



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

**SOGGETTI PSICOPATICI e
SOCIALMENTE PERICOLOSI:
Uno studio Caso-Controllo
per valutare i fattori di rischio
per la recidiva di comportamento
Violento**

Dottorato di Ricerca in Malattie Infettive, Microbiologia e Sanità Pubblica

Curriculum in Medicina Legale e Scienze Forensi
XXXII Ciclo

Coordinatore Prof. Stefano D'Amelio

Dott. Pieritalo Maria Pompili

Matricola 692429

RELATORE

Chiar.mo Prof. Vittorio Fineschi

CORRELATORE

Prof. Stefano Ferracuti

a.a. 2018/2019

*Altro non ci apparia, che il cielo, e l'onda,
quando il Saturnio sul veloce legno
sospese in alto una cerulea nube,
sotto cui tutte intenebrârsi l'acque.*

Omero, Odissea, Libro XII
Tra Scilla e Cariddi

INDICE DEI CAPITOLI E ARGOMENTI

<i>Introduzione</i>	4
<i>Il Superamento dell'O.P.G. e la riforma del sistema delle Misure di Sicurezza</i>	7
1.1 - Le misure di Sicurezza e la Pericolosità Sociale.....	7
1.2 - L'impianto legislativo per il superamento degli O.P.G.....	19
1.3 - Conclusioni.....	35
<i>La Psicopatia e gli strumenti di valutazione del rischio di violenza</i>	37
2.1 - La maschera della Sanità	37
2.2 - Pcl-r.....	40
2.3 - HARM-fv	45
2.4 - Conclusioni	48
<i>Studio per l'individuazione di fattori predittivi di violenza</i>	49
3.1 - Obiettivo e Ipotesi di ricerca	49
3.2 - Materiali e Metodi	50
Variabili socio-demografiche del campione	52
Variabili giudiziarie del campione.....	52
Variabili cliniche del campione	53
3.3 - Risultati.....	54
3.4 - Discussione	60
3.5 - Limiti e conclusioni.....	64
<i>Considerazioni Conclusive</i>	67
<i>Bibliografia</i>	74

INTRODUZIONE

Dal 2015, in Italia, ha preso concretamente avvio la riforma sul trattamento dei soggetti autori di reato considerati non imputabili e socialmente pericolosi in senso psichiatrico, tramite la costituzione di *Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza* (R.E.M.S.), che si differenziano dai precedenti Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) per l'esclusiva gestione delle strutture affidata al Sistema Sanitario Nazionale e per la vocazione terapeutico riabilitativa. Il compito dei sanitari della R.E.M.S. è anche quello di fornire indicazioni all'Autorità Giudiziaria sul rischio clinico di recidiva di comportamenti violenti o aggressivi.

Nelle R.E.M.S. sono accolti soggetti con diagnosi eterogenee, principalmente appartenenti al gruppo delle Schizofrenie, ma anche dei disturbi della personalità e, in casi ridotti, anche disturbi dell'area intellettiva. Sia nel caso dei disturbi psicotici, che per i disturbi della personalità, l'espressione di comportamenti violenti sembra correlare con la presenza di una diagnosi comorbile di Psicopatia¹.

Allo stesso modo, gli studi condotti sulla popolazione psichiatrico forense suggeriscono che la diagnosi di psicopatia correli con un maggior livello di violenza e con carriere criminali più lunghe ed efferate, specie se in comorbidità con un disturbo della personalità di tipo borderline o antisociale².

La psicopatia è considerata un disturbo mentale dell'affettività e del comportamento, dal decorso cronico, che si caratterizza per la capacità del soggetto di assumere un atteggiamento positivo agli occhi dell'osservatore, sebbene poi riveli la propria natura aggressiva e predatoria attraverso comportamenti sia manipolatori sia francamente violenti. La psicopatia rappresenta una diagnosi trans-nosografica rispetto alle affezioni mentali più tipicamente

codificate per i soggetti autori di reato non imputabili, e che per questo può essere comorbile sia a gravi disturbi psicotici sia a gravi disturbi della personalità. Non di meno, autori di reato possono non essere considerati psicopatici. Il *gold standard* per la misurazione del livello di psicopatia è la scala PCL-r (Psychopathy Checklist – Revised).

Lo scopo principale dello studio è la valutazione e la correlazione di parametri clinici nei seguenti gruppi di studio: pazienti affetti da patologia mentale comorbile con diagnosi di psicopatia, e pazienti affetti da patologia mentale non comorbile con psicopatia, al fine di rilevare eventuali indicatori psicometrici in grado di predire il rischio di comportamenti violenti. Alcuni partecipanti dei due gruppi di studio sono stati sottoposti anche a Risonanza Magnetica (RM) per misurazioni morfo-funzionali del sistema nervoso centrale (SNC), anche per individuare ulteriori *markers* neurobiologici correlazione con la fenomenologia psicopatica³.

A partire da queste considerazioni è stato progettato lo studio di comparazione di soggetti caratterizzati dalla presenza, o meno, di psicopatia, allo scopo di verificare se anche nella popolazione psichiatrico forense inclusa nelle R.E.M.S. sia confermata la correlazione tra psicopatia e maggior espressività di violenza. Abbiamo voluto verificare se anche i comuni strumenti di valutazione psicopatologica siano in grado di individuare i tratti salienti di psicopatia, o se esistano delle correlazioni tra indicatori clinici e rischio di violenza espresso dalla scala HARM-FV. In ultima analisi, abbiamo voluto verificare anche se questa popolazione di internati presenti correlati neurobiologici di psicopatia.

Lo studio ha previsto l'arruolamento di 21 soggetti, differenziati in funzione del risultato ottenuto dalla somministrazione della PCL-r. N.13 partecipanti hanno ottenuto un punteggio superiore o pari a 20, indicativo di tratto psicopatico, e sono stati inclusi nel gruppo **PSY**. N.8 soggetti hanno ottenuto

un punteggio inferiore a 20, e sono stati inclusi nel gruppo **NON-PSY**. A tutti gli arruolati è stata sottoposta una batteria psicodiagnostica, mirata a valutare il livello di psicopatologia tramite BPRS-24, il funzionamento cognitivo tramite MMSE, il livello di alessitimia con TAS-20, e il profilo di personalità tramite MMPI-II. Per ognuno è stato considerato l'indice di rischio di comportamento violento tramite HARM-FV. I risultati ottenuti sono stati elaborati statisticamente per valutare differenze significative tra i due gruppi, e successivamente per valutare eventuali fattori di correlazione tra le variabili cliniche misurate, il grado di psicopatologia e l'indice di rischio. Il risultato principale che è stato ottenuto conferma l'ipotesi di ricerca, ovvero che la diagnosi di psicopatologia si configura come l'elemento clinico e psicologico che maggiormente correla con il rischio di futuri comportamenti violenti. In particolare è stata rilevata una significatività tra le componenti antisociali della PCL-r: C3 ($t = ,695$, $p < 0,01$) e C4 ($t = ,490$, $p < 0,01$) e quindi con il Fattore 2 ($t = ,650$, $p < 0,01$), e il grado di rischio della HARM-FV.

L'antisocialità su base psicopatica, dunque, sembra assumere un ruolo prevalente nel determinismo del rischio di comportamento violento nel campione esaminato.

I risultati ottenuti sul campione forense italiano, ancora poco esplorato, consentono di ampliare lo spettro delle ipotesi di ricerca nel campo psichiatrico forense sui soggetti sottoposti alla misura di sicurezza detentiva in R.E.M.S. In particolare, il ruolo dominante della psicopatologia sul rischio di recidiva violenta, potrà essere ulteriormente affrontato sia per migliorare la conoscenza predittiva quando sarà necessario esprimere un parere medico legale di pericolosità sociale già nella fase di perizia, ma anche per approntare protocolli di trattamento e prevenzione su questa particolare popolazione di soggetti che sembrano non rispondere ai trattamenti *evidence based*.

CAPITOLO I:

IL SUPERAMENTO DELL'O.P.G. E LA RIFORMA DEL SISTEMA DELLE MISURE DI SICUREZZA

1.1 - LE MISURE DI SICUREZZA E LA PERICOLOSITÀ SOCIALE

Dal 1930 il codice penale vigente in Italia, legato alla persona del guardasigilli Alfredo Rocco, propone quello che è ormai conosciuto come sistema del *doppio binario*, avendo introdotto accanto al concetto di punibilità-pena quello della pericolosità sociale-misura di sicurezza. Le misure di sicurezza costituiscono una delle più significative novità introdotte dalla codificazione del 1930 come *mezzi di prevenzione individuale della delinquenza*: esse, cioè, tendono a difendere l'ordinamento contro il *pericolo* che determinate persone possano commettere reati⁴. La dottrina giuridica moderna (e.g.: Antolisei, Pagliaro, De Marsico, Fiandaca-Musco), criticando la concezione del codice Rocco che sosteneva il carattere amministrativo delle misure di sicurezza, ritiene che queste ultime siano di fatto sanzioni penali, in quanto anche esse presuppongono un fatto costituente reato, sono disciplinate dal codice penale e, alla pari delle pene, sono mezzi di lotta contro il reato e preventive verso la commissione di un nuovo fatto preveduto come tale.

Le misure di sicurezza differiscono dalle pene perché in esse l'emenda non assume una funzione prevalente, e perché la loro durata è stata a lungo predeterminata solo nel minimo, poiché la qualità di soggetto socialmente pericoloso poteva anche non risolversi mai nel tempo.

Il codice norma l'applicazione della misura di sicurezza e la qualità di persona socialmente pericolosa nell'art. 203 c.p.:

“Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati.

La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'articolo 133”.

Ai fini dell'applicazione delle misure di sicurezza, quindi, occorre:

- **La commissione di un fatto** penalmente rilevante. È necessario che il fatto commesso sia conforme ad una figura di reato descritta dal legislatore, che non esistano cause di giustificazione, che ricorrano il dolo o la colpa dell'agente.
- **La pericolosità sociale** del soggetto. La pericolosità deve essere accertata sempre, di volta in volta, dal giudice e non si presume mai.

Le qualità della persona socialmente pericolosa sono stabilite dall'art. 133 del codice penale:

*“Nell'esercizio del potere discrezionale indicato nell'articolo precedente il giudice deve tener conto della **gravità del reato**, desunta:*

- 1) dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione;*
- 2) dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato;*
- 3) dalla intensità del dolo o dal grado della colpa.*

*Il giudice deve tener conto, altresì, della **capacità a delinquere** del colpevole, desunta:*

- 1) dai motivi a delinquere e dal carattere del reo;*
- 2) dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato;*

3) *dalla condotta contemporanea o susseguente al reato;*

4) *dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo*".

La durata delle misure di sicurezza, fino all'applicazione dell'attuale riforma che verrà di seguito illustrata, è stata a lungo indeterminata: ciò in quanto ogni misura ha un minimum stabilito dalla legge secondo le varie specie di delinquenti e la gravità del reato (art. 133 c.p.). Decorso tale periodo minimo, il giudice procede al riesame della pericolosità (art. 208 c.p.) per accertare se l'individuo è ancora pericoloso. Se risulta che la pericolosità è cessata, il giudice procede alla revoca della misura di sicurezza, altrimenti fissa un nuovo termine per un ulteriore esame della pericolosità e così di seguito fino a che non sia venuto meno lo stato di pericolosità.

Le misure di sicurezza, come indicato nell'art. 203 c.p., non sono appannaggio esclusivo dell'infermo di mente. Anzi, esse riguardano tanto il reo imputabile quanto il reo infermo con ridotta responsabilità penale (vizio totale di mente art. 88 c.p., vizio parziale di mente art. 89 c.p.). Per questa ragione si distinguono forme applicative e ambienti di applicazione differenti.

Le misure di sicurezza personali, inoltre, si distinguono in: detentive e non detentive. I luoghi preposti per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive, per autori di reato con età maggiore degli anni 18, sono:

❖ **La colonia agricola o casa di lavoro** (artt. 216-218 c.p.)

Sono assegnati alla colonia agricola o alla casa di lavoro: i delinquenti abituali, professionali e per tendenza oppure coloro che, essendo stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o per tendenza e non essendo più sottoposti a misura di sicurezza, commettono un nuovo delitto non colposo che sia manifestazione dell'abitudine, professionalità o tendenza a delinquere;

❖ **Casa di cura e di custodia – CCC** (artt. 219 c.p.)

