivazionale della norma penale. Sul presupposto empirico della mancanza di libertà del volere dell'uomo, che – come si è detto – è comunque ancora in

attesa di una dimostrazione scientifica affidabile, la corrente neuroscientifiche determinista ritiene invece impraticabile il diritto penale della colpevolezza, identificandolo erroneamente e sbrigativamente con quello retribuzionista e opta per un diritto penale orientato esclusivamente alle conseguenze, che definisce consequenzialismo, e che rappresenta, in realtà, una versione agarantista della prevenzione, in particolare speciale (Pérez Marzano, 2014, Frisch, 2014; Lavazza, Sammicheli, 2012), in quanto diritto penale preventivo su base determinista (Frisch, 2014)⁴⁷. Più chiaramente, in quanto diritto penale d'autore, della pericolosità sociale, della sicurezza sociale illiberale.

Tutto ciò è frutto però di un equivoco che può e deve essere chiarito. A tal fine soccorrono le fondamentali e unanimemente condivise affermazioni della Corte costituzionale nella storica e a tutti nota sentenza del 1988 in tema di errore sul precetto⁴⁸. Secondo tali affermazioni, la colpevolezza rimane un rimprovero per la commissione dell'illecito e in quanto tale un caposaldo del diritto penale⁴⁹ anche in considerazione delle finalità preventive della pena: di quella rieducativa che “postula almeno la colpa dell'agente in relazione agli elementi più significativi della fattispecie tipica. Non avrebbe senso la “rieducazione” di chi, non essendo almeno “in colpa” (rispetto al fatto) non ha, certo, “bisogno” di essere “rieducato””; di quella general-preventiva, onde evitare che venga assegnata alla pena esclusivamente una funzione deterrente con una grave strumentalizzazione della persona umana, e conseguentemente si possa configurare come legittima una responsabilità penale per fatti non riconducibili alla colpa dell'agente.

Per l'accertamento della soggettiva antiggiuridicità del fatto nessun dubbio che anche le indagini neuroscientifiche possono risultare utili, in particolare quando si tratta di cercare una risposta al secondo interrogativo relativo alla colpevolezza-imputabilità dell'autore di un reato psichicamente disturbato. Soprattutto su questo terreno – come abbiamo già visto attraverso le sentenze – il sapere neuroscientifico si è presentato nelle aule della giustizia penale italiana e sempre su questo terreno tale sapere può offrire utili contributi per risolvere questioni di infermità mentale.

Queste questioni sono, come si sa, molteplici e l'intervento delle Sezioni Unite della Corte di cassazione del 2005 le ha rese più complesse⁵⁰. Infatti, se per un verso la Corte ha chiarito che nel concetto di infermità di cui agli artt. 88 e 89 del codice penale sono da ricomprendere anche i disturbi di personalità e che all'infermità può essere riconosciuta efficacia scusante solo quando sia di gravità tale da

46 Sull'esperimento di Libet, dalla prospettiva penalistica M. PÉREZ MARZANO come la maggior parte della dottrina, conclude che gli esperimenti neuroscientifici, in particolare di Libet, che avrebbero dimostrato che l'azione umana non è libera, ma è guidata da attività puramente cerebrali, non hanno fornito alcun risultato definitivo a favore di un determinismo radicale dell'essere umano incompatibile con qualsiasi concezione che invece ritiene che l'uomo agisca con coscienza e volontà e che quindi lo considera dal punto di vista sociale come persona libera. Per BEIßER il giudizio di imputabilità di cui al § 20 del Codice penale tedesco rispecchia l'attribuzione di responsabilità penale, che trova riconoscimento costituzionale e che ha alla base una convenzione sociale. La disciplina delle cause di esclusione dell'imputabilità non farebbe che segnare i confini di questa responsabilità. In altre parole, volendo concettualizzarla sinteticamente, la premessa fondamentale che regge il § 20 consiste in “una semplice assegnazione generale della responsabilità normativa, che è oggetto di una convenzione globale fra i soggetti di diritto, al fine di stabilire la responsabilità basilare per i propri comportamenti illeciti”. In questa prospettiva, i progressi neuroscientifici danno il loro contributo per individuare i danni cerebrali dai quali possono derivare comportamenti illeciti, in particolare quando si tratta di valutare i disturbi mentali.

47 Sottolinea come a un diritto di tal genere manchi la capacità di collegamento con la realtà sociale.

48 Corte cost. n. 364/1988.

49 In quest'ottica essa “denota il principio costituzionale, garantista (relativo alla personalità dell'illecito penale, ai presupposti della responsabilità penale personale ecc.) in base al quale si pone un limite alla discrezionalità del legislatore ordinario nell'incriminazione dei fatti penalmente sanzionabili, nel senso che vengono costituzionalmente indicati i necessari requisiti subiettivi minimi d'imputazione senza la previsione dei quali il fatto non può legittimamente essere sottoposto a pena”, Corte cost. 364/1988, cit.

50 Cass. 8.3.2005, in *Dir. pen. proc.*, 2005, 7, p. 837 ss.

aver compromesso o escluso la capacità di intendere e di volere dell'imputato e sia eziologicamente riconducibile al reato commesso, per altro verso l'aver ricondotto al concetto di infermità mentale anche i disturbi di personalità ha comportato per la prassi impegni di accertamento, ai quali prima della sentenza essa poteva sottrarsi, sostenendo che simili disturbi non rientravano nel concetto di infermità di cui agli artt. 88 e 89 c.p.⁵¹. Sul piano dell'interpretazione, poi, questa evoluzione della nozione di infermità ha avuto l'effetto collaterale di rendere ancor più indeterminato il concetto normativo di infermità di mente in grado di incidere sulla capacità di intendere e di volere del reo (Schiemann, 2013)⁵².

Ma la soluzione delle Sezioni Unite era obbligata, dato che la scienza psicopatologica annovera ormai fra le infermità anche i disturbi di personalità, nei quali sono da ricomprendere anche le psicopatie. Una diversa e restrittiva interpretazione del concetto di infermità si sarebbe rivelata non conforme alle esigenze sottese ai principi costituzionali di colpevolezza e di rieducazione. Anche le neuroscienze sembrano confermare questo percorso, nel momento in cui testimoniano con le neuroimmagini che anche per i disturbi di personalità, comprese le psicopatie, è possibile rintracciare un correlato neurale (Lavazza, Sammicheli, 2012)⁵³, tale da far ritenere più corretto definire questi soggetti non più e non tanto *bad* quanto semplicemente *mad* (Maibom, 2008)⁵⁴.

51 Come, ad esempio, per Cass. 9-4-2004, CED 227926 “... la capacità di intendere e di volere non è esclusa dal fatto che il soggetto sia affetto non da infermità mentale in senso patologico, ma solo da anomalie psichiche o da disturbi di personalità”; Cass. 17-6-1997, CED 207825: “Le cosiddette “abnormalità psichiche”, quali le nevrosi o le psicopatie, non indicative di uno stato morboso a differenza delle psicosi acute o croniche, e che si concretano in anomalie del carattere o della sfera affettiva, non sono annoverabili tra le infermità mentali anzidette e non sono rilevanti ai fini dell'applicazione degli artt. 88 e 89 del codice penale”.

52 Secondo l'A. il legislatore tedesco di una futura riforma dovrebbe comunque optare per un concetto generale, come quello di disturbo psichico, perché in grado di accogliere tutte le principali diagnosi e rinunciare alla attuale elencazione specifica dei disturbi.

53 Si è ad esempio riscontrato un minor volume della sostanza grigia nelle zone prefrontali rispetto ad individui sani e con riferimento al disturbo antisociale di personalità alcuni studi hanno riscontrato un volume prefrontale ridotto nell'emisfero sinistro. Altri studi hanno invece indagato le reti cerebrali, riscontrando che il cervello di soggetti psicopatici avrebbe un volume inferiore delle aree preposte alle decisioni morali (corteccia prefrontale mediale, solco temporale superiore, corteccia temporale anteriore) e dell'insula e una attività quasi assente delle aree cerebrali emozionali, mancanza di sentire empatico, come l'amigdala, la corteccia cingolata anteriore ventrale dorsale, quella posteriore cingolata con lo striato ventrale. Altre ricerche ancora hanno evidenziato la possibile origine genetica della psicopatia.

54 Si discute se lo psicopatico sia semplicemente un soggetto amorale (*bad*) o se questa mancanza o deficienza di senso morale rappresenti la sua malattia e quindi sia da considerare un soggetto psichicamente disturbato (*mad*). Per chi opta per la prima alternativa le azioni dello psicopatico non sarebbero che il risultato della sua cattiveria più che della sua pazzia e in

Insomma, allo psicopatico non potrebbe essere legalmente imputata l'assenza di senso morale (Maibom, 2008)⁵⁵.

Emblematico è il dibattito che si è sviluppato sullo psicopatico e sulla sua inclinazione a delinquere anche in forma violenta e sulla necessità di diagnosi affidabili di psicopatia (Morse 2008)⁵⁶. Da tempo al centro dell'attenzione sia giuridica che clinico-specialistica, la psicopatia rappresenta una terra di confine fra la normalità e la anormalità, in cui le aree inesplorate sono ancora troppo estese per soddisfare le esigenze di certezza e di garanzia del diritto penale, quando si tratta di valutare il significato di infermità di mente della psicopatia ai fini del giudizio di imputabilità dell'autore del reato⁵⁷. Sotto questo profilo occorre ricordare come nello psicopatico che delinque non solo il disturbo antisociale di personalità si materializza nella condotta illecita, a volte anche seriale, ma la personalità psicopatica si caratterizza per una impermeabilità morale, emotiva ed affettiva che porta alla assenza di senso di colpa o di rimorso. Ciò che ai nostri fini interessa rilevare è che grazie alle indagini neuroscientifiche queste caratteristiche sembrano trovare oggi una loro localizzazione cerebrale. In breve, la mancanza di senso morale, di empatia, la inclinazione al comportamento violento e quindi la pericolosità sociale dello psicopatico avrebbero una base organica (Pement, 2013). E, secondo studi empirici recenti, di psicopatia sarebbe affetto dal 15 al 30% della popolazione detenuta, vale a dire un quarto della popolazione carceraria, quarto che proiettato sul numero complessivo dei reati commessi nel periodo preso in considerazione da questi studi ha portato a concludere che il 52,6% dei delitti denunciati sarebbe da attribuire a soggetti con diagnosi di psicopatia. Non solo, ma la ricaduta di tali soggetti nel reato risulterebbe essere significativamente superiore rispetto a quella dei soggetti non affetti da tale disturbo, mentre con difficoltà si parla di e si prevedono risposte sanzionatorie orientate al trattamento (Bertolino, 2014), della cui efficacia peraltro sono in molti a dubitare (De Juan Espinosa, 2013).

Nonostante le scoperte neuroscientifiche, forte permane il disorientamento della comunità giuridica di fronte a questa realtà, poiché per una parte delle ricerche lo psicopatico, seppur incapace di provare empatia data l'origine neuro-

quanto tali andrebbero punite. “Conseguentemente – si afferma – l'essere psicopatico non può valere come scusante, altrimenti si trasgredirebbe il principio fondamentale del nostro sistema legale di punire il cattivo”.

55 A tale proposito non si è mancato di osservare che per gli scopi della giustizia penale lo psicopatico deve essere considerato responsabile delle proprie azioni, dato che la responsabilità legale non presuppone necessariamente quella morale, potendo la legge godere di una certa autonomia sotto tale profilo.

56 “Qualsiasi progresso dipende dalla instaurazione di studi su campioni identificati in maniera affidabile”.

57 Il disorientamento della giurisprudenza si manifesta dalle differenti decisioni sulla rilevanza da attribuire alle psicopatie e dalla difficoltà di inquadramento nosografico in tale categoria di alcune patologie psichiche, anche perché i moderni manuali diagnostici, DSM, ICM, hanno sostituito a tale terminologia quella più ampia di disturbo della personalità, includendovi anche quello antisociale. In giurisprudenza v., per tutte, Cass. 8.3.2005, cit.

biologica del disturbo, sarebbe comunque in grado di un comportamento razionale e di capire le conseguenze delle sue azioni (Morse, 2008)⁵⁸, mentre per quelle favorevoli al neurodeterminismo proprio tale origine sarebbe da considerare dimostrazione della ineluttabilità del delitto dello psicopatico e della intrattabilità dell'autore del reato (Baron-Cohen, 2012).

Quali sono le possibili ricadute di queste scoperte sul sistema della giustizia penale?

Interessante a tale proposito si rivela uno sguardo al panorama americano per le indagini empiriche (Bertolino, 2012) circa l'impatto del sapere esperto neuroscientifico sulla decisione relativa alla sanità mentale e al trattamento sanzionatorio dell'autore del reato, specialmente se psicopatico.

Da queste ricerche sperimentali sarebbe emersa una propensione dei giudici ad emettere sentenze meno severe quando si tratta di condannare, in special modo se alla pena capitale, un soggetto psicopatico, la cui psicopatia ha trovato riscontro in prove neurogenetiche o neurobiologiche. Nello stesso tempo la prova di una predisposizione genetica del reo al crimine favorirebbe anche decisioni in funzione di difesa sociale, determinate dalla prognosi di pericolosità del soggetto psicopatico; le prove neuroscientifiche si rivelerebbero così un'arma a doppio taglio (Aspinwall, Brown, Tabery, 2012; Phillips, 2013)⁵⁹. All'interno della comunità scientifica non sono tuttavia mancate critiche a questi studi, che, anche per la loro ampia risonanza nei media, potrebbero comunque mettere in cattiva luce l'ingresso delle neuroscienze nel processo penale, diffondendo il mito che grazie alle prove genetiche l'imputato non è più un individuo responsabile delle proprie azioni ovvero enfatizzando in maniera incontrollata la forza persuasiva della testimonianza neurogenetica a scapito delle altre prove presenti nel processo (Denno, 2013; Denno, 2014; Schweitzer, Saks,

2011; Schweitzer, Saks & Murphy, 2011; Saks, Schweitzer, Aharoni, Kiehl, 2014; Shnideman, 2014; Scurich, Shnideman, 2014)⁶⁰.

Il dibattito se e in che termini il sapere neuroscientifico possa e debba trovare spazio nella giustizia penale è dunque tuttora aperto e ricco di sfumature, anche riguardo alle prognosi di pericolosità sociale, di cui in effetti si paventa un aumento di quelle positive per l'impatto che la prova neurogenetica o neurobiologica può avere sui giudici (Pellisserò, 2014)⁶¹. Un incremento che avrebbe un effetto nefasto sul sistema penale delle garanzie, che deve già confrontarsi con richieste pressanti di sicurezza sociale, per la cui realizzazione la politica criminale appare sempre più propensa ad accettare il paradigma della pericolosità sociale, del diritto penale d'autore, non solo per le misure di sicurezza, che sono in via di espansione, ma anche per le pene (Bertolino, 2014). L'orizzonte delle sanzioni per i soggetti con disturbi psichici e giudicati pericolosi potrebbe invece arricchirsi di inediti e interessanti scenari grazie alle scoperte neuroscientifiche, dalle quali sembra comunque trarsi l'indicazione che

58 Osserva l'A.: "Qualsiasi scoperta possano fare le ricerche, ai fini del diritto, il comportamento dell'agente rimarrà la pietra di paragone della responsabilità, perché tutti i criteri di responsabilità sono comportamentali. Se l'imputato si comporta razionalmente sarà da considerare responsabile, non interessa ciò che la scansione cerebrale può indicare. E vice versa. Le azioni parlano più forte delle immagini". Morse ritiene che non potranno che essere i progressi delle neuroscienze a convincere il legislatore che gli psicopatici sono soggetti da continuare a considerare responsabili o al contrario che per la psicopatia si può invocare la *insanity defense*. Così come potranno essere le nuove tecniche ad aiutare nelle prognosi di pericolosità, rendendole più affidabili e ciò a vantaggio del singolo soggetto psicopatico e della collettività. Con riferimento alla realtà americana, osserva conclusivamente l'A. che attualmente gli psicopatici criminali sono considerati responsabili e non sono soggetti alla ospedalizzazione involontaria solo a causa della loro psicopatia. Tuttavia, una grave psicopatia potrebbe giustificare un verdetto di non responsabilità, nel caso in cui l'infermità abbia privato il soggetto della capacità di raziocinio, che è presupposto fondamentale per una giusta condanna.

59 Dallo studio di Phillips, che ha preso in considerazione i casi in cui sono state introdotte le neuroimmagini nel processo, risulterebbe che per lo più la giuria non si è fatta convincere dalle prove neuroscientifiche, avendo comunque deciso o sollecitato la pena di morte.

60 A tali autori si rinvia per un'ampia e attenta analisi dei casi in cui le prove di neurogenetica comportamentale sono state utilizzate nella fase di commisurazione ai fini di un aggravamento o di una mitigazione della pena, in particolare di quella capitale. Dai casi esaminati sarebbe emerso che i fattori genetici non sarebbero stati invocati per ottenere un trattamento più grave per l'imputato o come indicatori di una sua pericolosità. In particolare, dalla analisi dei casi più recenti sarebbe emerso che le Corti, quando si confrontano con una prova neurogenetica, sono interessate a stabilire se essa, invocata con altri fattori allo scopo di ottenere una pena più mite, possa prevalere sulle aggravanti che giustificano la pena capitale. Sulla mancanza di una dimostrazione in sede sperimentale della capacità delle sole scansioni cerebrali di influenzare la decisione a favore della infermità di mente si pronunciano Schweitzer e Saks, i quali, sulla base degli studi sperimentali condotti, concludono che le neuroimmagini in sé non avrebbero reso più propensi i giurati a riconoscere l'imputato non colpevole per infermità mentale. Sarebbe invece l'insieme delle prove neuroscientifiche ad avere maggiore forza persuasiva rispetto ad altri tipi di prova, come ad esempio quella clinico-psicologica, quando si tratta di dimostrare che l'imputato al momento del fatto aveva una diminuita capacità di controllo delle proprie azioni. Questo effetto sarebbe leggermente più intenso se fra queste prove sono presenti anche immagini del cervello. Peraltro, sempre recentemente, nuovi studi avrebbero dimostrato che in realtà l'impatto delle neuroscienze non dipenderebbe tanto dalle tecniche, in particolare di *neuroimage*, quanto piuttosto, come per tutte le risultanze scientifiche, dal fatto che la dimostrazione (neuro)scientifica confermi o meno le convinzioni del soggetto. Così, la dimostrazione neuroscientifica sarà ritenuta valida se essa le conferma, sarà criticata e rifiutata se essa le smentisce. Insomma, una valutazione selettiva in ragione delle predisposizioni individuali.

61 Impatto che in Italia potrebbe essere rafforzato dalla esclusione dal giudizio di pericolosità dell'indice fattuale "delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo", di cui all'art. 133, 2° co., n. 4 c.p., ad opera della legge n. 81 del 2014 di proroga del termine per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Paventa un abbandono della c.d. pericolosità situazionale a favore di un ritorno ad una pericolosità biologica, neurogenetica Pellisserò.

per determinati delinquenti, come in particolare gli psicopatici, la pena in funzione di retribuzione non ha alcun senso. Per tutti questi soggetti le indicazioni sono dunque a favore di una risposta penale, sia essa pena o misura, con finalità di prevenzione speciale, a contenuto trattamentale-riabilitativo, nel rispetto comunque dei principi fondamentali di proporzionalità e di dignità della persona. In tal direzione dovrebbero dunque progredire anche le ricerche delle neuroscienze forensi (Tuominen et al., 2013)⁶², onde offrire nuove strategie di intervento siano esse di tipo terapeutico, farmacologico, psicoterapeutico o neurologico (come ad es. la stimolazione magnetica transcranica dell'area cerebrale disfunzionale), così da infondere una nuova speranza contro il pessimismo che governa attualmente le prognosi di recidiva dei soggetti con disturbi psichici, soprattutto se antisociali di personalità (De Juan Espinosa, 2013; Pemment, 2013; Yakeley, 2013)⁶³.

5. La difficile collaborazione

Di fronte a queste novità è lecito domandarsi cosa si debba pretendere dal giudice, quando è costretto a confrontarsi con un orizzonte scientifico policromo e nello stesso tempo incerto come quello offerto attualmente dalle neurodiscipline. Ma è lecito anche domandarsi cosa si debba pretendere dal neuroscienziato forense, dato che alto è il rischio di un uso distorto di questo nuovo sapere nelle aule di giustizia (Pennati, Merzagora, 2014).

Cercare una risposta a questi interrogativi è importante, se si vuole superare quello che è stato definito il paradosso dell'incommensurabilità, *incommensurabilità* che ampiamente perpetua il problema e che le due parti, giuridica e scientifica, percepiscono dai loro diversi punti di vista (Faigman, 2010). Quello dei giudici, che, alla ricerca di informazioni per risolvere il caso concreto, troppo spesso dedicano poca attenzione a controllare come e da chi tali informazioni siano state prodotte, e chiedono risposte agli scienziati, anche quando questi siano incapaci di fornirle. Quello degli scienziati, che si confrontano con il problema della incommensu-

abilità, cercando di soddisfare il loro desiderio di fornire le informazioni richieste, con poca attenzione su se e come il giudice possa effettivamente utilizzarle (Faigman, 2010)⁶⁴.

In questo panorama, dall'angolatura privilegiata offerta dall'esperienza americana, in cui le prove neuroscientifiche sono state invocate, e a volte accolte, per una mitigazione della pena anche di quella capitale, si sottolinea che i neuroscienziati "hanno da giocare un ruolo cruciale in un sistema legale, che ha bisogno di capire e interpretare le prove neuroscientifiche e di separare il grano dalla crusca" (Jones, Wagner, Faigman & Raichle, 2013; Garbolino, 2014)⁶⁵. A tal fine gli esperti dovranno in primo luogo essere disponibili a rivestire un doppio ruolo: quello di fornire risultati ma anche quello di criticare e di impedire un uso distorto di essi (Aharoni, Funk et al. 2008; Fornari, 2012; Meixner, 2015)⁶⁶.

Anche da parte dei giudici si sollecita un impegno, che in maniera pressoché concorde viene identificato nella preparazione alla valutazione della prova esperta, rispetto alla quale sembra ormai essersi formato un ampio consenso sulla necessità di regole di valutazione più circoscritte rispetto a quelle generali verificazionista, falsificazionista e probabilista. Il consenso si è coagulato "attorno a sei principi o *desiderata*: equilibrio (*balance*), trasparenza, robustezza, valore aggiunto, flessibilità e correttezza logica" (Garbolino, 2014). Alla conoscenza e applicazione di queste regole e principi il giudice dovrebbe essere addestrato, formato, affinché esso possa acquisire un patrimonio culturale che gli consenta di accertare se il prodotto probatorio esperto rispecchi tutti questi requisiti e possa "controllare le condizioni di applicabilità della spiegazione "scientifica", possa cioè "controllare per le circostanze del caso specifico le ipotesi empiriche che garantiscono l'applicabilità di un modello ideale che viene impiegato nella spiegazione, sia esso indifferentemente definito da leggi scientifiche oppure da generalizzazioni di senso comune" (Garbolino, 2014).

Sempre più il sistema del diritto penale si dovrà dunque confrontare con situazioni di incertezza scientifica sia sul piano legislativo che giudiziario. In entrambi i piani il con-

62 Con particolare attenzione ai disturbi neurocognitivi associati alla condotta delinquenziale, fra l'altro, rilevano che alcuni deficit cognitivi possono essere collegati a disturbi della percezione, del giudizio e dell'interazione sociale e che in considerazione di ciò diventa importante prevedere programmi riabilitativi delle capacità cognitive e concludono che ai fini di adeguati e più efficaci programmi di recupero di coloro che hanno commesso un reato, in particolare se recidivi, diventa importante individuare preliminarmente le eventuali lacune neurocognitive nei soggetti destinatari di tali programmi.

63 Pessimismo che sembrerebbe giustificato dai dati sulla recidiva di soggetti psicopatici sottoposti a trattamento. Pemment osserva che le radici organiche del disturbo antisociale di personalità sono da rintracciare in deficienze ed errori del processo evolutivo verso la maturità, verso l'età adulta, che si sono a tal punto consolidati nel tempo che sembra impossibile un programma trattamentale adeguato. Un altro ostacolo al trattamento starebbe nella difficoltà di trovare soggetti che volontariamente accettano di sottoporsi al trattamento. Mentre Yakeley manifesta un maggiore favore verso interventi trattamentali.

64 L'A. osserva che non deve quindi sorprendere se gli scienziati preferiscono studiare le questioni che più interessano loro e a cui ritengono di essere in grado di rispondere, piuttosto che quelle che il diritto considera più rilevanti.

65 E si precisa che, se "le Corti riusciranno a non perdere la rotta, dipenderà dal livello di impegno e di collaborazione da parte dei neuroscienziati". Secondo Garbolino il "compito dello scienziato forense è quello di offrire informazione, logicamente coerente e giustificata, che possa servire alla costruzione di una narrazione, interamente coerente e empiricamente fondata, di eventi passati e a prendere una decisione che sia la migliore possibile alla luce dell'informazione disponibile e dati i vincoli imposti dalla legislazione al processo decisionale ... Per questo nella "cassetta degli attrezzi" dello scienziato forense" devono essere presenti "anche gli strumenti per pensare forgiati dall'epistemologia normativa".

66 "Come ogni nuova scienza, anche la neuroscienza è vulnerabile agli abusi ... Questo doppio ruolo per i neuroscienziati è un imperativo, se si vuole che la neuroscienza abbia un positivo effetto sul diritto". Per Fornari quello "che si vuole mettere in discussione non è il possesso, bensì l'uso che si può fare e già si fa nella clinica delle fondamentali scoperte di cui tutti noi siamo debitori alle neuroscienze e alla genetica molecolare".

fronto nasce dalla necessità di assumere una decisione: generale ed astratta nel primo, particolare e concreta nel secondo. Questo è quanto la collettività si aspetta dal diritto con l'aiuto della scienza giuridica, sulla quale ricade il difficile compito di indirizzare verso scelte equilibrate e razionali anche quando il sapere empirico a disposizione risulti ancora incerto. Tali non sono le scelte che si accontentano di dati empirici non verificati, o al contrario che si lasciano guidare da pure esigenze normative, ignorando il dato empirico fattuale (Frisch, 2010). Fra questi dati, quelli neuroscientifici sembrano avere molto da offrire al diritto penale, quando si tratta di questioni di imputabilità, di dolo, di colpa, di atti automatici, di prognosi di pericolosità sociale, di trattamento sanzionatorio, di falsa testimonianza ma anche di ragionamento probatorio; sta al diritto penale saperne approfittare nel rispetto delle garanzie fondamentali della persona e delle esigenze cognitive del processo penale.

Bibliografia

- Aharoni, E., Funk C. et al. (2008). Can Neurological Evidence Help Courts Assess Criminal Responsibility? Lessons from Law and Neuroscience. *Ann. N.Y. Acad. Science*, 11, 1, p. 105 ss.
- Algeri, L. (2012). *Neuroscienze e testimonianza della persona offesa*. *Riv. It. Med. Leg.*, p. 903 ss.
- Aspinwall, L.G., Brown, T.R., Tabery, J. (2012). The Double-Edged Sword: Does Biomechanism Increase or Decrease Judges' Sentencing of Psychopaths?. *Science*, 337, p. 846 ss.
- Atiq, E.H. (2013). How folk beliefs about free will influence sentencing: a new target for the neuro-determinist critics of criminal law. *New Criminal Law Rev.*, 16, 3, p. 449 ss.
- Baron-Cohen, S. (2012). *La scienza del male. L'empatia e le origini della crudeltà*. Milano.
- Beißer, B. (2013). ¿Refutan las ideas de la neurociencia el concepto de culpabilidad del § 20 del código penal?. In E. Demetrio, M. Maroto Calatayud (eds.), *Neurociencias y Derecho penal*, Madrid.
- Berman K. et al. (2012). Daubert Turning 20: Junk Science Replaced by Junk Rulings? *ABA Section of Litigation Annual Conference*, April 18-20, p. 1 ss.
- Bertolino, M. (2012). L'imputabilità penale fra cervello e mente. *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, p. 927 ss.
- Bertolino, M. (2014). Declinazioni attuali della pericolosità sociale: pene e misure di sicurezza a confronto. *Arch. Pen.*, 2, p. 459 ss.
- Borsari, R. (2014). Neuroscienze, genetica e diritto penale. Considerazioni rapsodiche. In D. Provolò, S. Riondato, F.Yenisey (eds.), *Genetics, Robotics, Law, Punishment*. Padova, p. 359 ss, spec. 366 ss.
- Chiesa, L. (2011). Punishing without free will. *Utah Law Rev.*, p. 1403 ss.
- Corda, A. (2012). Riflessioni sul rapporto tra neuroscienze e imputabilità nel prisma della dimensione processuale. *Criminalia*, p. 497 ss.
- Corda A. (2014). Neuroscienze forensi e giustizia penale tra diritto e prova (Disorientamenti giurisprudenziali e questioni aperte). *Arch. Pen. Rivista on-line*, 3, p. 34.
- De Juan Espinosa, M. (2013). Psicopatía antisocial y neuropsicología. In E. Demetrio Crespo, M. Maroto Calatayud, *Neurociencias y derecho penal*, Madrid.
- Demetrio Crespo, E. (2013). "Compatibilismo humanista": una propuesta de conciliación entre neurociencias y derecho penal. In E. Demetrio Crespo, M. Maroto Calatayud (eds.), *Neurociencias y derecho penal*, Madrid, p. 36 ss.
- Denno, D.W. (2013). What Real-World Criminal Cases Tell Us about Genetics Evidence. *Hastings L. J.* p. 1591 ss.
- Denno, D.W. (2014). Genetics: overview of United States criminal law. In D. Provolò, S. Riondato, F.Yenisey (eds.), *Genetics, Robotics, Law, Punishment*, Padova, p. 369 ss.
- Faigman, D.L. (2010). Evidentiary Incommensurability: A Preliminary Exploration of the Problem of Reasoning from General Scientific Data to Individualized Legal Decision-making. *Brooklyn Law Review*, 75, p. 1117 s.
- Faigman, D.L. (2013). The Daubert Revolution and the Birth of Modernity: Managing Scientific Evidence in the Age of Science. *University of California, Davis*, p. 929 ss.
- Feijoo Sánchez, B.J. (2012). Derecho penal y neurociencias. ¿Una Relación Tormentosa? In B.J. Feijoo Sánchez (ed.), *Derecho penal de la culpabilidad y neurociencias*, Cizur Menor, p. 147 ss.
- Fornari, U. (2012). Le neuroscienze forensi: una nuova forma di neopositivismo? *Cass. Pen.*, p. 2719 ss., spec. p. 2732 ss.
- Forza, A. (2010). Le neuroscienze entrano nel processo penale. *Riv. Pen.*, p. 75
- Frisch, W. (2010). Defizit empirischen Wissens und ihre Bewältigung im Strafrecht. *Festschrift M. Maiwald, Gerechte Strafe und legitimes Strafrecht*, Berlin.
- Frisch, W. (2014). Zur Zukunft des Schulstrafrechts – Schuldstrafrecht und Neurowissenschaften. In M. Heger et al. (Hrsg.), *Festschrift für Kristian Kühl*, München.
- Garbolino, P. (2014). *Probabilità e logica della prova*, Milano.
- Grandi, C. (2014). Sui rapporti tra neuroscienze e diritto penale. *Riv. It. Dir. Proc. Pen.*, p. 1249 ss.
- Jones, O.D., Wagner, A.D., Faigman, D.L., Raichle M.E. (2013). Neuroscientists in court. *Neuroscience*, 14, p. 730 ss.
- Haack, S. (2006). Prova ed errore: la filosofia della scienza della Corte suprema americana. *Ars interpretandi*, p. 320 ss.
- Haack, S. (2010). Federal Philosophy of Science: A Deconstruction – and a Reconstruction. *New York University Journal of Law & Liberty*, p. 410 ss.
- Hassemer, W. (2012). Verantwortlichkeit im Strafrecht. In G. Roth et al. (Hrsg.), *Schuld und Strafe. Neue Frage*, München, p. 8 s.
- Lavazza, A., Sammiceli, L. (2012). *Il delitto del cervello. La mente tra scienza e diritto*. Torino.
- Libet B., Gleason C.A., Wright E. W., Pearl D.K. (1983). Time of Conscious Intention to Act in Relation to Onset of Cerebral Activities (Readiness-potential): The Unconscious Initiation of a Freely Voluntary Act. *Brain*, (106).
- Libet B. (1985) Unconscious Cerebral Initiative and the Role of Conscious Will in Voluntary Action. *Behavioral and Brain Sciences*, p. 529 ss.
- Lüderssen, K. (2006). Das Subjekt zwischen Metaphysik und Empirie. Einfluss der modernen Hirnforschung auf das Strafrecht?. In H.R. Duncker (Hrsg), *Beiträge zur einer aktuellen Anthropologie*. Stuttgart, p. 189 ss.
- Maibom, H.L. (2008). The Mad, the Bad, and the Psychopath. *Neuroethics*, p. 167 ss.
- Meixner, J.B. (2015). Applications of Neuroscience in Criminal Law: Legal and Methodological Issues. *Curr. Neurol. Neurosci. Rep.*, p. 512 ss.
- Morales García, Ó. (2014). Genetics. Applications within the Spanish law and criminal proceedings. In D. Provolò, S. Riondato, F. Yenisey (eds.), *Genetics, Robotics, Law, Punishment*. Padova, p. 411 ss.
- Morse, S.J. (2006). Brain Overclaimed Syndrome and Criminal Responsibility: a Diagnostic Note. *Ohio State J. Crim. L.*, 3, p. 397 ss.
- Morse, S.J. (2008). Psychopathy and Criminal Responsibility. *Neuroethics*, p. 205 ss.
- Morse, S.J. (2010). Lost in Translation? An essay on Law and Neuroscience. In M. Freeman (ed.), *Law and Neuroscience*. Oxford, New York, p. 530 s.
- Morse, S.J. (2011). Avoiding Irrational NeuroLaw Exuberance: A Plea for Neuromodesty. *62 Mercer L. Ev.*, p. 843 ss.
- Pauen, M. (2012). Keine Unschuld ohne Schuldbegriff. In G. Roth

- et al. (Hrsg.), *Schuld und Strafe. Neue Frage*. München, p. 77 ss.
- Pelissero, M. (2014). Ospedali psichiatrici giudiziari in proroga e prove maldestre di riforma della disciplina delle misura di sicurezza. Commento al D.l. 31 marzo 2014, n. 52 (convertito con modificazioni dall'art. 1, co. 1. L. 30 maggio 2014, n. 81), "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari". *Dir. Pen. Proc.*, p. 922 ss.
- Pemment, J. (2013). The neurobiology of antisocial personality disorder: The quest for rehabilitation and treatment. *Aggression and Violent Behavior*, p. 79 ss.
- Pennati, A., Merzagora, I. (2014). Evoluzione in psicopatologia forense: una questione di integrazione dei saperi. *Riv. It. Med. Leg.*, p. 399 ss.
- Pérez Marzano, M. (2011). Fundamento y fines del derecho penal. Una revisión a la luz de las aportaciones de la neurociencias. *In Dret, Revista para el Análisis del Derecho*, 2, p. 1 ss.
- Pérez Marzano, M. (2013). El tiempo de la conciencia y la libertad de decisión: base para una reflexión sobre neurociencia y responsabilidad penal. In E. Demetrio Crespo, M. Maroto Calatayud (eds.) *Neurociencias y Derecho penal*. Madrid, p. 105 ss.
- Phillips, K.D. (2013). Empathy for Psychopaths: Using fMRI Brain Scans to plea for Leniency in Death Penalty Cases. *Law & Psychology Review*, p. 1 ss.
- Poldrack, R. (2011). Inferring Mental States from Neuroimaging Data: From Reverse Inference to Large-Scale Decoding. *Neuron*, p. 692 ss.
- Pustilnik, A. (2009). Violence on the Brain: a Critique of Neuroscience in Criminal Law. *Wake Forest L. Rev.*, 44, p. 237 ss.
- Saks, M.J., Schweitzer, N.J., Aharoni, E., Kiehl, K.A. (2014). The Impact of Neuroimages in the Sentencing Phase of Capital Trials. *J. of Empirical Legal Studies*, 11, 1, p. 105 ss.
- Sánchez Lázaro, F.G. (2013). Operando con el principio de culpabilidad. El principio de culpabilidad como mandato de optimización. In E. Demetrio Crespo, M. Maroto Calatayud (eds.), *Neurociencias y derecho penal*. Madrid, p. 448.
- Sartori G., Scarpazza C., Pietrini P. (2014). The neuroscience of acquired pedophilia: neuroimaging and forensic consideration. In D. Provo, S. Riondato, F. Yenisey (eds.), *Genetics, Robotics, Law, Punishment*. Padova., p. 293 ss.
- Schiemann, A. (2013). Die Variablen der Schulfähigkeitsfeststellung – Verstoß gegen den Bestimmtheitsgrundsatz des Art. 103 Abs. 2 GG, in *Recht und Psychiatrie*, 2.
- Schweitzer, N.J., Saks M.J. (2011). Neuroimage Evidence and the Insanity Defense. *Behavioral Sciences and the Law*, p. 592 ss.
- Schweitzer, N.J., Saks, M.J., Murphy, E.R. et al. (2011). Neuroimages as evidence in a mens rea defense: No impact. *Psychology, Public Policy, and Law*, p. 357 ss.
- Scurich, N., Shnideman, A. (2014). The Selective Allure of Neuroscientific Explanations. *PLoS One*.
- Shnideman, A. (2014). The Selective Allure of Neuroscience and Its Implications for The Courtroom. *The Jury Expert. The Art and Science of Litigation Advocacy*.
- Stella, F. (2003). *Giustizia e modernità*, Milano.
- Straticò, E. (2013). Una riflessione sulle neuroscienze e sulle sue ricadute. *Rass. It. Crim.*, p. 132.
- Tonini (2011). La Cassazione accoglie i criteri Daubert sulla prova scientifica. Riflessi sulla verifica delle massime di esperienza. *Dir pen. proc.*, p. 1341 ss.
- Tuominen T. et al. (2013). Neurocognitive disorders in sentenced male offenders: Implications for rehabilitation. *Criminal Behavior and Mental Health*, p. 36 ss.
- Violini, L. (1998). Sui contrasti tra valutazioni giuridiche e valutazioni scientifiche nella qualificazione della fattispecie normativa: la Corte compone il dissidio ma non innova l'approccio. *Giur. Cost.*, p. 975 ss.
- Wagenheim, J. (2012). The Disparate Treatment of Neuroscience Expert Testimony in Criminal Litigation. 15 *J. Health Care L. & Pol'y S- 1*.
- Walter, H. (2009). Was können wir messen? Neuroimaging – eine Einführung in methodische Grundlagen, häufige Fehlschlüsse und ihre mögliche Bedeutung für Strafrecht und Menschenbild. In S. Schleim et al. (Hrsg.), *Von der Neuroethik zum Neurorecht?* Göttingen.
- Yakeley, J. (2013). Treating the untreatable? Evolution of a community mentalization-based service for antisocial personality disorder. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie*, p. 179.

L'imputabilità ai tempi di Epimèteo

The diminished responsibility at the Epimetheus' time

Marco Marchetti • Francesca Baralla

Abstract

In view of growing evidence in recent years, doubt is now being cast on the traditional concept of freewill (Libet, 1985; Soon, 2008; Fried, Mukamel & Kreiman, 2010). The acquisition of such evidence will be discussed in relation to its impact on methods for assessing imputability and, more generally, human behaviour, in particular aggressive behaviour.

Unlike the naive and simplistic determinism espoused by some, and which also underpinned the 2005 ruling of the Court of Cassation, a complex picture emerges regarding the way our brain works and the ways in which it makes decisions. It demonstrates however that we possess a particular individual freedom, even though most of our actions are planned out before we become fully conscious of it, and that there is no structure that acts to steer our choices, which are understood, and to which we give a value and a reason, only *post hoc*.

And although we are living, in all likelihood, at the time of Epimetheus, i.e. he who reflects only after having gone through with the action, we shall attempt to demonstrate, in agreement with Gazzaniga (2013) and Freud (1910), that there is no scientific reason or evidence to deny our individual responsibility, precisely because there is not scientific proof of how our behaviour is produced (Urbaniok *et al.*, 2012).

Key words: diminished responsibility • evolutionary theory • neurosciences.

Riassunto

Negli ultimi anni si sono andate accumulando numerose evidenze che mettono in discussione il tradizionale concetto di libero arbitrio (Libet, 1985; Soon, 2008; Fried, Mukamel & Kreiman, 2010). Queste acquisizioni verranno discusse riguardo alla loro ricaduta sulle metodiche di valutazione dell'imputabilità e, più in generale, del comportamento umano, specificamente di quello aggressivo.

In contrasto con il determinismo ingenuo e semplicistico che vorrebbero sostenere alcuni, che è anche alla base della sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione del 2005, emerge un quadro complesso circa il funzionamento del nostro cervello e le modalità con le quali prende decisioni. Questo dimostra che possediamo comunque una peculiare libertà individuale, sebbene la maggior parte delle nostre azioni siano pianificate prima che noi possiamo prenderne piena consapevolezza e che non esista una struttura cui attribuire il ruolo di regista delle nostre scelte che vengono comprese, e alle quali diamo un valore e una ragione, solo a posteriori.

Sebbene viviamo, molto probabilmente, al tempo di Epimèteo, vale a dire di colui che riflette solo dopo sulle azioni compiute, si cercherà di dimostrare, in accordo con autori come Gazzaniga (2013) e Freud (1910), che non vi sono ragioni o evidenze scientifiche per negare la nostra responsabilità individuale, proprio perché non vi è alcuna dimostrazione scientifica di come sia causato il nostro comportamento (Urbaniok *et al.*, 2012).

Parole chiave: imputabilità • teoria dell'evoluzione • neuroscienze

Per corrispondenza: Marco Marchetti • e-mail: marco.marchetti@unimol.it

MARCO MARCHETTI, Vice Presidente Società Italiana Criminologia
FRANCESCA BARALLA, Psicologa, Assegnista di Ricerca Dipartimento di Psicologia, "Sapienza" Università di Roma

L'imputabilità ai tempi di Epimèteo

*A Milva,
che intanto stava organizzando
il suo inconscio genomico*

Nel suo discorso di apertura del VI° Congresso di Antropologia Criminale, tenutosi a Torino dal 28 Aprile al 3 Maggio 1906, Cesare Lombroso riassumeva con questa frase, divenuta celebre, ciò che per lui aveva costituito lo scoprire, molti anni addietro, nel cranio del "brigante" Vilella, la famosa fossetta occipitale mediana: *"Alla vista di queste anomalie, come può apparire una vasta pianura sotto un orizzonte illuminato, il problema della natura e dell'origine del criminale mi appariva risolto: le caratteristiche degli uomini primitivi e degli animali inferiori si riproducevano ai nostri tempi"*. Era la sintesi estrema della teoria dell'atavismo per cui il criminale rappresenterebbe un arrestarsi dell'uomo, nella sua ascesa evolutiva, a stadi inferiori e, secondo la lettura che dà Mannheim dell'impostazione lombrosiana (1965/1975), essa sarebbe stata una *"chiara espressione delle idee di Darwin"*.

Al di là di ogni altra critica che si può formulare alle teorie lombrosiane, qui appare invece evidente una sostanziale distorsione delle idee di Darwin, che certo non appartiene solo a Lombroso, ma che sembra, al contrario, pervicacemente e consolatoriamente pervadere anche molti darwiniani (Gould, 1994, 1977, 2015), con l'evoluzione umana che viene vista come una sorta di trionfale marcia progressiva, spesso rappresentata anche graficamente con una fila di esseri che vanno da un primate antropomorfo, via via passando a varie specie protoumane, fino ad un (bianco) uomo moderno, in cammino verso il culmine dell'evoluzione, rappresentata dalla "perfezione" di noi *Sapiens*, che, oltretutto, se sani, saremmo, o dovremmo essere, sostanzialmente morali, prosociali e alieni dalla violenza a fronte, invece, della *"devianza patologica del male"* (Pievani, 2014) quest'ultima, oggi, più facilmente dimostrabile, anche in sede giudiziaria, attraverso l'utilizzo delle nuove metodiche neuroscientifiche (Sartori, Scarpazza, 2013).

D'altra parte, a ben vedere, qualcosa di molto simile all'atavismo viene sostenuto anche da molti psicologi evuzionisti, per i quali le nostre caratteristiche psicologiche si sarebbero forgiate durante il pleistocene, a contatto con un mitico ambiente per l'adattamento evolutivo, rimanendo poi sostanzialmente immutate nel corso dei tempi e risultando, quindi, oggi, in parte disadattive per noi poveri *Sapiens* costretti a vivere nella complessità del mondo moderno avendo invece a disposizione, nei nostri crani, un cervello dell'età della pietra (Cosmides, Tooby, 1997).

In realtà quello che oggi sappiamo dell'evoluzione umana disegna uno scenario del tutto differente rispetto a quello della marcia trionfale, ed in questo articolo vedremo di delineare alcune ricadute, secondo noi fondamentali, sul piano della valutazione dell'imputabilità, di ciò che sap-

priamo sul nostro sviluppo e su come si è venuto via via organizzando il nostro cervello e il nostro comportamento.

Circa sette milioni di anni fa, da un antenato comune, si sono separate due linee evolutive, quella che ha portato alla comparsa degli scimpanzé e dei bonobo, da un lato e quella che, invece, ha portato a noi. Il cammino che ha portato a noi risulta però straordinariamente complesso.

Alcuni paleoantropologi sono arrivati a riconoscere più di 24 specie nella nostra famiglia che sono comparse, hanno, in vari periodi, coabitato e poi sono scomparse, nel corso di questi sette milioni di anni (Tattersal, 2014). Il genere *Homo* fa la sua comparsa circa 2 milioni di anni or sono e fino a poche decine di migliaia di anni fa, almeno tre specie umane, noi *Sapiens*, i *Neanderthal* e gli *"Hobbit"* dell'isola di Flores, erano sicuramente presenti contemporaneamente sul pianeta e a queste specie, potrebbe aggiungersi una quarta, l'uomo di Denisova, di cui abbiamo sostanzialmente solo il DNA ricavato da frammenti di una falange e forse addirittura una quinta (Pievani, 2011).

Dunque, come ricorda Tattersal (2014), la storia della nostra famiglia è stata segnata da una forte sperimentazione in termini evolutivi ed è *"oltremodo insolito"* che oggi siamo rimasti solo noi come unica specie umana, anche se l'attuale prodotto di questa storia, *Homo Sapiens*, rappresenta senza dubbio un fenomeno che non ha precedenti al mondo, ma è anche qualcosa di pericoloso perché le sue caratteristiche sono emergenti e non ben affinate dalla selezione naturale per un ruolo specifico in natura.

Cosa esattamente abbia contribuito a questo risultato non lo sappiamo bene e anche se le nostre peculiari capacità cognitive dovrebbero o potrebbero aver giocato un ruolo importante, il nostro rimanere i soli rappresentanti del genere *Homo* appare più il frutto di una serie di contingenze che non il realizzarsi di un percorso evolutivo necessitato che non avrebbe potuto che condurre a noi (Pievani, 2011).

Appare però palese che, almeno fino all'uomo moderno, l'evoluzione e la selezione dei tratti genetici, così come quella degli aspetti culturali, siano risultate comunque un processo estremamente lento. Basti pensare che, per più di un milione di anni, molto poco è mutato nel modo di fabbricazione di strumenti litici di tipo acheuleano costituito dal distaccare, ad arte, da una pietra, alcune schegge per farne uno strumento utile a tagliare e raschiare.