Per i condannati con pena diminuita per infermità psichica (art. 89 c.p.) o per cronica intossicazione derivata da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo.

❖ **Ospedale psichiatrico giudiziario – O.P.G.** (art. 222 c.p.)

È disposto per gli imputati prosciolti per infermità psichica (art. 88 c.p.) o per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti o per sordomutismo, salvo che si tratti di contravvenzioni o delitti colposi o altri delitti per i quali è stabilita la pena pecuniaria o la reclusione non superiore nel massimo a 2 anni. La durata minima varia, a seconda della gravità astratta del reato, da 2 a 10 anni.

Già prima del Codice Rocco erano stati inaugurati nel Regno d'Italia i primi O.P.G., che erano sette fino al 1975 (quando venne chiuso quello di Pozzuoli): Aversa , Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere.



Dislocazione degli O.P.G. in Italia – Fonte: Ministero della Giustizia

Le misure di sicurezza non detentive, invece, si distinguono in:

❖ **Libertà Vigilata** (artt. 228-232 c.p.)

Consiste in una limitazione della libertà personale destinata ad evitare le occasioni di nuovi reati; a tale scopo è fatto obbligo al vigilato di darsi al lavoro stabile, di non ritirarsi la sera dopo una certa ora e di non uscire la mattina prima di una determinata ora, di non accompagnarsi a pregiudicati etc. L'inosservanza degli obblighi di cui sopra comporta l'imposizione di cauzione ovvero la sostituzione della libertà vigilata con una misura di sicurezza detentiva.

❖ **Il divieto di soggiorno** (art. 233 c.p.)

Consiste nell'obbligo di non soggiornare in uno o più Comuni ovvero in una o più Province.

❖ **Il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche** (art.234 c.p.)

È sempre aggiunto alla pena quando si tratta di condannati per ubriachezza abituale o per reati commessi in stato di ubriachezza.

❖ **L'espulsione o l'allontanamento dello straniero dallo Stato** (art.235 c.p.)

Il giudice ordina l'espulsione dello straniero ovvero l'allontanamento dal territorio dello Stato del cittadino appartenente ad uno Stato membro dell'Unione europea, oltre che nei casi espressamente preveduti dalla legge, quando lo straniero o il cittadino appartenente ad uno Stato membro dell'Unione europea sia condannato alla reclusione per un tempo superiore ai due anni.

La misura di sicurezza applicata al soggetto autore di reato con ridotta o abolita responsabilità penale per vizio di mente, è riconducibile quindi al parere di pericolosità sociale correlato allo *status* del disturbo mentale e alla prognosi conseguente. Al contrario del parere sull'imputabilità, che è statico poiché descrive una condizione circoscritta in preciso tempo e relativa ad un determinato evento, il parere di pericolosità sociale inteso come indice prognostico, è dinamico, e dunque suscettibile di cambiamento in funzione del trattamento psichiatrico erogato sul soggetto. In tal senso si è chiaramente espressa la Corte Costituzionale, che nella sentenza N. 139 del 27 luglio 1982, così ribadiva la necessità di "attualizzare" il parere di pericolosità sociale da parte del Magistrato di Sorveglianza. La sentenza è stata poi normata nell'art. 31, 2° comma, L. 10 ottobre 1986, n. 663 (c.d. legge Gozzini):

“Tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa”

che ha abrogato l'art. 204 c.p. in tema di pericolosità sociale *presunta*.

La misura di sicurezza, però, configurandosi come un provvedimento a carattere preventivo, avente come obiettivo principale la protezione della società civile da coloro per i quali è accertata un'elevata probabilità di commissione di un nuovo reato, non è stata concepita come una misura di cura e trattamento pur essendo applicata in un Ospedale Psichiatrico, con una prevalenza della funzione custodialista dell'O.P.G. Il minimo livello assistenziale erogato in O.P.G., pertanto, non era in grado di modificare la traiettoria involutiva delle malattie mentali degli infermi, tanto da lasciar perdurare la misura di sicurezza detentiva anche oltre il limite edittale previsto per la fattispecie del reato commesso. I cosiddetti *ergastoli bianchi*, erano proprio rappresentati

da quei soggetti che per le qualità del disturbo mentale, e per la deriva sociale spesso eziologicamente connessa al disturbo (punto 4 dell'art. 133 c.p.) non raggiungevano mai i criteri psichiatrico forensi per vedere scemata o abolita la pericolosità sociale, rimanendo collocati in O.P.G. *sine die*.

La gestione sanitaria in seno all'Amministrazione Penitenziaria, svincolata dall'organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), non consentiva la proceduralizzazione di una forma di cooperazione e coordinamento tra i due sistemi sanitari, motivo per cui sugli internati in O.P.G. solo raramente venivano formulati percorsi di trattamento alternativi all'internamento in strutture territoriali.

Come spesso avviene nelle circostanze per cui le norme appaiono obsolete rispetto all'evoluzione dei tempi e delle necessità sociali, la Corte Costituzionale si è espressa su fatti di diritto in materia di applicazione alternativa all'O.P.G. delle misure di sicurezza, a ribadire la necessità di una riforma dell'impianto legislativo in materia, aprendo la strada all'attuale riforma.

Vista l'importanza della Sentenza citata nella trattazione successiva, se ne riportano gli stralci più significativi.

Sentenza N. 253 del 2 luglio 2003 – Corte Costituzionale

Nel giudizio di legittimità costituzionale degli articoli 219, primo e terzo comma (Assegnazione a una casa di cura e di custodia), e 222 (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario) del codice penale, promosso con ordinanza del 10 luglio 2002 dal Giudice dell'udienza preliminare del Tribunale di Genova, iscritta al n. 514 del registro ordinanze 2002 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 47, prima serie speciale, dell'anno 2002.

Udito nella camera di consiglio del 7 maggio 2003 il Giudice relatore Valerio Onida.

Ritenuto in fatto

1– Con ordinanza emessa il 10 luglio 2002 e pervenuta a questa Corte il 5 novembre 2002, il Giudice dell'udienza preliminare del Tribunale di Genova, chiamato a pronunciarsi nelle forme del rito abbreviato sulla responsabilità penale di un imputato maggiorenne, in relazione ai delitti di cui agli articoli 56, 609-bis, 609-ter e 582 codice penale (tentata violenza sessuale aggravata e lesione personale), ha sollevato questione incidentale di legittimità costituzionale dell'art. 219, primo e terzo comma del codice penale (Assegnazione a una casa di cura e di custodia), in riferimento all'art. 3 della Costituzione, e dell'art. 222 del codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario), in riferimento agli articoli 3 e 32 della Costituzione.

2– Premette il giudice *a quo* che l'imputato è stato ritenuto, a seguito di perizia psichiatrica eseguita in incidente probatorio, totalmente incapace di intendere e di volere, e che ne è stata esclusa la pericolosità sociale solo se "ricoverato in una comunità per psicotici".

Sulla base di tale situazione, la difesa ha eccepito l'incostituzionalità dell'art. 219, primo e terzo comma, cod. pen., nella parte in cui, rispettivamente, non vi si prevede il ricovero in casa di cura e di custodia anche per chi sia prosciolto per infermità psichica, e sia di scarsa pericolosità sociale, e non vi si prevede la possibilità per il giudice di applicare la libertà vigilata anche a chi sia stato prosciolto per infermità psichica e sia di scarsa pericolosità sociale.

Il giudice *a quo* ritiene non manifestamente infondata la questione così proposta, posto che la disciplina di legge ancorerebbe la scelta in ordine alla misura di sicurezza da adottare ad un criterio (la gravità del reato) espressivo della funzione retributiva, anziché di prevenzione speciale della misura stessa.

In secondo luogo, e soprattutto, aggiunge il remittente, essa farebbe dipendere il giudizio sulla pericolosità sociale del soggetto non da un accertamento in concreto, ma da un indice astratto e presuntivo, connesso alla distinzione tra vizio totale e vizio parziale di mente (e alla conseguente maggiore pericolosità dell'imputato nel primo, piuttosto che nel secondo caso), privo di "alcun supporto scientifico".

La necessaria applicazione all'imputato, sulla base di tali condizioni, della misura di sicurezza detentiva di cui all'art. 222 cod. pen. si porrebbe, ad avviso del remittente, in contrasto con l'art. 3 della Costituzione.

Viene altresì censurato, su conforme eccezione del pubblico ministero, alla luce degli articoli 3 e 32 della Costituzione, l'art. 222 cod. pen., nella parte in cui, imponendo la misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, non prevede l'applicabilità al maggiorenne affetto da vizio totale di mente della libertà vigilata.

Per un primo profilo, secondo il remittente verrebbe così a manifestarsi disparità di trattamento rispetto alla condizione del minore non imputabile, cui possono essere applicate le misure, dotate di valenza terapeutica "più soddisfacente", del ricovero in una casa di cura e di custodia e della libertà vigilata (articoli 232 e 224 cod. pen.), posto che in entrambi i casi si tratterebbe di difendere la collettività da un individuo al tempo stesso pericoloso e penalmente irresponsabile.

L'evoluzione della psichiatria e della farmacologia, poi, garantirebbero di poter conseguire tale obiettivo mediante la misura, più efficace terapeuticamente, della libertà vigilata, anziché tramite il ricorso alle forme segreganti dell'ospedale psichiatrico giudiziario.

Per un secondo profilo, la disposizione censurata precluderebbe la possibilità di impiegare "soluzioni coerenti con le valutazioni medico-legali": nel caso di specie, l'imputato potrebbe proficuamente, secondo il giudice *a quo*, permanere in comunità di

recupero, mentre le prescrizioni proprie del regime di libertà vigilata, "*con possibilità di ricorrere a misure segreganti, qualora venisse meno la volontà dell'imputato di sottoporsi alle cure necessarie*", rafforzerebbero l'efficacia del trattamento.

Difatti, aggiunge il remittente, il regime di cura cui l'imputato è sottoposto risulta adeguato alle esigenze terapeutiche e, nel contempo, tutela la collettività in misura soddisfacente.

La rigidità dei criteri imposti dalle disposizioni censurate in ordine alla scelta della misura di sicurezza si tradurrebbe, perciò, nel vizio denunciato.

3.– Non vi è stata costituzione in giudizio delle parti, né intervento del Presidente del Consiglio dei Ministri.

[...]

Il giudice remittente 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).

[...]

Non è da oggi che la Corte è stata investita di questioni di legittimità costituzionale volte a censurare l'inadeguatezza della disciplina che la legge penale prevede nel caso degli infermi di

mente che commettono fatti costituenti oggettivamente reato (il solo art. 222 del codice penale risulta oggetto di ben 18 decisioni della Corte, dal 1967 ad oggi). Una volta risolto il problema, inizialmente assai dibattuto, della necessaria "attualizzazione" della valutazione di pericolosità sociale (sentenza n. 139 del 1982), sono state ripetutamente sottoposte alla Corte questioni tendenti a mettere in dubbio la legittimità sul piano costituzionale della previsione della misura "obbligatoria" del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, spesso facendo leva anche sulla legislazione che, a partire dalla legge 13 maggio 1978, n.180 (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori), ha cercato di far fronte al problema dell'assistenza ai malati di mente superando l'antica prassi del ricovero in strutture segreganti come erano i manicomi: infatti gli ospedali psichiatrici giudiziari (nuovo nome dei manicomi giudiziari) sono rimaste le ultime strutture "chiuse" per la cura di infermi psichiatrici. La specificità di questa misura di sicurezza sta, ovviamente, nella circostanza che essa è prevista nei confronti di persone che, per essere gravemente infermi di mente, non sono in alcun modo penalmente responsabili, e dunque non possono essere destinatari di misure aventi un contenuto anche solo parzialmente punitivo. **La loro qualità di infermi richiede misure a contenuto terapeutico, non diverse da quelle che in generale si ritengono adeguate alla cura degli infermi psichici. D'altra parte la pericolosità sociale di tali persone, manifestatasi nel compimento di fatti costituenti oggettivamente reato, e valutata prognosticamente in occasione e in vista delle decisioni giudiziarie conseguenti, richiede ragionevolmente misure atte a contenere tale pericolosità e a tutelare la collettività dalle sue ulteriori possibili manifestazioni pregiudizievoli.** Le misure di sicurezza nei riguardi degli infermi di mente incapaci totali si muovono inevitabilmente fra queste due polarità, e in tanto si giustificano, in un ordinamento ispirato al principio personalista (art. 2 della Costituzione), in quanto rispondano contemporaneamente a entrambe queste finalità, collegate e non scindibili (cfr. sentenza n.

139 del 1982), di cura e tutela dell'infermo e di contenimento della sua pericolosità sociale. Un sistema che rispondesse ad una sola di queste finalità (e così a quella di controllo dell'infermo "pericoloso"), e non all'altra, non potrebbe ritenersi costituzionalmente ammissibile.

Di più, le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente (cfr. sentenze n. 307 del 1990, n. 258 del 1994, n. 118 del 1996, sulle misure sanitarie obbligatorie a tutela della salute pubblica): e pertanto, 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.

[...]

PER QUESTI MOTIVI

LA CORTE COSTITUZIONALE

a) dichiara l'illegittimità costituzionale dell'articolo 222 del codice penale (Ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario), nella parte in cui non consente al giudice, nei casi ivi previsti, di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale;

b) dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 219, primo e terzo comma, del codice penale (Assegnazione a una casa di cura e di custodia), sollevata, in riferimento all'articolo 3 della Costituzione, dal Giudice dell'udienza preliminare del Tribunale di Genova con l'ordinanza in epigrafe.

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 2 luglio 2003.

1.2 - L'IMPIANTO LEGISLATIVO PER IL SUPERAMENTO DEGLI O.P.G.

Un primo, ma fondamentale, passaggio per definire il superamento dell'O.P.G. e aprire la strada all'ideazione delle R.E.M.S. è rappresentato dal Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 1° aprile 2008: *“Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”*.

Da quel momento, l'intera gestione sanitaria all'interno degli istituti di pena, compresi gli O.P.G., veniva affidata al SSN. In materia di salute mentale, ciò voleva dire che il DSM sarebbe entrato in carcere e in O.P.G. per la presa in carico dei soggetti detenuti o internati, con lo scopo non solo di eseguire un trattamento durante il regime detentivo, ma anche di formulare un percorso di cura alternativo alla detenzione, in idoneo luogo di cura⁵.

Il DPCM del 1.4.2008 ha previsto che, nell'assistenza alle persone con misure di sicurezza detentiva e non, si passi da un soggetto unico, il Ministero della Giustizia, a un insieme di sistemi interagenti tra di loro: Tribunali, Amministrazione Penitenziaria e il SSN. Questi hanno funzioni precise, distinte e collaboranti, che rispondono ai dettami costituzionali del diritto alla salute, del diritto alla sicurezza personale dei singoli individui, della complessiva sicurezza dei diritti dei cittadini e dei beni giuridici loro sottesi, in un contesto sociale complesso e ricco di contraddizioni (Latte et al, 2018).

Il percorso di riforma, specifico per la gestione sanitaria dell'infermo reo, ebbe un primo punto fermo legislativo nel 2012 con la legge n. 9 del 17 febbraio, ed in particolare con l'art. 3^{ter} di quella legge, sul quale, negli anni successivi, si sono innestate modifiche strutturali all'impianto delle misure di sicurezza che hanno via via sancito il passaggio definitivo ad un approccio trattamentale e non segregante dell'autore di reato malato di mente (A. Calcaterra, 2015).

Lo stesso art. 3^{ter} della legge n. 9/2012, oltre a stabilire un termine di tempo per il processo di superamento degli O.P.G. e a dettare una serie di indicazioni sulle nuove e future R.E.M.S. (requisiti strutturali, organizzativi ed economici), faceva riferimento, da un lato, alla necessaria e rapida presa in carico sul territorio da parte dei dipartimenti di salute mentale delle persone dimissibili e, dall'altro, alla necessità di assunzione di personale «qualificato da dedicare ai percorsi terapeutici riabilitativi finalizzati al recupero e al reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari».

In alcuni passaggi della legge 9/2012, si faceva già riferimento ai cosiddetti *ergastoli bianchi*, ossia a quelle proroghe della misura di sicurezza dovute principalmente a ragioni di carattere socio-economico (secondo il punto 4 del secondo comma dell'art. 133 c.p.) e che riguardavano soprattutto persone disagiate senza riferimenti di accoglienza o di cura, cercando di dare indicazione sul tipo di accoglienza che i servizi avrebbero dovuto porre in essere. Per questa ragione sono state previste due tipologie di Residenze: una c.d. di *assessment* per soggetti in condizioni cliniche non ancora compensate, e una c.d. di *mantenimento*, per soggetti già conformi a programmi riabilitativi avanzati.

A completare la cornice legislativa dell'impianto di riforma, è stata promulgata nel 2014 la Legge 81 del 31 maggio.

Questa legge, oltre a prorogare ulteriormente il termine per la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari al 31 marzo 2015, ha modificato la disciplina delle misure di sicurezza ed i principi di cura a cui si devono ispirare. La legge, tuttavia, costituisce una vera e propria riforma sostanziale delle misure di sicurezza, all'interno del corpo di un codice penale rimasto inalterato. Con tale provvedimento, comunque, si è disarticolato il sistema sanzionatorio, sancendo il superamento dell'approccio detentivo e segregante ormai tipico delle misure di sicurezza (R. Di Noto, *Obiettivo Diritto*, 2016).

Più nel dettaglio, la L. n. 81/2014 ha apportato delle modifiche in materia di accertamento e riesame della pericolosità sociale e ha introdotto un limite massimo di durata delle misure di sicurezza.

L'accertamento della pericolosità sociale, per applicare le misure dell'ospedale psichiatrico giudiziario o della casa di cura e custodia (poi R.E.M.S.), dovrà essere effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona, senza tener conto delle condizioni previste dall'art. 133, comma 2, n. 4 c.p., e prevede che non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali.

Questa interpolazione ridisegna il presupposto soggettivo delle misure di sicurezza limitatamente alle misure che sono riservate ai soggetti affetti da vizio totale o parziale di mente ed alle categorie equiparate; infatti, si introduce una disciplina speciale in relazione ai destinatari di queste misure, lasciando inalterata la nozione generale di pericolosità sociale prevista dall'art. 203 c.p. (*ibid.*).

Nella logica del ricorso sussidiario, come *extrema ratio*, alle misure di sicurezza detentive, la durata dell'ospedale psichiatrico giudiziario e della casa di cura e custodia può essere prorogata soltanto a condizione che vengano indicate le ragioni di eccezionalità e transitorietà del ricovero: l'eccezionalità indica che la misura può essere mantenuta soltanto in presenza di un elevato rischio di recidiva e quando l'unico rimedio idoneo risulta una misura detentiva; la transitorietà indica che è necessario che la misura venga strutturata in modo tale da garantire la possibilità che il soggetto riacquisti la libertà.

In altre parole, l'applicazione della misura di sicurezza del ricovero in O.P.G./R.E.M.S. può essere determinata solo dall'insufficienza, o dall'inefficacia, di trattamenti alternativi in altri contesti di cura, non in grado di contrastare le condizioni psichiche alla base del rischio di prognosi di recidiva di reato o di violenza.

L'ultima novità rilevante introdotta da tale riforma la si ritrova nel comma 1-*quater*, che introduce dei limiti alla durata massima delle misure di sicurezza detentive, segnalando un netto distacco rispetto alla logica del codice Rocco. Anche in questo caso, la riforma non tocca formalmente il codice penale, ma ne stravolge l'impianto, ponendo limiti alle esigenze di difesa sociale in nome del rispetto delle garanzie individuali. La Corte Costituzionale, nella sentenza 186/2015 ha peraltro

stabilito che debbano essere considerati i dettami della L.81/2014 in maniera limitata al ricorso del ricovero in O.P.G./R.E.M.S., non applicabili alle misure non detentive (quali la Libertà Vigilata), che può ancora essere prorogata in funzione della pericolosità sociale del soggetto oltre il limite edittale:

“[...] È solo per disporre il ricovero di una persona in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura o di custodia che il giudice deve accertare, «senza tenere conto delle condizioni di cui all’art. 133, secondo comma, numero 4, del codice penale», che «ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale». La limitazione quindi non riguarda in generale la pericolosità sociale, ma ha lo scopo di riservare le misure estreme, fortemente incidenti sulla libertà personale, ai soli casi in cui sono le condizioni mentali della persona a renderle necessarie”.

Tale disposizione si pone anche in linea con la giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell’Uomo, che di per sé non è contraria alla previsione di sanzioni dalla durata indeterminata, purché questa indeterminatezza non si traduca in assoluta perpetuità ed ha affermato la necessità che in fase esecutiva vengano assicurati idonei supporti interdisciplinari a sostegno dell’internato, per salvaguardarne la dignità e garantire un percorso che gli assicuri la possibilità effettiva di riacquistare la libertà (*ibid.*).

L’impianto della riforma, costituito dai due pilastri delle L.9/2012 e L. 81/2014, sancisce un concreto progresso nella concettualizzazione della misura di sicurezza per l’infermo di mente socialmente pericoloso, riportando al centro dell’attenzione la necessità di un programma di cura come strumento di prevenzione e al contempo restituisce dignità all’internato, allontanando il rischio di internamenti della durata ben superiore al limite di legge per quello specifico reato. Sembra infatti che il legislatore si sia specificamente soffermato sulla misura di sicurezza per il non imputabile, dato che la riforma non modifica né riguarda minimamente la stessa misura per l’imputabile con pericolosità sociale da delinquenza abituale (che è rimasta invariata per esempio nella proroga a tempo indeterminato).

La riforma sembra avere il chiaro intento sensibilizzare il comparto sanitario del Dipartimento di Salute Mentale ad una presa in carico intensiva del paziente psichiatrico autore di reato, considerando le conseguenze che deriverebbero da un atteggiamento negligente nei suoi riguardi (prolungamento della misura detentiva).

E quindi, a ben guardare, la riforma appare ancora incompiuta e l'impianto normativo risulta fumoso e incompleto: una cornice che per quanto necessaria, mantiene al suo interno troppi vuoti legislativi che si ripercuotono negativamente nella pratica quotidiana di chi opera in R.E.M.S. (Pompili, Nicolò, Ferracuti, 2016). La trasposizione *sic et simpliciter* delle funzioni dell'O.P.G. verso le R.E.M.S., peraltro svincolate dalla presenza di polizia penitenziaria o di altre figure di pubblica sicurezza, sembra voler scotomizzare il problema della violenza che accompagna il soggetto socialmente pericoloso, senza voler fornire alla struttura sanitaria gli idonei strumenti per il contenimento dei comportamenti violenti/aggressivi, a protezione degli stessi operatori e degli altri ricoverati.

La riforma sembra aver preso a modello di riferimento il trattamento dell'infermo di mente (socialmente pericoloso) affetto da una psicosi cronica e/o residuale e afflitto da una condizione psicosociale degradata, a voler quasi demonizzare la misura di sicurezza applicata dagli organi di giustizia (ivi compresi i Consulenti Tecnici), come un provvedimento di crudeltà verso una popolazione particolarmente debole e fragile ai limiti della società. D'altro canto, grazie ad una indiscutibile ignavia giuridica, il legislatore ha, per un verso, osannato il criterio di eccezionalità del ricorso alla misura detentiva in R.E.M.S., ma simultaneamente ha denominato queste strutture come le Residenze per l'**Esecuzione** della misura stessa. Grazie a questa sottile aberrazione semantica, solo apparentemente innocua, la Magistratura può continuare ad interpretare il codice penale (immodificato) intendendo la funzione della R.E.M.S. alla stregua di quella dell'O.P.G., quindi rallentando incredibilmente il turnover dei ricoveri. La R.E.M.S., perciò, rischia in concreto di ritrovarsi ad assolvere ad una funzione meramente custodialista per tutti quei soggetti che prontamente riacquisiscono un equilibrio psichico, o che

non necessitano di cure e trattamento residenziale intensivo, ma che sono poi internate per un tempo estremamente superiore alle necessità di cura solo per ragioni giudiziarie.

L'impianto legislativo, è ormai evidente, appare ispirato più dai principi basagliani secondo cui la libertà assume valore terapeutico, che dalle evidenze scientifiche in ambito psichiatrico forense o su modelli teorici che propongano la libertà come obiettivo della cura, non affrontando mai il problema della standardizzazione di requisiti clinici per l'ammissione o la dimissione dal sistema di un soggetto dal sistema R.E.M.S. In assenza di ciò, prevale nella pratica dell'applicazione della misura il criterio giudiziario della prevenzione sociale e dell'internamento protratto fino al limite edittale previsto per quel reato.