Sembrirebbe peraltro abbastanza evidente, stando alle ricostruzioni paleoantropologiche, che prima si sono evoluti alcuni tratti (fra questi, essenziali sono ad esempio la grandezza e la struttura del cervello o la caratteristica della laringe che permette la fonazione) e poi sono comparse quelle sostanziali trasformazioni culturali (ad esempio il linguaggio) che, senza la loro base biologica, formatasi prima per altre ragioni, non si sarebbero potute realizzare.

A complicare le cose vi è il dato inconfutabile che i comportamenti e i pensieri non fossilizzano (Bradshaw,

1997/2001) per cui molti aspetti della nostra organizzazione mentale e delle nostre caratteristiche psicologiche possiamo solo inferirle, con tutti i limiti di questa operazione, dai relativamente pochi dati a nostra disposizione.

A riprova degli errori nei quali si può incorrere in questa operazione di ricostruzione di caratteristiche psicologiche partendo da reperti fossili è interessante notare, anche da un punto di vista criminologico, come, in passato, si sia ipotizzato, con relativo successo, che siano state, tra le altre, proprio le nostre caratteristiche "assassine" e addirittura antropofagiche a contribuire in modo decisivo al nostro diventare uomini moderni (Dart, 1953). L'ipotesi di Dart è stata sostanzialmente abbandonata proprio a partire da un'analisi più attenta degli stessi reperti che il grande paleoantropologo aveva contribuito a scoprire, primo tra tutti il bambino di Taung (Dart, 1925), un piccolo di *Australopithecus Africanus* vissuto circa 2,3 milioni di anni or sono in Sud Africa e morto dopo essere stato predato da un aquila (Berger, Clarke, 1995).

Come sostengono, con solidi argomenti, Hart e Susman (2009) per molto tempo il nostro destino è stato infatti piuttosto quello di essere prede che non predatori con le nostre probabili caratteristiche sociali di allora, vita in gruppi relativamente numerosi formati da 25-75 individui, utilizzo dei maschi dotati di una maggiore corporatura sia come sentinelle che come difensori, utilizzo delle risorse cognitive per analizzare con attenzione l'ambiente circostante e scegliere con cura i luoghi ove fermarsi a riposare nelle ore notturne, che rispondevano sostanzialmente alla necessità difensiva di assicurarci la massima protezione dalla predazione più che a quella aggressiva di predatori con la nostra socialità che si è sviluppata, ed è stata una delle nostre caratteristiche fondamentali, già nei tempi più remoti anche perché veniamo da una lunga storia di specie sociali (De Waal, 2006/2008).

Ritornando al tema della datazione della comparsa del pensiero simbolico sembrerebbe, dai reperti sino ad ora rinvenuti, che ci siano voluti quasi 100.000 anni dalla comparsa dei primi esemplari della nostra specie perché potessero iniziare a manifestarsi comportamenti legati alla nostra peculiare intelligenza simbolica. Un pezzo di ocre inciso con caratteri geometrici risalente a circa 75.000 anni or sono viene considerata infatti la più antica traccia fossile di un comportamento simbolico attribuibile ai *Sapiens*¹ e supergiù a quei tempi risalgono le prove delle prime sepolture umane (Pievani, 2012), evidente indizio che gli esseri umani avevano iniziato ad attribuire a loro stessi un significato e un valore che andava protetto anche dopo la morte.

Per quello che sappiamo fino ad oggi, sembrerebbe, inoltre, non esservi stata una coincidenza tra evoluzione biologica e quella culturale (D'Errico, 2006).

Se 100.000 anni di attesa sembrano pochi, vi è addirittura chi sostiene che l'acquisizione di una coscienza come

quella che utilizziamo tutti i giorni sia in realtà un evento di fatto ancor più recente, visto che gli eroi omerici dell'Iliade sembrerebbero esserne privi (Jaynes, 1976/1996).

Rimane comunque molto probabile, come fa notare Damasio (2010/2012), che ben prima di possedere una mente e una coscienza, come quella di cui abbiamo diretta esperienza, gli esseri umani moderni esibissero comportamenti complessi e raffinati, sicuramente adattativi e non facilmente distinguibili da quelli messi in atto da individui dotati di coscienza. Per riportare le stesse parole dell'Autore: *"La coscienza e il controllo cosciente emersero solo dopo che le menti non dotate di coscienza si erano affermate e gestivano la situazione ottenendo assai spesso, anche se non sempre, buoni risultati" [...] "I processi non coscienti divennero un modo comodo e appropriato per eseguire il comportamento, offrendo così alla coscienza più tempo per ulteriori analisi e pianificazioni"* (Damasio, 2010/2012).

Il portato attuale di questo lento processo di acquisizione delle facoltà coscienti, che interessa direttamente tutti noi, è quello che non solo è possibile che processi consci e inconsci coesistano, ma è anche possibile che comportamenti rilevanti per la sopravvivenza vengano messi in atto senza il supporto della coscienza.

Dobbiamo quindi domandarci quanto effettivamente sia la coscienza, con le sue peculiari caratteristiche e la sua sostanziale fragilità e limitatezza (Benini, 2012), a guidarci specie nei momenti in cui possono essere in gioco la vita e la morte, tenendo presente che il sistema di sopravvivenza, nell'uomo, non può che assumere particolari aspetti di flessibilità, vista la straordinaria complessità del nostro sistema nervoso centrale di cui iniziamo solo ora ad avere una piena consapevolezza.

Possediamo infatti circa 86 miliardi di neuroni e 84 miliardi di cellule gliali, un milione di miliardi di connessioni e reti funzionali; sono state individuate 500 distinte strutture cerebrali sia anatomiche che funzionali. Il nostro cervello compie 5 quadrilioni di operazioni sinaptiche al secondo (Merciai, 2013).

Come vedremo alcuni dei massimi neuroscienziati (Damasio, 2010/2012; Kaneman, 2011/2012; Eagleman, 2011/2012; Gazzaniga, 2012/2013) stanno sostenendo, sulla base di solide prove, la grande importanza, rilevanza ed efficacia, dei nostri processi inconsapevoli nelle scelte strategiche che quotidianamente compiamo, con inevitabili ricadute relative al nostro usuale concetto di responsabilità.

La testimonianza del grande potere delle capacità inconsce di guidare il nostro comportamento o di organizzare il nostro pensiero sono innumerevoli e riguardano molti campi dell'attività e della creatività umana. Solo a titolo esemplificativo, tra i tanti che se ne potrebbero fare, vogliamo ricordarne due.

Nello splendido documentario di Asif Kapadia su Senna del 2010, si può sentire il grande pilota che, parlando della sua prestazione nel Gran Premio di Montecarlo, del 14 maggio 1988 afferma: *"Quel giorno all'improvviso capii che non stavo più guidando coscientemente come se fossi stato in un'altra dimensione, il circuito era diventato un tunnel e io non facevo altro che andare avanti, solo ora mi rendo conto che non avevo una percezione cosciente delle cose"*. Con quella guida "incosciente" Senna era in netto vantaggio sugli avversari, a pochi giri dalla fine, quando dai box lo contattano in cuffia dicendogli di rallentare, visto il vantaggio e, poco dopo, va a sbattere contro il *guard rail* dovendosi ritirare.

1 Mentre era in via di rifinitura il presente articolo sulla rivista Nature (Jordens et al, 2015) è comparsa la notizia del ritrovamento a Trinil, isola di Java, di un eccezionale reperto costituito da una conchiglia contenente dei disegni geometrici tracciati da *Homo Erectus* circa 500.000 anni fa.

L'altro esempio riguarda quello che sembra essere stato il modo con cui è stata composta Yesterday che risulta essere la canzone più eseguita al mondo. Paul McCartney, secondo quanto riferisce Piero Negri (2014), si sarebbe svegliato una mattina con la melodia in testa e la sensazione di ricordare un brano già ascoltato, non composto personalmente. Solo dopo aver fatto sentire il brano a un po' di amici, chiedendo loro se lo conoscessero, si convinse del fatto di averlo composto nel sonno. Zanetti (2012) riferisce una versione un po' diversa nella quale il brano sarebbe stato solo completato e rifinito nel sonno.

L'ipotesi che un controllo cosciente delle nostre azioni che ci guidi costantemente e sia la fonte delle nostre scelte sia, in realtà, solo una sorta di nostra illusione (Wegner, 2002) non è però certo nuova.

Baruch Spinoza, in una celebre lettera a Shuller del 1674, afferma che se una pietra lanciata, divenisse consapevole del suo moto, penserebbe di muoversi perché lo vuole. Così, egli afferma, gli uomini non differiscono per nulla da questa pietra, perché pur avendo la consapevolezza del loro agire, ma l'ignoranza delle cause che stanno alla base, sono spinti a credere di desiderare liberamente ciò che fanno: *"questa è l'umana libertà che tutti si vantano di avere"*, concetto che viene ripreso e sviluppato nella seconda proposizione della parte terza nel trattato sull'Etica pubblicato postumo nel 1677: gli uomini sono consci delle loro azioni, ma non ne conoscono le cause.

Sulla scia di questa importante tradizione di pensiero si colloca ovviamente anche Freud (1938/1979), quando, in una delle sue mirabili sintesi del suo pensiero, afferma che *"Lo psichico in sé, quale che sia la sua natura, è inconscio, e probabilmente è di specie analoga a tutti gli altri processi della natura di cui siamo venuti a conoscenza"*.

Nessun salto particolare quindi, nel nostro peculiare sistema di funzionamento mentale, ma qualcosa che, nella sua singolarità, si colloca comunque, darwinianamente, in un quadro assolutamente naturale (Tattersal, 2014): noi non siamo solo la nostra coscienza e, come ci ricorda Pievani (2011), un Darwin ancora giovane, considerando il senso complessivo dell'evoluzione umana, metteva in forse, nei suoi taccuini, l'idea che l'intelletto potesse essere l'unico scopo del mondo.

È stato Benjamin Libet (1985, 2004/2007) che con una serie di esperimenti, più volte replicati, è arrivato a dimostrare che quando si chiede ad un soggetto di compiere una semplice azione, come flettere il polso o pigiare un bottone, il potenziale di prontezza dell'area motoria supplementare della corteccia cerebrale è presente ed è registrabile almeno 350 millisecondi prima che il soggetto sia effettivamente cosciente di voler compiere quella stessa azione. Più in generale, la nostra coscienza di un qualsiasi evento tende ad essere presente con un ritardo di 500 millisecondi.

Come sottolinea Libet (2004/2007), basti pensare cosa, questo dato, può significare nello sport.

Un centometrista è in grado di lasciare i blocchi di partenza circa 12 centesimi di secondo dopo lo sparo, ma diviene effettivamente cosciente dello sparo stesso dopo circa mezzo secondo dal colpo dello starter quando ha già compiuto diversi metri di corsa. Ugual considerazione si può fare per un giocatore di Baseball o per un tennista che riescono a colpire la palla, che può viaggiare a velocità che può arrivare, per il tennis a oltre 240 km orari, e per il ba-

seball ad oltre 140 km orari, senza che vi sia una reale consapevolezza del gesto. Il nostro sistema nervoso è quindi in grado di compiere azioni complesse e finalizzate, in assenza di consapevolezza anche se, per un particolare meccanismo cognitivo, noi tendiamo a retrodatare l'avvento della coscienza del fatto, al momento stesso in cui il fatto avviene. Crediamo di essere partiti dai blocchi perché abbiamo coscientemente sentito lo sparo dello starter anche se non è così. Libet (2004/2007) ha chiamato questo fenomeno *"la retrodatazione dell'esperienza sensoriale ritardata"*. È come se, come afferma Boncinelli (2010), noi tornassimo sempre alla mente di noi stessi.

Il fatto che un'azione si "prepari" nel cervello, con un'attivazione di aree specifiche ben prima che vi sia una piena coscienza di essa, è stato confermato sia registrando direttamente l'attività di gruppi neuronali (Fried, Mukamel, Kreiman, 2010), sia usando la risonanza magnetica funzionale (fMRI). In questo caso il gruppo di ricerca (Soon et al., 2008) ha dimostrato che il risultato della decisione di premere un pulsante può essere previsto, analizzando l'attività della corteccia cerebrale prefrontale e parietale, anche 10 secondi prima che il soggetto abbia consapevolezza della sua stessa scelta. Gli Autori ritengono che questo rilevante ritardo rifletta l'attività di una *network* di aree deputate al controllo delle azioni che proprio per l'intrinseca complessità del controllo stesso necessita di un tempo così lungo prima che l'azione divenga cosciente.

Sembrirebbe dunque che noi comprendiamo il mondo e diveniamo coscienti delle nostre stesse intenzioni sempre con un po' di ritardo: è come se vivessimo nell'epoca di Epimeteo, il Titano, fratello di Prometeo e marito della bellissima Pandora, delle cui gesta narra Platone nel *Protagora*, che, come dice appunto il suo nome, capiva sempre le cose in ritardo.

Qui non è tanto in gioco il libero arbitrio, o meglio la nostra libertà, quanto appunto il peso reale dei nostri processi coscienti in alcune situazioni.

Daniel Kahneman nel suo capolavoro *"Pensieri lenti e veloci"* (2011/2012) propone, sulla base di solide prove sperimentali raccolte in vari ambiti della psicologia, l'esistenza di due differenti sistemi di pensiero che lui chiama, attingendo ad una lunga tradizione psicologica, Sistema1 e Sistema2. Il Sistema1 è un sistema che opera molto rapidamente e in assenza di un senso di controllo volontario, mentre il Sistema2 opera quando dobbiamo compiere attività mentali che richiedono un certo sforzo, come i calcoli complessi o valutazioni riflessive. L'attività del Sistema2 si correla con sensazioni di concentrazione, sforzo mentale e di scelta volontaria.

È interessante quello che Kahneman dice delle precipue funzioni del Sistema1 che sarebbe stato plasmato dall'evoluzione per fornire costantemente all'individuo valutazioni relative ai principali problemi che un organismo deve risolvere per sopravvivere. È tutto normale? Devo avvicinarmi o allontanarmi? Sto correndo un rischio? È il Sistema1 che ci dice se possiamo fidarci di una certa persona a colpo d'occhio ed è sempre il Sistema1 che ne valuta la forza e la capacità aggressiva, vale a dire il *Resource holding potential* o RHP (Parker, 1974; Maestripieri, 2012/2014), nel caso si dovesse addivenire ad uno scontro fisico, anche e soprattutto, se quello scontro fisico è iniziato per qualsiasi ragione da noi.

Quello che si tende sempre a dimenticare è che una interazione aggressiva, anche se potenzialmente utile e “voluta” da noi, è comunque pericolosa, specie se non sappiamo valutare la reale forza dell'avversario e, come fa notare la Churchland (2013/2014), anche nei momenti in cui attacca, un animale contemporaneamente si difende.

Vale solo la pena di ricordare che la reale forza fisica dell'avversario ha un peso determinante nella possibilità di vincere in uno scontro fisico tant'è che attualmente nella boxe, tra una categoria e un'altra, così come stabilito dalla *World Boxing Association*, vi sono differenze di peso, specie nelle categorie più leggere, di pochi chilogrammi: perché uno scontro sia alla pari occorre quindi che tra i due avversari vi sia una minima differenza ponderale.

Allo studio di questa capacità di valutare “al volo” le caratteristiche di una persona, specie la sua affidabilità, si è dedicato con risultati estremamente interessanti dal punto di vista criminologico Alex Todorov. L'Autore ha dimostrato come siamo in grado di inferire giudizi su di una serie di parametri quali l'affidabilità, la gradevolezza, l'aggressività, l'attrattività e la competenza osservando un volto di una persona per solo 100 ms, prima cioè che vi sia una possibilità di essere coscienti di quanto osservato e che, una maggiore esposizione a quel volto, di fatto, non modifica il nostro giudizio, anche se può renderci più convinti delle nostre valutazioni (Willis & Todorov, 2006; Todorov, 2009). In termini di strategie di sopravvivenza, una valutazione così rapida e sostanzialmente inconsapevole delle caratteristiche di un altro essere umano, specialmente sul versante delle sue capacità aggressive, appare ovviamente essenziale quando si deve decidere se attaccare o desistere e alcuni dati indicano che saremmo in grado di valutare la forza dell'avversario sia dalla sola espressione del viso (Sell *et. al.*, 2009) che dalla voce (Sell *et. al.*, 2010).

A fronte di queste evidenze dovremmo domandarci se i dati criminologici ci danno delle indicazioni “sul campo” della reale efficacia di queste valutazioni inconsce circa la forza dell'avversario.

Noi riteniamo di sì, specie se andiamo ad osservare i dati statistici sulla legittima difesa.

Wolfgang (1958) nel suo classico “Patterns of Criminal Homicide” riporta che gli omicidi per legittima difesa ammontavano, all'epoca delle sue rilevazioni, a solo l'1,3 % di tutti gli omicidi, percentuale non molto distante da quella rilevata nel 2013 dal FBI che ha calcolato che solo 281 su 12.253, vale a dire il 2,2%, sono stati gli omicidi per legittima difesa (*justifiable homicides*) compiuti da privati cittadini, da tenere ovviamente ben distinti da quelli compiuti dalle Forze dell'Ordine nell'adempimento delle loro funzioni di ordine pubblico.

D'altra parte iniziano a comparire dati che riconoscono come anche la rabbia non sia in effetti un'esplosione inconsulta ma risponda a una logica precisa per la quale, di fatto, chi sa di poter vincere in una competizione, per via della sua forza, tende a concedersi la rabbia più facilmente (Sell, Tooby & Cosmides, 2009).

Sembrerebbe quindi che gli aggressori, al di là delle loro condizioni mentali, sappiano bene come e chi colpire se dai dati delle ricerche criminologiche risulta evidente che l'aggredito riesce a sopraffare l'aggressore solo in percentuali così modeste: come direbbe Polonio, “Pazzia, non c'è che dire,

ma non senza un metodo”²; ed è questo “metodo” che probabilmente ci ha permesso di sopravvivere nella nostra lunga storia evolutiva, ma che così poca considerazione sembra ricevere al momento della valutazione dell'imputabilità.

Di fatto si tende a dimenticare che il nostro sistema comportamentale ha dei sistemi di regolazione abbastanza solidi, raffinati nel corso di milioni di anni di evoluzione, che ci hanno portato ad una sorta di progressiva domesticazione (Hare, Tomasello, 2005) nella quale le facoltà cognitive a supporto della socialità e della cooperazione sono comparse come sottoprodotto dell'affermarsi di livelli di regolazione temperamentale sostanzialmente automatici e favorevoli all'aggregazione e alla vita di gruppo, ma anche alla risposta aggressiva.

Come ricorda Wilson (1975/1979), è molto probabile che da un certo momento in poi l'aggressività sia stata progressivamente limitata e le vecchie forme di manifesta predominanza dei primati furono sostituite con complesse abilità sociali.

Non solo, ma come aveva chiaramente intuito Darwin (1871), poiché una forte coesione cooperativa di gruppo e una forte solidarietà reciproca possono, in passato, avere favorito i gruppi umani che le possedevano in misura maggiore, nel momento di un confronto aggressivo con altri gruppi, a discapito di quelli che ne erano più carenti, maggiore socialità e maggiore capacità aggressiva, si sono trasmesse nello stesso momento a cura dei vincitori, ponendo le basi genetiche della nostra sostanziale ambivalenza (Tattersal, 2012/2013; Pievani, 2014).

Damasio (2010/2012) ritiene che sia stato proprio l'affermarsi di processi di regolazione del comportamento non coscienti, di particolare efficacia, che ha permesso alla coscienza di trovare un suo spazio per valutazioni più complesse, per attività pianificate e, più in generale, per i complessi comportamenti simbolici che ci contraddistinguono.

Quello che noi intendiamo per deliberazione cosciente, sostiene ancora Damasio (2010/2012) ha ben poco a che fare con il controllo del comportamento, nel momento in cui si esprime, quanto piuttosto con processi di pianificazione che richiedono comunque tempi lunghi e non decisioni prese nell'arco di pochi secondi, come possono essere quelle relative ad una azione o reazione aggressiva. Queste “decisioni” sono probabilmente prese utilizzando il repertorio comportamentale sedimentato in quello che Damasio (2010/2012) chiama il nostro inconscio genomico che conterrebbe il primissimo repertorio di *know-how* non cosciente, grazie al quale il nostro organismo può essere governato dall'attività di circuiti neuronali costruiti appunto sulla base delle indicazioni del nostro genoma. La deliberazione cosciente, secondo l'Autore, non può che venire a patti con queste modalità di funzionamento di base, inerente questioni fondamentali riguardanti la sopravvivenza o la riproduzione e, proprio vista la assoluta centralità di queste questioni, questi schemi comportamentali promuovono nell'uomo comportamenti complessi che possono facilmente sembrare coscienti, ma che in realtà non lo sono (Damasio, 2010/2012).

2 Shakespeare, Amleto, Atto II, scena II. (trad. it. I Meridiani, I Drammi dialettici, Milano: Mondadori, 1997, p. 127.)

Qualcosa di molto simile l'aveva già anticipata Wilson (1975/1979) quando affermava: *“il complesso ipotalamo-limbico di una specie altamente sociale qual'è l'uomo, “sa”, o più precisamente, è stato programmato ad agire come se sapesse, che i suoi geni si propagheranno solo se esso organizza risposte comportamentali che fanno intervenire una efficace miscela di sopravvivenza personale, di riproduzione e di altruismo”*.

Tali sistemi di regolazione comportamentale peraltro sono probabilmente meno sensibili all'influenza della malattia mentale di quanto comunemente si creda: si pensi soltanto che le grandi costanti criminologiche relative all'età e al sesso di chi commette crimini, specie quelli violenti, tendono a non essere modificate dalla malattia mentale (Marchetti, 2004). D'altra parte, iniziano a comparire interessanti valutazioni in tema di imputabilità riguardo alla possibilità di non valutare automaticamente, in senso escludente, la presenza di un delirio (Arreghini, Celva, 2014), inserendola invece in una più ampia valutazione comportamentale.

Ritornando sul versante forense ci si deve chiedere dove possano portare queste acquisizioni se applicate in campo forense. La Churchland (2013/2014) ritiene che proprio poiché sappiamo ancora molto poco delle reali differenze individuali e di come circuiti e microcircuiti cerebrali modulino il comportamento, la tendenza dei Giudici di fronte a casi concreti di comportamenti criminali impulsivi o, apparentemente inspiegabili, dovrebbe essere quella della cautela nel momento di interpretare dati neuroscientifici o genetici.

È però un fatto che le neuroscienze rischiano oggi di essere invece utilizzate in campo forense non tanto per fornire ai Giudici e agli Avvocati una visione più globale ed ampia del comportamento umano e della complessità dei suoi sistemi di regolazione, quanto invece per sostenere, in un'ottica sostanzialmente determinista e riduzionista, una minore responsabilità di soggetti autori di reato, specie di quelli violenti, in presenza di particolari varianti geniche o di particolari aspetti della morfologia cerebrale che li predisporrebbero, appunto, all'agito violento; questo in chiaro contrasto con i dati scientifici che indicano come sia sostanzialmente arbitrario, basandosi sui dati genetici fino ad ora disponibili, individuare una relazione causa effetto di tipo lineare tra la presenza dei *pattern* genetici e il comportamento, sebbene alcune associazioni tra assetto genetico e tendenza ad una maggiore aggressività sono state notate all'interno di specifiche popolazioni (Feresin, 2009; Tatarelli et al., 2014).

Ma se le nostre azioni iniziano a nostra insaputa e al di fuori del nostro controllo cosciente e con la nostra coscienza che in molti casi risulta comunque in ritardo nel suo contatto con la realtà, possiamo dirci responsabili?

In una prospettiva classica, quella che di fatto informa il nostro codice penale, che vede noi come agenti razionali, che comunemente agiamo con coscienza e volontà, questo sembrerebbe un quesito che reca in sé una implicita risposta negativa.

In effetti le cose sembrerebbero stare in modo diverso, se solo si accettasse di vederle da un altro punto di vista.

Molti neuroscienziati ritengono, infatti, che il cervello di una persona è comunque pienamente e sempre responsabile del comportamento della persona stessa (Hallett, 2007; Pierre, 2014), proprio vista la complessità del suo funzionamento.

Esprimendosi in proposito, Gazzaniga (2012/2013) appare persino perentorio quando afferma che non vi è una ragione scientifica per non essere considerati responsabili; così sulla stessa linea Urbaniok (2012) che segnala che una visione rigidamente deterministica del comportamento umano, con conseguente impossibilità di individuare una responsabilità individuale e una colpevolezza personale, è caratterizzata, da una parte, da una fallacia empiricista, e dall'altra, da errori metodologici, arrivando a dire che, allo stato attuale, non vi sono evidenze mediche che possano mettere in questione il principio della colpevolezza di un individuo.

Peraltro lo stesso Freud (1925) in uno dei passi che meglio evidenzia il suo rigore morale e il suo sostanziale rifiuto di vedere nella nostra complessa attività inconscia una scusante per il nostro agire, riteneva *“ovvio”* che ci si debba sentire responsabili persino di ciò che sogniamo, poiché, siamo sempre e soltanto noi a produrre quei sogni.

Noi siamo il nostro cervello, non c'è nessun fantasma nella macchina, per dirla con Ryle (1949/1955), che ci spinge ad agire e nemmeno un solo centro di controllo del comportamento (Gazzaniga, 2012/2013).

Oggi il pensiero dominante nelle neuroscienze è che la stessa coscienza non sia un processo unico e generalizzato, ma sia lo straordinario risultato dell'attività di una moltitudine di sistemi distribuiti e specializzati, di processi non integrati, che poi la nostra corteccia sinistra, che svolge il ruolo di interprete, assembla facendoceli apparire qualcosa di coerente e unitario, a volte usando un meccanismo molto simile alla confabulazione (Gazzaniga, 2012/2013).

Chiedersi, a fronte di un nostro comportamento, fino a che punto è stato il nostro cervello o, se vogliamo la nostra biologia, o i nostri geni, ha ben poco significato ora che sappiamo che *“l'uomo e la sua biologia sono la stessa cosa [...] sono inseparabili”* (Eagleman, 2011/2013).

Sta di fatto che noi siamo esseri estremamente flessibili sul piano comportamentale (Ridder, Verplaetse & Vanneste, 2013), la nostra libertà, intesa appunto come flessibilità di risposta al mutare delle situazioni, esterne e interne, ha solide basi neurobiologiche che possono rinvenirsi già negli invertebrati (Brembs, 2011); per questo criticiamo fortemente l'ingenuo determinismo che informa la sentenza della Cassazione del 2005 (Cass. n° 9163, 2005) e che appare essere alla base delle sentenze di Trieste (Corte di Appello di Trieste 5/2009 del 18 settembre 2009) e del GIP di Como (decisione 20.08.2011).

Siamo troppo complessi per essere così rigidamente determinati da un qualsiasi complesso di elementi, siano essi geni, o circuiti o microcircuiti cerebrali (Boncinelli, 2014), anche se ovviamente questi elementi segnano profondamente le caratteristiche della nostra individualità (Dahene, 2014), in modi che però ancora non conosciamo adeguatamente (Churchland, 2013/2014).

Come ricorda Miller (2000/2002), dal momento in cui è iniziato a evolvere un primo sistema nervoso, abbiamo assistito ad un aumento progressivo di complessità che, di fatto, ha comportato un aumento complessivo di libertà con risposte modulate e imprevedibili, all'ambiente e al suo mutare.

Nessuno poteva prevedere, e nessuno in effetti l'ha previsto o progettato, che alla fine di sette milioni di storia evolutiva, per parlare solo di quelli che più direttamente ci

coinvolgono, saremmo rimasti solo noi *Sapiens* delle tante specie diverse che ci hanno preceduto e, soprattutto, accompagnato nelle nostre vicende evolutive.

Il dato sorprendente è che quelli che sostengono questa sorta di prevedibilità, all'indietro, delle azioni umane, per cui a fronte di un certo assetto vi sarebbe una sorta di necessità ad agire in un certo modo, talmente rilevante da incidere sulla possibilità di considerare pienamente responsabili gli autori di certi reati (secondo noi è significativo che fino ad ora ci si è prudentemente limitati ad una riduzione di pena applicando la seminfermità), non considerano che quegli stessi esseri umani hanno vissuto anni compiendo giorno per giorno migliaia di scelte sostanzialmente conformi alle norme o, se vogliamo, alle consuetudini (Gazzaniga, 2008; 2012/2013) e comunemente non si scagliano a caso contro una vittima potenziale, ma sembrerebbe invece che mantengano ben attivo il sistema di valutazione dei rischi.

Perché mai un principio di rigida determinazione dovrebbe valere solo e soltanto in occasione di un comportamento reato, per quanto violento o inspiegabile esso sia?

Saremmo veramente, pur a certe condizioni, meno liberi di un invertebrato (Brembs, 2011)?

Come nota acutamente Gazzaniga (2012/2013), le neuroscienze moderne sono in realtà sostanzialmente deterministiche, così come rischia di esserlo la genetica comportamentale. Abbracciando una prospettiva determinista ed avendo sempre maggiori informazioni sui vincoli della nostra mente si potrebbero avere in futuro sempre meno ragioni per punire, soprattutto in modo retributivo (Eagleman, 2011/2012).

Il vero rischio che noi intravediamo è in realtà il riaffermarsi, nella prospettiva della nostra ineliminabile esigenza di sicurezza, di posizioni in cui si ritorni a sostenere l'importanza di una risposta penale non basata tanto sulla proporzionalità retributiva, legata alle caratteristiche del reato commesso, che, per quanti limiti essa possa presentare, da un lato appare essere una nostra spontanea e radicata tendenza psicologica (Carlsmith, Darley, 2008), dall'altro rimane comunque una garanzia, quanto su una supposta capacità di valutazione della *"effettiva pericolosità sociale del reo e alla sua recuperabilità"*, come sostengono Corbellini e Sirgiovanni (2014), in pieno *revival* lombrosiano e neopositivista; pericolosità che, se basata su caratteristiche genetiche, ovvero su caratteristiche strutturali del nostro cervello, risulterebbe, ovviamente ben poco modificabile nel corso del tempo, con una sorte non particolarmente brillante per chi venisse riconosciuto socialmente pericoloso.

Abbiamo visto, invece, che abbiamo meccanismi di valutazione del rischio di uno scontro aggressivo molto raffinati ed efficaci, che ci possono portare ad inferire valutazioni sulla forza dell'avversario anche solo avendolo visto di sfuggita, tanto efficaci che comunemente ci portano al compimento, con successo, di un'azione aggressiva, come dimostrato dal veramente esiguo numero dei casi di legittima difesa, là dove effettivamente l'aggressore sbaglia il calcolo e attacca la vittima sbagliata che poi lo surclasserà al momento del rischioso confronto aggressivo.

Evidentemente questi complessi sistemi di protezione, affermatasi e raffinati nel lungo periodo in cui siamo stati piuttosto prede che non predatori, e profondamente legati alle nostre straordinarie capacità cognitive, continuano a funzionare anche in presenza di malattia mentale, così come

continuano ad essere confermate, specie per il comportamento violento ed anche in presenza di malattia mentale, le costanti criminologiche legate al sesso e all'età degli autori.

Abbiamo anche raffinati meccanismi di regolazione del nostro comportamento che, come ricordano sia Damasio (2010/2012) che la Churchland (2013/2014), possono essere allenati e implementati aprendo così nuove anche prospettive "terapeutiche" nei confronti dei comportamenti criminali. Non si tratterebbe tanto di mettere l'Io al posto dell'Es, che per Freud (1932)³, secondo la traduzione corrente in italiano e in inglese del motto freudiano, è l'obiettivo della psicoanalisi, quanto invece di compiere un percorso opposto, riuscire a far sì che certe modalità comportamentali prosociali divengano stabilmente il patrimonio del nostro inconscio genomico, rafforzato dalla esperienza e dalla riflessione cosciente.

D'altra parte è quello che da tempo sostiene Tremblay con il suo gruppo di ricerca: non si impara ad essere aggressivi, al contrario, con la crescita, sottoposti ad una adeguata supervisione e disciplina, vi è un progressivo apprendimento di modalità di reazione non aggressive (Tremblay, 2008).

La nostra infanzia e la nostra adolescenza sono così lunghe proprio perché occorre del tempo e dell'impegno per far divenire automatici e non coscienti i nostri meccanismi di controllo (Damasio, 2010/2012).

Ora che sappiamo per certo che la nostra coscienza è sempre un po' in ritardo nella comprensione dei dati della realtà e che viviamo tutti quindi nell'epoca, non troppo eroica, di Epimèteo, forse potremmo iniziare a considerare meglio, al momento della valutazione dell'imputabilità, il peso di alcune costanti che, probabilmente, da alcuni milioni di anni, informano il nostro comportamento e ci hanno permesso di essere quello che siamo, una specie sostanzialmente ambivalente (Wilson, 1975/1979; Tattersal, 2012/2013; Pievani, 2014), nella quale quelle che consideriamo le nostre caratteristiche migliori sono intrinsecamente e inscindibilmente legate ad alcune che invece consideriamo peggiori, quali appunto quelle che si esprimono nei comportamenti aggressivi che, in quanto esseri sociali e morali, abbiamo tutto il diritto e il dovere di cercare di controllare e di contenere, pur nel pieno rispetto della dignità e della sofferenza umana. Non siamo né solo dei "Maschi bestiali" (Wrangham, Peterson, 1997/2005) né solo "Naturalmente buoni" (DeWaal, 1996/2001), per citare due delle più famose opere su quella che sarebbe la nostra "vera" natura.

Come ricorda in una mirabile sintesi Damasio (2010/2012) ponendo nel giusto rilievo il ruolo della nostra straordinaria capacità di riflettere su noi stessi nella costruzione della nostra realtà umana, una volta venuti in possesso della riflessione cosciente, dopo esserci evoluti secondo un modello centrato sulla regolazione dei processi vitali, abbiamo iniziato a cercare di andare al di là delle nostre stesse costrizioni biologiche, escogitando, grazie alle nostre capacità empatiche, forme di conforto per chi soffre, e grazie

3 Ogden (2001/2003) suggerisce invece del brano una traduzione molto più radicale e molto vicina all'idea che ci si debba avvicinare al nostro inconscio genomico "dove'era ciò che è, là dovrò diventare".

alle nostre innate capacità morali, norme di comportamento mirate a impedire il male e promuovere il bene, e un insieme composito di azioni punitive e preventive, di penalizzazioni ed elogi.

E per trasmettere tutto questo profondo sapere abbiamo iniziato a raccontarci storie e a produrre cultura, qualcosa che desse ragione al nostro senso di sentirci umani e al nostro sgomento di esseri coscienti del nostro destino mortale, ma che desse anche un senso al nostro comportamento criminale scandagliando e rappresentando i principali motivi, peraltro molto umani e non patologici, per i quali si uccide (Marchetti, Baralla, Catania, 2011).

Bibliografia

- Arreghini, E., Celva, M. (2014). "You fool no one...you tough that you could take me for granted". Il delirio: dalla fascinazione dello psichiatra forense ad un nuovo criterio di valutazione dell'imputabilità. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 4, 291-300.
- Benini, A. (2012). *La coscienza imperfetta. Le neuroscienze e il significato della vita*. Milano: Garzanti.
- Boncinelli, E. (2010). *Mi ritorno in mente. Il corpo, le emozioni, la coscienza*. Milano: TEA.
- Boncinelli, E. (2014). *Liberi perché più forti dei nostri geni*. La Lettura, Corriere della Sera, 10 august 2014.
- Bradshaw, J. L. (1997). *Human Evolution. A Neuropsychological Perspective*. Hove: Psychology Press (trad. it. *Evoluzione umana. Una prospettiva neuropsicologica*, Giovanni Fioriti, Roma, 2001).
- Brembs, B. (2011). Towards a scientific concept of free will as a biological trait: spontaneous actions and decision-making in invertebrates. *Proceedings of the Royal Society - Biological Sciences*, 278, 930-939.
- Berger, L., Clarke, R. (1995). Eagle involvement in accumulation of the Taung child fauna. *Journal of Human Evolution*, 29, 275-299.
- Carlsmith, K.M. (2008). On Justifying Punishment: The Discrepancy Between Works and Actions. *Social Justice Research*, 21, 119-137.
- Churchland, P.S. (2013). *Touching a Nerve. The Self as Brain*. New York: W.W. Norton (trad. it. *L'io come cervello*, Raffaello Cortina, Milano, 2014).
- Corbellini, G., Sirgiovanni, E. (2014). *Tutta colpa del cervello. Un'introduzione alla neuroetica*. Milano: Mondadori.
- Cosmides, L., Tooby J. (1997). *Evolutionary psychology: A primer*. Available: <http://www.psych.ucsb.edu/research/cep/primer.html>.
- D'Errico, F. (2006). Gli archeologi raccolgono gli indizi sugli albori della mente moderna. *Darwin*, 14, 72-79.
- Dahene, S. (2014). *Consciousness and the Brain. Deciphering How the Brain Codes our Thoughts*. New York: Viking Penguin (trad. it. *Coscienza e cervello. Come i neuroni codificano il pensiero*, Raffaello Cortina, Milano, 2014).
- Damasio, A. (2010) *Self Comes to Mind. Constructing the Conscious Brain*. New York: Pantheon Books (trad. it. *Il Sé viene alla mente*, Adelphi, Milano, 2012).
- Dart, A. R. (1925). *Australopithecus africanus* The Man-Ape of South Africa. *Nature*, 115, 195-199.
- Dart, A.R. (1954). The Predatory transition from ape to man. *International Anthropological and Linguistic Review*, 1, 201-217.
- Darwin, C. (1871). *The Descent of Man, and Selection in Relation to Sex* (trad. it. *L'origine dell'uomo e la selezione sessuale*, Newton Compton, Roma, 2003).
- De Ridder, D., Verplaetse J., Vanneste, S. (2013). The predictive brain and the free will illusion. *Frontiers in Psychology*, 4, 131-133.
- De Waal, F. (1996). *Good Natured. The Origins of Right and Wrong in*

- Humans and Other Animals*. Harvard University Press (trad. it. *Naturalmente Buoni. Il bene e il male nell'uomo e negli altri animali*, Garzanti, Milano, 2001).
- De Waal, F. (2006). *Primates and Philosophers. How morality evolved*. Princeton NJ: Princeton University Press (trad. it. *Primati e filosofi. Evoluzione e moralità*, Garzanti, Milano, 2008).
- Eagleman, D. (2011). *Incognito. The Secret Lives of the Brain*. London: Canongate (trad. it. *In Incognito. La vita segreta della mente*, Mondadori, Milano, 2012).
- FBI (2014). Uniform Crime Report.
- Feresin, E. (2009). Lighter Sentence for Murderer with 'bad Genes'. Web log post. *Nature News*. 30 Oct. 2009. Web. 21 Oct. 2010.
- Freud, S. (1932). *Introduzione alla psicoanalisi* (nuova serie di lezioni). OSF, Vol. 11, Torino: Boringhieri, 1979.
- Freud, S. (1938). *Alcune lezioni elementari di psicoanalisi*. OSF, Vol. 11, Torino: Boringhieri, 1979.
- Fried, I., Mukamel R., Kreiman, G. (2010). Internally Generated Preactivation of Single Neurons in Human Medial Frontal Cortex Predicts Volition. *Neuron*, 69, 548-562.
- Gazzaniga, M. (2008). The Law and Neuroscience. *Neuron*, 60, 412-415.
- Gazzaniga, M. (2012). *Who's in charge. Free will and the science of the brain*. New York, NY: Ecco/Harper Collins (trad. it. *Chi comanda? Scienza, mente e libero arbitrio*, Codice, Torino, 2013).
- Gould, S.J. (1977). *Ever since Darwin. Reflections on Natural History*. New York, NY: W.W. Norton & Company Incorporated (trad. it. *Questa idea della vita. La sfida di Charles Darwin*, Codice, Torino, 2015).
- Gould, S.J. (1994). L'evoluzione della vita sulla Terra. *Le Scienze*, 316, 65-72.
- Hare, B., Tomasello, M. (2005). Human-like social skills in dogs? *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 439-444.
- Hart, D., Sussmann R. W. (2009). *Man the Hunted. Primates, Predators, and Man Evolution*. Boulder: Westview press.
- Hallett, M. (2007). Volitional Control of Movement: The Physiology of Free Will. *Clinical Neurophysiology*, 118, 1179-1192.
- Jaynes, J. (1977). *The Origin of Consciousness in the Breakdown of the Bicameral Mind*. Boston (MA): Houghton (trad. it. *Il crollo della mente bicamerale e l'origine della coscienza*, Adelphi, Milano, 1996).
- Joordens, J. C. A., d'Errico, F., Wesselingh, F.P., Munro, S., de Vos, J., Wallinga, J., Ankjærgaard, C., Reimann T., Wijbrans J. R., Kuiper K.F., Mûcher H.J., Coqueugniot, H., Prié, V., Joosten, I., van Os, B., Schulp, A.S., Panuel, M., van der Haas, V., Lustenhouwer, W., Reijmer J. J. G., Roebroeks W. (2015). *Homo erectus* at Trinil on Java used shells for tool production and engraving. *Ature* 518, 228-231.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus, and Giroux (trad. it. *Pensieri lenti e veloci*, Mondadori, Milano, 2012).
- Libet, B. (1985). Unconscious Cerebral Initiative and the Role of Conscious Will in Voluntary Action. *The Behavioral and Brain Sciences*, 8, 529-566.
- Libet, B. (2004). *Mind Time. The Temporal Factors in Consciousness*. Cambridge MA: Harvard University Press (trad. it. *Mind Time. Il fattore temporale nella coscienza*, Raffaello Cortina, Milano, 2007).
- Lombroso, C. (1908). *Discours d'ouverture au VI Congres d'anthropologie criminelle. Compte-rendus du VI Congrès international d'anthropologie criminelle*. Turin, 28 avril-3 mai 1906. Torino: Bocca, p. XXXII.
- Maestripietri D. (2012). *Games Primates Play: An Undercover Investigation of the Evolution and Economics of Human Relationships*. New York: Basic Books (trad. it. *A che gioco giochiamo noi primati. Evoluzione ed economia delle relazioni sociali umane*, Raffaello Cortina, Milano, 2014).
- Mannheim, H. (1965). *Comparative Criminology*. London: Routledge & Kegan (trad. it. *Trattato di Criminologia Comparata*, Einaudi, Torino, 1975).

- Marchetti, M. (2004). *Appunti per una Criminologia darwiniana*. Padova: Cedam.
- Marchetti, M., Baralla, F., Catania, G. (2011). Alcune considerazioni sull'omicidio: una prospettiva darwiniana. *Rassegna Italiana Criminologia*, 4, 44-51.
- Merciai, S. (2013). *Neuroscienze, terre di confine*. Relazione tenuta al ciclo di incontri: Psicoanalisi un metodo pericoloso. Genova, Palazzo Ducale, 15.3.2013.
- Miller, G. (2000). *The Mating Mind. How Sexual Choice Shaped the Evolution of Human Nature*. London: Einemann (trad. it. *Uomini, donne e code di pavone*, Torino, Einaudi, 2002).
- Negri, P. (2014). *Yesterday l'ho composta in sogno. Mi svegliai e la canzone era lì*. La Stampa stettacoli, 15 august 2014.
- Ogden, T. H. (2001). *Conversations at the frontier of dreaming*. London: Jason Aronson Inc. (trad. it. *Conversazioni al confine del sogno*, Astrolabio, Roma, 2003).
- Oosterhof, N. N., Todorov, A. (2008) The functional basis of face evaluation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States f'America*, 105, 11087-11092.
- Parker, G.A., 1974. Assessment strategy and the evolution of animal conflicts. *J. Theor. Biol.*, 47, 223-243.
- Pierre, J.M. (2014). The neuroscience of free will: implications for psychiatry. *Psychological Medicine*, 44, 2465-2474.
- Pievani, T. (2011). *La vita inaspettata. Il fascino di un'evoluzione che non ci aveva previsto*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pievani, T. (2012). *Homo Sapiens. Il cammino dell'umanità*. Novara: Istituto Geografico De Agostini.
- Pievani, T. (2014). *Evoluti e abbandonati. Sesso, politica, morale: Darwin spiega proprio tutto?* Torino: Einaudi.
- Platone (1996). *Protagora*. Traduzione italiana a cura di Francesco Adorno. Bari: Laterza.
- Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. London: Hutchinson's University Library (trad. it. *Lo spirito come comportamento*, a cura di F. Rossi-Landi, Einaudi, Torino, 1955).
- Sartori, G., Scarpazza C. (2013). Cervello e responsabilità. In *Quanto siamo responsabili? Filosofia, Neuroscienze e Società*. Torino: Codice.
- Sell, A., Tooby, J., Cosmides, L. (2009). A recalibration theory of human anger. *PNAS*, 106 (35), 15073-15078.
- Sell, A., Tooby, J., Cosmides, L., Sznycer, D., von Reuden, C., Gurden, M. (2009). Human adaptations for the visual assessment of strength and fighting ability from the body and face. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 276, 575-584.
- Sell A., Bryant G.A., Cosmides L., Tooby J., Sznycer D., von Reuden C., Krauss A. Gurven M. (2010). Adaptations in humans for assessing physical strength from the voice. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 22, 277(1699), 3509-3518.
- Soon, C.S., Brass, M., Heinze, H.J., Haynes, J.D. (2008). Unconscious determinants of free decisions in the human brain. *Nature Neuroscience*, 11, 543-545.
- Spinoza, B. (1674-1677). *Opere*. (trad. it. Mondadori, Milano 2007, p. 1484).
- Tatarelli, R., Del Casale, A., Tatarelli, C., Serata, D., Rapinesi, C., Sani, G., Kotzalidis, G.D., Girardi, P. (2014). Behavioral genetics and criminal responsibility at the courtroom. *Forensic Sciences International*, 237, 40-45.
- Tattersal, I. (2012). *Masters of the Planet. The search for Our Human Origins*. New York: St. Martin's Press (trad. it. *I Signori del Pianeta. La ricerca delle origini dell'uomo*, Codice, Torino, 2013).
- Tattersal, I. (2014). La seconda nascita di Homo Sapiens. *MicroMega*, 1, 55-66.
- Todorov, A. (2008). Evaluating faces on trustworthiness: an extension of systems for recognition of emotions signaling approach/avoidance behaviors. *Annals of the New York Academy of Science*, 1124, 208-24.
- Tremblay, R.E. (2008). *Prevenir la violence des la petite enfance*. Paris: Odile Jacob.
- Urbaniok, F., Laubacher, L., Hardegger, J., Rosseger, A., Endrass, J., Moskvitin, K. (2012). Neurobiological Determinism: Human Freedom of Choice and Criminal Responsibility. *Journal of Offending Therapy and Comparative Criminology*, 56, 174-190.
- Wegner, D.M. (2002). *The illusion of conscious will*. Cambridge MA: The Mit Press.
- Willis, J., Todorov, A. (2006). First impressions: making up your mind after a 100-ms exposure to a face. *Psychological Sciences*, 17, 592-598.
- Wilson, E. O. (1975). *Sociobiology: The new synthesis*. Cambridge: Harvard University Press (trad. it. *Sociobiologia. La nuova Sintesi*, Zanichelli, Bologna, 1979).
- Wolfgang, M.E. (1958). *Patterns in Criminal Homicide*. Philadelphia: University of Pennsylvania.
- Wrangham, R., Peterson, D. (1997). *Demonic Males. Ape and the Origins of Human Violence*. Boston: Houghton Mifflin (trad. It. *Maschi bestiali. Basi biologiche della violenza umana*, Franco Muzio, Roma, 2005).
- Zanetti, F. (2012). *Il libro bianco dei Beatles*. Firenze: Giunti.

Ragionamento giuridico e ragionamento forense: tra convenzioni ed evidenze

Legal and forensic reasoning, between evident and conventional data

Ugo Fornari

Abstract

An integrated perspective of human behaviour cannot disregard the complexity of the person, and requires the exploration of the multiplicity of aspects that, in their harmony or disharmony, identify ways of manifestation that move beyond a functional model to find their completeness in an integrated clinical model.