L'anatema ideologico contro l'O.P.G., promulgato dalla psichiatria democratica e dall'antipsichiatria che di questa riforma hanno rivendicato la paternità, ha voluto lasciar intendere che l'O.P.G. stesso fosse la causa della malattia mentale che rendeva il soggetto socialmente pericoloso a vita attraverso l'istituzionalizzazione. Accanto al clamore mediatico degli slogan propagandistici e politici per l'abolizione dell'O.P.G., si è creato, un cono d'ombra e di cecità sui problemi connessi a tutta quella popolazione di soggetti, affetti da altre patologie mentali non psicotiche e non residuali, con alta espressività di violenza. Mi riferisco in particolar modo a tutti coloro risultano affetti da un disturbo della personalità, che già prima della Legge 9/2012 e L. 81/2014 avevano guadagnato il diritto al riconoscimento dell'infermità di mente dopo la c.d. Sentenza "Raso".

La sentenza N. 9163 della Corte di Cassazione a Sezioni Unite ha mutato sostanzialmente l'inquadramento psichiatrico forense dell'infermo non imputabile, contribuendo a modificare l'orientamento decisionale in corso di perizia verso una concezione dimensionale (in senso psicopatologico) dell'infermità, piuttosto che categoriale, secondo cui solo i disturbi cosiddetti maggiori (psicosi, disturbo bipolare) assumevano rilevanza medico legale in tema di imputabilità.

Dal 2005, per effetto di questa sentenza una nuova popolazione di soggetti psichiatrico-forensi si andata costituendo, arricchendosi proprio di tutti coloro che, secondo la letteratura, risultano più prone alla violenza

come espressione fenomenologica del disturbo⁶. Per questa ragione la sentenza assume un particolare rilievo in questo studio, e merita, al pari della Sentenza 253/2003 della Corte Costituzionale, una menzione più dettagliata.

SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE - SEZIONI UNITE PENALI SENTENZA 9163/2005

1.0 Verso le ore 4 del 27 dicembre 2001 Giuseppe R., dinanzi alla porta della propria abitazione, sul pianerottolo condominiale, esplodeva due colpi di pistola all'indirizzo di Vittorio A., che attingevano la vittima all'altezza del collo e della testa, provocandone la morte. Agenti della Polizia di Stato, prontamente intervenuti a seguito di segnalazioni, trovavano R. ancora con la pistola in pugno, e questi esclamava al loro indirizzo: "Sono stato io, così ha finito di rompere"; alla intimazione di gettare l'arma ed alzare le mani, egli non ottemperava all'invito, continuando a brandire la pistola e rivolgendo minacce agli astanti, compresi alcuni condomini frattanto accorsi dopo gli spari, sicché gli operanti erano costretti ad intervenire con la forza, disarmandolo e immobilizzandolo. Al rumore degli spari, si era destata anche Carla P., moglie di A., la quale, accortasi che il marito non si trovava a letto, s'era recata pur ella sul pianerottolo condominiale, al piano inferiore, ed ivi aveva notato il coniuge riverso per terra ed aveva cercato di soccorrerlo; R., puntatale contro la pistola, le aveva detto: "ora ammazzo pure te..." e, in un secondo momento, le aveva puntato l'arma contro la tempia.

Già dai primi atti di indagine, e dalla stessa confessione di R., si appurava che l'omicidio era maturato in un clima di ripetuti diverbi condominiali, originati da presunti rumori dell'autoclave provenienti dall'appartamento della vittima, posto al piano superiore rispetto a quello dell'omicida, che più volte avevano indotto R. a disattivare, recandosi in cantina, l'impianto della energia elettrica: tanto era avvenuto anche quella mattina e, risalendo l'omicida al quinto piano, ove era ubicata la sua abitazione, aveva incontrato A.: ne era scaturita l'ennesima lite, che si era conclusa in quella maniera tragica.

1.1 Giuseppe R. veniva tratto al giudizio del G.I.P. del Tribunale di Roma per rispondere dei reati di cui agli artt. 61, nn. 1, 4 e 5, 575, 577, n. 3; 337; 61, n. 2, 81, 612, 2° c., c.p..

Procedutosi con rito abbreviato, condizionato ad un poi espletato accertamento peritale sulla capacità di intendere e di volere dell'imputato e sulla sua pericolosità, quel giudice, con sentenza del 4 marzo 2003, dichiarava l'imputato medesimo colpevole dei reati ascrittigli, unificati sotto il vincolo della continuazione, riconosciutagli la diminuzione del vizio parziale di mente prevalente sulla contestata aggravante, esclusa la premeditazione e le aggravanti di cui all'art. 61, nn. 1 e 4, c.p., e lo condannava alla pena di anni quindici e mesi quattro di reclusione ed alla pena accessoria della interdizione perpetua dai pubblici uffici; disponeva la misura di sicurezza della assegnazione ad una casa di cura e di custodia per la durata minima di tre anni, e la confisca dell'arma e delle munizioni in sequestro; lo condannava, infine, al risarcimento del danno, da liquidarsi in separata sede, in favore delle costituite parti civili, cui assegnava delle provvisori.

1.2 Nel pervenire alla resa statuizione quanto al ritenuto vizio parziale di mente, il giudice del merito rilevava che nel corso del procedimento erano stati eseguiti più accertamenti tecnici al riguardo. Una prima consulenza psichiatrica disposta dal P.M. aveva individuato a carico dell'imputato **"un disturbo della personalità di tipo paranoideo in un soggetto portatore di una patologia di tipo organico, consistente in una malformazione artero-venosa cerebrale"**, ed aveva concluso ritenendo "nel soggetto la piena capacità di intendere ed escludendo invece nel medesimo la capacità di volere ritenuta 'grandemente scemata'".

Una seconda consulenza tecnica disposta dal P.M. in una prima stesura **"individuava nell'imputato la totale incapacità di intendere e di volere al momento del fatto, in quanto 'affetto da crisi psicotica paranoidea"**. In una seconda stesura del relativo elaborato tecnico, lo

stesso consulente rivedeva parzialmente le sue precedenti affermazioni, concludendo per "la sussistenza nel periziato di una parziale capacità complessiva, scaturente da una piena capacità di intendere e da una incapacità di volere limitatamente al momento della commissione del fatto, trattandosi di un soggetto non psicotico, bensì con **personalità borderline di tipo paranoideo**".

Il perito nominato dal giudice **"concludeva nel senso di una parziale capacità di intendere e di volere del detenuto e di una sua attuale pericolosità sociale"**. In particolare, **egli escludeva "un disturbo borderline, individuando invece... un disturbo paranoideo... frammisto ad elementi appartenenti al disturbo narcisistico di personalità"; ricostruiva** il percorso psicopatologico della personalità del soggetto individuato in un 'nucleo depressivo profondo, legato ad avvenimenti personali ed in grado di determinare radicati sentimenti di inabilità, insufficienza, inadeguatezza'...", che avrebbero "portato il R. per anni ad alimentare 'vissuti fortemente persecutori e tematiche di natura aggressiva, come risposta alla incapacità di assumersi la responsabilità dei propri fallimenti esistenziali', fino a polarizzare la propria esistenza intorno a 'contenuti ideici che non possono essere definiti deliranti, ma che possono essere compresi attraverso la definizione psichiatrica di 'idee dominanti'...", ritenendo, quindi, sotto il profilo della capacità di volere e di autodeterminazione, "che il R. 'abbia sperimentato, mediante la totale invasività del pensiero persecutorio con le caratteristiche delle idee dominanti, uno scardinamento delle proprie labili capacità di controllo delle scariche impulsive e della propria aggressività...', si tratta di un passaggio all'atto in cui il libero dispiegarsi dei meccanismi della volontà viene impedito dal massiccio vissuto persecutorio..."; e che "l'imputato abbia posseduto nelle fasi immediatamente prima del delitto, come attualmente, 'una compromissione della capacità di intendere, che, se non giunge alla grave destrutturazione tipica delle autentiche esperienze psicotiche, si caratterizza per una profonda anomalia del pensiero'...": tale ausiliario del giudice concludeva, quindi, per la sussistenza di "una condizione psicopatologica in cui entrambe le capacità di intendere e di volere erano significativamente danneggiate, ma senza giungere al loro totale

azzerramento", ulteriormente chiarendo che, "quanto alla patologia organica accusata dall'imputato e consistente in una malformazione artero-venosa cerebrale", era da escludere "che essa abbia avuto un ruolo esclusivo nell'infermità psichiatrica anche se certamente contribuisce a determinare la particolare condizione del predetto, incidendo negativamente sulle sue capacità di volizione": "in sostanza – annota la sentenza di prime cure – "il perito esclude un disturbo psicotico delirante", e ritiene che "il periziato soffre di un disturbo paranoideo per effetto del quale la capacità di intendere e di volere è compromessa, ma non del tutto esclusa".

1.3 Sui gravami dell'imputato, del Procuratore Generale della Repubblica e delle parti civili, la Corte di Assise di Appello di Roma, con sentenza del 3 febbraio 2004, **escludeva la diminuzione di cui all'art. 89 c.p.**, riconosceva all'imputato le attenuanti generiche equivalenti all'aggravante di cui all'art. 61, n. 5, c.p., rideterminava la pena, fissandola in anni sedici e medi otto di reclusione, e revocava la misura di sicurezza dell'affidamento a casa di cura e custodia.

2.0 Avverso tale sentenza ha proposto ricorso l'imputato, per mezzo del difensore, denunciando:

a) vizi di violazione di legge e di motivazione, in relazione agli artt. 89, 575 c.p. Deduce che la sentenza impugnata non aveva tenuto conto degli esiti delle disposte consulenze e perizia, e contraddittoriamente aveva escluso la seminfermità di mente, pur dando atto che "la personalità dell'imputato era certamente disturbata... e che tale disturbo fornì all'imputato stesso 'gli impulsi anomali a commettere quei particolari delitti contestatigli e, con la pressione di un violento ed esasperato vissuto di persecuzione, gli attenuò le capacità di autocontrollo'"; soggiunge che neanche si era tenuto conto "che gli specialisti avevano evidenziato una vera e propria lesione organica cerebrale..., sicché esisteva una base organica che indubbiamente ha contribuito nello sviluppo della personalità di tipo paranoideo". Rileva, poi, che "la valutazione dell'imputabilità è comunque del tutto erronea...", giacché "la varietà delle infermità mentali è così complessa che non può racchiudersi nell'ambito di tipologie circoscritte alla

malattia", e che (all'uopo richiamando arresti giurisprudenziali di questa Suprema Corte) "anche le anomalie psichiche costituiscono vera e propria malattia ai sensi della legge penale quando abbiano avuto un sicuro determinismo rispetto all'azione delittuosa e quindi 'un rapporto motivante con il fatto delittuoso commesso'...".

[...]

MOTIVI DELLA DECISIONE

3.0 Il primo motivo di ricorso – che nella prospettazione gravatoria assume propedeutico rilievo anche in riferimento agli altri profili di doglianza esplicitati – propone la questione che può così sintetizzarsi: se, ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, rientrano nel concetto di "infermità" anche i "gravi disturbi della personalità".

3.1 Al riguardo, e sui temi di fondo che afferiscono a tale questione, si registra da tempo un contrasto giurisprudenziale nelle decisioni di questa Suprema Corte. Le oscillazioni interpretative sono state essenzialmente determinate dal **difficile rapporto tra giustizia penale e scienza psichiatrica**, insorto dal momento in cui **quest'ultima ha sottoposto a revisione critica paradigmi in precedenza condivisi**, ponendo in crisi tradizionali elaborazioni metodologiche e, nel contempo, legittimando una sempre più accentuata tendenza verso il pluralismo interpretativo; sicché – come meglio più oltre si vedrà – accanto ad un indirizzo "medico" (all'interno del quale si sono distinti un orientamento "organicista" ed uno "nosografico"), si è proposto quello "giuridico" (volta a volta accompagnato, o temperato, dal criterio della patologicità, da quello della intensità, da quello eziologico), che ha, in sostanza, sviluppato una nozione più ampia di infermità rispetto a quello di malattia psichiatrica.

[...]