This approach allows for a combination of all or some of the nosographic, psychopathological and functional models, with the possibility of resorting to psychodiagnostic examinations and other types of assessment in order to achieve a more comprehensive analysis. Thus, it may be useful, but not necessary, to also refer to data on the brain morphometry and functioning, and on genetics.

By doing so, it could be possible to establish, in both civil and criminal law, a correspondence between juridical and clinical categories. This agreement makes it possible to contextualize the behaviour under scrutiny, which, in order to be understood, requires that it be assigned to the precise existential space and time in which the events occurred. Explicit and implicit rules and developmental paths always regulate and influence behaviour, and they have to be taken into account when assessing the individual.

The mental assessment of a person who was the protagonist, either as an agent or as a victim of an act that has criminal or civil relevance, must receive a thorough clinical analysis, which goes beyond the diagnostic and nosographic categorization, and instead converges on the process of reconstructing not only the general mental functioning of the person, but also how the person specifically functioned and acted within the context under examination.

Key words: forensic psychiatry • insanity • psychopathology • legal responsibility

Riassunto

Una lettura integrata del comportamento umano non può prescindere dal riconoscimento della complessità della persona e prevede lo studio di una molteplicità di aspetti che nella loro armonia o disarmonia individuano modalità di declinarsi nella realtà psicosociale che vanno oltre il modello funzionale per completarsi in un modello clinico integrato.

Esso è il risultato di un processo costruttivo, che prevede l'integrazione di tutti o parte dei modelli nosografico, psicopatologico, funzionale, con ricorso o meno a indagini psicodiagnostiche o ad altri tipi di valutazione. Al proposito, utili, ma non indispensabili, sono i dati riguardanti la morfometria e il funzionamento cerebrale (i dati neuro scientifici relativi alle regioni prefrontali, all'amigdala e all'ippocampo); e le indagini genetiche (che implementano la conoscenza del bios).

Si può in questo modo stabilire una corrispondenza tra le diverse categorie giuridiche che è compito del perito/consulente esplorare e valutare, contestualizzando il comportamento in esame, che deve essere collocato in quello spazio e in quel tempo propri di quella particolare vicenda esistenziale, che ha seguito sue regole e suoi percorsi non solo espliciti (il comportamento palese), ma anche impliciti (le motivazioni psicologiche e psicopatologiche).

La valutazione dello stato di mente della persona che è stata protagonista o vittima di un fatto penalmente o civilmente rilevante deve dunque passare attraverso una rigorosa analisi clinica, che vada oltre il semplice inquadramento diagnostico di tipo nosografico per confluire nella ricostruzione del suo funzionamento mentale sia in generale, sia nel contesto specifico dell'evento oggetto di indagine.

Parole chiave: psichiatria forense • infermità di mente • psicopatologia • imputabilità.

Per corrispondenza: Ugo Fornari • e-mail: ugoformari@alice.it

UGO FORNARI, neuro psichiatra e medico legale, già professore ordinario di psicopatologia forense dell'Università di Torino.

1. Alcune considerazioni generali

Le attività di periti/consulenti e giudici si svolgono nel mondo relativo della storia, in cui i valori, le istituzioni e le norme, ma anche la scienza, mutano continuamente.

Le norme morali e le leggi dello Stato si trasformano secondo i singoli contesti socio-culturali, del tempo in cui si vive e delle relazioni umane.

Di conseguenza, ogni evento storico deve essere considerato "provvisorio", non solo perché una nuova «verità» può sovvertire quella in precedenza accertata, ma anche perché i codici morali e giuridici e le relative interpretazioni e applicazioni mutano nel corso della storia.

In particolare, un'analisi, una teoria e una pratica delle discipline psico forensi (come di quelle psico criminologiche) che prescindano dal momento storico e culturale in cui esse si collocano è limitativa e preclusiva di ogni cambiamento, rivisitazione e integrazione.

In queste situazioni il «convenzionale» la fa da padrone e non riveste alcun carattere di universalità, d'immutabilità, di verità ed è destinato a durare fin che perdurano le condizioni che lo hanno richiesto e legittimato.

In detto scenario possono intervenire, se interpellati, periti e consulenti per fornire i loro contributi specifici in risposta ai quesiti posti dai diversi operatori del diritto e devono procedere a un non facile, discutibile e controverso abbinamento tra categorie cliniche e categorie giuridiche, divergenti per significato, per statuto epistemologico, per obiettivi e fini perseguiti.

Le singole metodologie d'indagine sono finalizzate a costruire una *verità innanzi tutto clinica* in cui il difficile e complesso connubio tra *evidenze scientifiche* (i dati della ricerca e dell'osservazione clinica) e *convenzioni giuridiche* (uso e significato di determinati termini, quali (ir)responsabilità, imputabilità, pericolosità sociale, (in)capacità decisionale, immaturità, inferiorità psichica e via dicendo) è applicato a quel comportamento umano oggetto di indagine giudiziaria e di valutazione psicoforense.

Se dunque le norme, le leggi, le definizioni del lecito e dell'illecito sono frutto di accordi o d'imposizioni particolari e specifiche che tutelano il gruppo di consorziati e possono mutare nel tempo, con il variare dei costumi, dell'organizzazione sociale, delle trasformazioni politiche, del conoscenze scientifiche e via dicendo, il comportamento umano, quale si manifesta in contesti sociali e culturali i più diversi, sarà oggetto di una valutazione che non potrà essere altro che convenzionale, anche perché le recenti "evidenze scientifiche" si sono rivelate in tutta la loro precarietà e provvisorietà.

Il che rende tutto il nostro operare relativo e illusoriamente orientato a dare risposte valutative «certe» e «obiettive» a quesiti che si collocano lontani rispetto al fatto giuridicamente rilevante e che sono spesso formulati in ma-

niera non collegialmente concordata, talvolta approssimativa e incompleta, quando non palesemente errata.

2. Il ruolo degli esperti

Orbene: in quale conto devono tenere tutto di queste premesse periti e consulenti psico-forensi, alla luce della sentenza n. 9163/2005, delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione in cui, tra l'altro, si stabilisce che (in sintesi)

"...il piano del giudizio normativo...non appare poter prescindere dai contenuti del sapere scientifico sicché, postulandosi (omissis) una necessaria collaborazione tra giustizia penale e scienza, a quest'ultima il giudice non può in ogni caso rinunciare (omissis) e non può che fare riferimento alle acquisizioni scientifiche che, per un verso, siano quelle più aggiornate e, per altro verso, siano quelle più generalmente accolte, più condivise, finendo col costituire generalizzata (anche se non unica, unanime) prassi applicativa dei relativi protocolli scientifici..."

A quale «scienza» i giudici fanno riferimento?

Che tipo di "sapere esperto" può entrare nel processo probatorio?

Quali «evidenze» possono essere utilizzate in un ragionamento giudiziario e in che termini?

Un'acquisizione neuro scientifica può sostituire una valutazione giudiziaria, identificandosi con la stessa?

Ben sappiamo che *verità clinica* e *verità processuale* sono divergenti nella loro sostanziale autonomia ermeneutica, metodologica e di scopo.

Ma di quale verità andiamo parlando?

Occorre precisare che il discorso che segue è riportato nell'ambito del «forense»: cioè delle attività che giudici/difensori e periti/consulenti svolgono, quando giudicano/valutano fatti aventi rilevanza giuridica e i protagonisti degli stessi.

Com'è noto, due sono i modelli di riferimento che si contendono il primato a questo livello: quello delle scienze naturali e quello delle scienze umane.

3. Modello delle scienze naturali (le scienze della natura = lo spiegare)

- osservazione neutrale della personalità;
- oggetto di interesse: il bios;
- spiegazione causale dei suoi comportamenti;
- codificazione dei dati dell'osservazione in termini misurabili, confrontabili, trasmissibili ed utilizzabili per la diagnosi e per l'intervento;

- la persona è *oggetto* dell'osservazione e dell'intervento;
- l'ascolto è mirato a risolvere problemi ed esigenze di conoscenza, in funzione di modelli teorici preformati;
- Il *metodo*: la neutralità, l'obiettività e la misurabilità del «che cosa ha»;
- gli *strumenti*: il laboratorio, i questionari e i test, le misurazioni strumentali, le indagini neuroscientifiche e genetiche.

L'approccio classificatorio e descrittivo

Pur essendo l'indispensabile contenitore in cui inscrivere una serie di altri indicatori scientifici, celebra il primato del riduttivismo biologico, tende sempre più a costituirsi come il luogo dell'oggettivizzazione e della reificazione e appartiene alle *scienze naturali* che spiegano e misurano.

Sotto questo profilo, la psichiatria come medicina psichiatrica ha il suo modello di riferimento nella medicina basata sull'evidenza (EBM) e ricorre a un tipo di approccio categoriale – dimensionale quali-quantitativo, in cui è più importante l'intensità che la presenza dei sintomi.

Questi sono collocati in un continuum in cui le dimensioni psicopatologiche, individuate in base all'osservazione clinica, vengono confermate con metodi statistici (analisi fattoriale).

Questo modello, se utilizzato soprattutto nell'ambito di una psichiatria biologica e psicofarmacologica, non ha nulla a che fare con l'uso della psicopatologia in ambito forense.

Analogo rischio corrono la psicologia forense e la criminologia clinica se i dati statistici, le ricerche di genetica molecolare e le nuove «verità» neuro scientifiche divengono i cavalli di battaglia non solo e non tanto per la ricerca, doverosa e indispensabile, ma soprattutto per scardinare i principi fondamentali della clinica.

Sostituendosi alla stessa nell'interpretazione e nella valutazione dei comportamenti fanno sì che questi non appartengano più a delle persone, bensì a dei cervelli e a dei corredi cromosomici, che assumono la dignità di “serio” e “convincente” fattore uni causale, a spiegazione del funzionamento o del blocco di un meccanismo mentale e del correlato comportamento.

4. Modello delle scienze umane (le scienze dello spirito = il comprendere)

- posposizione di ogni teoria preconstituita per avvicinare la persona nella sua unitarietà ed irripetibilità fondamentali;
- osservazione e ascolto partecipante mirate alla comprensione dei suoi vissuti;
- oggetto di interesse: la sofferenza umana;
- utilizzazione delle esperienze della persona per creare una relazione interpersonale significativa per la conoscenza e ancor più per l'intervento;
- la persona è *soggetto* dell'esperienza;
- l'ascolto è mirato a comprendere chi è, piuttosto che capire che cosa ha;
- Il metodo: l'intuizione, la comprensione, l'ascolto, il conferimento di significati;

- gli strumenti: la narrazione, che cerca di cogliere il senso nascosto del sintomo nella sua consonanza o dissonanza intra – e intersoggettiva.

Nella costruzione di una qualsiasi *verità clinica*, la **psicopatologia fenomenologica** si colloca entro i luoghi della soggettivizzazione e dell'alterità, rappresentandone l'essenziale categoria e strumento conoscitivi. Essa esplora:

- cosa c'è al di là del sintomo (nevrotico o psicotico);
- come il soggetto lo vive;
- quali significati gli conferisce.

Lo statuto epistemologico della psicopatologia si fonda sulla comprensione della sofferenza umana che si manifesta nella relazione Io-Tu e non Io-Esso.

Cogliere i significati di una sofferenza agita o subita va oltre gli aspetti formali del ruolo che ufficialmente e convenzionalmente si è chiamati a svolgere non solo nella clinica ma anche nel forense, anche quando la comunicazione si frammenta, si disperde e si dissolve in espressioni e in manifestazioni che danno comunque sempre senso e significato a ciò che andiamo esplorando.

Ne consegue che ogni periziando è, *al contempo, oggetto e soggetto di quella conoscenza e di quella valutazione che sempre devono avvenire all'interno di una relazione che si svela attraverso il verbale e il non verbale, le parole e le emozioni, i silenzi e gli agiti.*

L'approccio psicopatologico descrittivo

All'interno del grande contenitore nosografico, esso *individua e descrive* i disturbi psicopatologici che costituiscono il contenuto descrittivo della diagnosi psichiatrica, animandolo.

Ovviamente i disturbi patologici psichici (deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, disturbi del pensiero e dell'affettività e così via) assumono un loro senso (= il conferimento di significato), se posti in rapporto con il funzionamento dell'Io in quel contesto e in quella relazione.

Il modello psicopatologico, a sua volta, si deve integrare con il modello funzionale.

5. Il modello funzionale

Consiste nello studio di come si è organizzata stabilmente l'identità personale e come essa si relazioni con il mondo.

Concetto centrale di questo tipo di approccio è la nozione di Io, infrastruttura della personalità che si definisce attraverso le sue funzioni (= *percettivo-memorizzative, organizzative, previsionali, decisionali, esecutive*).

L'autonomia funzionale dell'Io è garantita

- dall'integrità (sempre relativa e modulata) di tutte le funzioni sopraelencate (identità dell'Io) e tra loro intimamente connesse (il «buon» funzionamento);
- dal ruolo fondamentale giocato da emozioni, sentimenti e pulsioni e dal loro bilanciamento con i processi razionali;
- dalle circostanze in cui il comportamento viene emesso

- dal ruolo e dal significato svolto da precedenti esperienze (inferenze socio-culturali).

Detta autonomia deve pertanto essere intesa come capacità e possibilità, *sempre condizionata e relativa*, che l'individuo ha di comprendere (= conoscere con partecipazione emotiva) la realtà che lo circonda e di emettere risposte socialmente e culturalmente condivise.

Quando esse non sono tali, possono (non necessariamente devono) essere frutto di una compromissione del suo funzionamento mentale idoneo ad ingenerare un disturbo – anche solo transeunte – delle funzioni dell'Io e della sua autonomia funzionale.

Ma non basta:

tutti i comportamenti umani si costituiscono in un contesto *culturale e sociale* che non è solo privato, sia esso quello della famiglia, del lavoro o altro.

Di conseguenza, come il clinico, anche il forense nell'occuparsi di persone concrete e di casi concreti, deve collocarli su uno sfondo di comprensione di ordine sociale, culturale e storico.

In altre parole il comportamento umano è il risultato di un equilibrio dinamico, funzionale e transattivo fra tre modelli concettuali e operativi che sono:

- il modello di *cultura* (complesso di norme, usi, costumi, tradizioni, credenze religiose, miti, riti)
- quello di *società* (istituti e codici di riferimento per il comportamento approvato e conforme, aspettative di ruolo e di status)
- quello di *personalità* (base biologica e apprendimento affettivo, cognitivo, relazionale e sociale).

In particolare, l'Io non ha solo la funzione di mediare tra Es, super Io e Ideale dell'Io, ma ha anche quella di interagire con il sistema socio-culturale in cui è inserito attraverso il Sé (= l'Io in relazione con gli oggetti esterni).

Dall'interazione tra le caratteristiche innate, il sistema di cultura e l'ambiente, attraverso processi di apprendimento e di modellamento, si sviluppa la persona, che conferirà a esse significati unici e originali.

Sotto questo profilo, anche gli istinti sono soggetti a modulazioni e non agiscono mai da soli, come entità separate e indipendenti da un tutto unitario.

Ogni persona, pertanto, non è la somma delle sue parti, ma è un'identità nuova, organizzata secondo leggi biologiche, psicologiche e socio culturali sue proprie.

Il biologico assicura l'esistenza (= l'oggettività); i principi di libertà, dignità, responsabilità individuale e sociale il suo divenire persona con diritti e doveri che gli garantiscono un inserimento gratificante e gratificato in mezzo agli Altri e di proporsi –al limite– come agente di cambiamento personale e sociale.

E ciò, anche se il potere economico e le nuove tecnologie che sono in grado di costruire intorno al corpo fisico un corpo virtuale tendono a sopraffare le garanzie costituzionali e a interferire negativamente sui concetti di libertà e di persona.

Ecco allora che il criterio nosografico, quello psicopatologico e quello funzionale trovano una reciproca, armonica possibilità di integrarsi tra di loro nella storia di quella

persona che vive e sperimenta in quel tempo e in quello spazio la sua vicenda esistenziale.

I difetti progressivi fino al fallimento del sentimento d'identità personale e del funzionamento interpersonale (empatia, intimità, cooperazione, introiezione e integrazione dell'Altro come oggetto totale) caratterizzano le disarmonie e gli alterati funzionamenti individuali e relazionali, fino a quelli più gravi (le dimensioni degli stati limite e psicotici) e i correlati comportamenti.

In ambito forense esiste una priorità valutativa dell'analisi funzionale su quella biologica. L'analisi funzionale parla direttamente al lessico giuridico.

La sua importanza è stata ribadita nella sentenza delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione, n. 9163 dell'8/3/2005, quando si legge che

*“anche ai Disturbi di Personalità può essere riconosciuta la natura di “infermità” giuridicamente rilevante, purché essi abbiano inciso **significativamente** sul **funzionamento** dei meccanismi intellettivi e volitivi del soggetto”* (affermazione peraltro ricorrente nella giurisprudenza della Corte di Cassazione, sez. I).

Le compromissioni del funzionamento dell'Io e del funzionamento interpersonale (il Sé) modellano sia la tematica psicopatologica, sia il comportamento agito o subito.

Dette alterazioni funzionali possono essere sostenute da un meccanismo patofisiologico specifico, ad altri funzionalmente correlato.

Questo linguaggio innovativo rivela un uso culturalmente e normativamente diverso della parola «funzionamento». Il lessico giuridico evidentemente è in grado di usarla con un significato più adeguato alla realtà clinica, senza sostituire nozioni giuridiche con evidenze c.d. scientifiche, appartenendo concettualmente e praticamente le due terminologie a due sistemi di riferimento assolutamente differenti (il modello delle scienze umane e quello delle scienze naturali).

6. Verso l'integrazione dei dati

Una lettura integrata del comportamento umano, dunque, non può prescindere dal riconoscimento della sua complessità e prevede lo studio di una molteplicità di aspetti che individuano modalità di declinarsi nella realtà psicosociale che vanno oltre il modello *categoriale* per completarsi con quello *psicopatologico* e con quello *funzionale*.

A loro volta, essi si integrano con la molteplicità degli aspetti *sociali* e *culturali* attraverso i quali si declinano, nelle quattro dimensioni cliniche fondamentali (normale, anormale, borderline, psicotica) i diversi comportamenti umani.

Ovviamente, una visione integrata del lavoro clinico non può prescindere, come già detto, dalla contestualizzazione del comportamento in esame, che –come già detto– deve essere collocato in quello spazio e in quel tempo propri di quella particolare vicenda esistenziale, che ha seguito sue regole e suoi percorsi non solo espliciti (il comportamento palese), ma anche impliciti (le motivazioni psicologiche e psicopatologiche).

Queste ultime devono essere rigorosamente distinte le une dalle altre, sia pur solo adottando quei codici convenzionali che ci consentono di comunicare tra di noi e – auspicabilmente – farci intendere dal sistema della giustizia.

7. L'approccio clinico integrato

La clinica è pertanto il prodotto di un processo costruttivo che prevede l'integrazione dei modelli nosografico, psicopatologico e funzionale e si articola attraverso diversi passaggi che includono strategie relazionali, tecniche di intervista, raccolta di dati anamnestici, ricorso a test mentali e ad altri mezzi di indagine, individuazione di criteri diagnostici specifici e differenziali.

In particolare, neuroscienze, neuropsicologia e genetica molecolare, come ogni mezzo d'indagine che riguardi il bios, devono essere valutate nell'ambito di un discorso clinico che prenda in considerazione l'intera persona nella sua storia irripetibile e non riproducibile in laboratorio.

In questo senso la dimensione clinica può essere concepita come un'unità dinamica plurimodulare, un insieme quali-quantitativo che riunisce in una visione integrata i modelli di cui sopra nelle loro caratteristiche fondamentali e reciproche interazioni.

La diagnosi nosografica è un momento importante del lavoro clinico e forense, ma non sufficiente, nella misura in cui essa semplicemente esaurisce il compito diagnostico descrittivo (approccio categoriale).

Infatti quello che nella clinica importa stabilire è il contenuto psicopatologico della categoria diagnostica individuata (approccio psicopatologico) e la sua incidenza sulle singole funzioni dell'Io e del Sé (analisi funzionale).

Utili, ma non indispensabili, come tutti gli esami di laboratorio, strumentali e psico diagnostici, sono

- i dati neuro-scientifici concernenti la morfometria e al funzionamento cerebrale (regioni prefrontali, amigdala, ippocampo);
- le indagini genetiche.

I tre modelli, implementati con le indagini di sussidio diagnostico, si devono integrare reciprocamente, senza possibilità che l'uno prevalga sull'altro o lo escluda.

Sarebbe oltremodo scorretto sottovalutare da un lato l'incidenza di eventuali componenti patofisiologiche specifiche ad altre funzionalmente correlate (aspetti biologici e neuropsicologici);

dall'altro sottacere l'importanza delle caratteristiche culturali, sociali, ambientali, economiche, storiche e situazionali che sempre fanno da sfondo ai nostri comportamenti (cultura e società).

8. Psicopatologia forense

Sotto questo profilo, la psicopatologia forense cerca di

- stabilire l'incidenza del o dei disturbi psicopatologici individuati sul funzionamento globale e settoriale della persona oggetto di indagine peritale
- esplorare il rapporto tra disturbo psicopatologico, funzionamento mentale e atto (agito o subito) avente rile-

vanza giuridica in ambito sia penale, sia civile (c.d. «nesso causale»);

- individuare l'esistenza di un quadro di infermità (reato *di* o reato *in*) e quantificarne l'incidenza sotto forma di vizio (totale o parziale) di mente o di altri stati di incapacità;
- definire attraverso criteri clinici l'eventuale pericolosità sociale psichiatrica, graduandola in elevata e attenuata e tracciandone i possibili percorsi logistici e trattamentali
- indicare le «misure terapeutiche» da adottare.

9. Sul piano normativo

Pertanto il problema dell'imputabilità, della capacità e di altre categorie giuridiche si arricchisce di nuovi aspetti, che vanno ben al di là della necessità di applicare più o meno chiari e dotti codici alfa-numeric ed esige chiarezza di impostazione teorico-pratica, onde evitare pericolose commistioni tra descrizioni, obiettivazioni, classificazioni, interpretazioni e valutazioni.

Si tratta, infatti, di piani di approccio al problema diagnostico e valutativo che devono essere tenuti distinti e separati, per poi essere integrati tra di loro in un secondo tempo.

A questo proposito, una cosa è ricostruire le motivazioni di un delitto e interpretarle in chiave psicodinamica o fenomenologica (*il conferimento di significato*); altra cosa è inquadrarle alla luce delle categorie psichiatriche (*il mettere ordine nel disordine*).

10. A proposito delle neuroscienze, della neuropsicologia e della genetica molecolare

Nessuno di noi vuole negare l'importante influenza che svolgono sulle condotte umane un organo come il cervello e un particolare assetto cromosomico: sarebbe come negare sciocamente una realtà dalla quale invece non si può prescindere, ma che deve essere utilizzata a integrazione, non certo a sostituzione della costruzione clinica e della valutazione forense.

Non si può tornare ai vecchi modelli di cui sono testimonianza le perizie del passato, ma non si può neppure sostituire un elaborato psichiatrico con una relazione neuro-psicologica, neurologica o genetica.

In particolare, gli apporti neuro scientifici e genetici non hanno fornito la prova dell'assenza della libertà e della responsabilità individuale. In tali ambiti, finora non hanno portato nessuna conoscenza di rilievo: semmai, hanno confuso ulteriormente le idee, quando si vogliono imporre come esaustive e risolutive nel rispondere ai quesiti posti dal giudice in diversi ambiti penali e civili.

Addirittura pericolose, devastanti e fuorvianti si sono rivelate in ambito di prognosi di pericolosità sociale.

11. Evidenze scientifiche e umane

Di fronte alle *evidenze neuroscientifiche* si collocano le *evidenze delle scienze umane* che riguardano una serie di norme che regolano e governano i nostri comportamenti:

- l'essere umano è essenzialmente attivo e relativamente autonomo nel progettare e nel determinare il proprio comportamento (autonomia funzionale dell'Io);
- le passioni, le emozioni, i nostri stati d'animo e gli affetti condizionano la nostra possibilità di essere e di sentirsi liberi;
- ragione e azione sono condizionati da affetti e passioni che non possono essere eliminati, ma semplicemente usati per raggiungere determinati fini;
- una corretta e completa comprensione del comportamento individuale può avvenire solo se si tiene conto del contesto storico, sociale e culturale in cui avviene;
- ogni azione umana, a livello consapevole o inconscio, è finalisticamente orientata al raggiungimento di determinati scopi e fini;
- il comportamento individuale ha un suo preciso significato, solo se viene inquadrato nella particolare visione del mondo di quell'individuo;
- ciascun individuo – salvo prova contraria – possiede la capacità e la possibilità di formulare delle interpretazioni e di conferire un significato personale alle sue capacità, oltre che conoscere quali esse siano;
- il comportamento è appreso in base all'esperienza e al collaudo emotivi e intellettivi che l'individuo ha fatto e fa, in presenza di un terreno biologico individuale dal quale non si può prescindere;
- il comportamento è il frutto di un processo interpersonale e non solo intrapersonale, nel senso che scaturisce da una continua transazione tra soggetto, ambiente, storia e cultura.

Tutto ciò premesso, in ambito criminologico e psicopatologico, il problema del clinico diviene quello di comprendere non come mai e perché una persona sia “libera, capace, responsabile e competente”; ma

- se e in quale misura eventuali alterazioni del suo funzionamento mentale, in quel contesto e in presenza di quali stressor possono aver inciso e incidere sui suoi atti e sulle suddette caratteristiche e costituirsi in un difetto di capacità avente rilevanza giuridica;
- e se è possibile tracciare eventuali percorsi di cura e di riabilitazione in un'ottica di collaborazione tra sistemi socio assistenziali e socio sanitari che devono comunicare tra di loro.

12. Uso, non possesso: una questione di metodo

Alla base di ogni ragionamento forense che sia frutto di un sapere clinico integrato, dunque, si trova *non il possesso, bensì l'uso* che si può fare e già si fa di tutti i mezzi di sussidio diagnostico (test mentali, esami strumentali e di laboratorio, dati neuro scientifici, genetici, statistici e via dicendo).

In questo procedimento, *la clinica resta sovrana* con un'attezzatura mentale sua propria, come restano sovrani i vincoli deontologici e procedurali (codici deontologici e artt. 226 c.p.p. e 193 c.p.c.).

Mai nessuna prova, per quanto scientifica sia, conferisce, di per se sola, tale caratteristica a un elaborato peritale quanto il rigore metodologico (che etimologicamente de-

riva da meta-hodòs e significa “la strada che si percorre”) con cui il perito/consulente giunge a certe considerazioni cliniche e valutazioni forensi.

Ovviamente, una visione integrata del lavoro peritale non può prescindere dalla *contestualizzazione del comportamento in esame*, che deve essere collocato in quello spazio e in quel tempo propri di quella particolare vicenda penalmente o civilmente rilevante, che ha seguito sue regole e suoi percorsi irripetibili.

Sotto questo profilo, ogni elaborato peritale, in ambito sia civile sia penale, lungi dal fornire delle “verità”, è un modello di approssimazione, di avvicinamento a realtà umane che, come tali, rimangono sconosciute nella loro intima essenza.

In ogni caso, le valutazioni psico forensi non potranno che essere convenzionali, anche se arricchite da «evidenze scientifiche», dal momento gli strumenti scientifici si limitano a offrire «piccole verità», valide nel loro tempo e nel loro contesto storico-culturale.

Le leggi «scientifiche», infatti, sono pure ipotesi, sono fallibili, devono essere continuamente falsificate; l'errore nella ricerca è un male di per se stesso *necessario e inevitabile* («sbagliando si impara»); il suo margine può essere ridotto al minimo, ma non può (e non deve) essere eliminato.

Il relativismo scientifico costituisce un aspetto fondamentale cui si deve fare costante e preliminare riferimento per articolare ogni successiva discussione.

13. Il primato del giudice

Chi esercita attività di perito o di consulente deve essere consapevole che ogni valutazione psico forense (e/o criminologica) svolge semplice funzione di supporto delle decisioni giudiziarie.

Infatti il «libero convincimento» del giudice resta sostanzialmente intatto e assume un ruolo decisivo.

Nulla può delimitarne la discrezionalità e nulla può rendere assolutamente oggettivo il giudizio da lui emesso.

Il giudice non può ignorare le prove neuroscientifiche, ma deve essere molto oculato nell'utilizzarle, perché esse gli forniscono solo una parte di una verità clinica per sua natura molto complessa e articolata: figuriamoci quando si tratta di prendere una decisione in ambito giudiziario, dove l'approssimazione al «vero» è quanto mai ardua e discutibile!

Premesso che neppure la piena confessione dell'autore di reato o la credibilità di un testimone provano la verità storica di un evento, al giudice o al difensore spetta decidere se le «evidenze» che noi portiamo seguendo nostri specifici percorsi riescono a superare un attento vaglio critico e incontrarsi nel dare significato e senso alle emergenze professionali via via raccolte.

Al giudice, nel contraddittorio con le parti, il compito di accertare, «al di là di ogni ragionevole dubbio» (art. 533 c.p.p.)

«la gravità e l'intensità del disturbo mentale diagnosticato, tali da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o di volere»

e «*il nesso etiologico con la specifica azione criminosa*» (Cass. Pen., Sezioni Unite, sentenza n. 9163/2005).

In particolare, pur non essendo codificati criteri di ammissibilità o meno di questa o di altra prova scientifica, il giudice deve verificare non solo la legittimità dei metodi e dei mezzi di indagine utilizzati dai periti (art. 188, 189 e 190 c.p.p.), ma anche la validità scientifica degli stessi, tenendo presenti, *con molta cautela*, i criteri di affidabilità del *metodo scientifico* ritenuti validi dalla sentenza Daubert (Corte Suprema degli Stati Uniti, 1993: verificabilità, falsificabilità, sottoposizione al controllo della comunità scientifica, conoscenza del tasso di errore, generale accettazione nella comunità degli esperti) e per la prima volta accolti e ampliati in Italia dalla IV sezione della Cassazione penale (sentenza n. 43786 del 13 dicembre 2010: requisiti dell'affidabilità e dell'indipendenza dell'esperto, della considerazione delle finalità per le quali si muove, della possibilità di formulare criteri di scelta tra le contrapposte tesi scientifiche).

Il giudice non può ignorare le prove neuroscientifiche, ma deve essere molto oculato nell'utilizzarle, perché esse *gli forniscono solo una parte di una verità clinica per sua natura molto complessa* e deve sapere che questa verifica riguarda fondamentalmente i mezzi e i metodi di indagine propri delle scienze naturali che «descrivono» e «spiegano», e non quelli delle scienze umane (a parte gli strumenti psico-diagnostici e altri mezzi di indagine), che «interpretano» e «valutano».

Deve inoltre escludere le prove vietate dalla legge e quelle che manifestamente sono superflue o irrilevanti o influiscono sulla libertà di autodeterminazione della persona o ne pregiudicano la libertà morale (artt. 188, 189 e 190 c.p.p.). Al giudice la libertà di accettare o meno quelle prove che non siano regolamentate in altra sede. A lui e al difensore, infine, decidere se il ragionamento giudiziario che essi sono tenuti a fare e le evidenze che noi portiamo seguendo nostri specifici percorsi riescono a superare un attento vaglio critico e incontrarsi nel dare significato e senso alle emergenze processuali via via raccolte, mai sottovalutando l'inevitabile margine di errore insito in questo tipo di valutazione.

14. La pericolosità sociale

Ma di un altro problema ora dobbiamo occuparci, sempre nell'ottica di una non più rinviabile comunicazione e integrazione tra i sistemi della giustizia e delle discipline psico forensi ancor più quanto più la legge 30 maggio 2014, n. 81 ha introdotto importanti innovazioni; in particolare, in essa si prevede che l'accertamento della pericolosità sociale debba essere effettuato

“solo in base alle qualità soggettive della persona e senza tener conto delle sue condizioni di vita individuali, familiari e sociali; non si può, inoltre, basare un giudizio di pericolosità sociale sulla sola mancanza di programmi terapeutici individuali”.

Ricordo che esistono due tipi di pericolosità sociale

- una è la **pericolosità sociale psichiatrica** di esclusiva competenza del perito psichiatra e che si identifica con la necessità attuale di cure e di assistenza specialistiche, in regime di coazione o di libertà vigilata;

- cosa ben diversa è la **pericolosità sociale penale** (o criminale) il cui accertamento, nella sua dimensione prognostica, deve rimanere compito di esclusiva spettanza del magistrato (art. 203 c.p.).

Sotto questo profilo, accertare *presenza e persistenza di pericolosità sociale psichiatrica in un autore di reato o in fase di cognizione o di esecuzione e graduarla in elevata, attenuata o assente* è procedimento che deve

- seguire il metodo clinico integrato
- tenere presenti i criteri già esposti
- essere messo al servizio della persona che si ha in carico come paziente giudiziario
- essere oggetto di informativa periodica per il giudice della cognizione o dell'esecuzione.

Da un punto di vista del clinico, la pericolosità sociale psichiatrica deve tradursi operativamente in una *valutazione del rischio psichiatrico* che deve essere oggetto di analisi e gestione clinica (*clinic risk assessment and management*).

Esso, quando elevato e scompensato, deve tradursi in trattamento sanitario obbligatorio giudiziario clinicamente individuato da

- presenza e persistenza di sintomatologia psicotica florida, con “significato di infermità”;
- assenza di consapevolezza di malattia (*insight*);
- atteggiamento negativo o non collaborativo verso le terapie (*adherence*);
- scarsa o nulla risposta a quelle praticate (purché adeguate sotto il profilo qualitativo e del *range terapeutico*);
- segni di disorganizzazione cognitiva e impoverimento ideo-affettivo e relazionale (sintomatologia negativa);
- storia psichiatrica significativa.

Quando e se gli indicatori interni vanno diminuendo di gravità e il soggetto presenta un'evoluzione positiva del quadro psicopatologico e comportamentale (= *low risk*) entrano in gioco gli indicatori esterni alla patologia di cui è portatore, che nulla hanno a che fare con quella e il cui accertamento è di competenza dei servizi sociali, in una dimensione che privilegia un intervento integrato e a rete rispetto a quello strettamente sanitario proprio dei momenti di emergenza e di scompenso psicopatologico. Si tratta de

- le caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, rifiuto, indifferenza);
- la possibilità o meno di (re)inserimento lavorativo o di soluzioni alternative;
- il tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto-reato;
- le opportunità alternative di sistemazione logistica.

È fondamentale pertanto rivedere il concetto d'infermità di mente per collegarlo a un *modello di conoscenza di tipo integrato* che risulti utile per la cura dell'autore di reato in strutture che rendano possibili percorsi trattamentali differenziati.

Per fare ciò è indispensabile modificare *l'uso delle misure di sicurezza*, inquadrando in una cultura più orientata alla terapia che alla neutralizzazione. A tal fine, è necessario per

lo meno riclassificare tutti gli internati, essendo le nostre possibilità terapeutiche circoscritte ai pazienti affetti da disturbi psicotici o da disturbi gravi della personalità scompensati. Di loro possiamo prenderci cura, sia sul breve, sia nel medio – lungo termine, programmando percorsi differenziati, che vanno da quelli a forte connotazione sanitaria a quelli integrati con i servizi del territorio e orientati a fini socio riabilitativi.

In linea di principio, incidere sui sintomi di scompenso psicopatologico, non è la stessa cosa che intervenire sugli agiti dimostrativi o sulle condotte di disturbo prive di substrato psicopatologico.

Intervenire sui comportamenti ha un diverso significato, se a monte degli stessi si trovano funzionamenti psicotici o al limite rispetto a funzionamenti delinquenziali, psicopatici o sociopatici egosintonici.

Conclusione

Ho provato ad affrontare lo scoglio più arduo rappresentato della comunicazione e della comprensione reciproca tra il sistema della giustizia e quello delle discipline psico forensi e all'interno delle stesse, dove le singole metodologie d'indagine sono finalizzate a costruire una verità che deve essere innanzi tutto clinica al servizio di quella valutativa.

Nel «forense», non dovrebbe pertanto esistere una narrazione unilaterale, caratterizzata da una sorta di antagonismo tra gli «esperti» psico-forensi o tra questi, i giudici e le parti, ma un qualcosa (la composizione processuale, appunto) in cui tutto si fonde in maniera organica, realizzando un progetto che mira a una gestione integrata tra discipline psico forensi e diritto allo scopo di conseguire una crescente implementazione e armonizzazione dell'una con l'altra, nel rispetto delle reciproche autonomie.

In una *gestione integrata tra discipline psicoforensi e diritto* sarebbe auspicabile poter raggiungere una crescente implementazione e armonizzazione dell'una con l'altra, non confondendo i reciproci ambiti di applicazione e mantenendo la propria autonomia e competenza, pur condividendo entrambi lo stesso oggetto di studio (il comportamento umano).

Ho cercato di prescindere dalla costruzione di fittizie gerarchie di superiorità, poiché sul controverso e complesso connubio tra *evidenze scientifiche* (i dati ricavati dai protocolli e dall'osservazione clinica) e *convenzioni giuridiche* (uso e significato di determinati termini, quali (ir)responsabilità, imputabilità, pericolosità sociale, (in)capacità decisionale, immaturità, inferiorità psichica e via dicendo) fondiamo le nostre convinzioni e le conseguenti valutazioni e decisioni, che non possono essere messi al servizio di trionfalismi di parte, ma che devono essere utili per risolvere problemi di giustizia e ristabilire patti sociali infranti.

Quello che ho voluto proporre alla vostra attenzione vorrei fosse oggetto di un discorrere comune, di un dialogo, di un confronto, senza pretesa di possedere e di voler imporre una qualche forma di verità, ma di fornire semplicemente un'opinione: una tra le tante possibili.

Sono, infatti, ben consapevole che nessuna verità, comunque intesa, è definitiva e assoluta, se non correndo il rischio di trasformarla in un assioma, in un sistema chiuso di ragionamento, in una ideologia, in un dogma e di perdere la nostra libertà di esseri pensanti.

Non sono neppure sicuro di aver ragione, dal momento che il mio ragionare è modellato non su di un sapere scientifico che si proponga come depositario di verità uniche, definitive e vere, ma su una serie di convenzioni e su una modalità di essere uno psicopatologo forense, quale ho cercato di esporre in questa mia relazione.

Quello che è certo è che perizie e consulenze da rapporto statico orientato a fini esclusivamente giudiziari devono implementarsi in maniera dinamica e comprendere valenze a finalità terapeutiche, secondo il dettato costituzionale che all'art. 32 stabilisce essere quello alle cure un diritto inalienabile di tutti i cittadini, autori o vittime di reati compresi.

Una buona pratica clinica che si occupa di pazienti psichiatrici giudiziari non dimentica la posizione giuridica del singolo, ma non subordina a questa gli obblighi e le modalità di assistenza e di intervento e ricorda che i singoli operatori sono sempre vincolati agli standard dell'etica professionale contenuti nei rispettivi codici deontologici.

Il reo narra il suo delitto: idee per una criminologia narrativa aperta alla complessità

The offender narrates his crime: thoughts for a narrative criminology open to complexity

Adolfo Francia • Alfredo Verde

Abstract

The present paper describes and criticizes the approach of narrative criminology (concerning mainly the offender's narratives), since it tends to investigate (without any possibility of success) the narratives which push to crime; and that, without considering the fact that a narrative, by definition, is always logically successive to the fact that it tries to explain. To this conception the Authors counterpose Gadd and Jefferson's "psychosocial approach", much more open to the dimension of the Unconscious and to the possibility of "re-writing" what happened, even if closed to the narratological dimension. The Authors conclude proposing, integrating both approaches, a complex narrative criminology, open to multiplicity and overdetermination. A clinical example is given.

Keywords: Narrative criminology; psychosocial approach; complexity.

Riassunto

Il presente contributo cerca di fare il punto circa la criminologia narrativa (come è noto dedicata prevalentemente, in campo internazionale, allo studio delle narrative del reo), che viene descritta e ampiamente criticata nella sua ambizione di volere risalire a comprendere le narrative che "spingerebbero" al delitto, senza voler considerare il fatto una narrazione, per definizione, è sempre perlomeno logicamente successiva al fatto che descrive (e costituisce). Alla criminologia narrativa si contrappone in seguito l'approccio psicosociale di Gadd e Jefferson, questo sì aperto all'inconscio e alla possibilità di "riscrivere" interpretativamente l'accaduto, ma chiuso alla dimensione narratologica. Gli autori propongono infine, integrando entrambi gli approcci, una criminologia narrativa complessa, aperta alla molteplicità e alla sovradeterminazione. Un esempio clinico chiude la trattazione.

Parole chiave: criminologia narrativa; approccio psicosociale; complessità.

Per corrispondenza: Alfredo Verde, Unità di Criminologia, DI.S.SAL, Università di Genova, via De' Toni 12, 16132 Genova • e-mail: a.verde@unige.it

ADOLFO FRANZIA, Professore Ordinario a r. di Criminologia, Università degli Studi dell'Insubria, Como
ALFREDO VERDE, Professore Straordinario di Criminologia, Università degli Studi di Genova

1. Perché l'approccio narrativo?

Questo inizio, che può apparire apodittico, intende fissare alcuni postulati relativi allo studio delle narrative del delitto e del reo.

Ciascuno di noi racconta quello che fa, come lo fa, chi è. Ognuno produce racconti su di sé, sul perché ha preso certe decisioni, fatto certe cose, evitato di farne altre. Raccontare, raccontarsi, è una caratteristica tipica della specie umana: raccontare storie è stato paragonato da alcuni autori a pratiche che, presso altre specie, favoriscono la vita sociale, come il *grooming* fra le scimmie (Dunbar, 1996; Oatley, 2006). D'altra parte, raccontare le storie della propria vita viene ritenuto fondamentale per poter studiare l'identità di coloro di cui si vuole trattare (McAdams, 1995), intendendo per identità il modo in cui le persone raccontano se stesse (così il Sé diventa la storia di sé, e i racconti che le persone fanno di sé producono degli *storied selves*, secondo McAdams). Tutto ciò riguarda, ovviamente, anche quel campo di racconti privilegiati che costituisce la nostra storia più intima: potremmo dire che, se ciascuno di noi è un fascio di narrazioni, quelle più stabili e iterate fra esse sono alla base della nostra identità, in cui siamo "sempre" noi. Esiste, cioè, un "nucleo" di noi, che si esprime narrativamente facendo riferimento a certi attributi, caratteristiche, peculiarità, che ci definiscono. E poi esistono i fatti, le cose del mondo, e la nostra costruzione narrativa su "chi" le faccia avvenire così come pensiamo che avvengano. Un'altra delle caratteristiche che ci contraddistinguono è poi la nostra complessità: ognuno di noi è un mondo, e potrebbe scrivere decine di romanzi su di sé.

L'ondata narratologica che ha pervaso le scienze umane sul finire del secolo scorso è stata influenzata sicuramente dalla crisi della visione unitaria dell'uomo propria della modernità. "Noi" siamo più cose, se veniamo inquadrati da diversi punti di vista, e non esiste più un'idea unitaria di noi stessi. Quello che importa è la storia di sé che ciascuno costruisce, e compito dello scienziato deve essere quello di riportare questa polivocità di punti di vista. Non esiste una realtà altra cui fare riferimento, e compito dello scienziato, dell'etnologo o del criminologo è semplicemente quello di comprendere il mondo dal punto di vista o, se si vuole, in base alla giustificazione, all'*account* forniti dal particolare soggetto di cui si occupa (Garfinkel, 1967; Scott, Lyman, 1968; Francia, Binik, Guidali, 2008). Questa posizione è chiaramente imparentata con la fenomenologia e l'ermeneutica.

Aderire a una simile impostazione sembra indispensabile per il criminologo, colui che studia chi commette atti che producono effetti dannosi nel mondo, definiti come reati. Una prima distinzione contrappone quindi il mondo dell'azione, quello di chi "fa" le cose, a quello di chi "racconta" le cose. Fare le cose e raccontarle occupano due spazi logico/temporali differenti: si racconta sempre qualcosa che

è "già" avvenuto. Ogni racconto, quindi, è situato in un "dopo" e cerca di definire un "prima"; e spesso viene narrato da chi è uno dei protagonisti, se non il principale, degli eventi che in esso accadono.

Riprendiamo il discorso dell'inizio: come afferma Presser (2009), la criminologia, in quanto scienza che cerca di comprendere il delitto, chi lo ha commesso, le sue regolarità e le sue peculiarità, avrebbe dovuto aprire alla narratologia molto prima di quanto abbia fatto. Oggetto di questo lavoro, appunto, è quello di fare il punto sulle possibilità di studiare le narrative di chi delinque, e cioè le narrative di sé di chi ha commesso i delitti.

Ma la criminologia è narrativa anche in un altro senso, nel senso di narrare sugli altri: le perizie psichiatriche (Verde, Angelini, Boverini, Majorana, 2006), le sentenze giudiziarie (Verde e Bongiorno Gallegra, 2008), i resoconti giornalistici, le opere letterarie, le opinioni della gente, sono sature di spiegazioni che in realtà costituiscono a loro volta narrative, che variano da un minimo a un massimo di "ingenuità" circa il come e il perché vengano commessi delitti, financo circa il come e il perché siano stati commessi delitti specifici e circa le cause della criminalità (cfr. anche Presser, 2009). Anche le teorie criminologiche sono a loro volta narrazioni schematiche e sistematizzate circa gli effetti prodotti da cause determinate; il bisogno di narrare è quindi massimizzato nel campo della criminalità: esso, più di ogni altro oggetto di interesse sociale, esprime il senso di fascinazione, di stupore/orrore collettivo. La riflessione della Binik (2014), in un insuperato saggio, sui concetti apparentati di sublime e perturbante, ma soprattutto sul concetto di *awe* (grandioso/terribile/affascinante/conturbante/stupefacente/orrendo) esprime bene i sentimenti elicitati dal delitto, e alla base della coazione a narrare. "Awe", in inglese, viene pronunciato, come spesso accade in quella lingua, per esprimere il senso di stupore-meraviglia-fascino-orrore di cui sopra, come un "oooooh!!!" che ricapitola quanto accade, e esprime contemporaneamente un significato e la vocalizzazione non verbale delle emozioni connesse. Di qua, il reale, di là il mondo comprensibile, razionalizzabile, narrabile. Questo campo è stato oggetto di molti contributi (Verde, 1997; 2006; 2010a; 2010b; Francia, Verde, Birkhoff, 1999), che hanno distinto diversi livelli della criminologia: così, Verde (2010a) ha distinto una serie di narrative criminologiche, a seconda che appartenessero alla letteratura scientifica, al campo istituzionale del sistema giudiziario o delle produzioni culturali mediatiche o letterarie, e infine alle narrative folk, fra le quali spiccano quelle, particolari e oggetto del presente contributo, dovute agli autori di reato. La radice dell'approccio narrativo sta nella tendenza citata, in tutti manifesta, a raccontare e raccontarci (cfr. l'impulso a narrare), che si specifica, nel criminologo, nella tendenza a raccontare delitti che deriva, probabilmente, dalla presenza di un aspetto irrisolto di sé, che lo spinge a ciò.

Ma la tendenza a utilizzare la narrativa per comprendere

quanto devia è di tutti, come più volte è stato detto parafrasando Bruner (1990): il criminologo, quindi, è un caso limite, che ha tentato di costruire una scienza dove nell'*ancient regime* regnavano solo la criminologia *folk* e la criminologia di *fiction*, oltre al diritto penale, che spiega a tutti/imputa a soggetti specifici determinati delitti, senza porsi problemi più ampi rispetto alle cause, né per quanto riguarda la società (sociologia criminale) né per quando attiene al delinquente (psicologia criminale). Questo schema antitetico, ancora *modern*, lascia spazio nella postmodernità alla contrapposizione fra quantitativo e qualitativo. In realtà, le narrazioni della criminologia quantitativa si producono attraverso una messa in trama di dati brutali, su soggetti collettivi (si pensi all'uso delle misure di tendenza centrale) e quindi inesistenti, vere e proprie *fictiones* (cfr. Gatti, Verde, 1994).