7.0 Ora, è proprio sul versante dei sicuri ancoraggi scientifici che la proposta questione presenta i più rilevanti aspetti di problematicità, in un contesto in cui la dottrina parla, pressoché unanimemente, di "crisi della psichiatria", di "una crisi di identità.... da alcuni anni attraversata"

dalla scienza psichiatrica, risultando "la classificazione dei disturbi psichici quanto mai ardua e relativa, non solo per la mancanza di una terminologia generalmente accettata, ma per i profondi contrasti esistenti nella letteratura psichiatrica"; il che ha anche fatto dire ad altra autorevole dottrina che, in effetti, "non può propriamente parlarsi di crisi dell'imputabilità. **In (relativa) crisi è infatti semmai... il concetto di malattia mentale**". È ben vero, difatti, che la difficoltà di individuare tali sicuri ancoraggi scientifici comporta ineludibili ricadute sul versante della necessaria cooperazione tra il sapere scientifico da un verso ed il giudice, d'altro verso, che di quel sapere deve essere fruitore.

7.1 La scienza psichiatrica propone, difatti, come è noto, paradigmi e modelli scientifici diversi e tra loro conflittuali.

Secondo il più tradizionale e risalente paradigma medico, le infermità mentali sono vere e proprie malattie del cervello o del sistema nervoso, aventi, per ciò, un substrato organico o biologico. Tale modello nosografico (compiutamente elaborato da Emil Kraepelin sul finire dell'ottocento) afferma, in sostanza, la piena identità tra l'infermità di mente ed ogni altra manifestazione patologica sostanziale, postula la configurazione di specifici modelli di infermità e della loro sintomatologia, propone il disturbo psichico come infermità "certa e documentabile", escludendosi ogni peculiarità, sotto tale profilo, rispetto ad altre manifestazioni patologiche; e comporta, quindi, che in tanto un disturbo psichico possa essere riconducibile ad una malattia mentale, in quanto sia nosograficamente inquadrato. Se ne è, quindi, inferito, tra l'altro, che l'accertamento della causa organica rimarrebbe assorbito dalla sussumibilità del disturbo nelle classificazioni nosografiche elaborate dalla scienza psichiatrica, nel "quadro-tipo di una determinata malattia" (per cui "quando il disturbo psichico e aspecifico non corrisponde al quadro-tipo di una data malattia, non esiste uno stato patologico coincidente col vizio parziale di mente": così, ad esempio, Cass., Sez. I, n. 930/1979). Pur nell'ambito di tale paradigma, non mancano, tuttavia, diversi riferimenti ad una prospettiva c.d. psicopatologica, per la quale il vizio di mente è da riconoscere in presenza di uno stato o processo morboso, indipendentemente dall'accertamento di un substrato organico

e di una sua classificazione nella nosografia ufficiale (si è affermato, quindi, che, "se è esatto che il vizio di mente può sussistere anche in mancanza di una malattia di mente tipica, inquadrata nella classificazione scientifica delle infermità mentali, è pur sempre necessario che il vizio parziale discenda da uno stato morboso, dipendente da una alterazione patologica clinicamente accertabile...": così Cass., Sez. I, n. 9739/1997).

7.2 Agli albori del '900, sotto l'influenza dell'opera freudiana (e con la scoperta dell'inconscio, di un mondo, cioè, nascosto dentro di noi, "privo di confini fisiologicamente individuabili", attraverso l'esame dei tre livelli della personalità: l'Es, il livello più basso e originario, permanentemente inconscio; l'Io, la parte ampiamente conscia, che obbedisce al principio di realtà; il Super-io, che costituisce la "coscienza sociale" e consente la interiorizzazione dei valori e delle norme sociali), prese a proporsi un diverso paradigma, quello psicologico, per il quale i disturbi mentali rappresentano disarmonie dell'apparato psichico, nelle quali la realtà inconscia prevale sul mondo reale, e nel loro studio vanno individuate le costanti che regolano gli avvenimenti psicologici, valorizzando i fatti interpersonali, di carattere dinamico, piuttosto che quelli biologici, di carattere statico. I disturbi mentali vengono, quindi, ricondotti a "disarmonie dell'apparato psichico in cui le fantasie inconscie raggiungono un tale potere che la realtà psicologica diventa, per il soggetto, più significativa della realtà esterna" e, "quando questa realtà inconscia prevale sul mondo reale, si manifesta la malattia mentale". Il concetto di infermità, quindi, si allarga, fino a comprendere non solo le psicosi organiche, ma anche altri disturbi morbosi dell'attività psichica, come le psicopatie, le nevrosi, i disturbi dell'affettività: oggetto dell'indagine, quindi, non è più la persona-corpo, ma la persona-psiche.

7.3 Intorno agli anni '70 del secolo scorso si è proposto un altro indirizzo, quello sociologico, per il quale la malattia mentale è disturbo psicologico avente origine sociale, non più attribuibile ad una causa individuale di natura organica o psicologica, ma a relazioni inadeguate nell'ambiente in cui il soggetto vive; esso nega la natura fisiologica dell'infermità e pone in discussione anche la sua natura psicologica ed i principi della psichiatria classica, proponendo, in sostanza, un concetto

di infermità di mente come "malattia sociale". Dal nucleo di tale indirizzo si sono, quindi, sviluppati orientamenti scientifici che rifiutano l'esistenza della malattia mentale come fenomeno organico o psicopatologico (la c.d. "antipsichiatria", o "psichiatria alternativa").

7.4 Nella scienza psichiatrica attuale sono presenti orientamenti che affermano un "modello integrato" della malattia mentale, in grado di spiegare il disturbo psichico sulla base di diverse ipotesi esplicative della sua natura e della sua origine: trattasi, in sostanza, di "una visione integrata, che tenga conto di tutte le variabili, biologiche, psicologiche, sociali, relazionali, che entrano in gioco nel determinismo della malattia", in tal guisa superandosi la visione eziologica monocausale della malattia mentale, pervenendosi ad una concezione "multifattoriale integrata".

[...]

11.1 Deve, dunque, ritenersi che anche ai disturbi della personalità può essere attribuita una attitudine, scientificamente condivisa, a proporsi come causa idonea ad escludere o grandemente scemare (in presenza di determinate condizioni, di cui più oltre si dirà), in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente. **D'altra parte, anche quell'indirizzo che fa leva sul "valore di malattia" appare evocare un concetto psicopatologico forense, idoneo ad individuare situazioni che, indipendentemente dalla loro qualifica clinica, "assumono significato di malattia", meglio "significato di infermità", per quanto si è sopra chiarito, e quindi idonee ad incidere sulla predetta capacità di intendere e di volere: e pure si avverte che, in ogni caso, "se un tempo si affermava che non tutte le malattie in senso clinico avessero 'valore di malattia' in senso forense, oggi si pone soprattutto l'accento sul fatto che, viceversa, vi possono essere situazioni clinicamente non rilevanti o classificate che in ambito forense assumono 'valore di malattia' in quanto possono inquinare le facoltà cognitive e di scelta".**

[...]

Per quanto riguarda, quindi, per quel che più specificamente qui interessa, **i disturbi della personalità, essi - che innanzitutto si**

caratterizzano, secondo il predetto manuale diagnostico, per essere "inflexibili e maladattativi" - possono acquisire rilevanza solo ove siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere. Vuole, cioè, dirsi che i disturbi della personalità, come in genere quelli da nevrosi e psicopatie, quand'anche non inquadrabili nelle figure tipiche della nosografia clinica iscrivibili al più ristretto novero delle "malattie" mentali, possono costituire anch'esse "infermità", anche transeunte, rilevante ai fini degli artt. 88 e 89 c. p., ove determinino lo stesso risultato di pregiudicare, totalmente o grandemente, le capacità intellettive e volitive. Deve, perciò, trattarsi di un disturbo idoneo a determinare (e che abbia, in effetti, determinato) una situazione di assetto psichico incontrollabile ed ingestibile (totalmente o in grave misura), che, incolpevolmente, rende l'agente incapace di esercitare il dovuto controllo dei propri atti, di conseguentemente indirizzarli, di percepire il disvalore sociale del fatto, di autonomamente, liberamente, autodeterminarsi: ed a tale accertamento il giudice deve procedere avvalendosi degli strumenti tutti a sua disposizione, l'indispensabile apporto e contributo tecnico, ogni altro elemento di valutazione e di giudizio desumibile dalle acquisizioni processuali.

Tali requisiti ha più volte evocato la giurisprudenza di questa Suprema Corte che ha esaminato la incidenza, in *subiecta materia*, per lo più delle psicopatie, nel cui novero sono ascrivibili, come s'è detto, i disturbi della personalità. Si è, così, fatto riferimento, nei diversi e variegati contesti motivazionali apprezzati, ai casi in cui "... "le c.d. personalità psicopatiche..., per la loro gravità, cagionino un vero e proprio stato patologico, uno squilibrio mentale incidente sulla capacità di intendere e di volere" (Cass., Sez. I, n. 33130/2004, in una fattispecie in cui è stata esclusa la rilevanza di un disturbo della personalità di tipo borderline, "analiticamente e puntualmente motivato"; id., Sez. VI, n. 7845/1997, ancora in tema di un disturbo della personalità borderline); al "carattere di cogente imperatività" (Cass., Sez. I, n. 27708/2004, in riferimento a "disturbo delirante cronico"); alla infermità "che incida in modo rilevante sui processi intellettivi e volitivi", rendendo

il soggetto incapace "di rendersi conto del valore delle proprie azioni e di determinarsi in modo coerente con le rappresentazioni apprese" (Cass., Sez. I, n. 24255/2004, a proposito di "particolari tratti della personalità" e di un prospettato, ma escluso, "disturbo borderline di personalità"); alla manifestazione del disturbo "con elevato grado di intensità e con forme più complesse tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi" (Cass., Sez. I, n. 19532/2003, a proposito di "nevrosi e psicopatie"; id. Sez. I, n. 3536/1997, ancora a proposito di "nevrosi e psicopatie" e sussistenza o meno di una "degenerazione della sfera intellettuale e cognitiva dell'agente"); alla sussistenza di "una persistente coscienza ed organizzazione del pensiero", o di "un'avvenuta rottura del rapporto con la realtà" (Cass., Sez. I, n. 15419/2002, a proposito di "disturbi della personalità di tipo borderline" con "componenti narcisistiche", ritenute, nella specie, non "sufficienti a configurare una situazione di impossibilità di scegliere"); ad "uno squilibrio mentale a causa della intensità delle deviazioni caratteriali" (Cass., Sez. I, n. 13029/1989, indotto da "una gravità della psicopatia tale da determinare un vero e proprio stato patologico"); ad una "rivoluzione psicologica interna per cui l'individuo è diventato estraneo a se stesso", ad "una effettiva compromissione della coscienza, attestata da uno stato confusionale acuto" (Cass., Sez. I, n. 4492/1987). Anche l'indirizzo giurisprudenziale che, più specificamente ed esplicitamente, fa riferimento al "valore malattia" appare prospettare non già una sovrapposizione nosografica dei due termini ("malattia" ed "infermità"), ma piuttosto una coincidenza di risultati valutativi quanto ai finali esiti della sussistenza o meno di una compromissione della capacità intellettuale e volitiva: il tema risulta in particolare più diffusamente affrontato nella citata sentenza n. 4103/1986, della I sezione penale, la quale - puntualizzata la differenza tra "malattia" ed "infermità" - rileva che con tale ultimo concetto "si intende esprimere il 'grado di diversità' fra le direttive abituali di una personalità ed i modi di reazione suoi propri, da un lato, ed il suo comportamento abnorme dall'altro, in modo da poter chiarire come, partendo dall'essere 'infermo' dell'individuo, siano state in concreto limitate o addirittura annullate le possibilità di un minimo adattamento individuale alla convivenza sociale".

[...]

PER QUESTI MOTIVI

La Corte annulla l'impugnata sentenza e rinvia per nuovo giudizio ad altra sezione della Corte di Assise di Appello di Roma.

1.3 - CONCLUSIONI

La riforma del sistema dell'applicazione della misura di sicurezza, si configura certamente come un progresso sociale, giudiziario e quindi culturale.

Strutturare un impianto normativo in grado di affrontare i molteplici, e insidiosi, scenari che possono configurarsi per i soggetti autori di reato e affetti da patologia psichiatrica grave, appare quanto mai complesso e intriso di insidie.

L'abolizione e il superamento dell'O.P.G. verso le R.E.M.S., dovrebbe rappresentare il presupposto fondamentale per riconoscere la gravità dell'affezione mentale correlata al reato, e quindi meritevole di un intensivo investimento dello Stato per offrire servizi di eccellenza sotto il profilo del trattamento e della riabilitazione. Allo stesso tempo, la restituzione della dignità di ammalato all'autore di reato affetto da malattia psichica non può far sottovalutare i rischi connessi al grado di violenza che questa popolazione di soggetti è in grado di esprimere.

La configurazione preventiva (e non curativa) che ha mantenuto la misura di sicurezza, confligge con l'attribuzione totale della gestione di

questi soggetti al solo sistema sanitario. L'esclusione di qualsivoglia forma di polizia giudiziaria all'interno delle R.E.M.S. limita il personale sanitario nel poter agire forme di contenimento della violenza non arginabili con trattamenti rieducativi né farmacologici, che richiederebbero ambienti e infrastrutture appositamente concepiti, ma che sono state escluse categoricamente dal piano di riforma.

Allo stato attuale le R.E.M.S., sembrano essere state concettualizzate per soggetti affetti da patologie mentali croniche e residuali, mentre la popolazione forense era già mutata verso l'inclusione dei disturbi della personalità nel novero delle condizioni di infermità capaci di diminuire la responsabilità penale di un individuo. Questa sottopolazione, capace sia di esprimere un elevato grado di violenza, sia di controllare il proprio comportamento e/o agire deliberatamente in funzione di un vantaggio personale, sembra mettere in crisi l'attuale conformazione del sistema R.E.M.S., che andrebbe pertanto ampliato con la progettazione di idonee strutture con standard di sicurezza più elevati per la gestione di questi particolari utenti, arginabili nel loro comportamento più che dal trattamento psichiatrico, dall'ambiente di collocamento.

CAPITOLO II:

LA PSICOPATIA E GLI STRUMENTI DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI VIOLENZA

2.1 - LA MASCHERA DELLA SANITÀ

Nell'ultima edizione di *The Mask of Sanity*, edito per la prima volta nel 1941, Harvey Cleckley (1976) descrive le caratteristiche peculiari di alcuni suoi pazienti, che definisce come «psicopatici».

A differenza di pazienti che rispondevano ad una diagnosi di disturbo antisociale di personalità, i pazienti psicopatici descritti da Cleckley non presentavano infatti caratteristiche riferibili prevalentemente al loro comportamento, bensì alle loro modalità relazionali, alla loro vita affettiva ed a tratti di personalità qualitativamente differenti dalla norma.⁷

Il concetto di psicopatia è, ancora oggi, oggetto di dibattito scientifico e criminologico soprattutto per quanto concerne l'insieme delle caratteristiche psicologiche, psicopatologiche e comportamentali che la contraddistinguono, differenziandola da disturbi solitamente considerati equivalenti, come ad esempio il disturbo antisociale di personalità. Si tratta di una distinzione essenziale in ambito psichiatrico forense, se consideriamo ad esempio il valore che la differenziazione può assumere in merito all'attribuzione di infermità nell'autore di reato.

Le personalità psicopatiche, non sono infatti francamente antisociali, ovvero non hanno un evidente conflitto con le regole sociali così come, di converso, molte persone che soddisfano i criteri per la personalità antisociale non hanno un carattere psicopatico.

A partire dalle intuizioni di Cleckley, si è quindi cominciato ad approfondire e sottolineare la differenza intercorrente tra disturbo antisociale di personalità e psicopatia, termini spesso in letteratura non

meglio specificati e riferiti intercambiabilmente ad un unico quadro clinico⁷.

Alla luce degli studi sviluppati intorno al concetto di psicopatia, si è giunti a considerarla come un disturbo deviante dell'affettività, caratterizzato da una condizione di aggressività subdola e insidiosa che si mantiene per un lungo periodo prima di rivelarsi con un comportamento oggettivo, e dall'incapacità di stringere una relazione oggettuale basata sulla reciprocità e sulla corrispondenza delle comuni emozioni.

La psicopatia va intesa quindi come un processo, caratterizzata dalla continua interazione di fattori emotivi e comportamentali che si evolvono implicitamente nella direzione di un particolare punto di arrivo: la perdita definitiva del sentimento umano di essere nel mondo degli umani (Meloy 1988)⁸.

I tratti di personalità che contraddistinguono lo psicopatico (Cleckley 1976; Hare 1991; 1993) sono: il distacco emotivo, fascino superficiale, grandioso senso del valore personale, intelligenza manipolativa, assenza di segni di pensiero irrazionale o di sofferenza psichica, egocentrismo patologico, incapacità di provare amore o affetto, bisogno di stimolazioni e ricerca compulsiva di sensazioni nuove, uso patologico di menzogne e tecniche di manipolazione, mancanza di rimorso e senso di colpa, insensibilità e mancanza di empatia e di *insight*, ipercontrollo personale e interpersonale, mancanza di obiettivi realistici, deficit del controllo degli impulsi, irresponsabilità, relazioni sentimentali brevi, tendenza alla criminalità.

Nonostante ognuno di questi tratti sia distintivo della personalità psicopatica, ciò che più colpisce in questo disturbo è la «totale assenza di empatia» (Meloy 1988), che si ripercuote inevitabilmente nell'incapacità di porsi nei panni degli altri e in un sostanziale disinteresse affettivo per gli effetti dannosi che le loro azioni producono nelle vittime (*ibid.*).

Diversi studi hanno inoltre evidenziato l'incapacità degli psicopatici ad utilizzare i profondi significati semantici del linguaggio, e la tendenza

a evitare i significati più astratti e le sfumature più sottili del linguaggio (Loney *et al.* 2003).

Secondo Hare (1993), presumibilmente, in questi individui non sono ben sviluppati i profondi network semantici e affettivi che tengono insieme le cognizioni. Egli considera gli psicopatici: «Predatori intraspecie che usano fascino, manipolazione, intimidazione e violazione per controllare il prossimo e soddisfare i propri egoistici bisogni; mancando di morale ed empatia, riescono freddamente a prendere e a fare ciò che vogliono, violando norme e divieti sociali senza il minimo senso di colpa o rimpianto».

Sempre Hare (1993) propone tre categorie di psicopatici. Gli *psicopatici primari*, considerati dall'autore i veri psicopatici, che normalmente non sono né violenti né estremamente distruttivi, ma socievoli, affascinanti e verbalmente esperti. Si presentano dunque come individui calmi e padroni di sé stessi; nonostante ciò sono ritenuti crudeli, manipolativi, egoisti e menzogneri. Considerati ottimi attori, riescono a suscitare emozioni nei loro interlocutori. I crimini che scelgono di commettere sembrano riflettere la loro anaffettività e la loro totale mancanza di considerazione sia per i sentimenti personali che per la salute altrui. Gli *psicopatici secondari* presentano severi problemi emozionali; la loro delinquenza viene attribuita all'isolamento sociale che li caratterizza. Sebbene lo psicopatico primario sia il vero psicopatico, sono gli psicopatici secondari a venire più frequentemente in contatto con la legge. Infine, gli *psicopatici dissociati* mostrano comportamenti aggressivi e antisociali che hanno appreso nell'ambito del loro ambiente evolutivo.

Risulta evidente, quindi, l'importanza dell'individuazione delle caratteristiche di psicopatia di un soggetto, specie quando si presenta all'osservazione del clinico che poi dovrà valutarne il grado di malattia e di rischio di violenza per ottenere benefici di legge o di trattamento.

2.2 - PCL-R

La Psychopathy Checklist-Revised (PCL-r, Hare, 1991), che supera e sostituisce la precedente versione (PCL, Hare, 1980), è una scala di valutazione concettualizzata per misurare i comportamenti e tratti di personalità caratterizzanti la psicopatologia negli adulti, sulla base costrutto teorico proposto da Cleckley (1976).

Tale strumento, di cui è disponibile un adattamento italiano (Caretti, Manzi, Schimmenti, Seragusa, Rossi, Ciulla, Craparo, 2011), è spesso riconosciuto come il più affidabile per misurare la psicopatologia ed è utilizzato sia in ambito di ricerca, nella clinica e soprattutto nel contesto forense (Patrick, 2005).

La PCL-R consente di identificare gli psicopatici senza confonderli con il disturbo antisociale di personalità, che condivide con la psicopatologia alcune caratteristiche: per porre diagnosi di psicopatologia è necessario che il soggetto presenti gran parte dei sintomi considerati nella scala (Ciulla, Caretti, Schimmenti, 2012; Hare, 1993). Essa, quindi, è particolarmente utile nella valutazione del rischio di recidiva in criminali psicopatici (Blair, Mitchell, Blair, 2005).

Data la tendenza del soggetto psicopatico a mentire e falsificare le informazioni che lo riguardano, la PCL-R consente di fare una valutazione utilizzando più fonti in modo congiunto: intervista, storia del caso, dati di archivio (Ciulla, Caretti, Schimmenti, 2012).

Si tratta di una intervista semistrutturata composta da 20 item, i quali ricadono nei due distinti, ma correlati, fattori: emozionale/interpersonale e della devianza sociale. Ad ogni item viene attribuito un punteggio (da 0 a 2) in accordo con il grado di applicabilità all'esaminando. Il punteggio totale può variare da 0 a 40, con un cut-off di 30 per porre la diagnosi di psicopatologia. Tuttavia, punteggi superiori a 20 indicano la presenza di un moderato tratto psicopatico.

Il *fattore 1* o *interpersonale/affettivo* riflette una serie di caratteristiche emotive e interpersonali considerate fondamentali nella psicopatologia e si

articola nelle componenti *Interpersonale* e *Affettiva*, mentre il *fattore 2* o *devianza sociale* tiene conto di tali aspetti della psicopatia correlati a uno stile di vita impulsivo, antisociale e instabile e si articola nelle componenti *Stile di vita* e *Antisociale* (Hare, Hart, Harpur, 1991; Ciulla, Caretti, Schimmenti, 2012).

Fattore 1

Il *fattore Interpersonale/affettivo* comprende i seguenti tratti: loquacità e superficialità, egocentrismo e grandiosità, assenza di rimorso o senso di colpa, mancanza di empatia, falsità e manipolazione, affettività superficiale.

Loquacità e superficialità

Gli psicopatici spesso si presentano bene, appaiono attraenti e affascinanti. Possono parlare in continuazione e raccontare storie inverosimili, riferire di avere delle nozioni e qualifiche che in realtà non hanno. Alcuni osservatori hanno l'impressione che tali soggetti stiano recitando, in quanto traspare la loro non autenticità e superficialità (Hare, 1993).

Egocentrismo e grandiosità

Un intenso egocentrismo e un forte senso di superiorità consentono agli psicopatici di elevarsi al di sopra della legge. Queste persone non si preoccupano di seguire le regole della comunità e le leggi, sono interessate solo a non infrangere le proprie personali linee di condotta, di conseguenza, anche i più efferati criminali hanno una valutazione estremamente positiva di sé (Hare, 1993).

Assenza di rimorso o senso di colpa

Gli psicopatici non mostrano rimorso quando le loro azioni provocano danni o dolore in altre persone. Solitamente dichiarano di non provare alcun senso di colpa e nelle occasioni in cui, invece, verbalizzano un pentimento, si contraddicono con le parole o con le

azioni.

Questi soggetti hanno una grande capacità di razionalizzare il proprio comportamento, di minimizzare le responsabilità personali per ciò che fanno, giungendo, a volte, a negare persino le conseguenze negative che hanno subito gli altri. Inoltre, spesso, paradossalmente, si considerano le vere vittime (Hare, 1993).

Mancanza di empatia

La capacità di immedesimarsi nell'altro e di percepirne i pensieri e gli stati d'animo è assente negli psicopatici. Possono riuscire a mettersi nei panni degli altri solo in un senso puramente intellettuale, i sentimenti altrui non suscitano alcun interesse e le persone sono considerate poco più che oggetti da utilizzare per la propria gratificazione. Si tratta di una mancanza di empatia generalizzata che si manifesta restando indifferenti alle sofferenze di estranei e familiari, e che facilita comportamenti che per le altre persone sono orribili e sconvolgenti (Hare, 1993).

Falsità e manipolazione

Gli psicopatici sono abili a mentire, manipolare e ingannare gli altri per raggiungere i propri scopi o per semplice “piacere di ingannare” (Ekman, 1992) e ne sono orgogliosi. Non si preoccupano di poter essere smascherati e quando vengono scoperti mostrano indifferenza, si limitano a cambiare versione o a fare affermazioni contraddittorie, confondendo l'ascoltatore. La grande acutezza di cui dispongono nel capire le debolezze degli altri, gli consente di sfruttarle a proprio vantaggio con piani ben elaborati o anche molto semplici, come convincere gli amici che il denaro preso in prestito sarà utilizzato per pagare i debiti. L'esecuzione di questi piani è sempre distaccata, fredda e sicura (Hare, 1993).