A queste possono contrapporsi le narrazioni qualitative, ma anch'esse possono ridursi, come certa criminologia narratologica, a troppo semplici resoconti, "chiusi" alla complessità e ai rimandi che ogni narrazione seria conosce: come dice Freud (1899) a proposito dell'"ombelico del sogno", si tratta di quell'aspetto delle associazioni evocate da una narrazione che rimandano alla percezione di aspetti sconosciuti, di campi ricchi e ubertosi intravisti sullo sfondo. Sosteniamo quindi, nel presente contributo, che i risultati dell'analisi narratologica del delitto semplifichino troppo il problema, perché dimenticano la relazione delle narrative con la soggettività.

2. Approccio narrativo e "soggettivizzazione" del delinquente: le narrative del reo nella criminologia narrativa

All'interno delle narrazioni del delitto, il campo delle narrative di sé da parte dell'autore di reato ritaglia uno spazio particolare nella c.d. "criminologia folk" (Verde, 2010a), in quanto fornisce spiegazioni circa il come e il perché del delitto proprio da parte di chi ha commesso la trasgressione. Si diceva che le "narrative del reo" sono diventate solo recentemente oggetto specifico di ricerca, costituendo quella specifica branca della nostra disciplina che viene attualmente definita "criminologia narratologica".

I contributi di Lois Presser (2008, 2009, 2012) e di Sveinung Sandberg (2009, 2013), hanno costituito, dal punto di vista internazionale, punti di partenza a livello definitorio, ma in realtà molti altri autori, come la Presser stessa ricorda, hanno riportato le narrazioni degli autori di reato, anche prima della nascita vera e propria di questo settore di ricerca: l'approccio di Toch (1992), che ha parlato di "narrazioni che conducono alla violenza", è stato il primo e il più rilevante contributo alla narratologia criminologica come qui intesa; Katz (1988), successivamente, ha messo in evidenza il *thrill* proprio del delitto, declinandolo secondo le varie specie di reato. Nell'omicidio passionale, ad esempio, Katz ha spiegato in modo splendido come dall'umiliazione si passi alla rabbia, incarnando sempre e comunque il "Bene" assoluto, e volendo distruggere il male rappresentato dall'altro, costi quel che costi. Anche Maruna (2001) ha trattato problematiche simili, ma volte a illuminare come, narrativamente, chi ha cessato di delinquere motivi e racconti il proprio cambiamento.

Lois Presser è il primo studioso a esaminare e descrivere i diversi livelli ai quali può spingersi la teorizzazione delle narrative in criminologia: questa autrice si pone l'ambizioso obiettivo di studiare le narrative di sé e delle azioni proprie degli autori di reato in un tempo antecedente a quello del delitto commesso, e ciò al fine di spiegare il motivo del comportamento criminale (Presser, 2009). Sempre secondo Presser (2009: 178), "an often implicit understanding of narrative as a device intended to affect others, in turn, prevents criminologists from viewing narrative as something that affects the actor as well and thus might explain criminal behavior". Da questo punto di vista, la narrativa di un autore costituisce un fattore che può motivare il comportamento. Tutto ciò solleva notevoli problemi metodologici, che affronteremo in seguito: basti qui rilevare come Presser prosegua affermando che le narrative individuali connettono l'individuo al gruppo, e che soprattutto esprimono gli aspetti emotivi dell'esperienza individuale, che, a parer suo e di Jack Katz (1988) sono stati indebitamente trascurati dalla criminologia. I "parenti" della narratologia criminologica, secondo Presser, sono le teorie criminologiche del *drift* e delle tecniche di neutralizzazione, come pure quelle che si occupano degli errori cognitivi, della costruzione dell'identità e dell'*agency* dell'attore deviante.

L'attività narrativa, nella visione di Presser (che certamente è condivisibile), riguarda l'atto criminale in quanto è matrice di "storie", rendiconti messi in trama con cui spiegare a noi stessi e agli altri chi siamo e perché facciamo o no certe cose, perché compiamo o meno certe azioni, apportando coerenza alla nostra esperienza e strutturando la nostra identità. Inoltre, secondo Presser, l'alterità implicita nell'atto del narrare, la distanza fra narratore e protagonista, anche se si tratta della stessa persona, permettono di evidenziare un aspetto morale nelle narrative, attraverso le quali motiviamo le nostre azioni, ci giustifichiamo, ci difendiamo, ci spieghiamo. Quando racconto qualcosa di "me" introduco, in altre parole, la dimensione dell'alterità nella mia narrazione: quell'"Io" di cui parlo è distante da me, è "un altro".

Come si nota, proprio questo aspetto rischia di condurre Presser a contraddirsi: che sia proferita prima o dopo l'atto criminale, la narrativa può ben costituire una costruzione giustificativa, che distorce quanto chi osserva l'evento, o ascolta o legge il racconto, può a sua volta ricavare, costruendo una propria riscrittura o rivalutazione della narrativa altrui (Barthes, 1970).

Presser sfugge apparentemente a questa difficoltà, sostenendo che, negli autori che si sono occupati di criminologia, le narrazioni sono state considerate almeno a tre livelli: a un primo livello, il mondo della vita è indipendente dalle narrative che se ne fanno, che per conseguenza possono essere più o meno "vere" (*narrative as record*). A un livello successivo, le narrative possono essere importanti perché in grado di dipingere la posizione soggettiva di chi agisce (*narrative as interpretation*). È ovvio che è possibile integrare tali approcci (come ad esempio un criminologo *mainstream* come Agnew fa: Agnew, 2006) distinguendo una narrativa "reale", evidenziata dallo studioso, da una narrativa soggettiva (quanto si racconta e racconta l'autore) a scopo giustificatorio o utilitaristico. Infine, le narrative possono essere costitutive della realtà (*constitutive view of narrative*). Questa visione sarebbe differente da quella precedente in quanto privilegia la dimensione del linguaggio (ci sembrerebbe più

appropriato dire quella del “discorso”), e sottolinea l’uso di quest’ultimo a scopo di autoconsapevolezza (“On this view, through linguistic expression we make ourselves known, to others and to ourselves. In contrast, the more representational conceptualizations engender a cynicism about what people say”: cf. Presser, 2009, p. 185); infine, privilegia la dimensione del Sé piuttosto che quella delle interpretazioni dei fatti sociali.

Eppure, Presser, se interpretiamo correttamente la sua posizione, in un primo momento addirittura rifiuta un’idea della narrativa di sé come attività rivolta a sé e svolta “fra sé e sé”, come parte, in altre parole, del “discorso interiore” dell’attore. Così, ad esempio, si esprime l’autrice rispetto al contributo di Gadd, fautore invece, e lo vedremo, di una ricerca ampliata al mondo interiore. Presser si riferisce qui a Maruna, ma coglie l’occasione per delimitare la propria posizione: “From Gadd’s (2003, p. 319) perspective, the motivation to stop offending preexists the desistance narrative, hence we must explore the psychological: ‘the inner, psychological realities offenders inhabit’. Whereas a radical postmodernist position questions the existence of such realities, such a strong position is not necessary for the constitutive view of narrative, and hence for a narrative criminology. A narrative criminology needs only bracket non-communicated realities, perhaps positing them as stimulating or conditioning the effects of narrative on human action” (Presser, 2009, p. 186). Così facendo, ci sembra che Presser abbandoni, oltre alla possibilità di una psicologia narrativa del reo, anche quella della sociologia interazionista, nelle sue versioni più o meno radicali, fino al recente, insuperato saggio che Ceretti e Natali dedicano al contributo di Lonnie Athens, che contemporaneamente sostengono e superano “aprendo” alla dimensione dell’inconscio (Ceretti e Natali, 2009).

Il compito di Presser si qualifica quindi come impossibile: da un lato, perché cerca di risalire alla “cosa in sé” (la narrativa del reo prima dell’atto), e dall’altro perché non vuole studiare le motivazioni e le narrative interiori. Non stupisce, allora, che la sua opera dedicata agli autori violenti si esaurisca in una poco utile, a nostro avviso, contrapposizione fra “cattivi che sono diventati buoni” – sono cambiati dopo il reato, “buoni che sono sempre stati buoni” – per cui l’attività criminale viene giustificata come “casuale”, “eterodeterminata”, o “morale in senso superiore” – e soggetti che oscillano fra l’uno e l’altro di questi poli (Presser, 2008). Peraltro, tutti e ventisette i soggetti studiati da Presser mostrano l’interessante caratteristica di dipingere la propria storia come una storia di lotta, in cui un “eroe” (il protagonista, il Sé narrato) combatte contro le avversità. Presser non rileva quanto questo tema narrativo accomuni i miti, le fiabe, l’epica, il dramma, la poesia e il romanzo: che questo costituisca un aspetto generico dell’attività del narrare? L’idea di un eroe che muove contro le avversità, che suscitano un’attività dall’esito incerto (non si sa come andrà a finire), è al centro dei contributi dei formalisti russi (uno per tutti, Propp), dei semiologi (il codice ermeneutico barthesiano), dei narratologi studiosi di letteratura (Brooks, 1984), financo di chi ha reintrodotto l’approccio narrativo in psicologia (Jerome Bruner e la narrativa intesa come resoconto di una “violazione della canonicità”: Bruner, 1990).

In un successivo, più recente contributo, Presser (2012), forse rendendosi conto dell’insostenibilità di una posizione così radicale, ammette che le narrative dell’autore prece-

denti al reato possano anche essere costituite da ciò che il soggetto racconta a se stesso, nel “discorso interiore”; il problema metodologico e logico della difficoltà a ottenere narrative del reo antecedenti al reato rimane tuttavia irrisolto, e viene elegantemente scansato, nel lavoro citato relativo a un *mass murderer*, comparando le note lasciate dal reo, che intendeva suicidarsi dopo il delitto, con le sue narrative successive, ottenute tramite due interviste.

Pur nell’ambito di una concezione della criminologia narrativa che non ci soddisfa, Presser ci dona importanti *insight*: nella sua visione, la narrativa del reo non viene prodotta da quest’ultimo in modo solitario, ma necessita di un interlocutore, e ne è pesantemente condizionata, tanto da poter affermare che il suo approccio implica che si veda la storia di vita di una particolare persona “as an interactional accomplishment” (Presser, 1998, p. 56): ogni narrativa si produce cioè in un contesto interattivo, che a sua volta definisce la situazione, e l’autrice cita gli psicoanalisti, con i loro concetti contrapposti di transfert/controltransfert, come insuperati studiosi di queste problematiche.

Un contributo ulteriore viene fornito da Sveinung Sandberg (2009, 2010), che fa riferimento anche al concetto di “discorso” di Foucault (1969): le diverse versioni narrative di sé, e il loro radicamento soggettivo, vengono apparentate all’uso sapiente dei discorsi foucaultiani, come se il soggetto, per collocarsi in una situazione, facesse automaticamente ricorso a un “discorso” sociale più o meno preconstituito, *prêt-à-porter*: nella sua ricerca sui tossicodipendenti norvegesi, Sandberg (2009) evidenzia come i soggetti da lui studiati utilizzassero (fra loro e con lui) da un lato l’arsenale discorsivo proprio della subcultura delinquente, mentre, dall’altro, quando si riferivano alle istituzioni dello stato sociale o del sistema della giustizia, adottavano le modalità discorsive tipiche dell’utente dei servizi, e in tal modo cercavano di strappare quanto più possibile alla benevolenza dello stato sociale.

Ma la realtà è più complessa: nell’ipotesi di Sandberg, il soggetto narra se stesso sulla base di schemi (gli pseudodiscorsi di cui sopra) che paiono acquistati in un supermarket: Winnicott (1965) parlerebbe di “falso sé”, ma si potrebbe parlare anche di deliberata menzogna. Qui viene spontaneo l’accostamento alla sconsolata teorizzazione goffmaniana, che interpreta come è ampiamente noto la vita quotidiana, appunto, come rappresentazione/presentazione di sé (Goffman, 1959). Sia il memoriale, che il comportamento processuale del poliomicida di Utoya, Piers Breivik, vengono interpretati in questo senso (Sandberg, 2013). In realtà, ci sembra che scomodare Foucault (che come è noto ha analizzato i “discorsi” della medicina, della sessualità, della cura e della pena come elementi costitutivi della modernità) non renda giustizia a questo autore: quello di cui Breivik parla ci pare piuttosto legato all’utilizzazione opportunista delle narrative preconstituite, degli strumenti istituzionali/gruppali istituiti e presentati sugli scaffali del supermercato sociale e volti a contenere le angosce di base. Questo tipo di analisi che si basa sull’opera foucaultiana è stato ampiamente criticato (Kendall, Wickham, 1999; Soyland, Kendall, 2007). Crediamo invece che l’uso sofisticato di *accounts* alternativi e trasformisti stia a testimoniare la presenza di un deviante “scafato”, critico, che gioca con i micropoteri diffusi utilizzando le armi dell’avversario, accomunando in un medesimo orizzonte discorsivo soggetti trasgressivi e richiedenti aiuto, devianti e conformi, commercianti di sostanze e mendicanti di prebende; cre-

diamo che Foucault avrebbe analizzato questi comportamenti come parte di un universo discorsivo comune.

Ma, soprattutto, questo approccio ci sembra carente in quanto, pur non eguagliando il soggetto al suo racconto, chiude invece a ogni tipo di interpretazione di chi riceve la narrativa che vada al di là delle intenzioni del narratore. A nostro avviso, per parlare di narratologia criminologica, si deve includere nel campo narrativo il ricevente, che “ri-scrive”, se è possibile (e non sempre lo è) la storia di chi narra dal suo punto di vista. Ma questo rende necessario introdurre la dimensione di una narrativa non consapevole, e cioè di una dimensione non vista da chi narra e vista dal suo interlocutore, per cui il soggetto si costituisce raccontandosi, anche al di là della sua (consapevole) volontà, alla presenza di un altro immaginario o simbolico.

3. Un passo oltre: l'inconscio senza narrative. La soggettività psicosociale come apertura alle teorie dell'inconscio

Nell'ottica di cui sopra, la più importante teorizzazione sulla relazione fra teorie criminologiche e dimensione soggettiva dell'attore psicosociale è dovuta a Gadd e Jefferson (2007). Secondo questi autori, sarebbe carente nelle teorie fin qui sviluppate l'idea della soggettività dell'autore, che sarebbe propria invece dell'approccio psicoanalitico, aperto alla dimensione dell'inconscio. In un'opera sicuramente poco organica, ma certamente irresistibile, gli autori inglesi, sociologi che hanno bagnato i panni nella psicoanalisi, prendono in esame i contributi dedicati allo studio clinico e microsociologico dell'autore di reato, ed effettuano una rassegna storica dei “progenitori” della loro idea, allo stesso modo in cui Presser ha riconosciuto come antesignani della criminologia narrativa Toch, Katz e Maruna. Dal loro punto di vista, l'antecedente remoto cui fare riferimento è il Bowlby (1944) dello studio sui ladri minorenni; ma la dimensione della soggettività svanisce con l'opera degli psicologi che si dedicano all'analisi fattoriale, mentre è presente nell'opera di Toch. Per quanto riguarda i contributi sociologici, anche la teoria del controllo viene ritenuta carente nella considerazione della soggettività dell'autore; mentre Sampson e Laub (1993) la recuperano in parte rileggendo l'opera dei Glueck, e descrivendo soggetti in conflitto, che spesso non sanno perché hanno scelto di abbandonare la via della delinquenza, o, è lo stesso, di ingaggiarsi in stabili relazioni interpersonali e cercare un lavoro a tempo indeterminato. Questi studiosi da un lato riscontrano la presenza negli autori di reato studiati di motivazioni razionali, ma anche quella di un più profondo “*motivation void*”, che postula la necessità di ipotizzare la presenza di meccanismi inconsci.

Oltre a postulare la presenza di una dimensione inconscia nel reo, Gadd e Jefferson vanno oltre, includendo nel loro approccio anche un'analisi di tipo psicosociale: a un primo livello, tengono in considerazione una visione psicosociologica “macro”, che potremmo chiamare quella della mentalità collettiva, per cui la società è divisa in fazioni (le persone oneste e i delinquenti, con i connessi giochi proiettivi legati alla costruzione dell'alterità); a un altro livello, più vicino al soggetto e che può essere definito propria-

mente psicosociale, postulano la necessità della considerazione dello studio delle “posizioni discorsive” accessibili al soggetto, come se si trattasse di ruoli sociali o posizioni di legittimazione identitaria in cui collocarsi, in base a tutta una serie di aspetti personali propri della storia individuale profonda. Queste posizioni non è detto che siano consapevoli, così come non è detto sia consapevole il legame delle stesse con gli aspetti personali profondi; comunque, la posizione soggettiva citata apre al comportamento, in cui sull'altro della relazione vengono collocati, via identificazione proiettiva, gli aspetti intollerabili di sé: sarebbe questo a costituire “quanto” viene esternalizzato nell'agito delinquente.

Gadd e Jefferson applicano poi il loro metodo alla storia di Jeffrey Dahmer, stabilendo connessioni fra la depressione della madre, il sentirsi morto dentro del bambino, l'assenza di un padre con cui identificarsi, o meglio la presenza di un padre come il suo, altrettanto depresso e afflitto dalla relazione con una genitrice in condizione anche lei depressiva, e la scelta omicida plurima: ciò “al fine di rinvenire una ‘logica’ soggiacente – strana, orribile, perversa e tragica – nella sua vita torturata; una logica che, per quanto mostruosi fossero stati i suoi delitti, ci ha permesso di concepirlo ancora, sebbene con grande difficoltà, come una persona umana”. Tale connessione, ad esempio, ha permesso agli autori di riconnettere il senso di morte interiore che caratterizzava pervasivamente il soggetto con la messa in atto delle sue fantasie necrofile (Gadd, Jefferson, 2007, pp. 103-104).

Da questo brano, risulta come l'ampliamento di connessioni da essi effettuato porti a una ricostruzione appunto narrativa, una *Konstruktion* nel senso di Freud (1937), ma non comunicata al paziente, che mai si è visto e con cui mai si è stati in interazione (quanto avviene invece per i periti psichiatri): una spiegazione condivisibile, che ha rinvenuto una “logica” – cioè ha trovato un *fil rouge*, una trama, che ci serve a rivedere questo soggetto in termini umani, in altre parole a identificarci con lui. Da un caso così costruito si può passare a un altro appunto usando il metodo dei casi, costruiti narrativamente attraverso similitudini e differenze: usando, cioè, il metodo abduttivo (cfr. anche Gadd, 2011; Jefferson, 2010). Così, il caso di Greg, il molestatore degli stranieri, serve agli autori ad illustrare quanto i comportamenti maschilini siano espressione (attraverso, evidentemente, la formazione reattiva) contro la *powerlessness* (sensazione di non avere alcun potere e influenza), la dipendenza e la vergogna (Gadd, Jefferson, 2007, pp. 121-122).

L'utilizzazione dei “discorsi” diffusi a livello sociale da parte dei rei non appare più quindi effetto di una deliberata presentazione di sé, quanto effetto della necessità, derivata dalla propria storia personale, di “collocarsi” all'interno di un contesto psicosociale, che viene utilizzato a livello individuale allo scopo di costituire un'identità/personalità “scudo”, che permetta la minimizzazione dell'angoscia e il migliore adattamento possibile alla situazione.

In questo senso, l'opera di Gadd e Jefferson punta a una decifrazione ermeneutica di quanto affermato dal soggetto. Eppure, forse perché legati alla scuola psicoanalitica kleiniana, quanto mai attenta a porre le proprie interpretazioni come “uniche” ed esatte, e poco aperta alla multisemioticità delle narrazioni, alla loro determinazione situazionale e di campo (Baranger, Baranger, 2011), questi autori non ricorrono al concetto di narrativa: di ogni deviante o criminale citato viene decrittato il mondo interno, inteso come situa-

zione data, definita in modo indipendente dalla presenza dell'esaminatore. Per altro, in un contributo metodologico fondamentale di uno degli appartenenti a questo filone di pensiero (Jefferson, 2010), la dimensione controtransferale viene dipinta come influente sulla qualità e sulla possibilità della relazione, senza tuttavia che gli studiosi aderiscano chiaramente alla posizione della Presser circa la co-costruzione della realtà da parte dei soggetti.

4. Piccole e grandi alterità: Barthes, la "grande" alterità e il simbolico. I forgotten themes: morte, separazione, trauma. Le trame dell'impossibile e l'ossimoro

La nostra posizione, alla luce di quanto affermato, intende fondere la prospettiva della criminologia narrativa con quella della criminologia psicosociale aperta alle influenze della cultura e del gruppo di appartenenza, oltre che polideterminata per la presenza di una dimensione inconscia. In quest'ottica, ogni narrativa è una narrativa di un Sé storico, una narrativa identitaria: e il suo obiettivo è quello di recuperare la memoria di sé costruendo una trama immaginaria, una narrazione che aiuti a spiegare noi a noi stessi e agli altri. Il concetto di identità, in altre parole, va inteso in senso narrativo, e veicola una tensione, che potremmo ossimorizzare: sono identico a me stesso tanto quanto sono in grado di assimilare la mia differenza nella mia identità. Concetto dinamico, quindi, sostanzialmente immaginario: l'unità di noi in realtà non esiste. "Noi" non siamo che un fascio di narrazioni tramite le quali cerchiamo di dare coerenza a una serie di atti e di vissuti emotivi, cercando di sintonizzarci con il nostro coro interiore, Super-io o comunità fantasma che dir si voglia. Le narrative di sé si collocano, appunto, a questo livello: racconti in cui una persona si presenta, presenta la propria verità in un ordinamento di finzione (Lacan, 1966), più o meno vicina a un'altra, più folgorante, "verità", quella che spesso trapassa narratore e narratario al di là della volontà cosciente. Nella nostra ipotesi, tanto più vicina quanto maggiormente in grado di tollerare la presenza di versioni divergenti di sé – rimosse o dissociate, non scisse (in quest'ottica, intendiamo per scissione una dissociazione che non può più tornare alla coscienza, perché il soggetto se n'è spogliato proiettandola fuori di sé), che permettano di massimizzare la vicinanza alla dimensione emotiva (dalle emozioni nella loro rispettiva differenza, fino alla dimensione affettiva di base, che contrappone l'amore all'odio). Le versioni narrative divergenti sono appunto i meccanismi di difesa della psicoanalisi, che ci permettono di affrontare il terribile, l'indicibile, il traumatico, in altre parole il Reale, raccontando a noi e agli altri che siamo "così" per questo motivo o per quello. Ora possiamo, forse, capire l'utilità della psicoanalisi per la criminologia: la grande capacità della psicoanalisi (e la sua grande promessa terapeutica, ora un po' appannata), deriva, appunto, dalla possibilità di mettere in ossimoro la mente, come strategia per gestire aspetti intollerabili dell'esperienza di sé. Da questo punto di vista, va richiamata la lezione dei grandi teorizzatori dell'importanza della narrativa in psicoanalisi: non è tanto importante se il ricordo del paziente, se la costruzione analitica, rispecchiano la verità di quanto realmente avvenuto nella storia del paziente, quanto il fatto che le narrative così prodotte connettano aspetti prima

sconnessi, diano al paziente una visione integrata di sé, permettano di simbolizzare aspetti poco mentalizzabili e di esprimere i vissuti emotivi (Spence, 1982; Schafer, 1994).

Il problema della narrazione, del discorso (qui inteso in senso però non foucaultiano, ma come attività del narrare, che ha anche aspetti non verbali), implica quindi che si narri a qualcuno (narratario), e cioè introduce, come si è visto, la dimensione dell'interpersonalità e dell'alterità. È nell'impatto del discorso sull'"altro" che il soggetto si sottopone alla legge e con quella della relazione, ma appare necessario distinguere fra piccolo e grande Altro.

Questa versione della criminologia narrativa è stata costruita utilizzando aspetti cospicui della semiotica barthesiana, per cui ogni testo, anche quelli dell'autore e della vittima, viene non solo letto, ma anche scritto (riscritto) da chi lo ascolta (Verde et al., 2006), sia egli vittima o criminologo, professionista o accademico ricercatore.

Per un uso adeguato della narratologia, potremmo parlare di un soggetto sbarrato, perlopiù opaco a se stesso, che si racconta, volutamente o meno, con troppe o poche parole, e che dipinge un se stesso immaginario, un Io, un personaggio, come nelle autobiografie, vera e propria opera di fiction su di sé. Questo è riconosciuto dai migliori fra i narratologi, ad esempio Brooks (1984), che a tal fine non può prescindere dalla psicoanalisi, ma anche da Presser nella sua introduzione teorica all'opera prima.

Questa dimensione va anche al di là dell'ermeneutica, e apre alla dimensione simbolica. Qui si situa l'importante giunzione che intenderemmo effettuare fra l'apertura della criminologia allo psicosociale, nel senso di Gadd e Jefferson, e la *narrative criminology*: le produzioni del criminologo, nel senso degli studiosi inglesi, ampliano il senso dell'atto criminale, e costituiscono per questo, come per il reo, un modo per meglio comprenderlo (e per quest'ultimo per comprenderci). I meccanismi inconsci evidenziati dal criminologo, e dallo psicoanalista, sono infatti narrazioni sotterranee, talora coincidenti con quelle del soggetto, più spesso opposte, reciproche, antinomiche, ossimoriche, oppure, come nel restauro di un'opera (la soggettività) mai ben tratteggiata dal suo autore, colmano lacune, riempiono vuoti al soggetto interdetti, preclusi (forclusi). Queste narrazioni di sé vengono raccontate dal criminologo insieme al soggetto, entrambi accomunati dalla sottomissione alla grande Alterità della legge, al di là del fatto di costituire in realtà, nell'interazione dell'intervista, due piccoli altri relazionali, anche loro soggetti, sottoposti alle leggi della significazione, per dirla in chiave lacaniana. Il limite di Gadd e Jefferson, infatti, sta nell'ingenuità di derivazione kleiniana per cui la lettura del narratario, così ricostituita, sarebbe data una volta per sempre. Qui gli studiosi si scontrano con la ricchezza del pensiero semiotico: se ogni lettura è una scrittura, ogni volta che leggiamo una storia la riscriviamo, la aggiustiamo a noi stessi. Quando ascoltiamo un caso singolo, e ci riflettiamo su, ogni volta in cui leggiamo un caso scritto da altri, scriviamo una storia diversa, senza bagnarci mai nello stesso fiume: forse, all'interno di argini che mutano solo in minima parte, ma diversi. Il concetto, mutuato dagli psicologi dello sviluppo, è quello dello *script*, del tema con variazioni (cfr. Stern, 1985), che si incarna nel corpo quando le emozioni che evoca ci fanno ribollire le vene: "ohhhh!!". In altre parole, ogni riscrittura, compresa quella in cui leggiamo gli aspetti non consapevoli, è congetturale e aperta a varia-

zioni per definizione. Chi legge di più la letteratura di *fiction* sviluppa una maggiore intelligenza emotiva, sa leggere meglio le emozioni, si integra meglio socialmente (Oatley, 1995). L'ossimoro, o lo scenario multiplo bruneriano evocato da Binik (2014), permettono di tenere insieme molte cose antitetiche: risentimento e amore, intolleranza dell'altro e rispetto, parti forti e deboli, attive e passive, maschili e femminili, tenerezza e odio: tutti quegli aspetti dissociati che quando si danno insieme possono armonizzarsi solo a prezzo dell'accusa di incoerenza...

La criminologia cerca di formulare leggi generali, o raccontare storie particolari, ma più va sul particolare, più le leggi generali perdono importanza: secondo McAdams (1994), appunto, i *big five*, al primo livello. Poi, gli atteggiamenti, le aspirazioni, le difese, i fini e gli ideali (secondo livello), poi, il sé, narrato o narrante (terzo livello); infine, gli aspetti inconsci (quarto livello). Più ci sprofondiamo verso il quarto livello, più la narrazione diviene idiosincrasica, e ciò indipendentemente da quale sia l'armamentario disciplinare, il discorso, di cui ci serviamo. Ma è a questo livello che si manifesta quel balbettio che appunto segnala lo stupore, l'"oooh", davvero somigliante al momento fuori dal tempo dei poeti (e che avevamo già, molti anni fa, descritto utilizzando il concetto di *thauma* aristotelico: cfr. Francia, Verde, 1990). Dopo, si stendono le narrazioni, che esorcizzano la sofferenza e la morte (il Reale che è lo sfondo oscuro sul quale si staglia la nostra vita, e che viene evocato e introdotto nella trama del mondo dal delitto con la potenza di un evento traumatico), costruendo, appunto, storie che iniziano e finiscono, ricominciano e si concludono nuovamente (cfr. Brooks, 1984).

Al livello delle narrazioni individuali, ci sarà possibile utilizzare i corpus di conoscenza consolidata di cui disponiamo: più lo facciamo, più siamo criminologi "scientifici"; meno, più siamo criminologi "folk", cioè non-criminologi: fra questi estremi, si stende il campo della criminologia "pop", come l'ha chiamata Binik (2014). Riprendendo il discorso precedente, l'ossimoro segna il massimo della vicinanza a quell'"ohh" primordiale che si costituisce in parole, colto *in statu nascendi*. Questo rappresenta il contributo della criminologia sia alla società, sia al caso singolo: vettorizzare le emozioni, trasferirle in narrative permette di rendere un po' meno terrificanti la morte, il Reale, l'indicibile, evitandone in parte la presa attraverso l'utilizzazione della dimensione immaginaria (cfr. anche Dubec, Cherki-Niklès, 1992): sembra che a questo si stia dedicando sempre più la società contemporanea (Binik, 2014). L'antinomia schizo-paranoide, la dissociazione, l'antitesi, sembrano allora i soli strumenti di gestione della dimensione ossimorica.

Il discorso, qui, riguarda certamente il caso singolo, che sarà tanto più "scientificamente" valido quanto più tenderà di integrare le conoscenze generali, induttivo/deduttive, fino al livello del particolare, necessariamente sempre più abduttivo, fino alla narrazione del quarto livello, massimamente congetturale, ma massimamente in grado di contenere/esprimere *l'ave*.

Ecco che la visione tardo-moderna della criminologia, ben rappresentata nell'opera di Garland, diventa quella di chi sa tollerare, a livello cosciente, la presenza di narrative contrapposte, portatrici ciascuna di visioni che non si risolvono, di ossimori (Verde, 2010b) anzi, crediamo di aver già detto e dimostrato che chi tenta di risolverli incrementa il

diniego, a livello individuale e sociale. Gli ossimori non debbono per forza di cose essere risolti, e crediamo si debba imparare a vivere con essi, al loro interno, accettando la loro, e la nostra, dimensione tragica. Come afferma Roland Barthes, la Voce del Simbolo (che esprime, in quanto Codice dell'Antitesi, le contraddizioni non risolubili), è il "muro senza porte" che oppone concetti opposti, che sono, nei fatti, separati dalla più invalicabile delle barriere, quella del significato (Barthes, 1970).

Un'ulteriore sfida è quella legata al cogliere, nell'interazione, la dimensione narrativa della gestualità corporea, che permette di andare al di là della parola scritta, e di cogliere la narrativa nel farsi di un discorso che diventa anche "discorso del corpo"; e questo si sviluppa, come affermano i fenomenologi, nell'incontro col l'altro, in cui il discorso del reo (verbale e non) produce una narrativa che viene colta dall'interlocutore, come magistralmente ha sostenuto il grande Freud (le isteriche parlano col corpo, il corpo è il luogo di un discorso che produce una narrazione di sé spesso in ossimoro con il contenuto manifesto della narrazione cosciente del soggetto).

5. Al di là del testo, l'incontro, la narrativa di sé nel suo farsi, aperta alla dimensione non verbale: il caso di Pino

A questo proposito, riportiamo in modo succinto tre colloqui con un minorenne autore di reato per mostrare quanto alla ricostruzione effettuata sul materiale narrativo presente in atti possa affiancarsi una valutazione di quanto avvenuto in nostra presenza, nel corso di uno fra i tanti accertamenti peritali relativi al caso. Per anticiparne il contenuto, diciamo che esaminando i colloqui è possibile "scrivere" una narrativa non consapevole da parte di Pino, che si esprime nella sua gestualità, e che fa sì che al testo esplicito possa essere sovrapposto un altro testo, ben più ricco, che serve a comprendere più adeguatamente l'universo relazionale in cui Pino si muove, o, se si vuole, la sua comunità fantasma nel senso di Lonnie Athens. Questo anche al di là della situazione in cui la narrazione di Pino è stata usata: la sua narrativa, infatti, ha suggerito al perito d'ufficio, apparso a chi osservava nella funzione di perito di parte piuttosto restio a interpretare il testo nel senso di chi scrive questo lavoro, una valutazione del soggetto come pienamente capace di intendere e di volere.

Il fatto-reato: Pino e la sorella Raffaella, lui di sedici e lei di diciott'anni, una sera, tornando a casa con un amico, Raffaele, in una delle tante delegazioni della conurbazione genovese, cercano di accoltellarlo. Pino fornisce ben sette resoconti narrativi del fatto, nel corso dei diversi incontri con gli operatori della giustizia. Dalle diverse "versioni" date da Pino degli eventi si può rilevare, alla fine, una concordanza con quelle fornite dalla sorella e in parte con quelle dovute alla stessa vittima, da cui risulta come alla fine Pino abbia ammesso di avere iniziato lui ad accoltellare l'amico, per la presunta gelosia nei suoi confronti e per il senso di protezione nutrito verso la sorella dopo che questa aveva dovuto affrontare un'esperienza di tentata violenza in una stazione ferroviaria. L'amico gli ha strappato il coltello di mano, e lui, cercando di riprenderselo, lo ha preso per la lama e si è le-

sionato i tendini della dita; è stato quindi operato e ha la mano fasciata durante l'incontro. Vedremo ora come questa ricostruzione si armonizzi con i dati della storia interiore di Pino, nella relazione con i suoi oggetti significativi. Le parole di Pino sono in corsivo, e la narrazione di Pino passa per forza di cose attraverso la nostra.

Il perito gli chiede in apertura la data di nascita, e Pino mette la mano fasciata sulla scrivania. Poi gli chiede tre aggettivi descrittivi di ciascun genitore, e Pino si lancia in osservazioni generiche: il padre è "disponibile, bravo, ti tratta da uomo e non da bambino", perché "se chiedo mi aiuta", "si comporta come si deve", ed è anche una "figura da cui prendere esempio, anche se io farò solo l'elettrotecnico e non l'informatico". Emerge qui, subito, un tema di rivalità e di fallimento nei confronti della riuscita paterna, contrapposta alle sue bocciature.

Sullo stesso tema aggiunge: "mi aiutava a studiare... ci si può stare... (si guarda le mani): e se un giorno mi chiede una cosa, quando avrà bisogno del mio aiuto, più in là nel tempo, lo aiuterò io... sarò io indisponibile <sic!>, mentre prima lo era lui...". È evidente il lapsus.

Poco dopo Pino dice che la stessa cosa è successa con la nonna, malata di cancro, che prima lo aiutava, e poi è stata aiutata da lui e dalla mamma, mentre il padre era al lavoro, usciva alle otto del mattino e tornava alle sette e mezza di sera. Il padre, quindi, è dipinto come persona che lavora molto e che ha poco tempo per il ragazzo, che vive con lui un rapporto realmente ambivalente.

La madre, allo stesso modo, viene definita in due soli modi, è "disponibile" e di lei si dice che "ha avuto molta pazienza in queste ultime situazioni accadute (mentre dice questo si guarda la mano fasciata)". Solo sul primo aggettivo Pino fornisce commenti: la mamma è disponibile perché "la mamma è la mamma... vuole sempre bene a me e a mia sorella... comunque anche lei mi aiutava a studiare, andavo con mia madre a comprare i giochi <della playstation> e a comprare i vestiti...". Da questi gesti, totalmente inconsapevoli, traspare una forte aggressività inconscia nei confronti dei genitori, che produce, a livello difensivo, le affermazioni generiche e superficiali di affetto, e che permette di connettere il delitto commesso alle rappresentazioni interne della coppia parentale (come vedremo, il delitto ha una valenza sia preedipica, connessa alla separazione dal nucleo simbiotico con la mamma e/o con la sorella, sia edipica, legata all'aggressività verso la figura paterna).

Con gli aggettivi relativi a Giovanna, la sorella, è tutt'altra musica: Giovanna è "simpatica, molto socievole, una che pensa agli altri, altruista": simpatica perché scherza sempre, e "a volte quando uscivamo ci faceva ridere tutti... diceva delle cose, barzellette, storie inventate che facevano ridere; a volte quando veniva da me mi proponeva giochi col computer e diceva 'stavolta ti batto', e poi 'ti ho lasciato vincere perché son stanca', ma io vincevo sempre e qualche volta la lasciavo vincere io"; molto socievole perché "relazionava bene con tutti"; e poi altruista, perché una volta gli ha regalato degli stivali e un lettore CD: "io l'aiutavo per l'esame, ho fatto io al computer le sue relazioni, con immagini, per la maturità. Lei aiutava me, anch'io ero diventato protettivo nei suoi confronti da quando è successa quella cosa di Delfino, io ero in prima superiore o al terzo anno delle medie. Ha avuto... un brutto incontro con questo qua e io da quel giorno lì l'ho sempre aiutata. Questo qua era un criminale...". <D. "lo ha saputo dopo?> "Non lo sapevo, prima non si sapeva neanche che era lui. Lei ha raccontato che ha avuto un brutto incontro... questo qua

prima... lo ha incontrato alla stazione di Sestri, è successo... mi ha raccontato lei che con questo Luca Delfino... ha detto... che prima ci ha parlato, non sapendo chi è, poi è successo che le ha allungato le mani, poi lei era scappata... dove l'ha toccata... davanti, non lo ha voluto dire... davanti... il seno... lei faceva così (incrocia le braccia sul seno)". <D. "sua sorella ha sporto denuncia?> "Prima lo voleva fare, poi però... da come risultava dalle telecamere diceva che non era successo niente. Comunque, lo choc ti rimane. La polizia ha visto il filmato della telecamera che era lì: questi qua sono entrati nel bagno ma non è successo niente. C'è stato poco, è uscito subito, dicono che non può essere successo nulla, lei è scappata, io non l'ho visto il video, non vorrei neanche guardarlo... Nonostante ciò ho assunto un ruolo protettivo... o c'è qualcosa'altro che si vergogna di dire, o... non saprei... Magari c'è stato qualcosa, per andare lì a denunciare, non è molto logico, probabilmente per me è successo qualcosa, magari l'avrà toccata, secondo me ha toccato anche in basso, ha provato a farle qualcosa (si aggiusta le bende della mano mentre dice questo). Forse questa è l'unica cosa che non ha voluto dirmi, se aveva un ragazzo me lo veniva a dire, magari alle volte lo conoscevo anch'io...".

Come si nota, dalla descrizione di Giovanna Pino è passato direttamente a parlare del loro rapporto, in cui dice di aver voluto proteggere la sorella dopo l'episodio della molestia sessuale. Racconta un episodio a Varazze d'estate in cui lui "portava ancora i braccioli" e la sorella difese un ragazzino loro amico da ragazzi più grandi, prendendoli a morsi. Ricorda anche un altro episodio a Giulianova, più recente, in cui la sorella lo difese "a parole" da un ragazzo ubriaco. Segue poi un interessante discorso, in cui, al perito che gli chiede se bisticciava con la sorella da piccolo, risponde di sì, e poi aggiunge che da un certo momento in poi si sono sempre messi d'accordo, anzi, "si davano una mano": a lui "serviva una mano" alle medie in educazione tecnica o artistica, e poi Giovanna gli chiedeva di giocare insieme al computer, e finivano tardi, alle undici, anche se Giovanna gli faceva lei i disegni, piuttosto che "dargli una mano". A questo punto, Pino si guarda la mano, e dice: "si sta raddrizzando, dovrò fare fisioterapia...". Anche commettendo il delitto, così, Pino ha "dato una mano" alla sorella.

Ma la mano è anche la mano incestuosa: Pino inizia a parlare della convivenza nella stessa stanza con la sorella, con cui si confidavano cose segrete, e lei capiva se lui stava male. Il perito chiede poi se Pino ha mai visto la sorella nuda, se usava il tanga, e lui: "nudi nudi no"; indaga se lui sapesse che la sorella aveva il ciclo, e lui dice che se ne accorgeva; chiede se i fratelli si raccontassero le storie amorose, e lui: "ce le raccontavamo, non mi va di dire cosa...", ma poi, al perito che lo stimola ("con quella cosa ci ho fatto, le ho toccato il seno...") Pino replica: "sono arrivato in terza base...", e dice che anche Giovanna raccontava cose simili a lui, cosa aveva provato, come si sentiva. Aveva cominciato Giovanna a raccontargli, essendo più grande, e lui dice che prima non capiva, poi le faceva i complimenti, visto che non era ancora arrivato alla "prima base". Questo succedeva alla sera, quando non riuscivano a dormire: all'inizio quelle raccontate da Giovanna gli sembravano cose strane, lui non era abituato, era imbarazzante, anche se, dice, non era eccitato. Giovanna entrava anche nei dettagli intimi, e poi a lui dopo un po' faceva piacere ascoltarla. Tutto questo, però, negando ogni eccitazione sessuale: "lui dormiva, non mi si alzava, riuscivo a controllarmi, l'ho fermata qui (indica il cuore) e non l'ho fatta andare più giù. Se uno si eccita e si alza, poi deve smaltire, se non lo fa poi non

dorme”. Racconta di avere avuto la prima ragazza a quattordici anni, e che la sorella gli raccontava le sue cose da quando ne aveva tredici. “Poi siamo andati avanti... una donna ti molla, glielo andavo a dire, e lei: ‘ne hai perso una, ne trovi un’altra... ce ne sono tante’”. <D. > “... suggerimenti reciproci?”: “Ci vuole uno schema per questo? <D. Fammi uno schema!> – ero a scuola –: i suggerimenti fanno sempre comodo, si possono dare dei consigli, altrimenti con chi parli, con un amico?” – da rilevare, qui, la chiusura del mondo relazionale di Pino, limitato praticamente solo alla sorella.

Dice di non essere stato geloso quando la sorella gli raccontava le cose dei ragazzi con cui stava: “dicevo: quando tocca a me?”. Continua dicendo che non gli dava fastidio sapere le cose di sua sorella, “se lei con questo ci stava bene o era felice non vedo perché essere geloso o arrabbiarmi (ma si guarda ancora la mano fasciata)”. Pino dice che era un segreto questa confidenza fra lui e la sorella, “con mamma e papà dovevo stare attento a non farmi scappare una parola. Anche fuori nessuno doveva saperlo, perché sono fatti nostri, privati... manteniamo la parola, che rimanga fra noi...”. Appare già in modo evidente, si diceva, il rapporto incestuoso, con forti valenze simbiotiche, di dipendenza reciproca e di mutuo nutrimento; e, parallelamente, la presenza di una forte carica aggressiva sottostante a ogni minaccia di separazione o alla presenza di un terzo differenziatore.

Il perito torna ancora a parlare della situazione incestuosa: <D. “Sapeva che fra fratello e sorella non capita così spesso di raccontare queste cose?”> “Non so, non so se ce ne sono molti altri che hanno questo rapporto intimo fra loro... all’inizio... non saprei, è meno frequente che una sorella racconti al fratello... non l’ho mai detto a nessuno... mi sembrava un po’ strano che una sorella lo racconti... a un fratello. Finché lo racconta a un’altra sorella o alla sua migliore amica...”. <D. “Come viveva questa cosa quando usciva dalla camera?”> “Mi viene da ridere, ci fischiettavo sopra... oppure... mi importava un po’ però non era un peso... erano cose... all’inizio mi sembravano un po’ strane, però erano cose... belle! Fuori avevo un’aria fischiettosa...”. <D. “Sapeva che quelli fuori non la pensavano come lei, giusto?”> “Sì, infatti... non sarebbe stato giusto andare da mio padre a dirlo, un casino, ci eravamo detti il segreto... sono cose più private... non che mi vergognassi, come se avessi detto tutto a mio padre: ‘rimanga fra noi, sono cose nostre’. Se lo avessi detto, si sarebbe sparsa la voce... sono affari nostri, privati, ‘manteniamo la parola, che rimanga fra noi’”. Spiega che con sua sorella ha più valore, è più strano rispetto al dire in giro quanti soldi hai, o cos’hai fatto colla tua ragazza. Commenta che all’inizio gli scocciava un po’ dire al perito queste cose, aveva promesso di non dirle.

Pino ha finalmente rivelato i dettagli della relazione incestuosa, non agita e satura di elementi voyeuristici reciproci: il segreto sembra appagasse il narcisismo di Pino, facendolo sentire grande senza fatica: “Zorro fuori è uno stupidotto, lui però dentro lo sa che è Zorro... mi dava una carica, non solo come Zorro, anche come Batman, non avevo un sacco di soldi, ma una buona carica, un buon ruolo. Una buona responsabilità...” (si noti la goffaggine nella scelta dei vocaboli). Prosegue, stimolato dal perito: “Io so una cosa e voi non la sapete, pensate di me un’altra cosa... a volte mi mettevo un po’ a ridere, un supereroe non svela la sua identità, io non devo rivelare questa cosa... Gli amici dicevano che erano stati con una donna, io non dicevo niente ma magari andavo anche meglio di loro...”. Il rapporto con la sorella, evidentemente, era molto intenso, e gli permetteva di sentirsi un “supereroe”, impedendogli però

anche una vita più normale: in realtà, la fantasia incestuosa in parte agita, senza contatto fisico, ha pietrificato la situazione in una dimensione pseudo-adulta infinita.

Il perito passa infine a investigare il rapporto con la vittima: Raffaele era suo compagno di classe dalla prima superiore, evidente alter ego e ricettacolo proiettivo delle sue parti disprezzate, e Pino lo stimava poco: nessuno gli stava vicino, si azzuffava con tutti (cfr. i problemi di socialità di Pino), non si lavava mai, aveva un sacco di forfora in testa, lo chiamavano per questo “cavallo”; a lui non piaceva il fatto che venisse trascurato: uscivano insieme, loro gli hanno regalato la chitarra elettrica, andavano alle fiere dei fumetti, in particolare nutrivano un amore condiviso per manga e giochi elettronici.

Poi Pino riferisce al perito la versione dei fatti, la terza, che ha adottato dalla primavera: Raffaele toccava Giovanna. Era tanto che avvertiva Raffaele, che gli diceva di smetterla: lui si scusava, prometteva, poi ricominciava. Dice di non essere più riuscito a dormire prima della confessione avvenuta in carcere e dell’udienza di settembre. Il resoconto è coerente e logico, anche se è presente qualche aspetto amnesico (peraltro caratteristico di tali situazioni); il pentimento molto, troppo razionale. Dice di aver fatto bene a difendere la sorella, male “perché ho quasi ammazzato uno”. Parla poi di Giovanna, dice che si scrivono lettere, ma lui al momento del delitto pesava 92,5 Kg, ora 64! Giovanna non lo ricognoscerebbe.

Al terzo colloquio, il perito chiede ad Pino quanti anni si aspetta, e lui si agita molto. Si lamenta circa il comportamento degli operatori dell’istituto penale minorile, che a suo dire infierivano su di lui in modo sadico; descrive poi una dolorosa e pesante crisi di rabbia quando ha saputo che la domanda di scarcerazione era stata negata.