Affettività superficiale

Gli psicopatici hanno un'affettività povera e labile. I loro sentimenti sono poco profondi e in alcune circostanze sembrano privi di emozioni e freddi, altre volte invece mostrano la loro affettività in modo teatrale e superficiale. Normalmente, la paura è un'emozione spiacevole causata da minacce di dolore o punizione, che stimola un comportamento che possa ridurre tali minacce. Negli psicopatici, la paura e la consapevolezza delle conseguenze negative non influenza il comportamento. Inoltre, in essi, la paura non è accompagnata dalle consuete risposte fisiologiche (Hare, 1993).

Fattore 2

Il secondo fattore fa riferimento allo stile di vita e alla devianza sociale. Tale fattore si compone dei seguenti tratti:

Bisogno di stimoli/Propensione alla noia

Gli psicopatici tendono solitamente a ricercare situazioni rischiose, per contrastare i sentimenti di noia e soddisfare un continuo bisogno di eccitazione: desiderano infatti vivere «al limite», «sul filo del rasoio».

Stile di vita parassitario

Gli psicopatici tendono a fare continuamente affidamento sulla famiglia, i parenti, gli amici o i contributi di assistenza sociale.

Deficit del controllo comportamentale

Spesso mostrano un inadeguato controllo del comportamento. Tendono a rispondere alle situazioni di stress, a critiche o a frustrazioni con comportamenti violenti o minacce e abusi verbali.

Mancanza di obiettivi realistici a lungo termine

Mostrano una sostanziale incapacità o mancanza di volontà nel formulare ed eseguire piani ed obiettivi realistici e a lungo termine. Nelle

loro dichiarazioni non c'è alcun riferimento a progetti futuri, mostrando un estremo interesse a vivere il presente.

Impulsività

Solitamente, gli psicopatici tendono a soddisfare un bisogno passando all'azione senza valutare i pro e i contro. Quando interrogati sulla motivazione che li ha spinti ad agire in una data maniera, spesso si limitano a rispondere: «l'ho fatto solo perché mi andava di farlo».

Irresponsabilità

Questi soggetti scappano furiosamente da ogni tipo di responsabilità in tutti i campi della loro vita. Hanno poco o nessun senso del dovere o lealtà verso la famiglia, amici, impiego, società, ideali o cause.

Problemi comportamentali precoci

La maggior parte degli psicopatici presenta gravi problemi comportamentali in giovane età. Questi problemi possono includere comportamenti persistenti di menzogna, frode, furto, rapina, piromania, assenze ingiustificate da scuola, disturbo delle attività della classe, abuso di sostanze (inclusi l'alcol e lo sniffare la colla), vandalismo, violenza, bullismo, fughe da casa, e attività sessuali precoci.

La sensibilità diagnostica della PCL-r la rende uno strumento di *assessment* insostituibile e fondamentale nei contesti detentivi e psichiatrico-forensi, oltre che per le implicazioni medico-legali correlate all'individuazione del rischio di recidiva, anche per la preparazione dello staff clinico al rapporto quotidiano con il soggetto connotato da questa particolare, e grave, affezione mentale.

2.3 - HARM-FV

La valutazione del rischio di violenza occupa, per ovvie ragioni di prevenzione e trattamento, un ruolo centrale nella gestione delle persone accolte in unità cliniche di tipo psichiatrico forense, specie se sottoposte a misure penali detentive (Singh et al., 2014). Le valutazioni del rischio di violenza aiutano i clinici a identificare le persone che hanno maggiori probabilità di manifestare comportamenti aggressivi, agiti sia sulla base di un discontrollo degli impulsi, sia attraverso una premeditazione e una organizzazione più lucida.

La Hamilton Anatomy of Risk Management - Versione forense (HARM-FV; Chaimowitz & Mamak, 2011) è uno strumento sviluppato per l'uso specifico in ambito psichiatrico ospedaliero. Attraverso una valutazione sistematica di 6 fattori di rischio storici e di 10 fattori dinamici, la HARM-FV guida i medici a sviluppare previsioni sul rischio di aggressione e quindi sviluppare strategie per gestire tale rischio sia nel breve periodo che nel medio termine⁹.

Fattori di rischio storici

- ❖ Storia di reato violento
- ❖ Storia di reato non violenta
- ❖ Disturbo Mentale maggiore: Psicosi, Disturbo Bipolare
- ❖ Disturbo della personalità
- ❖ Uso di sostanze
- ❖ Deficit cognitivi

Fattori di rischio dinamici

- ❖ Aderenza alle regole della struttura
- ❖ Insight
- ❖ Disturbo dell'umore insorto in corso di ricovero
- ❖ Sintomi psicotici floridi e persistenti
- ❖ Discontrollo degli impulsi
- ❖ Assenza/Presenza di supporto sociale
- ❖ Abuso di sostanze in corso di ricovero
- ❖ Non aderenza al trattamento farmacologico

- ❖ Atteggiamento antisociale
- ❖ Risposta abnorme allo stress

Qualsiasi diagnosi di un disturbo di personalità viene identificata come un potenziale fattore di rischio storico. Tuttavia, i disturbi della personalità come il disturbo antisociale e borderline nei contesti forensi, assumono particolare attenzione per il rischio di agire comportamenti problematici, violenti o di rilevanza legale (Cooper, Wood, Orcutt e Albino, 2003; Mauricio, Tein e Lopez, 2007). I sintomi acuti del disturbo di personalità sono anche catturati da diversi fattori dinamici sull'HARM-FV, come ad esempio le capacità di insight, il controllo degli impulsi e l'atteggiamento antisociale. Inoltre, l'uso di sostanze è identificato come un fattore di rischio storico e dinamico.

La valutazione del rischio futura violenza tramite HARM-FV è espressa con un punteggio compreso tra 1 e 3, dove 1 identifica il rischio lieve, e 3 il rischio severo, ipotizzando due differenti scenari: con supporto professionale (sorveglianza degli operatori nelle 24 h) o senza supporto professionale (domiciliazione dopo la dimissione). La differenziazione intende indirizzare l'attenzione sull'impatto che l'ambiente, il trattamento e la supervisione diretta possono avere sulle condotte del soggetto. Quando si considerano le potenziali forme di aggressione, l'HARM-FV guida gli operatori ad esaminare l'aggressività in generale, in quanto il personale clinico è responsabile della valutazione e della risposta a un'ampia gamma di comportamenti in ambito ospedaliero, compresa la distruzione di proprietà.

Una scala accessoria della HARM-FV, di incredibile utilità clinica e predittiva, è rappresentata dalla Scala degli Incidenti Aggressivi (AIS) che valuta con puntualità ogni innalzamento di violenza/aggressività dell'ospite, secondo una misurazione del comportamento in una scala metrica da 1 a 9, come indicato in tabella.

Livello	Incidente	Descrizione
9	Incidente critico - possibile pericolo di vita e di morte - possibile chiamata della polizia	Grave aggressione violenta o aggressione sessuale. La vittima necessita di cure mediche. Può essere chiamata la polizia.
8	Assalto violento non provocato, senza motivo	Aggressione interpersonale impulsiva in cui non sono identificabili precursori apparenti.
7	Assalto violento	Aggressione prevede il contatto fisico con un'altra persona
6	Spinta	Spinta con intenzione aggressiva, non incidentale.
5	Distruzione di proprietà	Aggressione diretta a proprietà
4	Improprio contatto fisico	Comportamento che non è un assalto, ma è un contatto fisico inadeguato.
3	Intimidatorio, minaccioso, violazione dello spazio personale	Il linguaggio e l'atteggiamento fisico del paziente sono minacciosi.
2	Intimidatorio, voce alta	Il paziente è verbalmente intimidatorio, urla ed impreca
1	Scortese, polemico	Il paziente è scortese, polemico e contesta l'autorità.

La rilevazione, che è effettuata da tutti gli operatori che assistono all'espressione di un comportamento violento o potenzialmente tale, assume particolare importanza nella gestione dell'escalation aggressiva, per cui l'individuazione degli stadi precoci (livello 1-2), permette di agire tempestivamente tutte le tecniche di de-escalation verbale, o di agire farmacologicamente una tranquillizzazione del soggetto, impedendo episodi maggiori e quindi proteggendo anche l'incolumità propria e altrui.

Nell'espressione del rischio, l'osservazione storica delle scale AIS consente una maggiore accuratezza del valore da attribuire al soggetto.

L'HARM-FV inoltre dirige il valutatore a identificare e considerare potenziali bersagli o vittime e ricorda al valutatore di considerare qualsiasi problema relativo al dovere di avvertire / dovere di proteggere quando una vittima identificabile è a rischio. Poiché HARM-FV viene utilizzato per guidare la discussione sui rischi all'interno di un ambiente di squadra, funge anche da modulo di documentazione sintetica per la cartella clinica che delinea tutti gli elementi chiave della storia di un individuo, problemi attuali e piano di trattamento.

2.4 - CONCLUSIONI

L'individuazione dei tratti di psicopatia tramite PCL-r e la previsione del rischio tramite HARM-FV, acquistano particolare utilità in quelle condizioni di apparente conformità al regolamento e alle convenzioni sociali, anche a fronte di delitti efferati o ripetuti nel tempo che hanno determinato l'applicazione di una misura di sicurezza per infermità psichica.

L'*assessment* psicodiagnostico all'interno di un contesto psichiatrico forense come la R.E.M.S. è di primaria importanza in quelle condizioni che, per varie ragioni, non esprimono dimensioni psicopatologiche misurabili con la sola osservazione del comportamento. La diagnosi di psicopatia acquista un valore aggiunto nel momento in cui il soggetto appare capace di mantenere una condotta irreprensibile, e allo stesso tempo esprime un grado di freddezza emotiva e di lucidità che non possono essere sottovalutate nella stima del rischio per futuri eventi criminosi.

La previsione del rischio di violenza, e la correlazione con determinati fattori psicologici caratteristici della psicopatia, consente quindi al clinico di poter relazionare all'Autorità Giudiziaria sull'andamento del ricovero in R.E.M.S. per ogni soggetto, e quindi di poter valutare, in senso giudiziario, il livello di pericolosità sociale dell'individuo.

CAPITOLO III:

STUDIO PER L'INDIVIDUAZIONE DI FATTORI PREDITTIVI DI VIOLENZA

3.1 - OBIETTIVO E IPOTESI DI RICERCA

- Obiettivo principale dello studio è quello di confrontare i dati psicometrici e psichiatrico forensi tra soggetti affetti da patologia psichiatrica autori di reato accolti in Residenze Psichiatrico Forensi, distinti tra psicopatici e non psicopatici, per individuare la presenza di differenze significative in grado di correlare con un maggiore rischio di recidiva di comportamento violento nel futuro.

Le ipotesi di ricerca che hanno sostenuto lo sviluppo del nostro studio sono le seguenti:

- Soggetti affetti da patologia mentale che ricevono la diagnosi di psicopatia possiedono un rischio maggiore di manifestare comportamenti violenti nel futuro¹⁰;
- Soggetti definiti psicopatici riescono ad esprimere un'immagine positiva di sé stessi eludendo i comuni strumenti di psicodiagnosi¹¹;
- La PCL-r rappresenta un accurato strumento psicodiagnostico per discriminare soggetti psicopatici da soggetti non psicopatici¹²;
- Al deficit morale che caratterizza l'assenza di empatia e di rimorso dei soggetti psicopatici corrisponde un substrato neurobiologico nelle specifiche aree cerebrali che sottendono alle funzioni emotive¹³.

3.2 - MATERIALI E METODI

L'intero gruppo dei partecipanti (N.21) è stato arruolato all'interno delle R.E.M.S. appartenenti al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della ASL Roma5, dislocate nei comuni di Subiaco (Rm) e Palombara Sabina (Rm). Tutti i soggetti erano di sesso maschile e con età superiore agli anni 18, sottoposti alla misura di sicurezza detentiva, in via provvisoria o definitiva.

L'applicazione della misura di sicurezza presso una R.E.M.S. è stata disposta, per ogni partecipante, dall'Autorità Giudiziaria all'interno di un procedimento penale. Ognuno di essi è stato sottoposto a Perizia medico legale che ha valutato la ridotta responsabilità penale (vizio totale o parziale di mente, ovvero capacità di intendere e di volere al momento della commissione del fatto reato abolita in maniera totale o grandemente scemata) e la qualità di persona socialmente pericolosa in senso psichiatrico.