Il perito gli contesta poi le tre versioni del delitto, e lui racconta la seconda e la terza, commentandole; circa il portare il coltello nella custodia del basso, afferma che la sera le strade non sono sicure, ci sono ubriachi, drogati e stupratori. Si torna al fatto, e lui commenta: “Giovanna non sapeva che io portavo in giro il coltello”. <D. “Giovanna è stata la più importante di tutte...”> “Mia sorella, la mia ragaz...” – qui la fantasia interiore incestuosa viene espressa pressoché interamente. Ma il perito non registra nella sua relazione questo lapsus.

È evidente che per Pino la percezione del valore della vita umana (al di là delle affermazioni assolutamente generiche di adesione ai valori convenzionali) è molto limitata, come attestano il suo risentimento e il suo odio ancora attuali verso la vittima, vero e proprio alter ego che si permette, nella realtà, nella fantasia o nella confabulazione, di esprimere i vissuti incestuosi verso la sorella e l’indifferenza verso le altre relazioni interpersonali. “Nessuna pietà per il rivale edipico”, verrebbe da dire, ma, ancor più profondamente, si potrebbe dire “nessuna pietà per un alter ego sessuato, che si permette di toccare la sorella e per ciò stesso si differenzia da lei”. I due livelli dell’alterità, verrebbe da dire, sono presenti qui, ed emergono non certo nel discorso cosciente, ma “fra le maglie” di quest’ultimo, come si diceva, in modo assolutamente inconsapevole. In altre parole Pino, inconsapevolmente, ha messo in vista la mano che ha inferto i colpi, e che è stata lesionata quando la vittima sua e di sua sorella, Raffaele, ha impugnato a sua volta il coltello e lui ha tentato di strapparglielo; e lo ha fatto quando i temi toccati nella conversazione evocavano conflitti, che suscitavano in lui fantasie connesse al delitto e quindi alla distruttività:

era la stessa “mano” che il padre gli ha sempre negato, perché impegnato a lavorare, e che lui spera di restituire essendo (in)disponibile verso di lui. Tutto questo, nonostante quelle che possono ben essere definite come grossolane interferenze da parte del perito.

6. Il luogo della criminologia: scrivere il trauma tramite un discorso che narra e apre alla dimensione emotiva

Abbiamo, con questo, “scritto” un’altra narrativa rispetto a quella di Pino, narrativa che ci sembra adesso poter contenere la quota emotiva carente nella vita del ragazzo: il mondo degli affetti in Pino è congelato, coartato e limitato alla dimensione dell’intimità senza contatto; si esprime infine nell’agito traumatico del delitto, che punisce il Sé alieno (Raffaele) che si è permesso di toccare la sorella, di palpare il frutto proibito e di nascere a una vita sociale triangolata. Questa storia complessa sicuramente è “vera” emotivamente, più “vera” del discorso manifesto di Pino, che appiattisce le emozioni e le fa diventare banali; è vera anche in quanto esprime il conflitto per via dei significati antitetici legati al “dare una mano”, e potrebbe essere intitolata così: “Una mano non si nega a nessuno”. È proprio intorno al codice dell’antitesi barthesiano espresso dal concetto di “dare una mano” che “gira” la storia di Pino: la mano è quella che suo padre gli dà, dall’alto del suo essere ingegnere; quella che lui (non) gli vorrà dare quando sarà vecchio, quella che sua sorella dava a lui e che lui le ha dato in senso metaforico; ma che Raffaele il cavallo le ha dato realmente, una manata sul seno, e ancora la mano è quella che impugna il pene, che impugna il coltello, quella di Raffaele che prende il coltello, quella di Pino che si ferisce mentre cerca di riprenderselo, quella ferita e fasciata del Pino castrato, che se la rimira, come a dirsi che tutto quanto è successo è successo per una mano... del cavolo!

Questo esempio ci sembra permetta di esemplificare la nostra concezione di criminologia narrativa aperta all’inconscio, che si qualifica sia perché accoglie la narrativa dell’autore, sia perché la recepisce diversamente a seconda del narratore (il perito d’ufficio ha scritto la narrativa di Pino in modo estremamente diverso dal nostro): si teorizza, in altre parole, la possibilità di una produzione di storie differenti una dall’altra, in base al “luogo” psicosociale e simbolico in cui i soggetti sono collocati al momento della narrazione: psicologo o psicoterapeuta del soggetto, che racconta per lui, con lui e talora “contro” di lui la storia della sua vita; narratore giudiziario, o narratore mosso da fini di pura ricerca scientifica. Come si può rilevare, la riscrittura operata ha prodotto un fascio di narrative: le diverse narrative così prodotte possono essere utilizzate o in senso “alto” e astratto, come contributo alla scienza cui il criminologo appartiene, o in senso concreto, come base per una narrativa volta ai fini specifici posti dalle istituzioni a cui lo stesso deve rispondere (criminologia applicata ai contesti peritali e alle situazioni giudiziarie). È in questi luoghi che le “troppe” o le “poche” parole di cui il soggetto dispone trovano un significato.

In quest’ottica, il problema della “verità” di ciò che viene narrato perde senso, e può essere ricollocato nel luogo in

cui la scoperta della verità diventa oggetto di indagine e giudizio, il contesto giudiziario appunto, lontano dalla dimensione della criminologia scientifica. La criminologia ci mette infatti, in ogni momento, di fronte alla qualità differente delle narrative di sé, solo alcune delle quali “catturano” il soggetto in un’istantanea verosimile: possiamo fare nostro, a questo punto, il concetto di narrativa “vera”, secondo la Presser (2013). Secondo questa autrice, potrebbero essere definite “vere” le narrative più complesse e articolate, che, come un *fil rouge*, permettono al narratore di mettere in trama il maggior numero di aspetti della sua esperienza e soprattutto gli stati emotivi spesso poco rappresentabili che lo hanno attraversato. Altre sono le narrative che “producono” i delitti: sono narrative meno complesse e articolate, più simili ai “testi di persecuzione” di cui ci parla René Girard (1982) a proposito delle legittimazioni alla violenza che inducono altri soggetti a trovare capri espiatori e a proiettare in essi la colpa.

Potrebbe diventare, così, possibile studiare le narrative di chi delinque, distinguendole per tipologie di autori: da un lato, per esempio, le narrative dei delinquenti passionali, dall’altra le narrative dei criminali che utilizzano le loro capacità discorsive per trarre in inganno: poche parole da un lato, troppe e troppo poco “vere” dall’altro. Anche le narrative deliranti, intese come prodotto di un discorso interiore che spinge a delinquere, potrebbero costituire un proficuo campo di indagine, se si considera la natura di per sé narrativa (più o meno coerente e cucita) del delirio stesso.

Il campo, come si vede, è vasto e sicuramente lo sforzo per dissodarlo e portarlo a frutto necessita dell’opera di molti di noi. Ci riteniamo soddisfatti di avere semplicemente dipinto un paesaggio possibile.

Bibliografia

- Agnew, R. (2006). Storylines as a neglected cause of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 43(2), 119-47.
- Baranger, W., Baranger, M. (2011). La situazione psicoanalitica come campo bipersonale. Milano: Raffaello Cortina.
- Barthes, R. (1970). *S/Z. Una lettura di Sarrasine di Balzac*. Torino: Einaudi, 1973.
- Binik, O. (2014). Quando il crimine è sublime. *Rassegna Italiana di Criminologia (nuova serie)*, 8 (4), 277-290.
- Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis*, 25(19-52), 107-127.
- Brooks, P. (1984). *Reading for the plot: Design and intention in narrative*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of meaning: Four lectures on mind and culture*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ceretti, A., Natali, L. (2009). *Cosmologie violente: Percorsi di vite criminali*. Milano: Raffaello Cortina.
- Dubec, M., Cherki-Niklès G. (1992). *Crimes et sentiments*. Paris: Seuil.
- Dunbar, R. I. M. (1996). *Grooming, gossip and the evolution of language*. London: Faber & Faber.
- Foucault, M. (1969). *L’archeologia del sapere. Una metodologia per la storia della cultura*. Milano: Rizzoli, 1999.
- Francia, A., Verde, A. (1990). Criminologia e scienze umane. Appunti per la ripresa di un dialogo. In A. Ceretti, I. Merzagora (eds.), *Criminologia e responsabilità morale*. Padova: Cedam.
- Francia, A., Binik O., Guidali L. (2008). La narratologia e il pen-

- siero criminologico tra sociologia e psicoanalisi. In O. Greco, S. Scarafile (eds.), *Sotto il segno di Babele: Prospettive di comunicazione e dialogo fra saperi*. Lecce: Pensa MultiMedia.
- Francia, A., Verde, A., Birkhoff, J. (eds.) (1999). *Raccontare delitti: Il ruolo della narrativa nella formazione del pensiero criminologico*. Milano: Franco Angeli.
- Freud, S. (1899). *L'interpretazione dei sogni*. Torino: Bollati Boringhieri, 2002.
- Freud, S. (1937). Costruzioni nell'analisi. In *L'uomo Mosè e la religione monoteistica e altri scritti 1930-1938*. Torino, Bollati Boringhieri, 2003.
- Gadd, D. (2003). Review Essay, Making criminology good: A response to Shadd Maruna. *Howard Journal of Criminal Justice* 42(3), 316-22.
- Gadd, D. (2011). In-depth interviewing and psychosocial case-study analysis. In D. Gadd, S. Karstedt S., S.F. Messner (eds.), *The Sage Handbook of Criminological Research Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Gadd, D., Jefferson, T. (2007). *Psychosocial criminology: An introduction*. Los Angeles, CA: Sage.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Gatti, U., Verde, A. (1994). Longitudinal research from the point of view of clinical criminology. In E.G.M. Weitekamp, H.-J. Kerner (eds.), *Cross-National Longitudinal Research on Human Development and Criminal Behavior* (pp. 331-339). Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Girard, R. (1982): *Il capro espiatorio*. Torino: Boringhieri, 1987.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of self in everyday life*. New York: Doubleday & Co.
- Jefferson, T. (2010). Psychosocial criminology. In E. McLaughlin, T. Newburn (eds.), *The Sage Handbook of Criminological Theory*, Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Katz, J. (1988): *Seductions of crime: Moral and sensual attractions in doing evil*. New York: Basic Books.
- Kendall G., Wickham G. (1999). *Using Foucault's methods*. London: Sage.
- Lacan, J. (1966). Il seminario su "La lettera rubata". In *Scritti*, vol. 1. Torino: Einaudi, 1974.
- Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- McAdams, D.P. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, 63 (3), 365-396.
- Oatley, K. (1995). The mind's flight simulator. *The Psychologist*, 21 (December), 1030-1033.
- Oatley, K. (2006). Narrative modes of consciousness and selfhood. In Ph.D. Zelazo, M. Moscovitch, E. Thompson (eds.), *The Cambridge handbook of consciousness* (pp. 375-402). Cambridge: Cambridge University Press.
- Presser, L. (2008). *Been a heavy life: Stories of violent men*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Presser, L. (2009). The narratives of the offenders. *Theoretical Criminology*, 13 (2), 177-200.
- Presser, L. (2012). Getting on top through mass murder: Narrative, metaphor, and violence. *Crime, Media and Culture*, 8(1), 3-21.
- Presser, L. (2013). *Why we harm*. New Brunswick, NJ and London: Rutgers University Press.
- Sampson, R.J., Laub, J. (1993). *Crime in the making: Pathways and turning points through life*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sandberg, S. (2009). A narrative search for respect. *Deviant Behavior*, 30 (6), 487-510.
- Sandburg, S. (2010). What can "lies" tell us about life? Notes towards a framework of narrative criminology. *Journal of Criminal Justice Education*, 21 (4), 447-465
- Sandberg, S. (2013). Are self-narratives strategic or determined, unified or fragmented? Reading Breivik's Manifesto in light of narrative criminology. *Acta Sociologica*, 56 (1), 69-83.
- Schafer, R. (1994). *Retelling a life: Narration and dialogue in psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Scott, M.B., Lyman, S.M. (1968). Accounts. *American Sociological Review*, 33 (1), 46-62.
- Soyland, A.J., Kendall G. (2006). Abusing Foucault: methodology, critique and subversion. *History and Philosophy of Psychology Newsletter*, 25 (Autumn), 9-17.
- Spence, D.P. (1982). *Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: W.W. Norton & Co.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Toch, H. (1992). *Violent men: An inquiry into the psychology of violence*, rev. ed. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Verde, A. (1997). Editoriale. *Criminologia: l'utilità di un approccio narratologico*. *Rassegna italiana di criminologia*, 8 (1), 1-7.
- Verde, A. (2006). Postfazione. Il male sullo schermo, il male dentro di noi. In P. Cattorini, *L'occhio che uccide: Criminologi al cinema*. Milano: Franco Angeli.
- Verde, A. (2010a). Il reale del delitto e i tre livelli della criminologia: criminologia folk, criminologia istituzionale e criminologia scientifica. In A. Verde, C. Barbieri C. (eds.), *Narrative del male: dalla fiction alla vita, dalla vita alla fiction* (pp. 16-36). Milano: Franco Angeli.
- Verde, A. (2010b). Le difese della criminologia: criminologia e meccanismi di difesa collettivi. In A. Verde, C. Barbieri (eds.), *Narrative del male: dalla fiction alla vita, dalla vita alla fiction* (pp. 16-36). Milano: Franco Angeli.
- Verde, A., Bongiorno-Gallegra, F. (2008). Narrative giudiziarie: funzioni e crisi. *Rassegna Italiana di Criminologia (nuova serie)*, 2 (3), 497-524.
- Verde, A., Angelini, F., Boverini, S., Majorana, M. (2006). *Il delitto non sa scrivere: La perizia psichiatrica fra realtà e fiction*. Roma: DeriveApprodi.
- Winnicott, D.W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self. In *The maturational process and the facilitating environment: Studies in the theory of emotional development*, (pp. 140-152). New York: International University Press Inc.

I mutamenti organizzativi dei dipartimenti di salute mentale per la presa in carico dei pazienti autori di reato

The organizational changes of mental health departments for taking care of patients of crime authors

Pietro Ciliberti • Francesco Scapati • Gianfranco Nuvoli • Silvia Oldrati • Luigi Ferrannini

Abstract

The application of the new rules on the treatment of patients of crime authors open important problems and difficulties in the organisation of DSM, especially in certain areas of focus:

- relationship building and support ongoing collaboration with the judiciary at various levels; it could interest different parts of judiciary activity, also using different tools at various levels
- DSM organization in order to have a stable point of reference tasked with directing all paths of care and support to various operators involved, and relationship with the subjects for various reasons involved in order to specific professional and personal features (lawyers, family members, etc.)
- activation of psychological education programs and programs for families/victims and recovery process-oriented and of social inclusion, considering the complexity of problems and the chance for families/victims of living several rolls
- continuous training processes that put the clinic activity with the legal size;
- care roadmaps at various levels (regional, hospital outpatient, residential and semi-residential), with systems for monitoring through indicators and packages with the involvement of the whole team, in a multi-disciplinary activity and multi-professional approach;
- activation of technical supervision systems and clinical audits on complex cases, to improve the outcome of psychological and psychiatric activity.

Key words: Psychiatry, Law, Psychiatric Departments, Dangerousness, Forensic Hospitals

Riassunto

L'applicazione delle nuove norme in tema di trattamento dei pazienti autori di reato apre problemi e criticità nell'organizzazione dei DSM, soprattutto in alcune aree di intervento:

- costruzione di rapporti continuativi di supporto e collaborazione con la Magistratura, la cui realizzazione può avvenire a livelli diversi del percorso giudiziario ma anche con strumenti diversificati a vari livelli
- organizzazione del DSM che consenta di avere un punto di riferimento stabile con compito di regia di tutti i percorsi di cura e di supporto agli operatori a vario titolo coinvolti, nonché di rapporto con i soggetti a coinvolti nell'iter clinico-giudiziario a secondo delle specifiche connotazioni personali e/o professionali (avvocati, famigliari, ...)
- attivazione di programmi psicoeducazionali per i famigliari/vittime ed orientati ai processi di recovery e di inclusione sociale, che tengano in considerazione la complessità dei problemi e la possibilità che i famigliari vivano ruoli diversificati
- processi formativi continuativi che mettano in relazione la dimensione clinica con quella giuridica;
- percorsi di cura ai vari livelli (ambulatoriale, territoriale, ospedaliero, semiresidenziale e residenziale), con sistemi di monitoraggio attraverso pacchetti di indicatori e con il coinvolgimento di tutta l'equipe, in una dimensione multidisciplinare e multi professionale
- attivazione di sistemi di supervisione e audit clinico sui casi complessi

Parole chiave: Psichiatria • Giustizia • Servizi psichiatrici • Pericolosità • Ospedale Psichiatrico Giudiziario

Per corrispondenza: Dr. Luigi Ferrannini, ARS Regione Liguria, Piazza della Vittoria n. 15, 16121- Genova, cell. 3290176156 • email: aferrannini@libero.it, luigi.ferrannini@regione.liguria.it

Pietro Ciliberti, Direttore SC Salute Mentale 13, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASL 3 Genovese
Francesco Scapati, Vice Presidente Società Italiana di Psichiatria
Gianfranco Nuvoli, Direttore SC Salute Mentale 12, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASL 3 Genovese
Silvia Oldrati, Medico Psichiatra, SC Salute Mentale 12, Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, ASL 3 Genovese
Luigi Ferrannini, Consulente Agenzia Sanitaria Regione Liguria, Past President della Società Italiana di Psichiatria

I mutamenti organizzativi dei dipartimenti di salute mentale per la presa in carico dei pazienti autori di reato

1. Introduzione

“Ci sono situazioni in cui è impossibile trovare forme di compromesso perché se lo facciamo, stiamo andando al compromesso con la morte e con la morte non c'è compromesso possibile”

Franco Basaglia

Una breve digressione

Abbiamo partecipato alla chiusura degli ospedali psichiatrici alla fine degli anni '90 e ricordiamo sempre le difficoltà di allora, i timori, ma anche l'intensa partecipazione, l'energia e lo spirito di rinnovamento che animava quel periodo e che ci accompagna ancora nel faticoso, ma straordinario lavoro che svolgiamo e che ci fa dire con orgoglio (ancor di più, ascoltando i revisionisti di ieri, di oggi, di sempre) “...io c'ero, ...io ricordo”.

Ma oggi, confessiamolo con sincerità, intorno a noi, a proposito della chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, non avvertiamo il clima di allora, pur riconoscendo in molti che nessun compromesso è più possibile, perché?

C'era un tempo in cui il campo di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale era molto chiaro ed universalmente riconosciuto. La follia nelle sue declinazioni era il bersaglio professionale dello psichiatra favorito da un esplicito mandato sociale, sostenuto dall'opinione pubblica, ma anche paradossalmente supportato dai movimenti culturalmente avversi al manicomio.

Le trasformazioni intervenute nel campo della professione psichiatrica, nelle concezioni di salute mentale, nelle pratiche di intervento psichiatrico, nella dialettica tra follia/sanità, ma ancor di più nella lettura delle condotte criminose, hanno aperto molteplici problemi nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale.

Una nuova curvatura dell'orizzonte psichiatrico ha allargato lo spettro dei disturbi mentali, comprendendo *stati mentali a rischio* o per altri *problemi di salute mentale*, come nominati in documenti ufficiali di organizzazioni sanitarie, che segnalando un continuum tra disturbo e la normalità, impongono confini diversi, nuove conoscenze e prassi contemporanee.

Due eventi rilevanti vanno richiamati in premessa, tenuto conto che sono all'origine, insieme ad altri, di un mutamento non solo culturale, ma anche operativo, proponendo invero non solo agli psichiatri, nuove partecipazioni e quindi assunzione di responsabilità prima sconosciute.

Il primo di questi eventi è la nota sentenza della Corte Costituzionale n. 253/2003 che, di fatto rimuovendo l'automatismo intrinseco nel disposto dell'art. 222 c.p., che imponeva al giudice di applicare al soggetto non imputabile, ritenuto socialmente pericoloso, la sola e unica misura di sicurezza del ricovero in O.P.G., sancisce che il giudice può

applicare al soggetto non imputabile socialmente pericoloso una misura di sicurezza anche diversa dal ricovero in O.P.G., purché prevista dalla legge ed idonea ad assicurare adeguate cure alla persona dell'infermo di mente e, nel contempo, a far fronte alla sua pericolosità sociale.

In sintesi si ritiene che la rigidità dei criteri imposti dalla legge per l'adozione della misura segregante del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario nel caso di maggiorenne totalmente incapace e socialmente pericoloso, e la conseguente impossibilità di ricorrere, come invece è previsto per il seminfermo di mente e per il minore non imputabile, ad altre misure, stabilendo la legge una presunzione di maggiore pericolosità dei soggetti affetti da vizio totale di mente, non confortata da alcun supporto scientifico, realizzino una irragionevole disparità di trattamento rispetto a dette analoghe situazioni; ancorino l'adozione della misura di sicurezza a un criterio (la gravità astratta del reato) che finisce per attribuire ad essa funzione retributiva anziché di prevenzione speciale; e impediscano l'adozione di soluzioni idonee a difendere la collettività e insieme a curare adeguatamente un soggetto pericoloso ma penalmente irresponsabile (dove la violazione dell'art. 32 della Costituzione).

In sostanza ciò che viene denunciato come incostituzionale è il vincolo rigido imposto al giudice di disporre comunque la misura detentiva (tale è il ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario: art. 215, primo comma, n. 3, cod. pen.) anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata, che è accompagnata da prescrizioni imposte dal giudice, di contenuto non tipizzato (e quindi anche con valenza terapeutica), “idonee ad evitare le occasioni di nuovi reati” (art. 228, secondo comma, cod. pen.), appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale.

Il processo di cambiamento determinato da questa sentenza è stato quanto mai percepibile, oggi ancor di più con il superamento definitivo degli ospedali psichiatrici giudiziari, traducendosi in una ampia gamma di misure di cura/controllo, definite dal giudice e ritenute appropriate per i singoli casi, che vanno dal ricovero in comunità terapeutiche (anche se a volte con l'ambigua e distorta dicitura “chiusa”) al ricorso a strutture con finalità di disintossicazione, alla libertà vigilata associata a trattamento terapeutico, all'obbligo di presentazione associato al trattamento terapeutico, fino all'affidamento ai servizi socio-sanitari e a svolgimento di attività socialmente utili.

Il secondo evento sempre di natura giuridica è la sentenza emessa dalla Cassazione Penale, SS.UU., sentenza 08.03.2005 n° 9163, che stabilisce che anche i disturbi di personalità possono costituire causa idonea a escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e volere del soggetto agente ai fini degli

articoli 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da incidere sulla stessa; per converso non assumono rilievo ai fini dell'imputabilità le altre anomalie caratteriali e gli stati emotivi e passionali, che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente. Naturalmente viene riconosciuta la necessità che tra il disturbo mentale e il fatto reato sussista un nesso eziologico che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo.

Il dado è tratto.

Il contenuto di questa sentenza muterà, se non altro nell'immaginario e nella percezione dei disturbi\problemi della salute mentale, la popolazione potenzialmente interessata a progetti di cura da parte dei DSM. Se poi assistiamo alla crescente diffusione dei gravi disturbi di personalità, ci sono buone e ovvie ragioni per avviare una riflessione intorno alla modalità con cui i servizi psichiatrici prendono in cura i gravi disturbi di personalità e fra questi coloro che compiono un reato.

La discussione dovrà essere non solo di natura etica, sociale ed epidemiologica, ma soprattutto intorno ai livelli clinico-organizzativo delle conoscenze nonché delle funzioni psichiatriche, sorte e sviluppate per la cura delle psicosi affettive e della schizofrenia e che solo da poco tempo si misurano con questa sempre più crescente e variegata patologia della personalità.

Nei pazienti con disturbo di personalità autori di reato generalmente gli aspetti di antisocialità sono spesso frutto di una modalità pervasiva e persistente di relazionarsi in situazioni e contesti diversi.

Stiamo progressivamente assistendo ad un fenomeno considerevolmente diverso da quello classicamente rappresentato dai pazienti psichiatrici in cui, anche quando sono protagonisti di crimini gravi, la condotta antisociale rimane confinata a momenti di acuto e precipitoso scompensamento psichico e che difficilmente si ripropongono nel contesto comunitario.

Il tutto si complica ulteriormente se, come ci ricorda May (2012), la psichiatria è sotto pressioni opposte. Da un lato è sospinta ad espandere la sua influenza con il rischio di una crescente patologizzazione delle condotte comportamentali e dall'altro le spinte verso la promozione della salute mentale in tutta la popolazione. I DSM sono costretti ad intervenire in uno scenario di incertezza e indeterminazione, non solo dettata dalla crisi dei sistemi nosografici che, se pur sollecitati da comprensibili motivazioni di intercettare condizioni di possibile esordio, allargano il campo della patologia, come ad esempio nel caso della sindrome psicotica attenuata o al disturbo bipolare giovanile.

La psichiatria si trova coinvolta in un territorio nuovo, poco esplorato, dalle complessità nuove, in un periodo storico caratterizzato da una profonda delegittimazione dei suoi fondamenti scientifici da un lato e da un appannamento della credibilità dell'immagine professionale dello psichiatra dall'altro. Da ciò deriva che molti psichiatri si sentano oggi particolarmente confusi, incerti sull'oggetto del proprio operare e, in definitiva, perplessi sulla propria identità professionale. Problemi e processi nuovi e indefiniti che stanno modificando profondamente gli elementi strutturali del corpus concettuale della psichiatria.

Ma non è tutto.

Anche il rapporto tra diritto e psichiatria, che seppur con le sue fisiologiche contraddizioni e contrasti aveva mantenuto una sua dialettica e continuità, inizia ora a vacillare.

Il *nuovo realismo mentale* propone un modello pluralistico per il quale "ci sono molti livelli di spiegazione mentale, alcuni operanti a livello neurale, altri a livello psicologico, sociale e culturale" (Di Francesco, 2012, p.225), che devono essere presi in considerazione nel giudizio della responsabilità mentale, cosicché il giudizio d'imputabilità, ad oggi, almeno in tema di vizio di mente, non si fonda su premesse concettualmente definite e dal punto di vista empirico verificabili. Da ciò alcuni psichiatri forensi rinnovano la richiesta di abolire l'istituto di imputabilità e di sottoporre anche gli incapaci ad una pena che dovrebbe essere rivolta a fini terapeutici (Manacorda, 1982). La salute mentale da tempo rifiuta di farsi carico di quelle necessità di custodia alle quali per lungo tempo era stata delegata e nello stesso tempo la psichiatria, come sopra ricordato, riconosce la propria fragilità scientifica, in ambito psichiatrico forense, che impedisce di definire e circoscrivere in modo chiaro e condiviso l'infermità valutando con certezza la capacità di intendere e volere dei pazienti psichiatrici.

La crisi di identità della psichiatria e conseguentemente della sua organizzazione si specchia nella crisi del sistema giudiziario dove, come recentemente richiamato dal Presidente della Corte di Appello di Milano, Giovanni Canzio (2015), sono urgenti e necessarie modifiche in materia di misure cautelari con ricerca di applicazione di misure alternative alla detenzione, il richiamo al sovraffollamento delle carceri a seguito del recente decreto legge 164. Tutto ciò anche nell'attesa di una riforma delle misure di sicurezza. Territori comuni, di costante frequentazione dell'operare psichiatrico, autentici crocevia che nell'oggi sembrano di difficile governo, con transiti al mondo sanitario che rivelano uno stato di confusione del sistema (si pensi alla vicenda della chiusura degli O.P.G. con la reiterazione di proroghe, ma soprattutto con le incertezze metodologiche affidate di fatto ad una regionalizzazione non sempre omogenea e conforme allo spirito della legge). La stagione che viviamo, *'l'inverno del nostro scontento'* (Canzio, 2015, p.70), è segnata da una profonda crisi del tradizionale modello di tipo giusrazionalistico e illuministico, fondato sui valori della accessibilità e conoscibilità della norma ed ancora aggiungiamo da uno scollamento profondo fra il diritto, la psichiatria, la politica e infine la società. Riteniamo di dovere sottolineare questi passaggi perché le ragioni della crisi di identità della nostra disciplina, resa ancor più evidente nell'area della presa in carico dei pazienti psichiatrici autori di reato, sono sì profonde, ma anche molteplici che rimandano anche a processi e mutamenti esterni, nella società e quindi ad aspetti politici e poi economici. Aspetti e problemi che concorrono a modificare profondamente l'hardware del sistema psichiatrico e che investono non solo gli aspetti procedurali e dell'organizzazione dei servizi psichiatrici, ma soprattutto i principi ritenuti fondativi della conoscenza psichiatrica ed ancor di più la sua mission in una comunità\non comunità in costante mutamento.

2. La psichiatria di comunità oggi: problemi e prospettive

La cosiddetta “Psichiatria Sociale” – che anticipa la Psichiatria di Comunità con cui non va confusa – nasce a partire dalla metà del '900 in risposta ai paradigmi di cura orientati ad una visione della malattia “solo” organicistica o “solo” psicomica, ed è sostenuta da alcuni cardini culturali, tra cui: 1) porre la persona che soffre, e non la sua malattia, al centro dell'intervento; 2) tenere in conto – nella definizione della patogenesi dei disturbi – delle componenti organiche dell'individuo, della sua famiglia e delle modalità con cui si sono costruite le sue relazioni intra- e interpsichiche (Pirfo, 2002); 3) prendere in carico una persona nel suo contesto di vita con i suoi fattori di rischio, opportunità e potenzialità; 4) porre al centro dell'intervento un modello fondato sull'equipe multidisciplinare, fatta di psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, tecnici della riabilitazione (Ferrannini & De Rosa, 2010).

La sua introduzione inizia in Italia alla fine degli anni '60 con il superamento dei manicomi e l'introduzione della possibilità di ricovero volontario e l'apertura dei Centri di Igiene Mentale (CIM) attraverso la Legge 431/68 a cui seguono il dibattito tecnico-scientifico e sociale che precede la 180, la Riforma Sanitaria del 1978 culminata nella Legge 180, i vari progetti di modifica, i Progetti Obiettivo del 1994 e del 1999, il Piano Sanitario Nazionale del 1998, la Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale del 2000, fino alla ripresa delle proposte di modifica della 180 – mai andate a termine – agli ultimi atti programmatici in tema di Salute Mentale: Piano Nazionale di Azioni in Salute Mentale 2013-15, Atti d'Intesa della CU sulla residenzialità psichiatrica per adulti e minori, Percorsi di cura nei Disturbi Psichiatrici Maggiori (D. dello spettro psicotico, D. dello spettro dell'umore, D. gravi di personalità) nuova declinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Oggi, le difficoltà che la Psichiatria di Comunità affronta sono intrinsecamente connesse alla difficile fase di coesione sociale e di rapporti tra cittadini e istituzioni (sanitarie e non), alla difficoltà degli psichiatri di intercettare problemi e bisogni emergenti e di dare nuove risposte agli utenti; ma il modello italiano è stato assunto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come punto di riferimento per la riorganizzazione dei servizi di assistenza psichiatrica di tutto il mondo, ha anticipato soluzioni che hanno interessato vasti settori della medicina moderna, sempre più a contatto con malattie croniche ed invalidanti (Saraceno, 2009), ed i suoi principi ispiratori sono stati ripresi ed utilizzati nella Dichiarazione di Helsinki sulla Salute Mentale in Europa e nella Risoluzione del Parlamento Europeo.

Sebbene questi aspetti rappresentino motivo di orgoglio, la Psichiatria di Comunità italiana fa oggi i conti con un progressivo indebolimento dei servizi territoriali, e con una crisi di valori su cui è necessario lavorare per ridefinire la sua capacità di rappresentanza.

Per far questo è necessario partire dalla consapevolezza del mutamento che l'organizzazione dell'assistenza sta vivendo in questi anni, influenzato sia dai processi di aziendalizzazione del sistema sanitario che dalle recenti e continue scoperte scientifiche in tutti i campi del sapere psichiatrico (genetica, neuroscienze, farmaco e psicoterapia,

psichiatria sociale). Questi mutamenti hanno avviato una profonda trasformazione che si ripercuote sull'identità professionale degli psichiatri, e sulle domande di cura e aspettative di utenti e familiari, amministratori, opinion maker e corpo sociale.

Al centro di questi cambiamenti rimane il Dipartimento di Salute Mentale (DSM), nodo cruciale della Psichiatria di Comunità, che ha la funzione di occuparsi di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali della popolazione attraverso interventi definiti dalle politiche sanitarie nazionali e adattati alle strategie locali. Il DSM accoglie i bisogni, trova risposte e da voce ad un'utenza che si struttura in base ad angoli di osservazione, priorità, speranze, emozioni e fallimenti di persone, gruppi, istituzioni, tecniche e campi sociali (Ferrannini, 2001), e che di volta in volta si concretizza a seconda dei territori in anziani fragili, pazienti autori di reato, adolescenti devianti, pazienti con disturbi da abuso e con “doppia diagnosi”, disturbi dell'umore, comportamenti autolesivi ed altro ancora. E lo sforzo richiesto oggi richiesto ai DSM per migliorare le risposte ad un'utenza che cambia a seconda dei contesti, è di passare da un'organizzazione fondata principalmente sulla “buona volontà” dei gruppi e sulla frammentarietà dei processi decisionali, ad un'organizzazione del lavoro “per obiettivi e verifiche” che, senza escludere le componenti di flessibilità ed eccezioni, possa evitare sprechi di risorse e consentire una maggiore visibilità delle pratiche comunitarie.

Ripensare ai DSM come strumenti essenziali della Psichiatria di Comunità significa rileggere prassi lavorative, cultura e dei modelli organizzativi, rapporto con l'utenza e le istituzioni di “confine” come medicina di base, carcere, OPG o reparti ospedalieri, favorire un radicamento sempre più integrato “nei” territori e non “sui” territori. E per far questo è utile riflettere sui punti forti e i nodi critici della loro attuale fase, cercando di individuare le priorità cliniche e di policy da affrontare sul piano nazionale e locale.

Occorre quindi partire dai problemi aperti della Psichiatria di Comunità, che riguardano alcuni dei temi su cui è più acceso il dibattito sanitario, culturale, politico e filosofico in Italia, tra cui: i trattamenti in difetto di consenso, le nuove forme di cronicità, il difficile rapporto tra Salute Mentale e sicurezza, la crisi delle equipe. Le nuove forme di cronicità, i fallimenti degli interventi mirati al mantenimento del paziente nel suo contesto di vita (casa, famiglia, quartiere), ed il trattamento di persone che richiedono cure life-time fin dalla prima infanzia (portatori di patologie ad esordio precoce e sviluppo nell'età adulta: ADHD, disturbi dello spettro autistico, disabilità complesse, malattie genetiche ed altro ancora), rendono necessaria un'attenzione maggiore al concetto di recovery (Farkas, 2007) che non si identifica con la guarigione clinica ma con quella sociale: consapevolezza, partecipazione, cittadinanza attiva, relazioni di auto aiuto. Questo rimanda al ruolo dei servizi e alla loro funzione di supporto attraverso interventi di rete, sviluppo di opportunità e possibilità di scelta, prese in carico appropriate e personalizzate, capacità di ascolto, flessibilità degli interventi, accessibilità (Ferrannini, 2009a).

Il ruolo della psichiatria nelle politiche di sicurezza è sempre più centrale, perché la questione sicurezza è divenuta – a torto o a ragione – ineludibile e coinvolge i servizi, che proprio sul rapporto con essa hanno sviluppato la loro evoluzione. L'intreccio tra malattia mentale e pericolosità si ri-

propone continuamente perché la pericolosità rimanda al binomio pericolo/follia e la società chiede di essere protetta dalla violenza incomprensibile, imprevedibile, insensata che è possibile aspettarsi dal malato di mente (Ferrannini & Peloso, 2009). La Psichiatria di Comunità non deve generare aspettative illusorie, perché la percezione sociale della follia è più vasta di quella della malattia mentale definita e fatta oggetto d'intervento dagli psichiatri e questo contribuisce a determinare uno scarto tra aspettative e reali possibilità. La sfida diventa, quindi, sviluppare un rapporto con la comunità maturo e capace di prese in carico attente e flessibili, in grado di esercitare un'azione culturale volta ad imporre la fatica di letture complesse sulla banalità delle semplificazioni.

Infine, la crisi del lavoro in equipe risente delle richieste e delle aspettative di autonomia operativa da parte dei vari professionisti (psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione) che incidono sull'organizzazione del lavoro, e delle difficoltà di confronto tra generazioni di psichiatri. Inoltre, la precarizzazione del lavoro non lascia spazio ad un reale investimento nel servizio da parte degli psichiatri giovani, spesso poco integrati e non considerati parte stabile del Servizio, depotenzia l'intervento di rete costituito dall'integrazione tra figure che di volta in volta vanno ricostruite, limita la conoscenza dei territori e incide sul contatto con la cronicità, elemento costitutivo del lavoro di psichiatra (De Rosa, 2009).

I tre elementi su cui investire per superare queste criticità sembrano essere l'organizzazione del lavoro, la formazione e la dimensione etica (Ferrannini, 2009b).

Per quanto riguarda la formazione, si tratta di rilanciare nuove iniziative, tra cui: a) gruppi di discussione sui casi; b) audit con operatori esterni; c) supervisioni cliniche e sulle relazioni/emozioni/reazioni dell'equipe; d) accreditamento di qualità attraverso percorsi calibrati sulle specificità dei servizi; e) accreditamento nei programmi ECM di riunioni d'equipe, aggiornamenti su temi specifici, revisione di letteratura scientifica, programmi per l'applicazione di linee guida o documenti di consenso di società scientifiche nazionali ed internazionali); f) sviluppo di studi osservazionali e di ricerche nel mondo reale; g) attivazione di monitoraggi dell'appropriatezza dei trattamenti farmacologici e del rilevamento degli effetti indesiderati).

Il percorso delineato ha evidenziato punti forti, conquiste e i limiti della Psichiatria di comunità italiana, e i temi affrontati rappresentano, in molti casi, le sfide nelle quali impegnarsi nel futuro.

Il lavoro di comunità deve fornire agli utenti una risposta ai bisogni il più possibile personalizzata, in un quadro di riferimento che tenga conto di risorse, priorità, requisiti di appropriatezza, attesa degli esiti, che costituiscono l'elemento discriminante differenziare le risposte. I trattamenti devono sforzarsi di avere una durata definita nel tempo ed un'efficacia dimostrata per garantire equità ed equilibrio nell'ammissione e nella programmazione delle cure, coniugando la continuità di trattamento con l'esigenza di progetti a termine (indispensabili se pensiamo alle psicoterapie o alla residenzialità).

La lotta allo stigma dovrà promuovere ulteriori riduzioni del pregiudizio, perché se nella prima fase di assistenza comunitaria afferivano ai servizi pazienti ricoverati in manicomio che hanno subito una drammatica stigmatizzazione, è pur vero che oggi per molti nuovi utenti questo

problema permane. Si tratta quindi di favorire iniziative per ridurre il pregiudizio verso pazienti, famiglie e servizi, integrare questi ultimi nella rete sanitaria e sociale, migliorare l'accessibilità ai servizi e ridurre la dipendenza dei pazienti dal circuito assistenziale.

L'obiettivo ultimo della Psichiatria di Comunità è quello di sostenere un modello che possa cercare e trovare i suoi aggiustamenti mediando tra l'attenzione clinica all'individuo e l'attenzione al contesto per la messa a punto di interventi integrati che riducano il rischio di generiche cure sociali o di risposte parziali e frammentarie, lungo un percorso spesso fatto di mediazioni tra le richieste e le istanze di controllo che la società richiede e la tutela dei diritti dei pazienti ai loro percorsi di cittadinanza.

In questa fase è diventato centrale, anche in collegamento ai mutamenti sociali prodotti dalla crisi ed al processo di superamento degli OPG, lavorare sull'interfaccia con la Giustizia: il carcere o l'OPG.

Il tentativo di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica, orientata a un approccio di sanità pubblica, non poteva più oltre non prendere in considerazione la presa in carico dell'alto tasso di patologia psichiatrica presente nella popolazione carceraria e il migliaio di pazienti psichiatrici internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, affrontati dal DPCM 1/4/2008 e dalle conseguenti linee di indirizzo.

Al di là della piena condivisibilità di questi passaggi normativi, che rappresentano atti dovuti e vengono a sanare anni di incomprensibile ritardo (Ferrannini, Peloso & Cechini, 2003), non possiamo però nascondersi il fatto che, in questa fase in cui i DSM sono chiamati a impegnarsi in una radicale trasformazione del proprio stile operativo in particolare sulle questioni finora richiamate, essi pongono nuovi problemi (e in certi casi ripropongono problemi secolari e per qualche decennio elusi) in un momento di particolare debolezza e difficoltà.

Rimandando necessariamente ad altri contributi per una trattazione più estensiva delle questioni operative vorremmo qui identificare alcuni nodi particolarmente problematici.

Il primo è rappresentato da una questione di carattere generale che investe la società italiana: abbiamo infatti la sensazione che la generale caduta dei collanti etici, politici, culturali, pur non privi di contraddizioni che sono poi esplose, che l'avevano sostenuta dalla Liberazione alla fine degli anni '70 abbia lasciato l'azione giudiziaria, e il Magistrato che ne è titolare, come una sorta di risolutore universale, attraverso interventi per loro natura parcellari e non risolutivi, dei problemi che di volta in volta si pongono e creano allarme, dalla corruzione, alla microcriminalità, all'immigrazione come fenomeno esteso, senza che vi fosse al riguardo nessuna capacità di visione strategica da parte di altri.

Contestualmente, il dialogo tra la psichiatria e la Magistratura, o almeno alcune sue componenti più avvertite, dopo i primi anni dalla riforma, si è interrotto; la psichiatria clinica si è ritirata in un assurdo idillio, interpretando qualunque cosa avesse a che fare col controllo come un'indebita contaminazione del setting ideale delle sue azioni di cura che avevano come unico interlocutore il paziente, mentre la Magistratura adottava come unico interlocutore un'altra psichiatria, quella forense, i cui rapporti con i colleghi clinici si sono fatti negli anni, salvo poche e fortunate eccezioni, sempre più rare.

La società, la politica, la cultura italiane rifiutavano di occuparsi con una visione strategica e culturale della questione penale, lasciando che il carcere degradasse agli attuali livelli, e che le politiche criminali nei campi delicati dei minorenni, degli anziani, dei sex offenders o delle persone affette da malattia mentale andassero incontro a un processo di desertificazione.

Nel frattempo, le trasformazioni in atto nella società occidentale facevano sì che l'immaturità, che la legge limita alla minore età, si estendesse ben oltre i diciott'anni, creando un'area grigia di persone formalmente adulte il cui rapporto col reato, e con l'eventuale castigo, mantiene tutte le caratteristiche psicologiche del reato minorile.

Sull'altro versante, il nostro, la sensazione di incertezza/inaffidabilità della diagnosi psichiatrica, cui abbiamo certo ampiamente contribuito e la poca chiarezza sui criteri di appropriatezza dei nostri interventi, in particolare per quanto riguarda luoghi, tempi e modi dei trattamenti comunitari residenziali, contribuivano a rendere confusi e del tutto permeabili i confini dell'ambito di competenza e di pertinenza dell'intervento psichiatrico.

Tutto questo insieme di fattori ha fatto sì che il sistema giudiziario, di fatto, utilizzasse per un discreto numero di anni l'ambito della psichiatria, e in particolare le strutture residenziali psichiatriche, per rispondere a esigenze di custodia "soft" e di allontanamento, il cui rapporto con obiettivi di cura era in alcuni casi poco palpabile, di soggetti che il sentimento di umanità impediva di collocare in carcere o in OPG, e per i quali non esistevano altri luoghi o strumenti cui affidarli (Ghio, Peloso & Ferrannini, 2012).

Questo fenomeno è andato crescendo in modo impalpabile di anno in anno, ed è diventato sempre meno compatibile con esigenze di controllo della spesa sanitaria che parallelamente si facevano più strette, mentre il processo in atto di superamento degli OPG è giunto buon ultimo a imprimergli, recentemente, una brusca accelerazione. Si verificano così fenomeni, forse in parte inevitabili, che non possono però non preoccupare: la percentuale di autori di reato tra i pazienti ai quali viene destinato (e finanziato) dal DSM un posto letto nella residenzialità ha subito un'impennata negli ultimi anni; gli autori di reato rappresentano in alcune realtà la maggioranza dei nuovi inserimenti; cominciano ad essere più frequenti i casi di soggetti che il DSM si vede costretto a inserire in strutture residenziali per rispondere a una richiesta di controllo, e che non avrebbe invece inseriti sulla base dei criteri clinici che utilizza per la generalità dei propri pazienti. (Ghio, Natta, Gotelli & Ferrannini, L., 2011)

Appare così, a questo punto, inevitabilmente delimitata un'area di comune responsabilità, tra Magistratura e Dipartimenti, all'interno della quale uno sforzo di trovare una risposta comune ad alcune questioni sembra ineludibile. Come quella dell'immediata traducibilità di concetti giuridici come infermità di mente o infermità sopravvenuta con il concetto clinico di malattia mentale (Ferrannini & Peloso, 2007), dei criteri in base ai quali devono essere stabiliti accesso e tempi di dimissione dalle strutture o dai progetti o, ancora, quella di stabilire se le nostre comunità terapeutiche fanno bene comunque a tutti coloro che devono essere custoditi o esistono in proposito specifiche indicazioni e controindicazioni nella clinica.

Questo, anche al fine di evitare che una richiesta di so-

luzioni sempre più distanti e sempre più chiuse non rischi di incrementare ulteriormente quel processo, già per nostra propria responsabilità in atto da anni, per cui l'area della residenzialità incide in modo sempre più marcato in termini di pazienti in trattamento e di spesa, a detrimento di quella degli interventi territoriali, ai quali è peraltro, giova ricordarlo, affidato – per quello, ovviamente, che riguarda le nostre popolazioni – un ruolo fondamentale anche sotto l'aspetto del controllo e della sicurezza diffusi, stante lo scarso potere predittivo che caratterizza gli indicatori di rischio di comportamenti violenti.

La tendenza all'isolamento della psichiatria in una sorta di tragico ed esclusivo idillio con il proprio paziente e di delega totale da parte della famiglia e della società, la necessità di misurarsi da una posizione di debolezza con l'apparato burocratico-amministrativo, l'incombere della povertà del sistema e delle persone a rendere più faticosa per tutti la costruzione di percorsi di reintegrazione nello spazio sociale rappresentano un contesto dal quale, certo, in questo momento può non essere facile ripartire.

La crisi, ciò nonostante, può fare bene ai nostri Dipartimenti, ma solo a patto che non si superi un certo cut-off nel taglio di risorse, oltre il quale non è più possibile operare, e soprattutto che il contenimento dei costi sia fatto in modo ponderato e orientato verso finalità precise, tenendo conto che i tempi necessari a rientrare da cattive pratiche che possono avere caratterizzato il passato potranno anche non essere brevi, e anzi una trasformazione delle pratiche può rendere necessario, nel breve periodo, qualche investimento intelligente e mirato.

Occorre, comunque, da parte nostra fare forza sulle competenze la cui efficacia si è rivelata più evidente, e contemporaneamente è necessario un rilancio dell'iniziativa politica (lavoro di rete) dei servizi volta a coinvolgere nella questione salute mentale istituzioni e persone; identificando un numero limitato di problemi prioritari, e un piano di rilancio che consenta di affrontarli.

In questo quadro diventa fondamentale stabilire un nuovo rapporto tra la Magistratura ed i DSM, anche attraverso nuove forme di collaborazione.

A questo proposito vogliamo citare una iniziativa anticipatoria assunta dalla Regione Liguria, attraverso la definizione di "Linee di indirizzo per la sperimentazione dell'Unità funzionale di psichiatria forense nell'ambito dei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze delle Aziende sanitarie locali della Liguria." (DGR n. 1158/2014), finalizzate alla per l'istituzione in ciascun DSMD di un'Unità/Funzione di Psichiatria forense (UFPF), ossia di un servizio con le competenze necessarie che costituisca l'interfaccia tra i due sistemi. L'UFPF avrebbe, all'interno dei DSMD, una funzione di supporto ai CSM che hanno in carico autori di reato (carcere e territorio).

L'obiettivo delle UFPF (Unità Funzionali di Psichiatria Forense) è quello di favorire un'interazione strutturata tra il Servizio sanitario ed il Sistema giudiziario, superando lo scollamento (e spesso la conflittualità di visioni del problema e delle sue possibili soluzioni tra ottica valutativa forense ed ottica clinica)

La funzione di supporto comporta la collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, con specifico riferimento a:

- supporto ai servizi psichiatrici territoriali competenti nella presa in carico delle persone provenienti negli OPG o nella definizione del progetto terapeutico-riabilitativo finalizzato alle dimissioni delle presone presenti in OPG;
- supporto ai servizi psichiatrici territoriali competenti nella definizione e presentazione di progetti terapeutico-riabilitativi territoriali alternativi alle misure cautelari o alle misure di sicurezza detentiva al Magistrato, o alla Direzione dell'Istituto penitenziario nel caso di detenuti;
- supporto ai servizi psichiatrici competenti per la tutela della salute mentale negli Istituti penitenziari (DGR 364/2012).
- collegamento alla rete regionale di supporto alla ReMS, quando (ma oggi aggiungiamo anche se) sarà attivata. I programmi regionali ex Legge 9/2012 per la presa in carico in strutture sanitarie della persone con misura di sicurezza del ricovero in OPG prefigurano l'operatività della futura Residenza per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria (REMS) come servizio regionale di osservazione, cura e stabilizzazione in funzione del rientro nel territorio di appartenenza.

Si tratta pertanto di una “struttura – ponte” con tempi di permanenza limitati a tale funzione, in vista del rientro sul territorio di provenienza, attraverso: a) interazione in fase di valutazione dell'autore di reato al momento del primo contatto con l'Autorità Giudiziaria, nel caso in cui si prospetti l'ingresso in REMS; b) valutazione in fase di percorso di trattamento per eventuali aggiustamenti al Piano di trattamento individuale (PTI) o Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), in collaborazione con l'UFPF e i responsabili del caso in ambito territoriale; c) valutazione nel caso in cui si passi da una fase di trattamento ad alta intensità ad una a più bassa o ad un trattamento ambulatoriale – territoriale, in collaborazione con l'UFPF e i responsabili del caso in ambito territoriale; d) valutazione congiunta (UFPF, Direzione REMS, responsabili in ambito territoriale) nel caso in cui la Magistratura di Sorveglianza richieda un parere sulla persistenza o meno della pericolosità sociale e/o della misura di sicurezza per i pazienti presenti in REMS).

Nell'ambito di attività dell'UFPF si prevedono di prestazioni di tipo consulenziale nei confronti della Magistratura.

Tale attività rientra nella “ratio” complessiva dell'Accordo di collaborazione, che consiste nel favorire percorsi “virtuosi” nell'ambito del servizio pubblico e consente un'interlocuzione con la Magistratura nella fase di avvio dei percorsi penali di persone con problemi psichiatrici che già sono conosciute o che potranno in seguito essere in carico al DSMD. In questo senso le prestazioni saranno circoscritte alle persone afferenti al SSR ligure.

Ciascun DSMD quantifica le risorse che può mettere a disposizione della Magistratura per tale attività e con quali modalità, ferma restando la facoltà di ciascun Magistrato di avvalersene o meno.

In termini generali l'attività consulenziale di cui si avvalgono gli tutti gli Uffici Giudiziari, attraverso una fase di sperimentazione della durata di 1 anno, al fine del quale si rivaluterà la tipologia ed i contenuti dell'accordo:

1. Tribunale ordinario penale : a) accertamento e valuta-

zione clinica dell'arrestato; b) individuazione in tempi brevi dell'intervento terapeutico più idoneo atto a contenere le esigenze di tutela sociale connessa al rischio di recidiva con le esigenze di trattamento e cura del malato psichiatrico che delinque; c) eventuale valutazione per l'inserimento, temporaneo o meno, in una struttura residenziale psichiatrica) che di dibattito;

2. Tribunale di Sorveglianza : a) accertamento di eventuale patologia psichiatrica in capo al condannato, ove non già accertata in fase di cognizione; b) valutazione sulla compatibilità di tale patologia con la condizione detentiva e sulle possibilità di alternative di cura a detta condizione (detenzione domiciliare, inserimento in strutture terapeutiche, affidamento sul territorio ai Centri di salute mentale); c) valutazione e accertamento della pericolosità, nel caso di applicazione di misura di sicurezza, con individuazione della misura e dell'intervento più idoneo;
3. Tribunale civile per la valutazione sulla nomina dell'Amministratore di Sostegno e sui compiti da attribuirgli;
4. Procura della Repubblica : a) valutazione psichiatrico forense con indicazione, in caso di necessità di applicazione di una misura cautelare a persona con problemi psichiatrici, dell'intervento più idoneo e eventualmente alternativo alla misura di custodia cautelare in carcere; b) valutazione e accertamento della pericolosità sociale, in caso si ritenga necessario applicare una misura di sicurezza e quale sia l'intervento più idoneo, come sopra specificato; c) valutazione e accertamenti sulla vittima di reato (accertamenti in tema di circonvenzione e attendibilità del testimone).

Si tratta di una sperimentazione, come dicevamo, ma apre lo scenario a nuove possibili interazioni tra la dimensione valutativa forense e quella clinica, assolutamente indispensabili – dopo la chiusura degli OPG – per definire e soprattutto gestire percorsi di cura, riabilitazione e – quando possibile – reinserimento sociale di pazienti particolarmente difficili e complessi

3. Le contraddizioni tra clinica e diritto: un caso complesso

La storia

La storia è quella di A.B., quasi sessantenne, detenuto da anni nel carcere di Genova per una lunghissima e sanguinosa carriera criminale. È stato riconosciuto colpevole di tre omicidi e di innumerevoli altri reati compiuti contro la persona ed il patrimonio. Nella peculiare carriera criminale di A.B., spiccano anche le ripetute evasioni (spesso approfittando di un periodo di permesso) durante le quali ha commesso una dei tre omicidi per i quali è stato condannato. Per i reati più gravi è stato giudicato “ non imputabile”, la pena attuale riguarda i reati cosiddetti “ minori”. La comprensione e lo studio della personalità di questo detenuto hanno sempre mostrato particolari difficoltà. I diversi periti che si sono occupati della sua persona hanno concluso in maniera non univoca, spesso contraddittoria. Il detenuto è stato riconosciuto affetto da “ Schizofrenia paranoide”,

non imputabile ed avviato ad un periodo di internamento in OPG. Successivamente la diagnosi di Schizofrenia non è stata confermata e le valutazioni peritali hanno concluso per l'esistenza di un Disturbo di personalità di tipo Antisociale o misto. Anche l'ultima perizia (successiva all'evasione dal carcere di Genova nel 2013) ha confermato la presenza di una personalità patologica, l'assenza di disturbi psichici di tipo processuale, la completa imputabilità del detenuto.

Il rapporto con la Giustizia e con le figure che ne rappresentano le funzioni sia all'interno che all'esterno dei vari istituti di pena, ha sempre avuto caratteristiche peculiari. Nel generale atteggiamento svilente manifestato nei confronti delle persone con le quali interagiva, ha espresso peculiare rispetto per alcune figure di elevata posizione gerarchica con le quali ha ritenuto di poter trattare quasi in maniera paritaria a cui, probabilmente per il riconoscimento di una maggiore intelligenza o potere, attribuiva la capacità di comprenderlo, quasi fossero le uniche con le quali si degnasse di interagire in maniera fiduciosa.

I colloqui con i sanitari che si occupavano della sua situazione di salute (fisica o psichica) sono sempre stati assai graditi, talora ricercati. Gli incontri con la psichiatra o la psicologa hanno mostrato svolgimento stereotipato: in essi il detenuto occupava tutto il tempo del colloquio con lunghissimi monologhi (spesso senza possibilità di interlocuzione) esprimendosi spesso in maniera forbita o con ricercato linguaggio giuridico, argomentando i vari passaggi della sua vicenda giudiziaria, spesso leggendo o mostrando brani di perizie o di atti giudiziari che lo riguardavano, rappresentando la ferma convinzione di essere stato poco compreso, maltrattato e malgiudicato e esprimendo contestualmente pesanti giudizi sulle capacità di periti e magistrati incontrati. Nella lunghissima osservazione realizzata presso il carcere di Marassi (A.B. è stato collocato in sezione ordinaria, non nel centro clinico) non sono mai emersi mai sintomi psichiatrici né si sono evidenziate reali necessità di cura. In maniera saltuaria ha richiesto per brevissimi periodi, blanda prescrizione ansiolitica per favorire il sonno. A.B. non sembra interessato ad un reale rapporto di cura o all'interazione con un'altra persona (anche con caratteristiche di incontro professionale) ma apparentemente solo a poter disporre di un ascoltatore a cui consegnare i propri vissuti, al di fuori di qualunque interesse per un incontro dialettico.

L'evasione

Nell'autunno 2013, avvicinandosi la fine della pena detentiva, prevista dopo qualche mese, il Tribunale di Sorveglianza di Genova ha tentato di ridurre i rischi connessi con la prossima scarcerazione di A.B., prevista dopo qualche mese, e del suo rientro nella città di origine dove i suoi unici contatti noti (oltre alla famiglia di origine) erano con ambienti delinquenziali.

Nel tentativo di favorire una possibilità di riferimento "sano", viene ipotizzato l'avvio di un percorso di cura presso il servizio psichiatrico territoriale, programmando incontri con i sanitari delle struttura attraverso una serie di permessi. Il primo permesso (accompagnato dal Cappellano del carcere) si svolge senza problemi. Si reca a casa, al Centro di Salute Mentale dove ha un colloquio con lo psichiatra e torna regolarmente in carcere.

Nel secondo permesso (di tre giorni) il colloquio con lo psichiatra è fissato al terzo giorno. Durante l'incontro una banale incomprensione con il sanitario e l'aspettativa frustrata di poter usufruire a breve di un nuovo permesso lo manda su tutte le furie. Esprimendo violentemente la sua rabbia abbandona il colloquio proferendo minacce nei confronti del sanitario e dichiarando di voler tornare immediatamente in carcere.

In realtà non vi arriverà mai. Dopo essersi procurato un'arma da fuoco, sequestrerà un automobilista facendosi accompagnare presso il capoluogo ligure. Giuntovi, farà scendere il malcapitato autista e con la macchina di cui era impossessato inizierà a fuggire verso la Francia, lasciando ripetute e significative tracce del suo passaggio. Verrà arrestato in una località di frontiera dalla polizia francese e dopo un breve periodo di detenzione in Francia, verrà riportato in Italia e collocato in un carcere ligure diverso da quello di Marassi. Riconosciuto imputabile per l'insieme dei reati commessi durante l'evasione, verrà condannato ad un periodo di detenzione di sei anni. Dopo qualche tempo si darà la morte per impiccamento nella cella in cui era detenuto.

Brevi riflessioni:

- il trattamento penitenziario, quando troppo personalizzato, può avere una ricaduta negativa su una personalità disturbata?
- l'affastellarsi di valutazioni peritali con differenze sconcertanti nelle conclusioni, pone seri interrogativi sulla scientificità dello strumento e sulla reale capacità predittiva di fenomeni complessi quali il comportamento criminale;
- il convincimento da parte di alcuni tecnici e magistrati di poter affrontare il comportamento delinquenziale alla stregua di una malattia o di un disturbo clinico, cercando irragionevoli od irreali strumenti di cura, che di fatto risultano inefficaci, comporta una supersemplificazione ed una psichiatrizzazione di fatti o comportamenti complessi, in cui si possono talora ritrovare aspetti psicopatologici, usualmente di importanza marginale, sia per quanto riguarda la valutazione che per la prognosi criminale degli stessi;
- la personalità antisociale non riconosce al momento efficaci strumenti di cura a disposizione dello psichiatra o psicologo clinico.

Bibliografia

- Canzio, G. (2015). Testo dell'intervento del Presidente della Corte d'Appello all'Assemblea del 24/1/2015.
- De Rosa, C. (2009). Primi passi in un Dipartimento di Salute Mentale. In A. Fiorillo, M. Bassi, A. Siracusano (Eds), *Professione psichiatra: guida pratica alla formazione, all'inserimento lavorativo e all'aggiornamento* (pp. 137- 150). Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Di Francesco M. (2012). Realismo Mentale. In M. Bertolino (Ed.), *Prove neuro-psicologiche di verità penale. Diritto Penale Contemporaneo* (p. 225).
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry*, 6, 4-10.
- Ferrannini, L. (2001). *Il paziente grave ed il Dipartimento di Salute Mentale*. Paper presented at meeting Prima Conferenza Na-

- zionale per la Salute Mentale, Roma, Ministero della Sanità.
- Ferrannini, L. (2009). La dimensione multidisciplinare: l'équipe. In F. Asioli, M. Trabucchi (Eds.), *Assistenza in psicogeriatrica. Manuale di sopravvivenza dell'operatore psicogeriatrico* (pp. 59-70). Rimini: Maggioli.
- Ferrannini, L. (2009). Individuals social changes and psychiatric services: continuity and innovation. *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 45(1), 22-26.
- Ferrannini, L., De Rosa, C. (2010). La psichiatria sociale in Italia: quale lezione? In A. Fiorillo (Ed.), *Lezioni di Psichiatria per il nuovo millennio* (pp. 119-130). Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Ferrannini, L., Peloso P.F. (2007). Questioni attuali nel rapporto tra Dipartimento di Salute Mentale e circuito penitenziario: complessità dei problemi e ipotesi di intervento. *Rassegna italiana di criminologia*, 1, 1, 160-179 e 35-36.
- Ferrannini, L., Peloso, P.F. (2009). Si può proteggere la società dalla sua follia? *Animazione Sociale*, XXXIV, 229, 1-09.
- Ferrannini, L., Peloso, P.F., Cechini, M. (2003). Les revenents: esperienze, progetti e criticità dell'intervento psichiatrico nelle istituzioni di pena e di custodia. In AAVV. (Eds.), *Carcere e territorio* (pp. 247-266). Milano: Giuffrè.
- Ghio, L., Natta, W., Gotelli S., Ferrannini, L. (2011). Antipsychotic utilisation and polypharmacy in Italian residential facilities: a survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20 (2), 171-9.
- Ghio, L., Peloso, P.F., Ferrannini, L. (2012). La crisi economica: rischio e opportunità per il Dipartimento di Salute Mentale. *Sistema Salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*, 56(2), 177-191.
- Maj, M. (2012). Editoriale. *World Psychiatry*, 11(3), 137-138.
- Manacorda A. (1982). *Il manicomio giudiziario*. Bari: De Donato.
- Pirfo, E. (2002). Psichiatria di comunità e psichiatria sociale in Italia: problemi attuali e futuri. *Psichiatria di Comunità*, 1, 1-2, 5-9.
- Saraceno, B. (2009). Prefazione. In G. Thornicroft, M. Tansella, *Per una assistenza psichiatrica migliore* (pp. XVII-XIX). Roma: CIC Edizioni Internazionali.

Misura di sicurezza per pazienti psichiatrici autori di reato: uso e abuso

Provisional security measure for not guilty by reason of insanity: use and abuse

Franco Scarpa

Abstract

The Security Measure is applied to mentally ill offenders not guilty by reason of insanity, totally or partially, and socially dangerous. The Law n. 81 of 2014 stated the closure of the Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) next 31st of March and provides new criteria and procedures in applying and revoking the security measure. This study collects data about number of patients, submitted to a provisional security measure, according art. 206 of Penal Code, admitted to the OPG. The number of admissions increased respect to the ones admitted before Law 81/2014. The collected data allow to obtain comments about the cooperation between Psychiatric Services, Magistrates and Forensic Psychiatrists with the aim of planning and acting therapeutic programs, in favour of patients who have committed crimes, to be managed inside the network of community's facilities.

Key words: Provisional Security measure • Dangerousness • OPG • Law 81-2014 • art. 206 CP

Riassunto

La misura di sicurezza è applicata agli autori di reato con infermità mentale, incapaci di intendere e volere, totalmente o parzialmente, socialmente pericolosi. La Legge 81/2014 fissa la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari al 31 Marzo 2015 ed introduce novità nei meccanismi di applicazione e revoca delle misure di sicurezza. Lo scopo del lavoro è raccogliere dati relativi agli ingressi in OPG di internati in misura di sicurezza provvisoria, ex art. 206 del CP, verificando se vi siano state variazioni rispetto al periodo antecedente la Legge 81. I dati raccolti consentono riflessioni sulle forme di collaborazione con i Giudici ed i Consulenti Psichiatrico Forensi e le modifiche che i Servizi dovranno effettuare per farsi carico dei pazienti autori di reato nella Rete territoriale.

Parole chiave: Misura di sicurezza Provvisoria • Pericolosità • OPG • Legge 81-2014 • art. 206 CP

Per corrispondenza: Dott. Franco Scarpa, c/o Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Viale Umberto I° n. 64 50056 Montelupo Fiorentino, tel: 0571878802, fax 0571878801 • e-mail: f.scarpa@usl11.toscana.it

FRANCO SCARPA, Psichiatra, Criminologo, Direttore UOC "Salute in Carcere" USL 11 Toscana

1. Introduzione

Il Codice Penale del 1930 ha introdotto la misura di sicurezza come provvedimento speciale nei confronti di autori di reato per i quali sussista una condizione di pericolosità sociale.

Tra le varie tipologie di misure di sicurezza, vi sono quelle applicate alle persone dichiarate non imputabili, totalmente o parzialmente, e sono eseguite, rispettivamente, in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) o in Casa di Cura e Custodia (CCC): la misura di sicurezza sostituisce la pena, che non può essere comminata, del tutto, nel caso dei soggetti non imputabili, o in parte, nel caso dei soggetti parzialmente imputabili.

La misura di sicurezza ha una funzione di prevenzione sociale dal rischio di recidiva di reato: costituisce infatti il "presidio" necessario a contenere la pericolosità che la persona, che è già stata responsabile di un reato, può esprimere nel futuro.

Si distinguono:

- a) misure detentive, per le quali la persona è internata in un Istituto Penitenziario a tale scopo deputato
- b) misure non detentive, come la libertà vigilata, per cui la persona è sottoposta a limitazione della libertà personale, senza restrizione in Istituto.

La misura di sicurezza può, infine, essere di tipo *definitivo*, cioè applicata con la sentenza passata in giudicato, e *provvisoria*, se applicata nei vari gradi del giudizio che precedono la sentenza.

La durata dell'applicazione di una misura di sicurezza è commisurata alla condizione di pericolosità, ai sensi dell'art. 207 del C.P.: può essere prorogata, se la pericolosità persiste, e revocata solo se le persone hanno cessato di essere socialmente pericolose.

È possibile, in alternativa, la trasformazione in misura non detentiva, come la libertà vigilata, quando è attuabile un trattamento che contenga la probabilità di recidiva.

Nel corso degli anni i criteri per l'applicazione e la modifica delle misure di sicurezza hanno subito, nel periodo più recente, modifiche sostanziali, anche in relazione al processo di superamento, e definitiva, chiusura degli OPG.

Fin dal 1982 sentenze della Corte Costituzionale avevano reso più flessibile, e modulabile, l'applicazione della misura di sicurezza, superando il paradigma dell'automatica correlazione infermità-non imputabilità-pericolosità. Con le sentenze n. 253/2003 e n. 367/2004 si stabilisce, infine, che deve essere preferenzialmente applicata una misura di sicurezza non detentiva di libertà vigilata laddove il grado di pericolosità non sia tale da richiedere un contenimento forte in OPG o in Casa di Cura e Custodia e possa, invece, essere sufficiente un programma di cura e di riabilitazione in strutture territoriali.

La recentissima Legge 81/2014, mirata ad attuare definitivamente il percorso di chiusura degli OPG, ha apportato ulteriori modifiche verso misure non detentive, tali da far ritenere necessario ipotizzare un paradigma totalmente nuovo della pericolosità sociale, attenuandone gli aspetti di contenimento e di prevenzione giuridica e dando maggior peso a quelli di ordine medico terapeutico. Per molti aspetti si può pensare sia in atto un definitivo superamento, non solo degli OPG, ma anche del concetto di pericolosità sociale, come finora inteso nella giurisprudenza applicativa e nel Codice Penale.

2. Le modifiche della normativa

In maniera sintetica e rapida, ripercorreremo le tappe che hanno portato alla recente Legge n. 81 del 30-05-2014 ed ai criteri innovativi della misura di sicurezza.

Già la sentenza 30-1-81 della Corte di Cassazione Sez. I, specificava che "per le persone inferme di mente che hanno commesso reati, e per i quali persiste l'applicazione di misura di cui all'art. 222 del C.P., sono necessarie appropriate cure, pur mantenendo un rigoroso controllo della pericolosità sociale attraverso l'osservazione negli istituti specificamente attrezzati".

Alle persone internate in misura di sicurezza deve essere pertanto garantita una condizione di vita e concrete opportunità riabilitative che consentano loro di poter ricostruire una possibilità di vita nel gruppo sociale.

Altri pronunciamenti hanno sottolineato il fatto che la permanenza in OPG non deve escludere la necessità di adottare le forme di trattamento più avanzate, ed efficaci, per ripristinare lo stato di salute e la capacità di reinserimento sociale, richiamando espressamente quanto prevede l'art. 32 della Costituzione: "Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La Legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

In tal senso, il primo limite, imposto dal rispetto della persona umana, consiste nella necessità che sia assicurato un accertamento medico tecnicamente corretto dei presupposti del trattamento, perché soltanto questa condizione assicura che la limitazione imposta alla libertà del soggetto corrisponde ad una sua effettiva necessità terapeutica, senza la quale il trattamento stesso costituirebbe un mezzo realizzato per fini diversi dalla cura, e quindi, estranei alla persona che lo subisce.

La Sentenza della Corte Costituzionale n. 139 del 27-07-1982 afferma inoltre che: "...l'esecuzione della misura dell'ospedale psichiatrico giudiziario comporta necessariamente la cura dell'internato, perché la rieducazione ed il reinserimento sociale dell'infermo di mente implicano la guarigione (od il miglioramento) della malattia, che è all'origine della pericolosità del soggetto....".

Tali dispositivi hanno inoltre più volte messo in evi-

denza l'anacronismo della misura dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario: la sentenza n. 228 del 1999 della Corte Costituzionale già aveva indicato "l'opportunità di una attenta revisione dell'intera disciplina in questione, sia alla stregua dei dubbi avanzati intorno all'istituto stesso dell'ospedale psichiatrico giudiziario, sia alla stregua di una valutazione relativa all'adeguatezza di tale istituzione in relazione ai mutamenti introdotti sin dalle leggi 13 maggio 1978, n. 180 e 23 dicembre 1978, n. 833 per il trattamento dei soggetti totalmente infermi di mente".

Su tale impianto intervengono le sentenze della Corte Costituzionale, n. 253 del 2003 e n. 367 del 2004 che specificano in maniera decisiva e incontrovertibile che: "...le esigenze di tutela della collettività non possono mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente", concludendo infine che "...ove in concreto la misura coercitiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario si rivelasse tale da arrecare presumibilmente un danno alla salute psichica dell'infermo, non la si potrebbe considerare giustificata nemmeno in nome di tali esigenze".

In sintesi, tali Sentenze specificano che: "Le modifiche evolutive della ricerca scientifica e delle opportunità terapeutiche della psichiatria e della farmacologia hanno negli anni reso possibile conseguire l'obiettivo di garantire la difesa sociale mediante altre misure, più efficaci ai fini terapeutici, della libertà vigilata, anziché tramite il ricorso alle forme segreganti dell'ospedale psichiatrico giudiziario".

Pertanto le misure di sicurezza devono essere limitate a casi di effettiva pericolosità che richiedono, di fatto, una misura di internamento in una struttura penitenziaria, devono essere sostituite da differenti misure di cura, quando in grado di assicurare la sicurezza sociale, e quando l'internamento in strutture penitenziarie, quali gli OPG, può determinare danni alla persona.

Grazie a tali sentenze si sono pertanto creati i presupposti giuridici per favorire, in ogni fase del procedimento, l'applicazione della libertà vigilata, in sostituzione della misura di sicurezza detentiva.

3. Il tempo e la dimensione dell'attesa in OPG

La parola, o meglio la domanda, che è più frequentemente ricorre all'interno di un OPG è senza ombra di dubbio: "Quando?"

La dimensione temporale, che è di per sé una questione particolarmente avvertita nei luoghi di detenzione, o di restrizione, si avverte ancora di più in un luogo come l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, dove alla domanda "quando?" viene a mancare un parametro di certezza del termine di scadenza della misura poiché, rispetto alla durata certa, e misurabile, della pena non corrisponde un analogo, poiché indefinito e incerto, termine della misura.

Il termine della misura, e conseguente liberazione, è determinato dalla valutazione di pericolosità sociale per cui la risposta alla domanda "Quando?" diviene, essa stessa, incerta e indefinibile. L'indefinitezza della dimensione temporale, e spesso l'incertezza dei criteri di valutazione della pericolosità sociale, modificano sensibilmente la "compliance" al trattamento, la formulazione dei percorsi terapeutici.

Le modifiche apportate dalla Legge n. 81/2014 consi-

stano sostanzialmente in una revisione di alcuni meccanismi, o criteri, di competenza del Magistrato riguardo l'applicazione delle misure di sicurezza detentive.

A differenza delle precedenti normative emanate per la chiusura degli OPG, che sono intervenute sulla competenza alla cura (il DPCM 01-04-2008 attribuisce tale funzione al Sistema Sanitario Nazionale e non più al Ministero della Giustizia), sulle strutture (art. 3 ter della Legge 09/2012 e D.M. del 1-10-2012 che ne definiscono criteri), sui Servizi Psichiatrici (Legge 54/2013 che obbliga a farsi carico delle persone non più pericolose), la Legge n. 81/2014 ha introdotto particolari novità nelle modalità di applicazione, delle misure di sicurezza.

Esse consistono in significative modifiche cui il Giudice dovrà attenersi:

- obbligo per il giudice di disporre nei confronti dell'infermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni altra misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla sua pericolosità sociale";
- l'accertamento di pericolosità è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale;
- non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali;
- per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero;
- le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. ...Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la norma di cui al primo periodo.

Questi elementi mutano sensibilmente lo scenario di applicazione, e di modifica, incluso la cessazione, della misura di sicurezza obbligando da un lato i Magistrati a ri-bilanciare i fattori che sostengono il giudizio di pericolosità, e dall'altro i Servizi Psichiatrici ad impegnarsi in programmi terapeutico-riabilitativi che devono fornire gli elementi della cura ma che dovranno anche documentare gli eventuali fattori che possono far persistere la pericolosità sociale, da ritenere comunque transitori, cioè superabili nel tempo.

4. I dati

Queste disposizioni calano su una realtà numerica di presenze che mostra, a partire dal 2010 (1600 presenti nei 6 OPG), una sensibile diminuzione (1387 nel 2011, 1094 nel 2012, 1051 a fine dicembre 2013) (Tab. 1).

Regione di detenzione	Sigla	Provinci Istituto	Capienza lamentare	Presenti al 31.12			
				2010	2011	2012	2013
Campania	CE	Aversa Filippo Saporito	259	353	242	164	150
Campania	NA	Napoli C.C. Secondigliano	100	116	113	114	95
Emilia Romagna	RE	Reggio Emilia	132	286	228	172	180
Lombardia	MN	Castiglione delle Stiviere	193	316	371	309	304
		<i>di cui donne</i>		29	98	85	94
Sicilia	ME	Barcellona Pozzo di Gotto	452	355	307	229	208
Toscana	FI	Montelupo Fiorentino	201	174	126	106	114
		TOTALE	1.337	1.600	1.387	1.094	1051

Tab. 1 - OPG: presenti e capienza regolamentare al 31 dicembre degli anni dal 2010 al 2013

Allo stato attuale le presenze si ancora più ridotte ma si assiste, nonostante la sensibilizzazione dei Servizi e l'attenzione dei Magistrati, ad una persistenza di ingressi in OPG: 596 nel 2012, 600 nel 2013 (Tab. 2).

Il computo del numero di presenze in OPG deve essere integrato con il numero delle persone la cui misura di sicurezza, ancora attiva, è trascorsa in regime di Licenza Finale Esperimento, cioè "aperta" allo scopo di attuare un Progetto Terapeutico nel territorio con presa in carico da parte dei Servizi. Le Licenze Finali attive a fine 2012 erano n. 405 e nel 2013 n. 396. Tale dato rende visibile il dato per cui il numero complessivo delle misure di sicurezza in atto si mostra sostanzialmente non modificato. La tabella della distribuzione del tasso di presenza per Regione di residenza rende inoltre idea della variabilità delle risposte che i Servizi mettono in campo per evitare impropri, o inappropriati, invii di pazienti negli OPG (Tab. 3).

OPG	2012		2013	
	entrati	usciti	entrati	usciti
Reggio Emilia	71	102	89	87
Castiglione S.	168	119	158	152
Montelupo F.	73	94	69	70
Aversa	84	104	108	100
Secondigliano	90	84	72	71
Barcellona P.G.	147	130	108	79
Italia	633	633	604	559

Tab. 2 - Flusso entrati e usciti dagli OPG per anno

Regione di residen	2012				2013			
	Presenti	% presenti sul totale	LFE	Totale	Presenti	% presenti sul totale	LFE	Totale
Reggio Emilia	122	70,5	51	173	140	61,1	89	229
Castiglione S.	279	74,4	96	375	297	75,6	96	393
Montelupo F.	103	66,5	52	155	112	72,3	43	155
Aversa	157	73,4	57	214	141	66,5	71	212
Secondigliano	85	65,9	44	129	74	70,5	31	105
Barcellona P.G.	151	59,0	105	256	169	71,9	66	235
Italia	897	68,9	405	1302	933	70,2	396	1329

Tab. 3 - Sintesi Italia per OPG: presenti. LFE e totali

Di fronte a questo dati complessivi ho cercato di osservare se la Legge n. 81, nei primi mesi di applicazione, è stata effettivamente attuata, soprattutto per quanto riguarda l'obbligo di disporre misure diverse dall'OPG (vedi punto 1, par. 3).

Con la collaborazione di quasi tutti i colleghi sanitari

degli OPG ho ricevuto i dati di ingresso delle misure di sicurezza provvisorie ai sensi dell'art. 206 del Codice Penale (CP)¹. Il numero delle misure di sicurezza provvisorie applicate mostra gli ingressi effettivi determinati da procedimenti ancora in fase decisionale o nuovi procedimenti giudiziari avviati (Tab. 4).

1 Art. 206 CP Durante l'istruzione o il giudizio [c.p.p. 286, 312, 313, 679], può disporsi che il minore di età, o l'infermo di mente, o l'ubriaco abituale, o la persona dedita all'uso di sostanze stupefacenti, o in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool o da sostanze

stupefacenti, siano provvisoriamente ricoverati in un riformatorio o in un ospedale psichiatrico giudiziario, o in una casa di cura e di custodia. (Il giudice revoca l'ordine, quando ritenga che tali persone non siano più socialmente pericolose.

OPG	MASCHI MISURE PRE LEGGE N. 81 (5 mesi)	MASCHI MISURE POST LEGGE N. 81 (3 mesi)	DONNE MISURE PRE LEGGE N. 81 (5 mesi)	DONNE MISURE POST LEGGE N. 81 (3 mesi)
CASTIGLIONE DELLE STIVIERE	24 (media 4.8 mese)	15 (media 5.0 mese)	10 (media 3.3 mese)	11 media 3.6 mese)
MONTELUPO FIORENTINO	7 (media 1.4 mese)	15 (media 5.0 mese)		
AVERSA	30 (media 6.0 mese)	38 (media 6.3 mese)		
NAPOLI	24 (media 4.8 mese)	15 (media 5.0 mese)		
BARCELONA POZZO DI GOTTO	24 (media 4.8 mese)	16 (media 5.3 mese)		
REGGIO EMILIA	N.P.	N.P.		
TOTALE	109 (media 21.8 mese)	99 (media 33.0 mese)		

Tab. 4 - Ingressi di pazienti in misura di sicurezza provvisoria in tutti gli OPG

Dai dati raccolti si rileva come si sia verificato un incremento di ingressi per misura di sicurezza provvisoria nei primi tre mesi di applicazione della Legge: nei mesi da Giugno a fine Agosto si rileva una media di ingressi di 33 in tutti gli OPG, rispetto ad una media di 21.8 nei 5 mesi, da Gennaio a Maggio 2014, precedenti l'entrata in vigore della Legge 81.

Scontando anche un rallentamento dell'attività giudiziaria, che si verifica usualmente nei mesi di Agosto, si deve purtroppo osservare e rilevare che la normativa applicata deve ancora entrare in rodaggio.

Che tale normativa non sia ancora entrata nella prassi della Magistratura, ma soprattutto dei Servizi Territoriali che dovrebbero fornire adeguate risposte per evitare l'applicazione di una misura detentiva, lo si può ricavare esa-

minando le motivazioni di applicazione della misura di sicurezza:

- ...mancanza soluzioni alternative...
- ...inadeguatezza della Libertà Vigilata o di altra misura...
- ...garanzia della collettività da eventuale reiterazione di reato...
- ...tutela delle possibili vittime...
- ...mancanza di autodeterminazione della persona...
- ...gravità della patologia...

In tali motivazioni si possono cogliere le preoccupazioni del Magistrati per la persistenza del giudizio di pericolosità sociale, e le difficoltà da parte del territorio di formulare progetti, a sostegno di misure non detentive, utili a garantire il controllo della pericolosità sociale.

Un altro elemento utile da analizzare è quello relativo alla provenienza dei pazienti al momento dell'ingresso (Tab. 5).

ANNO	INGRESSI MISURE SICUREZZA PROVVISORIA	
2010	43/117 (36,75%)	(14 da libertà 32,5%)
2011	34/74 (45,9%)	(14 da libertà 41,2%)
2012	37/68 (54,4%)	(15 da libertà 40,5%)
2013	51/84 (60,7)	(27 da libertà 52,9%)
2014 (gen/ago)	22/50 (44%)	(16 da libertà 72,7%)

Tab. 5 - Ingressi in misura di sicurezza provvisoria e percentuale ingressi da libertà

Dai dati relativi al solo OPG di Montelupo Fiorentino, nel periodo dal 2010 al 2014, la percentuale di ingressi in misura di sicurezza provvisoria, rispetto a tutti gli ingressi, oscilla su un valore tra il 45% ed il 60% ogni anno. Il numero degli internati in misura di sicurezza provvisoria, che proviene da una condizione di libertà, è invece costantemente in crescita e raggiunge nell'anno 2014 il 72%.

Tale dato rispecchia l'evidenza per cui l'intervento dei Servizi all'interno degli Istituti Penitenziari, per intercettare eventuali autori di reato con infermità di mente in attesa di giudizio in regime di custodia cautelare, o altra misura di controllo applicata, riguarda solo un terzo dei pazienti mentre, considerata la tendenza ad entrare in OPG da una condizione di libertà, è necessario intervenire in maniera precoce, fin dalle

prime fasi dei procedimenti giudiziari, nei Servizi Territoriali.

In conclusione i meccanismi che sostengono l'applicazione delle misure di sicurezza sono destinati a cambiare decisamente, sia per le nuove disposizioni della Legge n. 81/2014, sia per lo scenario delle strutture che dovranno essere allestite per ospitare le misure di sicurezza, come prevede la Legge 09/2012.

In ogni caso si può affermare che il ruolo dei Servizi territoriali dovrà essere sempre più attivo e partecipe, mutando da una mera elaborazione e gestione di un Piano Terapeutico Individuale, ad un intervento più incisivo rispetto alla valutazione della pericolosità. Ad esempio si dovrà tenere conto:

- della necessità di fornire al Magistrato gli elementi necessari a disporre una misura diversa dall'OPG;
- dell'obbligo di elaborare, a tale scopo, un Progetto Terapeutico, che logicamente dovrà tenere conto anche di aspetti logistici di accoglienza e non solo del trattamento farmacologico;
- della necessità, del tutto nuova, di documentare eventuali ragioni cliniche, senza ricorrere agli elementi esterni ambientali, che sostengono il persistere del giudizio di pericolosità.

In sintesi estrema, i Servizi dovranno assumere un ruolo più attivo e completo nella messa in atto di programmi che abbiano una finalità connessa al sistema di valutazione del campo della Psichiatria Forense. Il ruolo del Perito stesso, nella figura del Consulente Tecnico d'Ufficio (CTU), sta evolvendo verso una funzione non solo valutativa dei classici quesiti di capacità di intendere e volere e pericolosità sociale ma anche di evidenziare e suggerire al Magistrato quali siano i percorsi terapeutici, o le strutture, più adeguate al trattamento del paziente. Agli operatori psichiatri dei Servizi Territoriali non sarà direttamente richiesto un parere ma è inevitabile che la "reportistica" dei Servizi inviata al Magistrato, e che farà sempre più parte integrante del procedimento giudiziario, e della fase esecutiva della misura di sicurezza, sarà oggetto della valutazione da parte del Giudice. Da citare in tal senso il protocollo che l'USL 10 della Toscana ha sottoscritto con la Procura di Firenze per cui i Servizi sono chiamati a dare un parere, seppure non vincolante per il CTU, riguardo la valutazione di imputabilità e sull'eventuale misura che il Giudice può disporre.

Le strutture terapeutiche del territorio accolgono già un sensibile numero di dimessi da OPG con Licenza Finale; ci sfuggono invece quanti siano in regime di misura non detentiva di libertà vigilata sono in carico ai singoli Magistrati di Sorveglianza ed alle Forze di Polizia. L'aumento percentuale di pazienti con prescrizioni giudiziarie nelle strutture territoriali "ordinarie" rischia di modificarne la "mission", l'assetto organizzativo e le prassi degli operatori.

I costi di sostegno del sistema tendono ad elevarsi sempre più in considerazione del sensibile incremento della richiesta di posti letto in strutture comunitarie, rispetto a programmi attuabili all'esterno sul territorio ed a basso costo. Da citare che negli anni 2011-2012, su un totale di 65 dimessi della Regione Toscana, 48 (73,8 %) è stato inviato in Comunità Terapeutiche o strutture residenziali, per un costo annuo medio \approx 49.400,00². Solo 10 dimissioni, pari al 15 % ha ricevuto un Progetto con inserimento domiciliare e pertanto a basso costo.

A conferma di quest'ultimo dato, si può riportare inoltre il rilievo per cui alla data del 15 luglio i Servizi territoriali, su tutto il territorio nazionale, in adempimento a quanto prevedeva la Legge n. 81/2014, hanno presentato per i pazienti ancora in OPG 404 progetti che si orientano per soluzioni comunitarie residenziali pari al 84% dei 476 dichiarati dimissibili³.

In conclusione il percorso di superamento, e di definitiva chiusura degli OPG, richiede ancora un intenso sforzo di cambiamento culturale dell'attività dei Servizi Territoriali, che dovranno accogliere i pazienti autori di reato il cui grado di pericolosità sia contenibile nella rete delle strutture del territorio, non disgiunta da una collaborazione con i periti nominati dal GIP, basata sullo scambio di informazioni con i Servizi finalizzata a definire il Percorso Terapeutico adeguato alle necessità di cura della persona e più idoneo ad evitare l'invio in misura detentiva, cioè in grado di "far fronte alla sua pericolosità sociale".

Le risorse che dovranno essere messe a disposizione nella prima fase di applicazione delle norme testé descritte, finalizzate a dimettere tutti gli attuali internati, dovranno essere costantemente reintegrate o adeguatamente programmate in ogni Servizio per poter mantenere i Progetti Terapeutici ma anche formulare quelli rivolti a nuovi pazienti che, incorsi in procedimenti giudiziari, potrebbero essere oggetto di misure di sicurezza detentive.

È indispensabile l'integrazione tra funzioni cliniche e terapeutiche, in capo al Servizio Psichiatrico, e le competenze "valutative" del Consulente Tecnico, cui sarà demandato il compito di fornire al Magistrato le notizie ed informazioni utili a decidere sull'adozione dei provvedimenti necessari a realizzare i progetti e giungere, nel complesso, ad una revisione del concetto giuridico della pericolosità sociale, come frutto di un reale percorso terapeutico riabilitativo, condotto dai Servizi di Salute Mentale, al di fuori delle strutture penitenziarie.

Chiudere l'OPG sarà solo il simbolo del cambiamento verso una Rete di Salute Mentale in grado di farsi carico anche dei pazienti più difficili, in un'ottica pienamente terapeutica e non sanzionatoria, evitando quei meccanismi di esclusione e di stigmatizzazione che sono connessi all'attuale concetto di pericolosità sociale ed internamento.

Bibliografia

Scarpa F. (2005). Gli ospiti dei Manicomi Giudiziari. In P. Cendon (ed.), *Trattato, vol. I, "I diritti della persona"*. Milano: UTET Giuridica, Wolters.

Sitografia

Sentenza 253/03,
<http://www.giurcost.org/decisioni/2003/0253s-03.html>
 Sentenza 367/2004,
<http://www.giurcost.org/decisioni/2004/0367s-04.html>
 Legge 81-2014 sito Altalex, <http://www.altalex.com>
 Relazione al Parlamento sullo stato di attuazione iniziative per il superamento OPG:
http://www.quotidianosanita.it/allegati/create_pdf.php?all=9354934.pdf

2 Dati ricavati da Delibere Giunta Regionale Toscana.

3 Dati tratti dalla Relazione dei Ministeri al Parlamento del 30-09-2014.

R-FACT: un modello statunitense di trattamento comunitario del malato di mente autore di reato pericoloso. È possibile l'applicazione in Italia?

R-FACT: an USA model program for community care of the dangerously insane. Is it possible its implementation in Italy?

Simona Traverso • Giovanni Battista Traverso • J. Steven Lamberti • Robert L. Weisman • Richard J. Ciccone

Abstract

The goal of this paper is to describe and discuss the main issues regarding the treatment of the dangerously insane in Italy, in light of the new legislation closing forensic mental hospitals in Italy and the ongoing Legislative reform to deliver security measures concerning the dangerously insane and the layer group of justice involved adults with severe mental illness.

In discussing the above, the present paper discusses, for comparative purposes and possible future implementation in our criminal justice and mental health systems, innovative programs for the community care and safe management of justice-involved adults with severe mental illness. These programs were developed in the USA at the University of Rochester Medical Center; they are the Rochester Forensic Assertive Community Treatment (R-FACT) and the Safety and Violence Education (SAVE). R-FACT is a new approach for preventing recidivism among justice-involved adults who have multiple recidivism risk factors and have difficulty accessing ordinary community based psychiatric services (office-based treatment) but can be reached at their homes, in shelters, on the streets or elsewhere. The program provides the target population with both continuity of care and promotes the development of collaborative partnerships between mental health and criminal justice agencies. These collaborations encourage patient treatment adherence through use of legal leverage.

The SAVE curriculum, on the other hand, is specifically designated to provide effective violence prevention strategies for mental health and criminal justice staff serving adults with serious mental illness in the community. The SAVE program promotes safe practice through identification of the warning signs of impending violence, and provides proven methods for minimizing risk when approaching and engaging high risk individuals in the community.

Key words: Treatment of the insane dangerous • Rochester Forensic Assertive Community Treatment (R-FACT) • Community based psychiatric services

Riassunto

L'obiettivo del presente lavoro è quello di esaminare le principali problematiche psichiatrico-forensi correlate al trattamento dell'infermo di mente autore di reato alla luce delle nuove prospettive di riforma che hanno portato alla chiusura dell'OPG e dell'implementazione di misure extramurarie.

Quanto sopra verrà trattato tenendo presente, a fini comparativi e di eventuale possibile applicazione nel nostro sistema, modelli di trattamento di tipo comunitario del malato di mente autore di reato pericoloso (R-FACT) e di modelli di formazione del personale (SAVE) sviluppati negli USA presso il Rochester Medical Center (NY, USA).

Con il termine R-FACT (Rochester Forensic Assertive Community Treatment) si intende un nuovo approccio volto alla prevenzione della recidiva in adulti affetti da gravi disturbi mentali e con problemi forensi che presentano notevoli difficoltà ad usufruire dei servizi psichiatrici extramurari e che, pertanto, vengono raggiunti a domicilio, nei parchi e in qualsiasi altro luogo. Il programma si prefigge di garantire una continuità terapeutica e di creare una collaborazione tra i servizi di salute mentale e gli operatori della giustizia al fine di promuovere l'adesione al trattamento del reo malato di mente.

Con il termine SAVE (Safety and Violence Education) si intende un programma di formazione del personale specificatamente designato a fornire agli operatori della salute mentale e dell'area penale esterna validi protocolli e strategie di intervento volti alla prevenzione degli agiti violenti contro il personale.

Parole chiave: Trattamento del malato di mente • Rochester Forensic Assertive Community Treatment (R-FACT) • Servizi psichiatrici territoriali

Per corrispondenza: Simona Traverso, Dipartimento Scienze Mediche Chirurgiche e Neuroscienze, Università di Siena, tel./fax. 0577.233257 • e-mail: traversosim@unisi.it

SIMONA TRAVERSO, Professore Aggregato di Psicopatologia forense, Università di Siena

GIOVANNI BATTISTA TRAVERSO, già Professore Ordinario di Psicopatologia forense, Università di Siena

J. STEVEN LAMBERTI, Professor and Director, Severe mental disorders program, University of Rochester, NY, USA

ROBERT L. WEISMAN, Associate Professor, Dep. of Psychiatry, University of Rochester, NY, USA

RICHARD J. CICCONE, Director Psychiatry and Law Program, University of Rochester, NY, USA

R-FACT: un modello statunitense di trattamento comunitario del malato di mente autore di reato pericoloso. È possibile l'applicazione in Italia?

Introduzione

Il problema del trattamento del malato di mente autore di reato e della abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è questione ormai dibattuta da lungo tempo e trova le sue radici nel ben più ampio processo della deistituzionalizzazione del malato di mente che ha visto coinvolti, seppur con modalità ed in tempi diversi, numerosi Paesi nel mondo.

Scopo del presente lavoro è quello di illustrare un modello di trattamento extramurario del malato di mente autore di reato ideato e sviluppato dal "Rochester Medical Center" dell'Università di Rochester, N.Y. (USA) (Lamberti & Weisman, 2002).

1. Il processo della deistituzionalizzazione in Italia ed Europa

Negli ultimi 30 anni, il problema della deistituzionalizzazione del malato di mente ha rappresentato per gli addetti ai lavori (politici, amministratori, psichiatri) un settore di grande interesse sia a livello di studio e di ricerca sia a livello di impegno civile e sociale per gli operatori, e per i malati e le loro famiglie un momento di grande conflittualità misto a speranze e a timori, alla ricerca di soluzioni utili ed umane per tutti.

L'Italia costituisce forse per il mondo intero un esempio estremo nel settore dal momento che, con l'avvento della Legge n. 180/1978, accorpata successivamente nella legge n. 833 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, rinunciava all'Ospedale Psichiatrico denunciandone le prevalenti funzioni contenitive e i fini custodialistici e di sorveglianza giustificati dalla nozione di pericolosità.

È importante riconoscere che quasi tutti i Paesi in Europa e fuori dall'Europa, pur con esperienze specifiche e all'interno di differenti climi politici, ideologici e sociali, hanno sperimentato forti esperienze di deistituzionalizzazione del malato di mente e molti studiosi di diverse Nazioni sono stati stimolati dall'esempio italiano e hanno prodotto una consistente mole di letteratura sull'argomento, tanto che nel 1989 un intero volume della Rivista "International Journal of Social Psychiatry" è stata dedicata al tema.

In ambito nazionale, un interessante contributo è quello fornito da Traverso (G.B. Traverso, 1997) che ha focalizzato la propria attenzione sull'analisi del processo della deistituzionalizzazione in Canada, Paese ove il fenomeno ha prodotto notevoli effetti, consistenti soprattutto in una drastica riduzione del numero dei letti e della durata dei ricoveri.

Sul piano internazionale, una recente overview (Fakhouray & Priebe, 2002), mette in evidenza come il processo della deistituzionalizzazione assuma aspetti e

connotazioni diversi da Paese a Paese e sia, dunque, condizionato da numerosi fattori quali, per esempio, il differente contesto socio-culturale nel quale si determina, la presenza o meno di supporti finanziari così come anche le caratteristiche dei diversi sistemi di welfare e di health-care nei quali si indaga, identificando, di volta in volta, quali possibili soluzioni alternative agli Ospedali Psichiatrici, e nel tentativo di soddisfare al meglio le esigenze espresse dai singoli pazienti, Unità Psichiatriche dedicate al trattamento dei gravi malati, ovvero Comunità Terapeutiche e Case Famiglia o ancora complessi residenziali decentrati deputati al trattamento di pazienti con disturbi mentali di minore entità.

Al di là delle differenziazioni osservabili nei differenti contesti socio-culturali, nei Paesi ove il processo della deistituzionalizzazione è più avanzato, la principale problematica sulla quale si devono ancora concentrare tutti gli sforzi, rimane quella della reintegrazione dei pazienti in comunità e la facilitazione del loro accesso al mondo del lavoro, obiettivi finalizzati, dunque, all'ottenimento da parte del malato psichiatrico di un grado di autonomia quanto più elevato possibile.

2. Il processo della deistituzionalizzazione negli Stati Uniti d'America

Negli Stati Uniti d'America, il processo della deistituzionalizzazione, iniziato a partire dagli anni cinquanta, e definito, così come evidenziato da Lamb e Bachrach (Lamb & Bachrach, 2001), come "la sostituzione dell'internamento a lungo raggio del malato di mente in un ospedale psichiatrico con l'utilizzo di strutture comunitarie trattamentali più piccole e meno decentrate" deputate alla cura del malato, ha avuto effetti di grande impatto tanto da comportare, nel periodo compreso tra il 1955 (anno nel quale si è registrato il più alto numero di ricoveri) e il 1998, una riduzione dei posti letto da 339 x 100000 abitanti a 21 x 100000 abitanti, a fronte di una popolazione che da 165 milioni è passata a 275 milioni.

Il processo della deistituzionalizzazione, secondo gli autori sopra menzionati, riconosce in sé tre elementi costitutivi quali:

- a) la dimissione dei soggetti ricoverati negli ospedali psichiatrici ed il loro trasferimento in strutture comunitarie alternative;
- b) l'invio di eventuali nuovi pazienti a strutture alternative;
- c) lo sviluppo di servizi specializzati per il trattamento di soggetti malati di mente non istituzionalizzati.

Sebbene negli Stati Uniti i primi due obiettivi si siano concretizzati in tempi estremamente brevi, con conseguente drastica riduzione dei ricoveri negli ospedali psichiatrici, si

è assistito nel contempo, a seguito della mancanza di adeguate strutture alternative atte a soddisfare adeguatamente le esigenze dei malati psichiatrici istituzionalizzati e non, all'emergenza di tre importanti problematiche quali: 1) la nascita di una nuova categoria di pazienti, i così detti "new long stay patients"; 2) l'aumento vertiginoso degli homeless; 3) l'aumento cospicuo delle incarcerazioni, aspetto, quest'ultimo, che ha rappresentato, e rappresenta, una problematica sociale di notevole importanza tanto che quanto evidenziato da un articolo del New Times dell'ormai lontano del 5 marzo 1998 ("Prison replace hospitals for the nation's mentally ill") è ancora oggi problematica di estrema attualità.

Ed è proprio al fine di evitare da una parte la sempre più frequente carcerazione del malato di mente autore di reato e dall'altra l'internamento dello stesso in Ospedale Psichiatrico che gli studiosi americani hanno ideato alcuni modelli incentrati sull'individuazione di differenti fattori di rischio, individuali e di "sistema", coinvolti nel determinismo della recidiva delinquenziale, suscettibili di positiva modificazione (vedi Fig.1); l'individuazione di tali fattori permetterà, infatti, di coinvolgere il paziente in un programma riabilitativo extra-istituzionale (**comunitario**) nel quale la compliance al trattamento stesso rappresenterà l'elemento di primaria importanza ai fini della prevenzione della recidiva violenta.

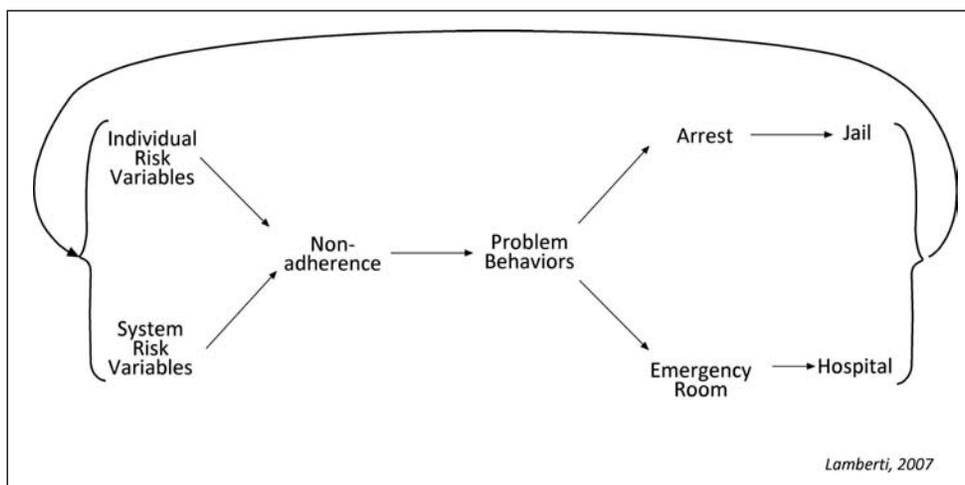


Fig. 1: Ciclo del recidivismo

Uno di questi modelli, attuato per la prima volta nel 1974 a Madison, nel Wisconsin, è il così detto "ACT Model" (*Assertive Community Treatment*) che rappresenta un modello trattamentale omnicomprensivo che:

- 1) è specificatamente dedicato ai pazienti "difficili", affetti da gravi malattie mentali che, per ragioni psicopatologiche, *non si rivolgono spontaneamente* ai servizi psichiatrici;
- 2) è costituito da un *equipe di trattamento mobile* che raggiunge il malato di mente ovunque si trovi;
- 3) fornisce tutta una serie di servizi e di aiuti al paziente (aiuti finanziari, contributi per il trasporto, ecc...).

I vantaggi derivati dall'applicazione di tale modello sono rappresentati, come sopra menzionato, non solo da una diminuzione delle probabilità di arresto o di nuovo ricovero in Ospedale Psichiatrico del malato di mente autore di reato ma anche, così come dimostra la ricerca, da una significativa riduzione della spesa e da una maggiore stabilizzazione del paziente all'interno della comunità (Mueser, Bond, Drake, & Resnick, 1998) con conseguenti notevoli benefici sia da un punto di vista economico che sociale.

2.1 FACT Model

Sulla scorta del modello trattamentale sopra descritto, Lamberti e Weisman (2002) hanno ideato il così detto "FACT Model" (*Forensic Assertive Community Treatment*), la cui prima applicazione, svoltasi sotto il nome di "Project Link" presso il Medical Center dell'Università di Rochester (N.Y., USA) e riconosciuta dall'American Psychiatric Association, risale al 1999.

Tale programma, che ancor oggi ha come principale obiettivo quello di trasferire i malati affetti da gravi disturbi mentali con problemi giudiziari da strutture trattamentali intramurarie alla comunità, può essere definito, da un punto di vista strettamente operativo, come un ACT team che:

- si occupa unicamente di soggetti con precedenti penali e/o provenienti dall'ambiente carcerario;
- lavora in stretta collaborazione con le agenzie di giustizia criminale (come, ad esempio, i probation officers), elemento di notevole importanza finalizzato a colmare, per quanto possibile, il gap esistente tra gli organi di giustizia e i centri di salute mentale; basti pensare, al proposito, che, così come evidenziato da alcuni Autori

(Deem et al., 2008; Lamberti et al., 2004), in più della metà dei casi, le equipe dei programmi FACT hanno al loro interno, come elementi costitutivi, i *probation officers*.

Gli organi con i quali si interfacciano maggiormente gli operatori del Fact Team sono, pertanto, le “correctional facilities”, i tribunali e i Dipartimenti di messa alla prova.

Tale modello trattamentale, finalizzato primariamente alla prevenzione della recidiva, si fonda, da un punto di vista strettamente teoretico, su un modello di teoria criminologica denominato **RNR (risk, need, responsivity) theory**.

Tale teoria, sviluppata in Canada da Andrews & Bonta (1998), enfatizza l'importanza, ai fini di prevenire la recidiva, di focalizzare l'attenzione sui fattori di rischio criminali ritenuti “modificabili” (vedi Tab. 1) nonché sul soddisfacimento di alcuni bisogni primari del soggetto e sul grado di “responsività” da parte del paziente (Vedi Tab. 1 e Fig. 2).

- | |
|--|
| A. Abuso di sostanze |
| B. Scarsa soddisfazione nel lavoro o a scuola |
| C. Mancanza di obiettivi ricreativi |
| D. Problemi familiari |
| E. Storia di comportamenti antisociali |
| F. Pattern di personalità antisociale |
| G. Processi di distorsione cognitiva di tipo antisociale |
| H. Atteggiamenti antisociali |

Tab.1: Principali fattori di rischio implicati nel recidivismo delinquenziale

Secondo quanto emerso dalla letteratura internazionale, i soggetti affetti da disturbi psicotici presentano un rischio maggiore di recidiva delinquenziale soprattutto qualora non siano presenti sintomi negativi (Lamberti, 2007) ovvero in presenza di comorbidità con fattori quali: abuso di sostanze (Regier et al., 1990); disoccupazione (Draine, Salzer, Culhane Hadley, 2002); disturbo antisociale di personalità (Moran & Hodgins, 2004).

Altra importante categoria ad elevato rischio di recidiva delinquenziale è quella rappresentata dai soggetti senza fissa dimora, più o meno affetti da patologie mentali (McQuiston, Finnerty, et al, 2003).

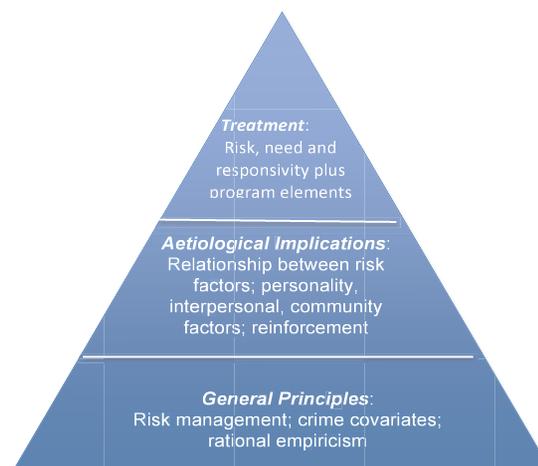


Fig. 2: Componenti di un modello RNR di riabilitazione (Ward, Melsner, Yates, 2007)

Il FACT Model è rivolto a soggetti affetti da gravi disturbi mentali diagnosticati secondo i criteri nosografici del DSM che possiedono un significativo mal funzionamento sociale.

Secondo i criteri identificati dal New York State Office of Mental Health, i soggetti che possono beneficiare di tale programma sono quelli affetti da:

- Schizofrenia;
- Altri disturbi psicotici (ad es. Disturbo Schizoaffettivo);
- Disturbo Bipolare e/o la Depressione Maggiore o il Disturbo Depressivo cronico.

Analogamente a quanto accade nel nostro sistema penale, anche all'interno di tale modello trattamentale è previsto, laddove si ravvisino casi in cui vi sia una scarsa aderenza alle cure da parte del malato di mente autore di reato, il ricorso all'autorità giudiziaria (“legal leverage”) che emana prescrizioni di tipo trattamentale.

Affinchè tale modello, attualmente non ancora standardizzato, possa raggiungere livelli di operatività sempre più elevata, è necessario che sia sottoposto a periodiche verifiche di qualità, ciò che ha spinto i ricercatori del Rochester Medical Center a sottolineare eventuali criticità da superare (Tab. 2).

Problemi	Start-up FACT teams	Established FACT teams
Criteri di ammissione e dimissione	+++	+
Incompletezza dello staff e bisogni formativi	++++	++
Barriere di comunicazione e di collaborazione	+++	++
Problemi individuali dello staff (sicurezza, burnout and turnover)	+++	+++
Strutture residenziali	++++	++++
Servizi primari di cura	+++	++
Raggiungimento di continuità di cura	+	+++
Gestione del doppio ruolo	+++	+

Tab. 2: Problemi da superare nei FACT Teams di nuova istituzione e consolidati nel tempo

Come si può osservare dalla Tab. 2, gli operatori che lavorano all'interno del programma trattamentale vanno incontro ad una serie di problematiche più o meno rappresentate a seconda che il FACT Program sia consolidato da tempo o sia di recente attuazione.

Nello specifico, le problematiche condivise in ugual misura dai due gruppi riguardano: la corretta gestione dello staff e la disponibilità delle strutture di primo e di secondo livello.

Per le equipe da poco tempo operanti, la difficoltà principale sembra essere quella relativa alla carenza di personale e alla necessità di una adeguata formazione professionale dello staff.

2.2 SAVE Model

Strettamente correlato al problema di una adeguata formazione del personale, si pone il "Save Model" che nasce dalla necessità sempre più sentita di rendere quanto più sicuro possibile il lavoro svolto dagli operatori inseriti nelle equipe del Fact Team; così come ben evidenziato da Erickson et al. (2009), vi sono, infatti, una serie di importanti fattori di rischio che necessariamente devono essere presi in considerazione per una corretta gestione del malato psichiatrico autore di reato quali: 1) la messa in atto di comportamenti violenti al momento dell'arresto, soprattutto qualora il paziente non assuma alcun tipo di terapia psicofarmacologica; 2) il rifiuto ad accettare il percorso terapeutico individuato per quel determinato soggetto autore di reato; 3) la presenza di tratti antisociali.

A fronte di momenti di scompenso acuto del paziente con conseguente aumento del rischio di acting out violenti, si può assistere, in assenza di una adeguata preparazione del personale, all'emergere di gravi difficoltà di gestione del paziente, ciò che comporta per il sanitario, e per gli operatori in genere, sentimenti che vanno dalla riduzione della capacità di coping, all'aumento di stress, alla presenza di sentimenti di demoralizzazione ed ansia (Arnetz & Arnetz, 2001).

Il programma SAVE, istituito a partire dal 1998, e finanziato dal New York State Office of Mental Health, è indirizzato a tutto il personale afferente ai centri di salute mentale, ai team dell'ACT e del FACT Program, ed infine, più in generale, alle Forze di Polizia e a tutti gli operatori della giustizia.

Da un punto di vista strettamente operativo, i programmi SAVE si svolgono attraverso l'organizzazione di seminari, talora tenuti in video-teleconferenza, gli obiettivi principali dei quali sono quello di implementare, utilizzando le abilità cliniche e di osservazione, le capacità del personale di ridurre i rischi sul posto di lavoro identificando i seguenti elementi, oggetto di 6 moduli formativi:

- a) Individuare i più frequenti fattori di rischio in soggetti affetti e non da disturbi mentali;
- b) Valutare i differenti fattori di rischio sia individualmente che come team;
- c) Utilizzare, sia a livello di gruppo che individualmente, tecniche il cui scopo è quello di mitigare i fattori di rischio correlati al comportamento violento;
- d) Creare "unità di sicurezza";

- e) Mettere in atto misure preventive durante il trasporto del paziente e al momento della visita;
- f) Discutere il caso dopo l'avvenuta aggressione con la messa in atto di tecniche di debriefing.

L'analisi dei fattori sottostanti il rischio di agiti violenti è incentrata sia sullo studio della popolazione generale sia sui pazienti psichiatrici aventi o meno una comorbidità con abuso di sostanze. A tal proposito, gli autori consigliano una overview incentrata sul raffronto tra variabili statiche e dinamiche nel determinismo dell'acting-out violento (Weisman, 2005).

Come evidenziato nelle Tab. 3 e 4, il Save Model prevede anche l'attuazione di tecniche verbali e non utilizzate per mitigare lo stato di agitazione a cui il paziente può andare incontro unitamente a strategie la cui corretta applicazione è finalizzata a prevenire l'insorgenza di comportamenti violenti rivolti contro gli operatori della salute mentale.

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenere la calma <ol style="list-style-type: none"> a) Approcciare il paziente con modalità tranquilla b) Instaurare una relazione empatica c) Essere sempre rispettoso 2. Procurarsi uno spazio personale adeguato 3. Apparire tranquillo e controllato, ma non "controllante" 4. Ascoltare <ol style="list-style-type: none"> a) Evitare interruzioni b) Evitare interpretazioni 5. Parlare piano e evitare giudizi o provocazioni <ol style="list-style-type: none"> a) Parlare poco ed evitare analisi superflue 6. Parlare unicamente al paziente <ol style="list-style-type: none"> a) Comunicare il desiderio di aiutare il paziente b) Porre attenzione c) Apparire rilassato con posture e gesti aperti d) "Noi", invece che "io o tu" e) "Peace offerings": cibo o bevande calde 7. Evitare comportamenti "negativi" verso il paziente <ol style="list-style-type: none"> a) "Non riguarda te" 8. Non promettere nulla che non sia realizzabile 9. Andare via rapidamente e cercare aiuto se necessario <ol style="list-style-type: none"> a) Non sei un eroe 10. Limiti del setting <ol style="list-style-type: none"> a) Usare un atteggiamento prudente all'interno del setting b) Utilizzare termini educativi e rispettosi nel richiedere informazioni c) Evitare atteggiamenti autoritari d) Salvare la faccia <ul style="list-style-type: none"> Permettere al paziente di farlo Evitare la rabbia o atteggiamenti arroganti |
|--|

Tab. 3: Tecniche verbali e non per prevenire e ridurre la crisi acuta di agitazione del malato di mente (Adattata da R.L. Weisman, 2010)

"OSSERVARE"

1. **Osservazione e valutazione**
 - a) Mantenere un atteggiamento di diffidenza
2. **Generica comunicazione**
 - a) Sviluppo delle capacità
 - b) Gestione delle crisi
3. **Supervisione del team di lavoro**

Quando sei in dubbio, urla
Review dei casi a maggiore rischio
4. **Educazione e training**
 1. Identificare le competenze
 2. Ottenimento di crediti educativi
 3. Aggiornamento dei corsi
5. **Rispetto**

Paziente
Collaboratori
6. **Supporto amministrativo visibile**

Gestione potenziata
Protocolli e piani di sicurezza
7. **Precoce "debriefing"**

Riguardare precocemente ogni evento
Riconoscimento degli input dallo staff
Ricordare i dettagli appropriati
Trattamenti medici o psichiatrici successivi agli eventi
Momenti di recupero

Tab. 4: Sette Elementi per gli operatori della salute mentale per prevenire la violenza (Adattata da R.L. Weisman, 2010)

Conclusioni

Lo studio del modello trattamentale extramurario sopra descritto sviluppato dal Rochester Medical Center dell'Università di Rochester (N.Y., USA), fornisce validi spunti di riflessione in tema di trattamento del malato di mente autore di reato, problematica particolarmente sentita nel nostro Paese data la recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

In particolare, il Fact Program, rivolto al trattamento del grave malato di mente, sottolinea l'importanza della interdisciplinarietà del team che lo compone favorendo così una più stretta collaborazione tra gli organi giudiziari e gli operatori della salute mentale con notevoli benefici sia da un punto di vista procedurale che operativo.

L'adeguata preparazione della equipe costituente il Fact team ottenuta attraverso l'attuazione di un programma incentrato sulla corretta gestione del malato di mente autore di reato (Save Program) unitamente all'individuazione di idonee strutture di cura di primo e di secondo livello rendono possibile la messa in atto di progetti trattamentali individuali finalizzati alla riabilitazione di tali soggetti, obiettivo primario evidenziato nel nostro Paese nelle recenti modifiche legislative in tema di trattamento del reo infermo di mente.

Bibliografia

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (1998). *The psychology of criminal conduct*. (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Arnetz, J.E., & Arnetz, B.B. (2001). Violence towards health care staff and possible effect on quality of patient care. *Soc Sci Med*, 52(3), 417-427.
- Deem, D.A., Lamberti, J.S., & Weisman, R.L. (2008). Forensic Assertive community treatment: partnering with probation. Paper presented at the 39th Annual Meeting of the American Association for Psychiatry and the Law, Seattle, WA.
- Draine, J., Salzer, M., Culhane, D.E., & Hadley, T. (2002). Role of social disadvantage in crime, homelessness and homeless among persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 53, 565-573.
- Erickson, S., Lamberti, J.S., & Weisman, R.L., et al. (2009). Predictors of arrest during forensic Assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 60(6), 1-4.
- Fakhouray, W., & Priebe, S. (2002). The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry*, 15, 187-192.
- Flannery, R.B. Jr. (1999). Critical incident stress management and the assaulted staff action program. *Int J Emer Ment Health*, 1 (2), 103-108.
- Lamb, H.R., & Bachrach, L.L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52, (8), 1039-1045.
- Lambert, J.L., Weisman, R.L. (2002). Preventing incarceration of adults with severe mental illness: Project Link. In G. Landsberg, M. Roch & L. Berg (Eds.). *Serving mentally ill offenders: Challenges and opportunities for mental health professionals*. New York: Springer.
- Lamberti, J.S. (2007). Understanding and preventing criminal recidivism among adults with psychotic disorders. *Psychiatric Services*, 58, 773-781.
- Lamberti, J.S., Weisman, R.L., & Faden, D. (2004). Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 55, 1285-1293.
- McQuiston, H.L., Finnerty, M., Hirschowitz, J., & Susser, E.S. (2003). Challenges for psychiatry in serving homeless people with psychiatric disorders. *Psychiatric Services*, 54, 669-676.
- Moran, P., & Hodgins, S. (2004). The correlation of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 791-802.
- Mueser, K.T., Bond, G.R., Drake, R.E., & Resnick, S.G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on care management. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 37-74.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., & Locke, B.Z. et al., (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Traverso, G.B. (1997). La deistituzionalizzazione del malato di mente in Canada. *Rassegna Italiana di Criminologia*, VIII, (3/4), 517-541.
- Ward, T., J. Melsler, J., & Yates, P.M. (2007). Reconstructing the risk-need-responsivity model: a theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 208-228.
- Weisman, R.L. (2005). Safety and Violence Education (SAVE). Interactive CD ROM promoting safe practice for mental health workers in the community. Funding support provided by The Robert Wood Johnson Foundation. © University of Rochester Medical Center.
- Weisman, R.L. (2010). Staff Safety and Workplace Violent Education (SAVE) Training. In M.R. Privitera (Eds.), *Workplace Violence in Mental and General Healthcare Settings*. Sudbury, MA (USA): Jones and Bartlett Publishers.

La matrice clinica – Normativa della Comunità Forense “Gonzaga” di Castiglione delle Stiviere nella presa in carico dei pazienti “liberi vigilati”

The legal and clinical framework of the secure residency “Gonzaga” in the engagement process of forensic patients in probation

Gianfranco Rivellini • Luca Castelletti • Giuseppe Lucchini • Antonio Lasalvia

Abstract

Over the last years, Italian forensic psychiatry has undergone a number of rapid and profound changes, with a program of closing down of the six national Forensic Hospitals (OPGs). Forensic patients need to be studied in their socio-demographic, clinical and criminological characteristics. In this work, 45 patients admitted to the Forensic Residential facility “Gonzaga”, located in Castiglione delle Stiviere (MN) Italy, all in probation and discharged by Forensic Hospital of Castiglione delle Stiviere (MN), were studied in relation to their needs profile. Needs for care were analysed in the overall sample and in sub-groups stratified by gender and psychopathic traits. Furthermore subjects with a history of substance abuse were investigated in relation to their risk of recidivism of misconducts. Finally, the predictive power of a risk assessment tool in a 36-48 months follow-up has been briefly discussed.

Key Words: forensic psychiatry • needs assessment • observational study

Riassunto

Le recenti novità legislative riguardanti i soggetti con sofferenza psichica in Misura di Sicurezza impongono in Italia un rapido aggiornamento delle conoscenze sulle caratteristiche cliniche e criminologiche di questa sotto-popolazione e sulle possibili strategie di trattamento e riabilitazione. La Comunità Psichiatrico Forense (CPF) “Gonzaga” di Castiglione delle Stiviere (MN) è attiva dal 2011 e gestisce esclusivamente soggetti in Licenza Esperimento e Libertà Vigilata. Si sono analizzati 45 soggetti ospitati presso la CPF nel corso del biennio 2011-12, studiandone le variabili socio-demografiche, cliniche e del profilo dei bisogni di cura e trattamento. Di questi ultimi si è valutato la loro distribuzione nei sottogruppi per genere e indice di rischio di recidiva. Si è inoltre studiato come l'abuso di sostanze e gli esiti a 36-48 mesi correlino con la valutazione di rischio di recidiva.

Parole chiave: psichiatria forense • valutazione bisogni • studio osservazionale

Per corrispondenza: Dr. Gianfranco Rivellini, Dr. Luca Castelletti, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Castiglione delle Stiviere (MN), località Ghisiola, 46043, Italia, tel.: 0376 949501, gianfranco.rivellini@aopoma.it; luca.castelletti@aopoma.it

GIANFRANCO RIVELLINI, Dirigente Medico psichiatra, sistema polimodulare di REMS provvisoria di Castiglione delle Stiviere (MN), Azienda Ospedaliera “Carlo Poma”, Mantova.

LUCA CASTELLETTI, Dirigente Medico psichiatra, sistema polimodulare di REMS provvisoria di Castiglione delle Stiviere (MN), Azienda Ospedaliera “Carlo Poma”, Mantova.

GIUSEPPE LUCCHINI, Statistico, Servizio di Bio-Statistica dell’Azienda Ospedaliera “Carlo Poma”, Mantova.

ANTONIO LASALVIA, Dirigente Medico, U.O.C. di Psichiatria, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona e Sezione di Psichiatria, Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Università di Verona.

La matrice clinica – Normativa della Comunità Forense “Gonzaga” di Castiglione delle Stiviere nella presa in carico dei pazienti “liberi vigilati”

Introduzione

L'imminente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) in Italia pone una serie di cogenti quesiti sulla organizzazione, valutazione e gestione dei percorsi di cura dei pazienti con disturbi psichici sottoposti a Misura di Sicurezza. Secondo le nuove disposizioni contenute nella Legge 81/2014, quella popolazione di pazienti che fino ad oggi è confluita nel sistema degli internamenti in OPG sarà, a partire dal 1 aprile 2015, affidata ai servizi psichiatrici territoriali. Come sottolineato da documenti provenienti dagli organi ufficiali della psichiatria nazionale (Comunicato stampa SIP), non sono più derogabili piani di formazione ed aggiornamento culturale e professionale per gli operatori di settore nell'attuazione di pratiche cliniche appropriate a questa tipologia di utenza, relativamente inedita per i Dipartimenti di Salute Mentale. Nei Paesi in cui la psichiatria da diversi decenni si è data una organizzazione specifica e dedicata per la cura ed il trattamento dei pazienti autori di reato le evidenze di molte ricerche sono consistenti nel delineare profili diversi rispetto ai bisogni di cura, assistenza e sicurezza dei pazienti non soggetti a provvedimento giudiziario. Ugualmente consistenti risultano rispetto alla necessità di inserire queste evidenze in una rete più ampia e specifica di valutazioni specialistiche (Harty et al, 2003; Thomas et al, 2004). Al contrario in Italia, sono relativamente pochi i lavori che hanno valutato le caratteristiche cliniche e criminologiche di questa popolazione (Fioritti et al, 2006; Russo et al., 2003). Sullo sfondo dell'attuale e definitiva fase di superamento dei vecchi sistemi afferenti all'istituzione manicomiale, la risposta organizzativa proveniente dai singoli sistemi sanitari regionali appare eterogenea ed incerta, principalmente per la mancanza di piani di sviluppo e organizzazione di riferimento basati su solide evidenze. Solo per citare alcuni dei numerosi quesiti sollevati dalle novità contenute nella Legge 9/2012, esiste attualmente molta incertezza ed eterogeneità rispetto al grado di sicurezza – controllo da destinare ai futuri pazienti autori di reato, all'eventuale fabbisogno residenziale in termini di posti-letto, al potenziamento delle sezioni sanitarie carcerarie, alla riorganizzazione funzionale e genere-specifica delle nascenti residenze da predisporre per la cura ed il trattamento di questi pazienti, in rapporto alla effettiva possibilità da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale di monitorare gli esiti dei trattamenti medesimi rispetto all'effettivo rischio di recidiva criminale. Dei sei OPG attualmente operanti nel nostro Paese, quello di Castiglione delle Stiviere (MN) è stato, fino all'introduzione del DPCM del 2008, l'unico a personale esclusivamente sanitario e inquadrato all'interno dell'Azienda Ospedaliera mantovana “Carlo Poma”. L'esperienza organizzativa, aziendale e clinica maturata nel corso della lunga esperienza di trattamento e gestione dei *mentally disordered offenders* è stata alla base della creazione nel 2011 della

Comunità Psichiatrico Forense (CPF) “Gonzaga” di Castiglione delle Stiviere (MN). Sorta nel corso del biennio di massimo afflusso di internati nella storia recente degli OPG, la CPF si configura quale struttura di accoglienza per pazienti con misura di sicurezza “a media sicurezza”, a cerniera tra l'istituzione ‘forte’ dell'OPG e la restituzione al territorio.

Lo studio ha inoltre l'obiettivo di valutare se gli indicatori relativi al profilo dei bisogni e agli strumenti di *risk assessment* più comunemente utilizzati in letteratura internazionale forniscono indicazioni predittive relative agli esiti clinici e comportamentali a 36-48 mesi dall'ingresso in comunità.

1. Metodi

Il presente è uno studio descrittivo-osservazionale sulle caratteristiche cliniche e il profilo dei bisogni dei pazienti accolti nel biennio 2011-13 presso la Comunità Psichiatrico Forense (CPF) “Gonzaga” di Castiglione delle Stiviere. Si tratta di pazienti dimessi dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere (MN) e non restituiti al territorio di residenza per le loro caratteristiche clinico e criminologiche o per la scarsa disponibilità dei servizi psichiatrici territoriali di accogliere la richiesta di rientro dalla zona di provenienza. Il profilo dei pazienti verrà inoltre messo in relazione alla presenza di tratti di psicopatia secondo il modello sviluppato da Hare, qui intesa come scala attuariale predittiva delle recidive di comportamenti penalmente rilevanti.

Verranno infine analizzati i dati di outcome di questi pazienti con gli strumenti di risk assessment adottati, HCR-20, in una prima valutazione prospettica delle scelte adottate dal gruppo curante relative agli esiti in termini comportamentali e penali messi a confronto con le evidenze predittive degli strumenti utilizzati.

1.1 La Residenza Psichiatrico Forense “Gonzaga”

La CPF “Gonzaga” ospita fino a 36 pazienti a durata di degenza variabile. È una residenza *locked* con porte e accessi chiusi per gran parte della giornata e una recinzione delimitante lo spazio verde e ricreativo che ivi si svolge.

Risulta inserita in un contesto collinare decentrato, benché attigua ad un centro servizi, frequentato dai cittadini dalla comunità locale. La dotazione di personale multi professionale risulta intermedia tra i criteri previsti nel DM 1 ottobre 2012 per le future REMS ed i criteri di accreditamento regionale per le comunità terapeutiche ad alta intensità. Esprime una impostazione terapeutica e riabilitativa orientata da criteri teorico operativi sia di tipo cognitivo

comportamentale sia di tipo supportivo espressivo, con vocazione alla messa alla prova dei pazienti, attraverso l'implementazione ed il costante monitoraggio di percorsi autorizzati dalla Magistratura e finalizzati al recupero e potenziamento dei comportamenti socialmente competenti (Spivak, 1987).

I pazienti inseriti provengono in larga parte da altri DSM della Lombardia, ma possono afferire anche alle regioni limitrofe (Piemonte, Veneto, Emilia – Romagna). Il tempo di permanenza è di norma correlato alla periodicità del riesame della pericolosità sociale, con cadenza semestrale per la Licenza Finale Esperimento (LFE), annuale per la Libertà Vigilata (LV). Nel primo caso la previsione statutaria della CPF è declinata su 18 mesi (n. 3 riesami), nel secondo caso è declinata su 36 mesi (n. 3 riesami). Questo significa una previsione teorica massima di 54 mesi, posto che l'istituto della LFE, quale benefico della messa alla prova contenuto nell'Ordinamento penitenziario, può trasformarsi in regime di LV che integra sotto forma di prescrizione del Giudice l'obbligo per il paziente di sottoporsi e seguire il programma terapeutico – riabilitativo, formulato dall'equipe ed approvato dal Giudice di Sorveglianza. Il monitoraggio e la valutazione del percorso di trattamento sono inoltre progressivamente condivisi con i rispettivi DSM del territorio di provenienza attraverso una mappatura di incontri, valutazioni condivise e, quando possibile, attraverso cessione graduale della gestione clinica ai medesimi DSM, fino alla dimissione dalla CPF, alla quale può corrispondere contestualmente la revoca del provvedimento giudiziario ovvero il rinnovo, demandato ad altro Tribunale di Sorveglianza del luogo di residenza del paziente stesso.

In questo lavoro verranno illustrate le caratteristiche socio-demografiche ed il profilo dei bisogni di cura di un gruppo di pazienti sottoposti a Misura di Sicurezza detentiva (Licenza Finale Esperimento) e non detentiva (Libertà Vigilata), trattati presso la CPF “Gonzaga” di Castiglione delle Stiviere (MN).

1.2 Partecipanti

I pazienti ospiti presso la CPF “Gonzaga” provengono tutti da un periodo di internamento presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere (MN), in molti casi protratto per la co-presenza di elementi clinici, criminologici e di presa in carico con i servizi competenti. Si tratta di pazienti che, per le loro specifiche caratteristiche clinico-criminologiche e/o per una difficoltà dei contesti della rete primaria e secondaria di provenienza ad esaudire una richiesta di rientro, necessitano di una soluzione intermedia facilitante il ridimensionamento di entrambi i fattori e il successivo invio al territorio. Si tratta di un gruppo di pazienti descritti in letteratura come “*difficult to place*” (Coid, 1993, Koekker et al., 2006), che si caratterizzano per le “difficoltà di gestione, per la presenza intermittente di pericolosità, scarsamente propensi alla collaborazione con i servizi del territorio, oppure soggetti in condizioni di disturbo psichico grave, sovente con resistenza al trattamento farmacologico” (Coid, 1993).

1.3 Strumenti

Il profilo dei bisogni è stato valutato mediante la versione italiana della *Camberwell Assessment of Needs, Versione Forense* (CANFOR; Castelletti et al., 2014), un'intervista semistrutturata, dotata di buone qualità psicometriche e messa specificamente a punto per valutare i bisogni di cura nei pazienti afferenti al circuito psichiatrico forense (Thomas et al., 2003; 2008). Lo strumento, sviluppato in Gran Bretagna a partire dalla *Camberwell Assessment of Needs* (CAN; Phelan et al., 1995), valuta 25 aree di bisogno (alloggio, alimentazione, cura della casa, cura di sé, attività quotidiane, salute fisica, sintomi psicotici, informazione fornita sul disturbo e le terapie, disagio psicologico, sicurezza personale, sicurezza per gli altri, abuso di alcool, abuso di farmaci, vita di relazione, vita di coppia, vita sessuale, cura dei figli, istruzione di base, uso del telefono, uso di mezzi di trasporto, gestione del denaro, sussidi economici, trattamento, violenze sessuali e incendio doloso) e consente per ciascuna area valutata la rilevazione separata dei bisogni secondo il punto di vista dello staff curante e del paziente. Per ciascuna delle 25 aree di vita esaminata, l'intervistatore è chiamato in primo luogo a verificare la presenza o meno di un bisogno nell'ultimo mese. Nel caso in cui venga rilevata la presenza di un bisogno, è necessario valutare se tale bisogno è stato o meno soddisfatto. Un bisogno viene definito come “soddisfatto” (punteggio “1”) quando a fronte di un problema identificato è stato posto in essere, a parere dell'intervistato, un valido ed efficace intervento per ridurlo o risolverlo. Un bisogno viene definito “insoddisfatto” (punteggio “2”) quando per un problema identificato non si sono posti interventi appropriati per risolverlo oppure gli interventi forniti non sono (stati), a parere dell'intervistato, di alcun aiuto. Nel caso in cui non venga rilevata la presenza di un bisogno il punteggio attribuito è “0” (è possibile attribuire in una determinata area il punteggio “9”, ‘non applicabile’ se l'intervistato non riesce o non ha elementi sufficienti per esprimersi rispetto a quella determinata area esplorata). Nel presente studio sono stati analizzati esclusivamente i bisogni rilevati secondo il punto di vista dello staff.

Per la valutazione del rischio di pericolosità o di recidiva di comportamenti penalmente rilevanti è stato impiegato uno strumento di tipo attuariale, la *Psychopathy Checklist* (PCL-R, Hare et al., 2003). La PCL-R è una scala composta da 20 item, costruita per valutare la psicopatia in contesti di ricerca, clinici e forensi. Essa utilizza un'intervista semi-strutturata, la documentazione personale e le altre informazioni collaterali relative ad un individuo per misurare tratti di personalità e comportamenti intimamente connessi al costrutto di psicopatia, per come definita nella tradizione clinica e di ricerca (Checkley, 1976; Coid, 1993; Cooke, Forth & Hare, 1998). La PCL-R produce delle *misure dimensionali*, ma può anche essere utilizzata per classificare o diagnosticare pazienti a scopi di ricerca o clinici. Si compone di 2 fattori e 4 componenti indaganti 4 aree: interpersonale, per verificare l'eventuale incapacità di adottare le comuni convenzioni interpersonali in tema di onestà e affidabilità; affettiva, circa la capacità di sperimentare appieno stati emotivi nella relazione con l'altro (amore, empatia, colpa); impulsività, ovvero l'incapacità di aderire a condotte

sicure e l'antisocialità, intesa come incapacità di obbedire alle leggi.

Per la valutazione del rischio di pericolosità è stato inoltre utilizzato uno strumento clinico-strutturato, l'*Historical, Clinical and Management 20* scale (HCR-20, Webster et al., 1997). Il metodo HCR-20, sviluppato negli anni '90 in Canada, ha l'obiettivo di colmare il gap che si era venuto a creare tra l'indagine storico anamnestica degli strumenti attuariali con le evidenze empiriche e dinamiche che la pratica clinica impone (Otto, 2000). L'acronimo di 3 lettere sottintende la presenza di 10 items dedicati al profilo storico (H) del paziente, indagato negli aspetti comportamentali, psicopatologici, personologici, criminologici. I 5 items clinici (C) vanno a valutare le condizioni attuali del paziente, i sintomi, il quadro clinico, la condotta, insight e compliance ai trattamenti. La gestione di possibili future situazioni di rischio (R), risk management, è indagata nei restanti 5 items, che comprendono la percorribilità di progetti terapeutici in corso e futuri, la presenza di potenziali stressor nel contesto ambientale del paziente, la presenza o meno di figure di supporto nella vita del paziente. Si compone di due momenti di analisi e intervento distinti ma internamente correlati e consequenziali: il risk assessment, inteso come processo di identificazione dei fattori empirici e clinici di rischio di comportamento violento ed il risk management, ovvero l'intervento multidisciplinare finalizzato ad intervenire sui fattori di rischio che svolgono un ruolo nell'interazione tra malattia mentale e comportamento violento.

2. Risultati

Nel biennio oggetto di studio sono stati accolti presso la CPF complessivamente 45 pazienti, 29 maschi (64,4%) e 16 femmine (35,6%). Dal punto di vista diagnostico, 21 pazienti (46,7%) aveva una diagnosi di psicosi schizofrenica, sindromi deliranti persistenti, mentre 24 (53,3%) era portatore di disturbi di personalità gravi. La diagnosi è stata rubricata secondo il sistema di classificazione ICD - 10. Per quanto riguarda il profilo criminologico, 19 pazienti (42,2%) avevano commesso il reato di omicidio o tentato omicidio, 14 (31,1%) di lesioni personali ed altri reati contro la persona e 12 (26,7%) reati contro la proprietà. In Tab. 1 sono riassunte le caratteristiche socio-demografiche e cliniche del gruppo.

Genere, n (%)	
Maschio	29 (64.4%)
Femmina	16 (35.6%)
Età, media (sd)	46,5 (10,5)
Stato civile, n (%)	
Single	32 (71.2%)
Coniugati	4 (8.8%)
Separati/divorziati/ vedovi	9 (20.0%)
Scolarità, n (%)	
Licenza Elementare	6 (13.3%)
Licenza Media	23 (51.1%)
Licenza Superiore	14 (31.1%)
Laurea	2 (4.4%)
Precedente presa in carico, n (%)	
DSM	32 (71.0%)
Profilo criminologico, n (%)	
Omicidio o Tentato omicidio	19 (42.2%)
Lesioni personali	14 (31.1%)
Reati contro la proprietà	12 (26.7%)
Progresso abuso/dipendenza sostanze, n (%)	
No	27 (60.0%)
Sì	18 (40.0%)
Lunghezza degenza in OPG (media mesi), sd	52 (7.91)
Diagnosi, n (%)	
Psicosi schizofreniche ed altro	21 (46.7%)
Disturbi di personalità	24 (53.3%)
Disturbi affettivi	0
Presenza tratti psicopatici secondo PCL-R, n (%)	
No (PCL-R < 20)	34 (75,5%)
Sì (PCL-R > 20)	11 (24,4%)

Tab. 1. Caratteristiche socio-demografiche e cliniche (n=45)

Il campione presenta un numero medio di bisogni totali di 8.84 (SD 2.85), dei quali 3.76 (SD 2.24) insoddisfatti e 5.07 (SD 2.11) soddisfatti. Il 42,5% dei bisogni totali risulta pertanto insoddisfatto (Tab. 2). Nel sottogruppo maschile il numero medio dei bisogni è di 9,07 (SD 2,84), quello delle femmine di 8,44 (SD 3,01). Le donne presentano bisogni insoddisfatti superiori al sottogruppo maschile (3.76 vs 3.75, 44% vs 41%). Nei due sottogruppi individuati da PCL-R, il gruppo con tratti psicopatici presenta un numero di bisogni totale di 9.45 vs 8.6 dei bisogni del gruppo sprovvisto di tratti psicopatici, con una media di bisogni insoddisfatti più elevata tra i soggetti con PCL-R positiva (4,45 vs 3,5; 47% vs 40%). Non si sono rilevate tuttavia differenze statisticamente significative nella distribuzione dei bisogni relativamente al genere, alla presenza di tratti psicopatici e alla tipologia di reato.

	Media	DS
Bisogni totali	8,84	2,884
Bisogni soddisfatti	5,07	2,112
Bisogni insoddisfatti	3,76	2,248
PCL-R totale	12,96	8,132
HCR-20 totale	19,00	5,498
H	9,61	2,747
C	5,61	1,621
R	4,69	1,479

Tab. 2. Punteggi medi di CANFOR, PCL-R e HCR-20 (n=45)

La Tab. 3 illustra la distribuzione dei bisogni secondo le 25 aree della CANFOR, riportando quelli soddisfatti, quelli non soddisfatti e l'assenza di bisogni.

Ad un'analisi in dettaglio sui singoli items si rileva che nel confronto tra i generi, emergono tre aree di bisogno con differenza media significativa (*alimentazione*: M,.965 vs F,.312, $p<05$; *disagio psicologico*: F 1.31 vs M,.51, $p<001$; *trasporti*: M,.344 vs F.00, $p<05$). Relativamente ai sottogruppi individuati da PCL-R le aree a differenza statisticamente significativa risultano: *alloggio*, NP (assenza tratti psicopatici) 1.38 vs P (presenza tratti psicopatici) 1.09, $p<05$; *cura dello spazio abitativo*, NP.58 vs P.18, $p<05$; *alcool*, P.909 vs NP.147, $p<05$; *abuso di sostanze*, P.636 vs NP.058, $p<05$; *vita di relazione*, NP.852 vs P.00, $p<001$; *vita di coppia* P 1.27 vs NP.529, $p<05$; *vita sessuale* P 1.27 vs NP.470, $p<05$; *istruzione* NP.352 vs P.00, $p<05$; *trattamento* P 1.18 vs NP.705, $p<05$.

La durata media di degenza in OPG pregressa all'inserimento comunitario correla con il numero medio dei bisogni totali e di quelli insoddisfatti (rispettivamente, 0.41 e 0.37; correlazione di Pearson, $p<0.05$) e con punteggio delle scale C ed R di HCR-20 (rispettivamente, 0.34 e 0.41; correlazione di Pearson, $p<0.05$), ma non con il punteggio totale.

L'abuso di sostanze o la loro dipendenza cronica sono considerate da numerosi studi epidemiologici tra i principali fattori di rischio che aumentano la probabilità da parte di un soggetto con sofferenza psichica di commettere reati rispetto ad un soggetto non gravato da tale disabilità (Snowden et al, 1990; Fazel et al, 2009). Nel gruppo esaminato, 18 soggetti su 45 proviene da una storia di abuso di sostanze. Questi pazienti presentano un numero medio di bisogni totali di 9.50 (SD 2.14) rispetto a 8.41 (SD 3.24) dei soggetti privi di una storia d'abuso di sostanze. La differenza tra i due sottogruppi non è tuttavia significativa. I due sottogruppi sono stati poi confrontati rispetto al profilo di HCR-20 ed ai suoi 3 componenti. I pazienti con storia di abuso di sostanze hanno una media di 23.72 (SD 3.92) per HCR-20 totale vs 15.85 (SD 3.91) di coloro che non hanno sofferto di questo problema (Test di Levene $p<0.00$); la differenza tra i gruppi è significativa per le sottoscale H (12.44 vs 6.78; t-test, $p<0.001$) ed R (5.28 vs 4.11; t-test, $p<0.05$), ma non per C.

Aree CANFOR	Bisogno Insoddisfatto %	Bisogno Soddisfatto %	Nessun Bisogno %
Informazioni (n=37)	57,7	24,4	17,7
Attività diurne (n=43)	40,0	55,5	4,4
Vita di coppia (n=17)	33,3	4,4	62,2
Vita sessuale (n=15)	33,3	0,0	66,6
Alloggio (n=45)	31,2	68,8	0,0
Vita di relazione (n=17)	26,6	11,1	62,3
Disagio psicologico (n=26)	22,2	35,5	42,3
Sussidi (n=11)	20,0	4,4	75,6
Alimentazione (n=25)	17,8	37,8	44,4
Cura dei figli (n=8)	15,5	2,2	82,3
Istruzione (n=6)	13,3	0,0	86,7
Denaro (n=12)	11,1	15,5	73,4
Trasporti (n=5)	11,1	0,0	88,9
Abuso di alcool (n=11)	8,9	15,5	75,6
Trattamento (n=34)	6,6	68,9	24,5
Cura di sé (n=20)	6,6	37,8	55,6
Cura dello spazio abitativo (n=19)	6,6	35,6	57,8
Sicurezza per gli altri (n=3)	6,6	0,0	93,4
Sintomi psicotici (n=16)	4,4	31,1	62,5
Sostanze d'abuso (n=7)	4,4	11,1	84,5
Sicurezza personale (n=3)	2,2	4,4	93,4
Salute fisica (n=14)	0,0	31,1	68,9
Violenze sessuali (n=1)	0,0	2,2	97,8
Incendio doloso (n=0)	0,0	0,0	100
Telefono (n=0)	0,0	0,0	100

Tab. 3. Distribuzione di frequenza dei bisogni nelle varie aree della CANFOR (in parentesi è indicato il numero di soggetti che hanno riportato la presenza di un bisogno) (n=45)

Infine, rispetto all'esito a 36-48 mesi, si è provveduto a stratificare il campione totale in 4 sottocategorie: i pazienti presenti attualmente in CPF; i pazienti revocati in libertà, coloro che sono stati trasferiti alle competenze del servizio psichiatrico territoriale e le recidive comportamentali e penali di coloro che sono stati nel frattempo dimessi e revocati. In Tab. 4 vengono riassunti i livelli di pericolosità secondo HCR-20 nei quattro sottogruppi in cui è stato stratificato il campione. Pur non avendo rilevato alcuna significatività statistica al Test ANOVA, si segnala che i recidivanti presentano livelli più elevati alla sub-scala H ed i punteggi più bassi alle sub-scale C ed R. I revocati, ora liberi, presentano le medie più basse per HCR-20 totale e nella sottoscala H.

		N	Media	DS	Sign.
HCR-20 totale	Presente	10	19,70	7,040	
	Recidiva	7	19,14	5,872	
	Trasferimento	14	19,79	4,854	
	Revoca	14	17,64	5,048	
	Totale	45	19,00	5,498	,741
HCR-20 H	Presente	10	9,50	4,170	
	Recidiva	7	10,57	4,158	
	Trasferimento	14	9,07	3,407	
	Revoca	14	7,93	4,160	
	Totale	45	9,04	3,908	,517
HCR-20 C	Presente	10	5,50	1,958	
	Recidiva	7	4,86	,690	
	Trasferimento	14	6,21	1,528	
	Revoca	14	5,21	1,929	
	Totale	45	5,53	1,700	,284
HCR-20 R	Presente	10	4,70	1,703	
	Recidiva	7	4,43	1,272	
	Trasferimento	14	4,50	1,653	
	Revoca	14	4,64	1,692	
	Totale	45	4,58	1,574	,982

Tabella 4. Variazioni di HCR-20 rispetto all'outcome a 36-48 mesi

3. Discussione

I pazienti ospiti presso la CPF “Gonzaga” presentano un numero medio di bisogni di cura di gran lunga superiore a quello rilevato in analoghi studi condotti, sia nel nostro Paese che in altre nazioni europee, all'interno dei setting di psichiatria generale su pazienti psicotici non autori di reato (Lasalvia et al., 2000; 2002; 2005). I nostri risultati sono tuttavia in linea con le evidenze di letteratura dei pazienti esaminati all'interno dei contesti correzionali e forensi britannici (Harty et al., 2004). Il dato conferma sul piano generale che i bisogni totali ed insoddisfatti dei soggetti autori di reato presentano valori medi più elevati rispetto ai soggetti non forensi.

L'analisi dello specifico profilo CANFOR del nostro campione evidenzia come i bisogni informativi riguardo al disturbo e al trattamento rappresentino l'area maggiormente critica. Questo dato è confermato anche dalle analisi condotte nei sottogruppi suddivisi per genere, per appartenenza al sottogruppo dimensionale dei tratti psicopatici. L'item descrive due elementi che ne sottendono la valutazione: la capacità da parte dello staff curante di fornire un'adeguata consapevolezza in termini informativi e di comprensione del senso dell'esperienza dell'obbligo di cura (LV) nei suoi risvolti trattamentali, di durata e condivisione degli obiettivi. In aggiunta l'item indaga la capacità e la disponibilità da parte del paziente di prendere consapevolezza del senso del percorso trattamentale coatto al quale è sottoposto. Questi due aspetti comportano evidenti riflessi sull'ambito di adesione e *compliance* al trattamento, in maggioranza irrisolti a dispetto della lunga precedente permanenza in OPG. Impongono una riflessione prioritaria sugli strumenti e le strategie disponibili per accorciare le distanze negoziali, rilevabili alla CANFOR, con l'utenza. È interessante notare che questa area di bisogno rappresenta uno spe-

cifico dei pazienti ospitati in strutture di tipo forense, non essendo stata rilevata con altrettanta problematicità nei pazienti psichiatrici in carico ai servizi territoriali e non autori di reato (Lasalvia et al., 2000; 2002; 2005).

Le attività diurne rappresentano il secondo bisogno maggiormente insoddisfatto. Questo dato è in linea con quanto presente in letteratura per i pazienti autori di reato (Sturidsson et al., 2007) e sembra rappresentare uno specifico di questa popolazione in quanto i bisogni legati alle attività diurne non sono stati rilevati con altrettanta problematicità nei pazienti in carico ai servizi territoriali (Lasalvia et al., 2000; 2002; 2005). Tutto ciò indica la necessità di aumentare opportunamente il tasso di attività strutturata per i soggetti in assetto residenziale restrittivo.

I bisogni dell'area della socializzazione e della relazionalità (vita di coppia, vita sessuale, vita di relazione) sono tra quelli maggiormente insoddisfatti. Il dato è in linea con valutazioni effettuate in contesti forensi di altri Paesi (Harty et al., 2004, 2005) e se da un lato può essere intuitivamente interpretato come l'effetto del periodo di isolamento coinciso con l'internamento in OPG, dall'altro la persistenza dell'insoddisfazione a questi ambiti può evidenziare l'isolamento sociale ed affettivo che molta di questa utenza soffre nel periodo in cui matura il fatto-reato e dell'inefficacia degli interventi dedicati nel contesto OPG, comunque connotato in senso assistenziale e risocializzante nella misura in cui può esserlo un'istituzione chiusa. In tal senso va osservato che il gruppo in questione è composto dal 91.2% di soggetti celibi/nubili o separati/divorziati e vedovi. Si rileva inoltre all'analisi dei sottogruppi con assenza e presenza di tratti psicopatici la prevalenza statisticamente significativa di questi ultimi per bisogni insoddisfatti nelle aree della vita di coppia e sessuale. Il dato suscita qualche riflessione su quale tipo di relazionalità e quale espressione di sessualità sottende il bisogno non soddisfatto di questo sotto-gruppo. Va anche detto che i bisogni legati alla socialità e alla vita di relazione (intima e allargata) rappresentano una condizione problematica (in genere la più problematica) anche per i pazienti in carico ai servizi psichiatrici territoriali (Lasalvia et al., 2000; 2002; 2005).

Il dato relativo all'alloggio indica seppure in forma approssimativa, che per i due terzi dei pazienti viene ritenuta appropriata una, seppure transitoria, collocazione residenziale all'interno della Comunità Forense, corrispondente ai bisogni di sicurezza e contenimento. Il rimanente terzo esprime un bisogno insoddisfatto legato ad una condizione residenziale a livello di sicurezza eccedente la pericolosità del sottogruppo. Anche questo dato va integrato alla luce dell'analisi di sottogruppo con i pazienti positivi a PCL-R che presentano ridotti bisogni residenziali rispetto ai soggetti con assenza di tratti. Il dato è significativo ed è in linea con le recenti indicazioni emerse in letteratura di favorire nei soggetti *offenders* con disturbi di personalità e tratti antisociali, una presa in carico, quando possibile, di tipo *out-patient*, secondo rigorosi protocolli costantemente monitorati. Tra i bisogni non problematici figurano buona parte degli items criminologici dello strumento, quali incendio doloso e violenza sessuale, categorie criminologiche ancora relativamente poco rappresentate all'interno del circuito delle Misure di sicurezza. Bassi i livelli di bisogni insoddisfatti anche per “sicurezza per gli altri” e “sostanze d'abuso”, per i quali si può ipotizzare un ridimensiona-

mento legato al passaggio in OPG. I dati di correlazione tra i tempi di degenza media in OPG e i profili dei bisogni e delle sottoscale di HCR-20 indicano un possibile scollamento tra i tempi imposti dall'Autorità Giudiziaria ed i tempi del trattamento psichiatrico-forense, talora non coincidenti. Tale riflessione in rapporto alla rigidità del codice penale, che lega la durata iniziale della misura in funzione della equivalenza con la pena edittale per il reato in caso di soggetto non infermo, piuttosto che alla gravità ed alla penetranza dei bisogni di cura e riabilitazione, correlabili ai fattori di rischio di recidiva.

L'abuso di sostanze, è dato acquisito, rappresenta tra i maggiori fattori di rischio di recidiva di reato nella popolazione psichiatrica (Hodgins et al., 1996). I dati qui presentati confermano la tendenza. I soggetti con trascorsi di abuso presentano un numero maggiore di bisogni totale rispetto a coloro che hanno un'anamnesi muta su questo ambito. Il dato impatta significativamente sulla predittività futura: chi ha una storia di uso continuativo di sostanze è a più alto rischio di commettere nuovi agiti configurabili come reati. La mancata significatività alla sottoscala C potrebbe indicare un fattore protettivo attuale nella residenzialità protetta, relativamente alla patologia psichiatrica maggiore, ai tratti di carattere, all'impulsività, alla compliance al trattamento.

Relativamente all'esito, è interessante notare come i soggetti incorsi in fallimenti a 36-48 mesi (n = 7, 15,5%) dall'inserimento nella CPE, qui intesi nella duplice accezione sia di fallimento del progetto di cura, con esposizione ad elevato rischio di recidiva, sia di recidiva criminale sanzionata, presentino i valori più elevati alla scala storico anamnestica. Questo dato è in linea con la letteratura internazionale (Gray et al., 2008), che indica nella presenza di elementi storico-anamnestici significativi i fattori di maggior rischio di recidiva per il futuro.

Conclusioni

Il riassetto del sistema di cura e assistenza dei pazienti con sofferenza psichica e autori di reato non può non tenere conto della natura eterogenea e composita di questa sottopopolazione di soggetti. Il presente lavoro sottolinea la necessità di indirizzare prioritariamente quegli interventi che colgano l'individualità delle caratteristiche fenomeniche e dei bisogni di cura, assistenza e sicurezza del singolo utente. Le analisi effettuate su pazienti "difficili" dimessi dall'OPG di Castiglione delle Stiviere e accolti all'interno della CPF "Gonzaga" confermano la presenza di bisogni di cura elevati, da intercettare nella ricostruzione di un lavoro condiviso di alleanza terapeutica e di un'attenzione al contesto ambientale e sociale di provenienza, rappresentando insieme i fattori a più alta prevalenza in tutti i sottogruppi presi in considerazione. Il presente lavoro, seppure limitato dalle piccole dimensioni del gruppo indagato, apre per la psichiatria italiana una serie di domande tra loro concatenate. In altri termini, quali pazienti, per quali residenze, secondo quali percorsi di trattamento e per quanto tempo.

Un complesso aggregato di variabili, dopo la legge 81/2014, che ha modificato/escluso alcuni criteri prima consentiti dall'art. 133 del c.p. sembra indirizzare il focus

essenzialmente sulle caratteristiche cliniche e sui bisogni di trattamento criminologicamente orientati per individuare i soggetti per i quali è necessario un contesto residenziale intensivo, dotato di alti livelli di sicurezza fisica, procedurale e relazionale, sostitutivi degli attuali OPG.

In altri termini si pone la necessità di individuare target e procedure valutative appropriate per affrontare in modo più rigoroso il costrutto di "pericolosità" non tanto in termini dicotomici, quanto secondo gradienti di unità discrete, che possono variare in rapporto all'appropriatezza del luogo della cura ed in rapporto alla durata della cura stessa. In modo consequenziale ne deriva ancora la necessità di consolidare le finora scarse evidenze nel panorama nazionale circa l'individuazione di quali indicatori clinici siano prioritariamente da considerare e quali siano gli strumenti valutativi da adottare per motivare al meglio le scelte di invio in contesti residenziali ed ambientali a minor grado di sicurezza. In una simile visione, i professionisti della salute mentale necessitano di un aggiornamento relativo alla matrice clinica - psicopatologica, criminologicamente orientata che sostanzia le condotte abnormi di questa specifica popolazione di pazienti, in funzione di una duplice accezione, di riconoscimento preliminare, di assessment strutturato delle molte variabili influenzanti le condotte, ed al tempo stesso di premessa per il lavoro terapeutico e riabilitativo individualizzato.

Bibliografia

- Castelletti, L., Lasalvia, A., Molinari, E., Thomas, S.D., Straticò, E., Bonetto, C. (2014) A standardised tool for assessing needs in forensic psychiatric population: clinical validation of the Italian CANFOR, staff version. *Epidemiology and psychiatric sciences*, Oct, 1-8.
- Cleckley, H. (1976). *The Mask of Sanity (5th edition)*. St. Louis, MO: Mosby.
- Coid, J. (1991). Difficult to place psychiatric patients (1991). *British Medical Journal*, 302, 603-604.
- Coid, J. (1993). Current concepts and classifications of psychopathic disorder. In P. Tyrer, G. Stein (eds.), *Personality Disorder Reviewed* (pp. 113-164). London: Royal College of Psychiatrists: Gaskell Press.
- Cooke, D. J., Forth, A. E., Hare, R. D. (1998). *Psychopathy: Theory, Research, and Implications for Society*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishing.
- Fazel, S., Gulati, G., Linsell, L. (2009). Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PlosMed*, 6, e1000120.
- Fioritti, A., Ferriani, E., Rucci, P., Melega, V. (2006). Characteristics of homicide perpetrators among Italian forensic hospital inmates. *International Journal of Law and Psychiatry*, 29, 212-219.
- Gray, N.S., Taylor, J., Snowden, R.J. (2008). Predicting violent reconvictions using the HCR-20. *British Journal of Psychiatry*, 192, 384-387.
- Hare, R. D. (2003). *Hare's Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) - Second Edition. Technical Manual*. Toronto, ON, Canada: Multi-Health Systems.
- Harty, M.A., Shaw, J., Thomas, S., Dolan, M., Davies, L., Thornicroft, G., Carlisle, J., Moreno, M., Leese, M., Appleby, L., Jones, P. (2004). The security, clinical and social needs of patients in high security hospitals in England. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 208-221.
- Harty, M.A., Tighe, J., Leese, M., Thornicroft, G. (2003). Inverse

- care for mentally ill prisoners: unmet needs in forensic mental health services. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology* 14, 600-614.
- Hodgins, S., Mednick, S.A., Brennan, P.A. (1996). Mental disorder and crime. Evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.
- Koekkoek, B., van Meijel B., Hutschemaekers, G. (2006). “Difficult Patients” in mental health care: a review. *Psychiatric Services*, 57, 795-802.
- Lasalvia, A., Ruggeri, M., Mazzi M.A., Dall’Agnola R.B. (2000). The perception of needs for care in staff and patients in community-based mental health services. The South-Verona Outcome Project 3. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 366-375.
- Lasalvia A., Ruggeri M., Tansella M. (2002). L’EPSILON Study of Schizophrenia. Uno studio multicentrico europeo sulle variabili psicosociali di esito dell’assistenza ai pazienti schizofrenici. I risultati del Centro di Verona-Sud. *Psichiatria di Comunità* 3, 107-121.
- Lasalvia A., Ruggeri M., Salvi G., Tansella M. & the EPSILON Study Group (2005). Bisogni percepiti, tipologie di intervento e soddisfazione per le cure ricevute nelle persone con schizofrenia. Un’analisi comparata in 5 Paesi dell’Unione Europea. *Psichiatria di Comunità* 6, 76-110.
- Otto, R.K. (2000). Assessing and managing violence risk in outpatient settings. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1239-1262.
- Russo, G., Salomone, L., Della Villa, L. (2003). The characteristics of criminal and non criminal mentally disordered patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 417-435.
- Spivak, M. (1987). Introduzione alla riabilitazione sociale Teoria, tecnologia e metodi di intervento *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXI (3), 522-574.
- Sturidsson, K., Turtell, I., Tengstrom, A., Lekander, M., Levamnde, M. (2007). Time use in forensic psychiatry: an exploratory study of patients’ time use at swedish forensic psychiatric clinic. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 79-86.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Thomas, S., Dolan, M., Thornicroft, G. (2004). Re-visiting the need for High Security Psychiatric Hospitals in England. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 15, 197-207.
- Thomas, S.D., Harty, M.A., Parrot, J., McCrone, P., Slade, M., Thornicroft, G. (2003). *Camberwell assessment of need - forensic version*. Gaskell: London.
- Thomas, S.D., Slade M., McCrone, P., Harty, M.A., Parrott, J., Thornicroft, G., Leese, M. (2008). The reliability and validity of the forensic Camberwell Assessment of Need (CANFOR): a needs assessment for forensic mental health service users. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17, 111-120.
- Webster, C.D., Douglas, K., Eaves, D. (1997.) *HCR-20: Assessing Risk for Violence, Version 2*, Simon Fraser University, British Columbia.

Violent behavior in a cohort of psychiatric patients: psycho-social risk and protective factors

Comportamento violento in una coorte di pazienti psichiatrici: fattori psico-sociali, protettivi e di rischio

Felice Carabellese • Chiara Candelli • Donatella La Tegola • Rossella Buzzerio • Domenico Martinelli • Roberto Catanesi

Abstract

Purpose: a large number of studies support the hypothesis that there is a correlation between serious mental illness and violent behavior. Given this premise, which is also confirmed by the present investigation, the authors focused on the various modalities of violent behaviors (directed against other persons, directed against objects, and self-directed) enacted by the patients in their sample and on the psychosocial factors correlated with the various behaviors considered.

Method: the authors conducted a retrospective analysis of the clinical records of four public outpatient psychiatric facilities; the records covered a five-year period (2005–2009). The objective of the research was to detect the presence of possible psychosocial factors that correlated with the various modalities of violent behavior recorded in the patients in the sample, in order to draw up specific treatment strategies. The study sample consisted of 1582 subjects. The data were processed by means of univariate and multivariate analyses.

Results and conclusions: a statistically significant correlation was found between violent behaviors, especially those directed against other persons, and psychosocial factors; some of these factors exert a protective effect and are amenable to intervention. Regarding self-directed violent behavior, family bonds of affection were seen to constitute an important protective factor.

Keywords: Mental illness • Violence • Protective Factors • Treatment

Riassunto

Un ampio numero di ricerche supportano l'ipotesi che vi sia una correlazione fra malattia mentale grave e comportamento violento.

Data questa premessa, che trova conferma anche nella indagine presentata in questa sede, gli Autori hanno focalizzato il proprio interesse sulle differenti modalità espressive di comportamenti violenti (eterodiretto contro cose, eterodiretto contro persone ed autodiretto) emerse nei pazienti del campione e sui fattori psico-sociali correlati alle diverse condotte indagate. Metodo: gli Autori hanno condotto uno studio retrospettivo basato sull'analisi delle cartelle cliniche di quattro strutture pubbliche psichiatriche ambulatoriali, relative ad un periodo di cinque anni (2005–2009). Scopo dell'indagine era individuare la presenza di eventuali fattori psicosociali correlati con le diverse modalità espressive di condotte violente nei pazienti nel campione indagato, al fine di programmare specifiche strategie trattamentali. Il campione di studio era costituito da 1.582 soggetti. I dati, raccolti in un database, sono stati elaborati applicando modelli di analisi univariata e multivariata.

Risultati: I dati dimostrano che, specie le condotte violente etero dirette contro altre persone si correlano, in maniera statisticamente significativa, a fattori psicosociali: alcuni di essi assumono un valore protettivo e su di essi è possibile intervenire. Per le condotte violente dirette contro se stessi i legami affettivi intra-familiari costituiscono un importante fattore protettivo.

Parole chiave: Malattia mentale • Violenza • Fattori protettivi • Trattamento

Requests for reprints should be addressed to Chiara Candelli, Italy (e-mail: chiaracandelli@gmail.com).

FELICE CARABELLESE, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, DIM, University of Bari
CHIARA CANDELLI, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, DIM, University of Bari
DONATELLA LA TEGOLA, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, DIM, University of Bari
ROBERTO CATANESI, Section of Criminology and Forensic Psychiatry, DIM, University of Bari
ROSSELLA BUZZERIO, Public Psychiatric Service, DSM Bari, Italy
DOMENICO MARTINELLI, Section of Public Health, University of Foggia, for Statistical analyses

Violent behavior in a cohort of psychiatric patients: psycho-social risk and protective factors

Introduction

In recent years, numerous investigations have confirmed that patients suffering from severe mental illness are at greater risk of engaging in violent behavior (Swanson, Swartz, Essock, 2002; Kaliski, 2002). Moreover, several risk factors that increase the probability of psychiatric patients committing violent acts have been identified, *some of which since a long time*. Among *them* the most significant are substance abuse (Bennett, Holloway, Farrington, 2008; Carabellese, Candelli, Martinelli, La Tegola, Catanesi, 2013), male gender (Barlow, 2000), a long clinical history (Torrey, 1994), multiple previous hospitalizations (Brennan, Mednick, Hodgins, 2000), and poor compliance with therapy (Monahan, Steadman, Appelbaum et al., 2000), especially if associated to substance abuse (Monahan, Steadman, Silver, 2000; Gatti et al., 2013). All of these factors contribute to *strengthen* the correlation between severe mental illness and violent behavior. Some of the factors associated with violent behavior are also psycho-social, including: the occurrence of stressful events, belonging to a “pathogenic” or “disinterested” family, a family history of substance abuse and violent behavior, and poverty and deprivation of the family of origin (Salomon, Draine & Marcus, 2002).

There is evidence in the literature to suggest that some psycho-social factors exert a protective effect. In addition, some can be efficaciously influenced through intervention, while in other cases intervention is more complex and less effective.

An assessment of this kind, however, implies not only in-depth knowledge of the patient’s profile, but also the identification of all those variables (family, social, context-related) that can influence the patient’s behavioral choices (Catanesi, Carabellese, La Tegola, & Alfarano, 2013). In the light of what has been said, our research focused on possible psychosocial factors that may be specifically associated to the various modalities of violent behaviors enacted by the sample cohort examined (directed against others, directed against objects and self-directed) in order to identify targeted strategies of prevention and treatment.

1. Method

A retrospective study has been conducted on the clinical files regarding all the patients treated over a period of 5 years in four public psychiatric facilities based in a region of south of Italy, in order to evaluate which factors are associated with the phenomenon in consideration (violent behaviour) and which factors on the contrary seem to play a protective role from it.

All of the four different public psychiatric outpatient facilities taken into consideration met all the analog criteria

of homogeneity: social and economic context; number of citizens resident in each of the territories (40–60000); characteristics of the territory (medium-sized cities located within a 100-kilometre radius of Bari); type of professional figures present in each treatment team; methods of access to the facility; treatment methods utilized; care modalities. In addition, the local social service agencies in each municipality were included in the investigation. Only patients treated continuously for six months in the period of our study were considered eligible for this study.

The sample under consideration is made up of 1,582 subjects. A standardized instrument for gathering useful data on the previous database was used (the data was organized into three sections).

Section 1: The first section includes personal data (age, sex, place of birth and residence, schooling, and work history), family structure and the quality of relationship between the family and the ill relative (i.e. interested, pathogenic, disinterested, hyper-involved), as well as information regarding violent behaviour and substance abuse in the family.

Section 2: The second section takes into consideration the clinical data: 1) diagnosis (BPRS, SCID I, SCID II); 2) onset and typology of the disorders manifested; 3) the manner in which first contact was made with the facility (spontaneous, accompanied by family member(s), or forced); 4) treatment initiated (psychopharmacological, psychotherapeutic, combined, hospitalisation, placement into a rehabilitative facility); 5) compliance demonstrated (good, satisfactory, unsatisfactory, inconsistent, resistive episodes, or disruptions); 6) psycho-social adaptability level exhibited by the patient (good, satisfactory, unsatisfactory, poor, and none); 7) The quality of intra and extra-familial relationships (in both cases rated as “good”, “satisfactory”, and “poor”). 8) positive medical history for hospital admissions, method of admissions and their recurrences qualified as such: continuous (one admission or more in a year), frequent (at least 1 in 2 years), sporadic (at least 1 every 4 years), irregular (continuous or frequent followed by a significant pause), occasional, and if admissions required the use of force (frequently, sporadically, or occasionally), the average duration of admission (7, 15, 21 days or longer), the reason for admission including self or others-directed aggression, including psychomotor agitation or acute symptoms); 9) possible comorbidity of substance abuse.

Section 3: The third section includes data on violent behaviour: 1) where it was directed (self-directed, or directed toward others and/or toward things); 2) type of violent behaviour (failed suicide, attempted suicide, mutilation, injury, homicide, attempted homicide, injuries from firearms and non-firearm weapons, injuries from blunt instruments, beat-

ings, maltreatment, verbal violence, and threats); 3) frequency (single episode or sporadic, recurrent, frequent); 4) seriousness over time (uniform, alternating, worsening over time); 5) typical phenomenology (immediate – or rather abrupt transition to the act – progressive, extemporaneous, non-distinct); 6) correlations with motivating factors (stressful events, stressful events followed by an interruption of therapy, suspension of therapy, change of staff, no preceding event); 7) target (mother, father, siblings, relatives, significant figures, others); 8) provenience of the first request for help (family, relative, or other); 9) kind of facility the patient was addressed to (private professional, public psychiatric facility).

Other acquired information: 1) type of intervention by the psychiatric facility after the violent behaviour (visit/interview, visit/interview with psychopharmacological treatment, voluntary or compulsory hospital admission) 2) changes obtained after the intervention (significant, modest, little, no change) and the source of the changes (psychopharmacological therapy, interventions in the contextual environment, intervention on the family, or a combination); 3) complaints to judicial authorities; 4) criminal convictions or subjection to security measures.

The types of response to the questionnaire were mostly dichotomous (yes/no), and more seldom, non-exclusive multiple choice. An open field form was chosen for several questions which required a descriptive response. The questionnaire was filled out by the researchers, and the responses were subsequently recoded in order to be analysed.

The resulting data was organised in a dedicated database. Psychosocial factors (data collection tool used: WHO Quality of Life – WHOQOL) and various modalities of violent behavior were the main focus in the sample. The mean and standard deviation of set variables such as age were expressed.

Univariate analysis was done to verify any associations using double input (2 x) contingency tables and applying the Chi square test (χ^2); values of <0.05 were considered significant. The odds ratio (OR) and 95% confidence intervals were calculated. Significant differences between the means were calculated on the fixed variables (Age) employing the ANOVA test and T test for independent samples: A value of $P < 0.05$ was taken as statistically significant. Logistic regression models have been devised in order to control the independence of the correlations identified between the various risk factors for complaints received, and unreported violent behaviour, regardless of the psychiatric disease, sex and age. In each of the models the odds ratio and 95% confidence intervals were calculated. Statistical analyses were done using STATA 10MP software for the Macintosh OS X platform.

2. Results

The sample consisted of 1,582 patients (49% males and 51% females), mostly adults (average age: 45.6 years, SD: ± 14.1 ; $p < 0.001$). Most patients had long clinical histories, in 70% of cases more than 10 years, and had often been hospitalized (sometimes forcibly) over the years (Carabellese, Taratufolo, La Tegola, Candelli, Grattagliano, 2012).

The most common diagnosis (table n. 1) was mood disorder (41.2%).

Mood Disorder	41.2 %
Psychotic Disorder	27.3 %
Anxiety spectrum Disorder	17.6 %
Mental retardation	4.3 %
Personality disorders	2.9 %
Dementia	1.9 %
Substance abuse	3.9 %
Others	0.9 %

Table n. 1. Psychiatric Disorders

After the first contact with the facility, virtually all patients were started on psychopharmacological treatment (84%).

2.1 Violent behavior

Violent behavior emerged in the clinical histories of more than one third (36.3%) of the patients in our sample. Males were clearly predominant among patients exhibiting violent behavior (65.74%). In the majority of cases, this behavior was directed exclusively towards others (76.7%) (table n. 2).

Notably, among patients who carry out violent acts against other people, there is a significant tendency to relapse (42.8% “recurring”, 17.1% “frequent”), and in almost half of these (47.1%) there are signs of progression.

Verbal violence/threats	53.6 %
Maltreatment/assault/battery	39.8 %
Injuries by assault	14.5 %
Injuries with blunt objects	2.9 %
Injuries with firearms	0.7 %
Other weapons	0.7 %

Table n. 2. Violent behavior inflicted on others

Self-inflicted violent behavior mostly involves attempted suicide (70.9%), suicide (7.5%) or self-inflicted injury (23.9% of cases). Self-inflicted injuries are, for the most part, isolated episodes (64.2%), more than half of which are unpredictable (extemporaneous = 26.1%; immediate = 27.6%); 34.3% of cases are described as “progressive”.

Violent behavior against objects seemed to be of a sporadic nature (59.6%) and unpredictable (“immediate” = 38.5%, “extemporaneous” = 19.2%).

There was a significant correlation between violent behavior and a family history of either substance abuse (OR = 13.4, 95% CI 5.2 – 34.3, $c^2=48.2$) or violent behavior (OR = 7.9, 95% CI 4.0 – 15.2, $c^2 = 50.3$). In about half of these cases, the victim of the violence was one of the parents.

2.2 Significant associations between violent behavior and psycho-social factors

Violent behavior directed against objects

In 11.3% of the total number of patients ($n = 178$) a *violent behavior directed against objects* was recorded. Most of these patients were males (75.84%, $n = 135$), this being a statistically significant risk factor (OR=3.77, 95% C.I. =2.61-5.53; $c^2=57.43$, $p < 0.001$). The mean age of these patients was 44.08 ± 15.29 years.

Pathology	Violent behavior towards objects				Total	
	No		Yes		n	%
	N	%	n	%		
Dementia	21	1.5	8	4.49	29	1.83
Personality disorders	30	2.14	15	8.43	45	2.84
Mood Disorder	603	42.95	35	19.66	638	40.33
Mental retardation	47	3.35	20	11.24	67	4.24
Schizophrenia	352	25.07	72	40.45	424	26.8

Table n. 3. Most frequent diagnoses and violent behavior

This behavior proved to be positively associated with dementia (3-fold higher probability: OR=3.1, 95% C.I.=1.17-7.41; $c^2=7.89$, $p < 0.05$); personality disorders (4-fold higher probability: OR=4.21, 95% C.I.=2.06-8.27; $c^2=22.62$, $p < 0.001$); mental retardation (3.5-fold higher probability: OR=3.64, 95% C.I.=1.99-6.47; $c^2=24.24$, $p < 0.001$); and schizophrenia (3.6-fold higher probability: OR=3.64, 95% C.I.=1.45-2.83; $c^2=19.04$, $p < 0.001$). Mood disorders correlated inversely with violent behavior towards objects (OR= 0.32, 95% C.I.= 0.21-0.48; $c^2=35.59$, $p < 0.001$).

The presence of a supportive family reduced the probability of enacting violent behaviors towards objects (OR=0.53, 95% C.I.=0.38-0.73; $c^2=16.39$, $p < 0.001$), while a disinterested family (26.97% $n = 48$) increased the probability of such behaviors (OR= 1.64, 95% C.I.=1.12-2.37; $c^2= 7.47$, $p < 0.05$), as also did the presence of a pathological family (OR=2.61, 95% C.I.=1.5-4.39; $c^2=14.78$, $p < 0.001$).

Patients with good relationships within the family displayed a lower probability of violent behaviors towards objects (OR=0.11, 95% C.I.=0.06-0.18; $c^2=87.24$, $p < 0.001$), while those with poor within-family relationships had a higher probability of enacting such behavior (OR=3.47, 95% C.I. = 2.46-4.86; $c^2=60.95$, $p < 0.001$).

The presence of good extra-familial relationships was also seen to reduce the probability of violent behaviors towards objects (OR=0.13, 95% C.I. = 0.03-0.34; $c^2=22.61$, $p < 0.001$), while poor extra-familial relationships increased the likelihood of such behavior (OR= 3.69, 95% C.I. = 2.63-5.19; $c^2=67.93$, $p < 0.001$).

Patients with discontinuous/occasional jobs displayed a higher probability of violent behaviors towards objects (OR=1.73, 95% C.I. = 1.21-2.46; $c^2=10.15$, $p < 0.05$), while those with steady jobs had a lower probability of enacting such behavior (OR=0.41, 95% C.I. = 0.25-0.65; $c^2=15.87$, $p < 0.001$).

When the variables that had emerged were inserted into a logistical regression model, the positive correlation was confirmed between violent behavior towards objects and the variables male sex (OR=2.8, 95% C.I.=1.86-4.22; $z=4.93$, $p < 0.001$) and the presence of personality disorders (OR=2.76, 95% C.I.=1.03-7.35; $z=2.02$, $p < 0.05$), while a good level of psychosocial relationships maintained an inverse correlation (OR=0.12, 95% C.I.=0.02-0.68; $z=-2.39$, $p < 0.05$).

Self-directed violent behavior

Of the total sample ($n = 134$), 8.5% had enacted a *self-directed violent behavior*. This type of behavior displayed no correlation with gender ($p > 0.05$). The mean age of those who had engaged in at least one episode of self-directed violence was 43.76 ± 14.06 years.

Table 4 shows the pathologies most frequently diagnosed in these patients. No statistically significant associations emerged between self-directed violent behavior and the various disorders, with the exception of anxiety, which correlated inversely with this type of behavior (OR=0.15, 95% C.I. = 0.03-0.44; $c^2=14.23$, $p < 0.001$).

Pathology	Self-directed violent behavior				Total	
	No		Yes			
	n	%	n	%	n	%
Anxiety	196	13.54	3	2.24	199	12.58
Mood Disorder	577	39.85	61	45.52	638	40.33
Mental retardation	62	4.28	5	3.73	67	4.24
Schizophrenia	379	26.17	45	33.58	424	26.8

Table n. 4. Most frequent pathologies and self-directed violent behavior

The presence of a supportive family was seen to reduce the probability of enacting self-directed violence (OR=0.42, 95% C.I. = 0.3-0.61; $c^2=23.03$, $p<0.001$), while a disinterested family increased the likelihood of engaging in at least one violent act of this type (OR=1.74, 95% C.I. = 1.14-2.62; $c^2=7.63$, $p<0.05$). The presence of a pathological family also increased this likelihood (OR= 2.38, 95% C.I. = 1.25-4.27; $c^2= 9.43$, $p<0.05$). Good intra-familial relationships were seen to reduce the probability of self-directed violence (OR=0.16, 95% C.I. = 0.08-0.27; $c^2=53.92$, $p<0.001$), while poor intra-familial relationships increased the probability of enacting at least one self-directed violent behavior (OR=2.67, 95% C.I. = 1.8-3.92; $c^2=28.56$, $p <0.001$).

Likewise, good extra-familial relationships lowered the probability of self-inflicted violence (OR=0.27, 95% C.I. = 0.1-0.62; $c^2=10.77$, $p<0.05$), while poor extra-familial relationships raised this likelihood (OR= 2.14, 95% C.I. = 1.47-3.1; $c^2=18.11$, $p<0.001$).

No statistically significant associations emerged between the type of employment (occasional/steady) and self-inflicted violence.

A good psychosocial level was seen to reduce the probability of self-inflicted violence (OR=0.23, 95% C.I. =

0.08-0.53; $c^2= 14$, $p <0.001$), while an unsatisfactory psychosocial level increased the likelihood of such behavior (OR= 1.57, 95% C.I. = 1.03-2.35; $c^2= 5.17$, $p <0.05$).

When the variables that had emerged were inserted into a logistical regression model, none of the factors was confirmed to be positively associated with self-directed violent behavior, while an inverse correlation emerged for three variables: history of anxiety (OR=0.24, 95% C.I.=0.08-0.79; $z=-2.35$, $p <0.05$); a supportive family (OR=0.58, 95% C.I.=0.34-0.99; $z=-2.01$, $p <0.05$), and good intra-familial relationships (OR=0.22, 95% C.I.=0.17-0.41; $z=-4.72$, $p <0.001$).

Violent behavior against other persons

At least one episode of *violent behavior towards other persons* was recorded in 27.9% of the total sample (n = 442). For the most part, this behavior was enacted by men (69%, n = 305). Indeed, male sex proved to be a risk factor for violent behavior towards others (OR=3.2, 95% C.I. = 2.51-4.07; $c^2= 99.59$, $p <0.001$). In this group, too, age was not statistically associated with the behavior considered ($p>0.05$); the mean age of those who committed at least one act of violence against others was 45.73 ± 14.45 .

Table 5 presents the most frequent diagnoses in these patients.

Pathology	Violent behavior against others				Total	
	No		Yes			
	n	%	n	%	n	%
Anxiety	189	16.58	10	2.26	199	12.58
Dementia	10	0.88	19	4.3	29	1.83
Personality disorders	28	2.46	17	3.85	45	2.84
Mood Disorder	532	46.67	106	23.98	638	40.33
Mental retardation	35	3.07	32	7.24	67	4.24
Schizophrenia	217	19.04	207	46.83	424	26.8

Tab 5. Most frequent disorders and violent behavior against others

This type of behavior proved to be positively associated with the following disorders: dementia (5-fold higher probability: OR=5.07, 95% C.I.=2.22-12.31; $c^2=20.72$, $p <0.001$); mental retardation (2.5-fold higher probability: OR= 2.46, 95% C.I.=1.45-4.15; $c^2=13.65$, $p <0.001$); and schizophrenia (3.7-fold higher probability: OR=3.74, 95%

C.I.=2.92-4.79; $c^2=125.45$, $p <0.001$). By contrast, anxiety displayed an inverse correlation with the behavior considered (OR= 0.12, 95% C.I. = 0.05-0.22; $c^2=59.37$, $p <0.001$), as also did mood disorders (OR=0.36, 95% C.I. = 0.28-0.46; $c^2=68.11$, $p <0.001$).

Having a supportive family reduced the likelihood of enacting violence against others (OR=0.31, 95% C.I. = 0.24-0.39; $c^2=107.43$, $p < 0.001$). By contrast, this probability was increased by the presence of a disinterested family (OR=2.45, 95% C.I. = 1.87-3.2; $c^2= 47.35$, $p < 0.001$) or a “pathogenic” family (OR=4.21, 95% C.I. = 2.69-6.63; $c^2=49.68$, $p < 0.001$) (tab. 6).

Good intra-familial relationships were seen to reduce the probability of committing acts of violence against others (OR=0.10, 95% C.I. = 0.07-0.14; $c^2=233.44$, $p < 0.001$), while poor intra-familial relationships increased this probability (OR=6.65, 95% C.I. = 5.07-8.72; $c^2= 229.29$, $p < 0.001$).

Likewise, the probability of engaging in violence against others proved to be reduced when extra-familial relationships were good (OR=0.12, 95% C.I. = 0.06-0.23; $c^2=63.69$, $p < 0.001$) or satisfactory (OR= 0.38, 95% C.I. = 0.3-0.48; $c^2=70.00$, $p < 0.001$). By contrast, poor extra-familial relationships increased the likelihood of violence against others (OR=5.34, 95% C.I. = 4.19-6.81; $c^2=210.87$, $p < 0.001$).

Those with a discontinuous/occasional job were more likely to engage in violence against others (OR=1.74, 95% C.I. = 1.34-2.26; $c^2=18.91$, $p < 0.05$), while those with a steady job were less likely to do so (OR=0.32, 95% C.I. = 0.23-0.44; $c^2=55.17$, $p < 0.001$).

Psychosocial level	Violent behavior against others				Total	
	No		Yes		n	%
	n	%	n	%		
Good	233	20.44	16	3.62	249	15.74
Satisfactory	664	58.25	181	40.95	845	53.41
Unsatisfactory	189	16.58	160	36.2	349	22.06
Poor or nil	52	4.56	85	19.23	137	8.66
N.A.	2	0.18	0	0	2	0.13
Total	1,140	100	442	100	1,582	100

Tab 6. Psychosocial level and violent behavior against other persons

Having a good psychosocial level was seen to reduce the probability of engaging in violence against others (OR=0.15, 95% C.I. = 0.08-0.25; $c^2=67.93$, $p < 0.001$), as also was a satisfactory psychosocial level (OR=0.48, 95% C.I. = 0.39-0.625; $c^2=38.29$, $p < 0.001$). By contrast, the probability of such behavior was seen to be increased by the presence of an unsatisfactory psychosocial level (OR=2.85, 95% C.I. = 2.21-3.69; $c^2= 71.5$, $p < 0.001$) and a poor psychosocial level (OR=4.98, 95% C.I. = 3.41-7.32; $c^2= 86.65$, $p < 0.001$). When the variables associated with violent behavior towards others were inserted into a logistical regression model, positive associations were confirmed with the following variables: male sex (OR=2.6, 95% C.I. = 1.92-5.53; $z=6.16$, $p < 0.001$), dementia (OR=3.44, 95% C.I. = 1.34-8.83; $z=2.58$, $p < 0.05$) and schizophrenia (OR=2.16, 95% C.I. = 1.34-3.54; $z=3.11$, $p < 0.05$). A negative association was confirmed with anxiety (OR=0.36, 95% C.I. = 0.16-0.8; $z=-2.51$, $p < 0.05$), good intra-familial relationships (OR=0.05, 95% C.I. = 0.007-0.31; $z=-3.16$, $p < 0.05$) and steady employment (OR=0.47, 95% C.I. = 0.32-0.7; $z=-3.71$, $p < 0.001$).

3. Discussion

Generally speaking, a significant prevalence of violent behavior emerged in our sample, especially among more seriously ill psychiatric patients (psychotic disorders). Moreover, as our study unequivocally demonstrates, the phenomenon investigated is, in terms of magnitude and gravity, considerable. This first finding, which has a direct and immediate impact, requires to be fully considered in

order to draw up adequate treatment programs; and even more in Italy where the psychiatric public facilities, mainly based on a community model, does not necessarily implies long-term hospitalization, but only a short-term one (7 days as a maximum by law, with quite few exceptions).

Other considerations regard family support. A healthy supportive family context undoubtedly constitutes a major protective factor with regard both to violent behavior directed towards others or towards objects and, especially, to self-inflicted violence. Indeed, for what concerns self-inflicted violence, the quality of affective bonds within the family is the only factor truly able to provide indications regarding this type of behavior, which is otherwise unpredictable and which does not correlate in a statistically significant manner with any of the other variables considered.

Male patients proved to be mainly involved in outwardly directed violent behavior. In the case of violent behavior towards objects, these patients were seen to be suffering mostly from personality disorders; however, when violent acts against other persons were involved, the diagnoses were seen to be more serious, falling within the psychotic spectrum. With regard to these latter patients, having a steady job also constitutes a considerable protective factor.

The importance of psychosocial protective factors is therefore confirmed. In agreement with the literature data, our study confirmed the general finding that protective factors play a significant role in preventing the enactment of self-directed violent behavior. In this regard, in the report “*Youth Violence: A Report of the Office of the Surgeon General*”, which dealt with the identification of factors of risk and protection in the enactment of violent behaviors by youths,

some authors, such as Garmezy (1985), Rutter (1985), Stattin & Magnusson (1996), defined protective factors as characteristics or conditions that interact with risk factors to reduce their influence on violent behavior. For instance, if the subject's family has a low socio-economic status (risk factor for violent behavior) but is supportive (protective factor), the presence of solid family relationships, though unable to improve the subject's socio-economic status, can mitigate the negative effects of poverty. In that sense, therefore, as claimed by Jessor et al. (1995) and Stattin & Magnusson (1996), protective factors may or may not have a direct effect on violence.

Like risk factors, protective factors can be grouped into categories: individual, family-related, school-related, peer group-related and community-related. These may differ in the various phases of development, they may interact and, finally, they may exert cumulative effects (Catalano et al., 1998; Furstenberg et al., 1999; Garmezy, 1985; Jessor et al., 1995; Rutter, 1979; Sameroff et al., 1993; Thornberry et al. 1995). Moreover, it is possible to intervene effectively on such factors.

Apart from the results yielded by the present research, many of which are in agreement with the literature, some of the limits typical of a retrospective study must be taken into account, in particular the partial nature of the medical documentation available. Moreover, episodes of violent behavior on the part of patients in public health service care are not always reported in clinical records. It therefore seems likely that the phenomenon was underestimated in the population sample studied (Carabellese, Candelli, La Tegola, Rocca, Catamo, Martinelli & Catanesi, 2014). Finding the identified risk factors for reported and unreported violent behavior in the individual story of a patient is an important indicator of recidivism and is usually used by psychiatrists in their therapeutic (type and treatment compliance) determinations of recidivism risk (social hazard). These contribute to the increase in likelihood of violent behavior, and should be targeted by appropriate interventions by the psychiatric public services management of our country.

Bibliography

Barlow, K. (2000). Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 66, 867-974.

Bennett, T., Holloway, K., Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggressive and Violent Behavior*, 13, 107-118.

Brennan, P., Mednick, S., Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 5, 494-500.

Carabellese, F., Candelli, C., Martinelli, D., La Tegola, D., Catanesi, R. (2013). Cannabis use and violent behavior: a psychiatric patients cohort study in southern Italy. *Rivista di Psichiatria*, 48, 1, 43-50.

Carabellese, F., Taratufolo, R., La Tegola, D., Candelli, C., Grattagliano, I. (2012). ASO e TSO: è cambiato qualcosa? *Rivista di Psichiatria*, 47, 4, 294-303.

Carabellese, F., Candelli, C., La Tegola, D., Rocca, G., Catamo, A., Martinelli, D., Catanesi, R. (2014). Violent behavior and the factors associated with the decision to report it: a retrospective

study. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*.

Catalano, R.F., Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Bergland, L., Olson, J.J. (1998). Comprehensive community- and school-based interventions to prevent antisocial behavior. In R. Loeber, D.P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Catanesi, R., Carabellese, F., La Tegola, D., Alfarano, E. (2013). Coexistence and Independence Between a Mental Disorder and Female Stalking. *J Forensic Sci*, 58, 1, 251-254.

Furstenberg, F.F., Elder, G.H., Cook, T.D., Eccles, J., Sameroff, A. (1999). *Managing to make it: Urban families and adolescent success*. Chicago: University of Chicago Press.

Garmezy, N. (1985). Stress-resistant children: The search for protective factors. In J.E. Stevensan (Ed.), *Recent research in developmental psychopathology*. Dublin: Pergamon.

Gatti, U., Soellner R., Schadee, H., Verde, A., Rocca, G. (2013). Effects of delinquency on alcohol use among juveniles in Europe: results from the ISRD-2 study. *European Journal of Criminal Policy & Research*, 19, 153-170.

Jessor, R.J., van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F.M., Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923-933.

Kaliski, S. (2002). A comparison of risk factors for habitual violence in pre-trial subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 58-61.

Monahan, J., Steadman, H., Appelbaum, P. et al. (2000). Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry*, 176, 312-19.

Monahan, J., Steadman, H., Silver, E. (2000). *Rethinking risk assessment: the MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford: Oxford University Press.

Ruggeri, M., Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectation for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectation and satisfaction with community-based psychiatry services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523.

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent, J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology. Social competence in children*. Hanover, NH: University Press of New England.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.

Sameroff, A.J., Seifer, R., Baldwin, C. (1993). Stability of intelligence from pre-school to adolescence: The influence of social and family risk factors. *Child Development*, 64, 80-97.

Solomon, P., Draine, J., Marcus, S.C. (2002). Predicting incarceration of clients of a psychiatric probation and parole service. *Psychiatric Services*, 53(1), 50-6.

Stattin, H., Magnusson, D. (1996). Antisocial development: A holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8, 617-645.

Swanson, J., Swartz, M., Essock, S. et al. (2002). The social environmental context of violent behaviour in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 92, 9, 1523-31.

Thornberry, T.P., Huizinga, D., Loeber, R. (1995). The prevention of serious delinquency and violence: Implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. In J.C. Howell, B. Krisberg, J.D. Hawkins, J.J. Wilson (Eds.), *A sourcebook: Serious, violent and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Torrey, E.F. (1994). Violent behavior by individuals with serious mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45(7), 653-62.

WHOQOL Group, 1995.