Ogni partecipante ha fornito il consenso informato in cartella clinica per la somministrazione della batteria di *assessment* psicodiagnostico, e poi ha aderito alla sperimentazione tramite consenso informato su apposita scheda, che ha incluso l'accettazione all'esecuzione di Risonanza Magnetica (RM) presso la U.O. Neuroradiologia del Policlinico "Umberto I" di Roma. Il protocollo di ricerca è stato approvato in ogni sua parte, e con particolare riferimento alla protezione dei dati sensibili giudiziari e alle implicazioni forensi dei risultati, dal Comitato Etico Lazio1 – Prot. 2069/CE Lazio1.

Sono stati esclusi dallo studio i candidati che non hanno sottoscritto il consenso informato alla partecipazione e coloro che al momento della valutazione presentavano deficit cognitivi e della coscienza con punteggi ottenuti al *Mini Mental State Examination* (MMSE) pari o inferiori a 25/30 (Folstein, 1975).

Solo N.13 partecipanti hanno eseguito la RM poiché, nonostante l'accettazione del protocollo, per N.8 soggetti non è

pervenuta la necessaria autorizzazione per il trasporto esterno alla R.E.M.S. da parte del Magistrato competente, o non erano presenti le condizioni di sicurezza per in trasporto, date dall'instabilità psicopatologica.

Il campione è stato suddiviso in base al risultato ottenuto dalla somministrazione della PCL-R (Hare RD, 2003): punteggi pari o superiori a 20/40 hanno determinato l'inclusione nel gruppo dei casi psicopatici (**PSY – N.13**). I soggetti che hanno ottenuto punteggi inferiori a 20/40 hanno costituito il gruppo dei controlli non psicopatici (**NON-PSY – N.8**).

Tramite la compilazione della scheda di reclutamento sono state raccolte, per ogni partecipante, informazioni anagrafiche, anamnestiche e giudiziarie.

La diagnosi psichiatrica è stata posta da clinici esperti seguendo i criteri diagnostici del DSM-5 (APA, 2013). Gli strumenti psicodiagnostici hanno misurato il livello di gravità psicopatologica attraverso la **Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS 24 item**, l'organizzazione della personalità attraverso il **Minnesota Multiphasic Personality Inventory – II (MMPI-II)**, il grado di Alessitimia attraverso la **Toronto Alexythimia Scale - TAS 20 item**. I tratti di psicopatia sono stati esplorati dalla somministrazione della **Psychopathic Checklist Revised (PCL-r)**. Il rischio di violenza è stato misurato attraverso la compilazione della **Hamilton Anatomy of Risk Management (HARM-fv)** nella sua versione forense¹⁴, che prende in esame la storia clinica e giudiziaria del soggetto, l'osservazione durante il ricovero misurando il livello di violenza espressa attraverso la sottoscala AIS (scala degli incidenti aggressivi), per poi esprimere una stima del rischio con un punteggio che va da 1 (rischio lieve), 2 (rischio moderato) fino al punteggio 3 (rischio elevato).

Attraverso l'utilizzo del software *Statistical Software Package for Social Sciences* (SPSS) per Mac-OS versione 25.0, sono state condotte le analisi statistiche per questo studio.

Le analisi di correlazione tra variabili sono state condotte tramite il coefficiente di correlazione di *Pearson*. Una prima correlazione tra le variabili BPRS, MMPI-II, PCL-r tot e HARM-fv è stata eseguita su tutto il campione (N=21). Una seconda correlazione è stata poi eseguita sul campione dei casi (n=13), per valutare in maniera più selettiva eventuali significatività statistiche con le quattro componenti (C1-C2-C3-C4e i due F1 ed F2 della PCL-r con la valutazione del rischio misurato dalla HARM-fv. Il test *t di Student* per campioni indipendenti, è stato utilizzato per valutare le differenze tra medie nelle variabili continue.

Tutti i test sono stati *two-tailed*: il livello di significatività alpha è stato fissato allo 0.05.

VARIABILI SOCIO-DEMOGRAFICHE DEL CAMPIONE

L'età media dei partecipanti allo studio (N.21) è di 47,1 anni (DS 9,8), con una scolarità espressa in anni di studio pari a 9,76 anni (DS 2,68). N.17 partecipanti (80,95%) erano disoccupati, con inabilità lavorativa accertata da una Commissione per l'Invalidità Civile. N.11 soggetti (52%) erano civilmente celibi, N. 2 (24%) civilmente separati o divorziati, N. 2 (24%) coniugati.

VARIABILI GIUDIZIARIE DEL CAMPIONE

Per l'intero campione in esame (N.21), la durata media della misura di sicurezza inflitta, al momento del ricovero, è di 2,52 anni (DS 2,63).

All'interno del gruppo PSY (**N.13**), N.12 partecipanti erano stati già sottoposti in passato alla misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario. N.7 partecipanti erano andati incontro a fallimento della misura della Libertà Vigilata. N.8 soggetti erano stati considerati totalmente incapaci di intendere e volere al

momento del fatto reato, N.5 parzialmente incapaci. Nessuno degli inclusi nel gruppo dei casi era autore di omicidio.

N.6 partecipanti avevano addebitati reati violenti (minacce, lesioni, omicidio tentato) all'interno del nucleo familiare, N.8 avevano addebitati reati violenti (minacce, lesioni, omicidio tentato) contro estranei, N. 4 avevano addebitati reati di distruzione del patrimonio, anche in associazione tra loro.

All'interno del gruppo NON-PSY (**N.8**), N.1 partecipante era stato già sottoposto in passato alla misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario. N.1 partecipante era andato incontro a fallimento della misura della Libertà Vigilata. N.8 soggetti erano stati considerati totalmente incapaci di intendere e volere al momento del fatto reato.

N.3 partecipanti dei controlli erano autori di omicidio. N.4 avevano addebitati reati violenti (minacce, lesioni, omicidio tentato) all'interno del nucleo familiare, N.2 avevano addebitati reati violenti (minacce, lesioni, omicidio tentato) contro estranei, nessuno si era reso autore del reato di distruzione del patrimonio, anche in associazione tra loro.

VARIABILI CLINICHE DEL CAMPIONE

Per l'intero campione (N.21) è stata considerata la durata di malattia psichiatrica, con un media di 14,67 anni (DS 10,46), intesa come il periodo intercorso tra il primo contatto nella vita con uno specialista della salute mentale e l'attualità della valutazione. N.8 partecipanti avevano una familiarità positiva per patologie psichiatriche. Per quanto riguarda la comorbidità con sostanze d'abuso, N.19 soggetti (90,5%) presentava una positività per uso, abuso o dipendenza da stupefacenti.

Il 52,4% dei partecipanti (N.11) ha ricevuto una diagnosi di Disturbo dello Spettro Schizofrenico e altre Psicosi, e il 4,76% (N.1) ha ricevuto la diagnosi di Disturbo Bipolare tipo I. Nel 47,61% dei soggetti (N.10) è stata formulata una diagnosi di

Disturbo di Personalità del cluster B (D. Narcisistico della P., D. Borderline della P., Disturbo Antisociale della P.), nel 9,52% (N.2) dei partecipanti è stata applicata una diagnosi di Disturbo di Personalità del Cluster A (D. Paranoide della P.). In N.3 soggetti è stata formulata una diagnosi di Disturbo dello Spettro Schizofrenico o altra Psicosi comorbile ad un Disturbo della Personalità.

3.3 - RISULTATI

Tutti i partecipanti hanno completato la valutazione, dimostrando un livello di gravità psicopatologica moderato/grave, con punteggio medio alla BPRS pari a 64,24 (Minimo: 35, Massimo: 102, DS 13,17). Il livello medio di funzionamento cognitivo non si è dimostrato compromesso, con punteggi ottenuti al MMSE pari a 27,62 (Minimo: 25, Massimo: 30, DS 1,53), all'interno del range di normalità.

Nella tabella 1 sono riportati i valori medi (DS) ottenuti dai due gruppi in esame.

	BPRS	MMSE
PSY	62,92 (15,8)	27,31 (1,3)
NON-PSY	66,38 (7,4)	28,12 (1,7)

Tab.1

Il valore medio del grado di Alessitimia si è attestato su un punteggio alla scala TAS di 47,13 (Minimo: 30, Massimo: 73, DS 13,12). Nella tabella 2 sono riportati i valori medi (DS) ottenuti dai due gruppi in esame.

TAS	
PSY	45 (12,8)
NON-PSY	49,57 (14)

Tab.2

Esaminando i punteggi medi ottenuti alle scale di validità e alle scale cliniche del MMPI-2, l'intero campione ha mostrato un solo indice con valore medio superiore al range di normalità (t:65) nella scala 4 corrispondente "deviazione psicopatica" (tab.3)

MMPI-II	Media	Deviazione std.
L	52,68	5,687
F	64,95	12,541
K	46,47	8,847
Hs	61,00	9,568
D	57,16	9,611
Hy	55,11	6,724
Pd	69,26	12,520
MF	53,05	11,389
Pa	64,95	9,681
Pt	56,05	9,095
Sc	63,79	8,587
Ma	63,26	15,191
Si	52,58	9,143

Tab.3

Il gruppo PSY che ha mostrato un'elevazione media superiore al limite di normalità alla sola scala 4 Deviazione Psicopatica (valore medio 66,2, DS 12,8).

Il gruppo di controllo NON-PSY ha ottenuto punteggi medi patologici in più tratti di personalità: scala 4 Deviazione

Psicopatica (media 73,3 DS 11,5), scala 6 Paranoia (media 70,8 DS 10,1), scala 8 Schizofrenia (media 67,7 DS 9,6)

La valutazione della psicopatia sull'intero campione ha mostrato un punteggio medio indicativo di una diffusa presenza di tratto psicopatico con valore medio ottenuto alla PCL-r pari a 20,81 (Minimo: 5, Massimo 36, DS: 9,79), fig.1.

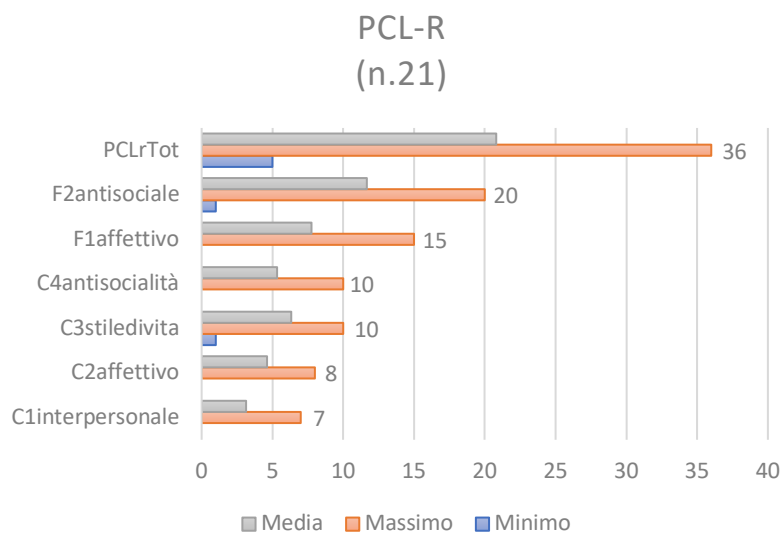


Fig. 1

I punteggi medi ottenuti dai due gruppi in esame, sia nelle componenti (c1-c2-c3-c4) che nei fattori (f1-f2) della PCL-r sono riportati nella Tab. 4.

	N	MEDIA	DS
C1. Interpersonale	PSY (13)	4,54	1,12
	NON PSY (8)	,88	,99
C2 Affettivo	PSY (13)	5,69	2,1
	NON PSY (8)	2,88	1,72
C3 Stile Di Vita	PSY (13)	7,62	1,8
	NON PSY (8)	4,25	1,9
C4 Antisocialità	PSY (13)	7,54	2,2
	NON PSY (8)	1,75	1,9
F1 Affettivo	PSY (13)	10,23	2,52
	NON PSY (8)	3,75	1,9
F2 Antisociale	PSY (13)	15,15	2,8
	NON PSY (8)	6,00	3,2

Tab. 4

La valutazione del rischio globale di recidiva violenta dell'intero campione esaminato, misurato con la scala HARM-fv si è attestato globalmente su un livello moderato/grave, con punteggio medio di 2,24 (Minimo: 1, Massimo: 3, DS: 0,7).

Il gruppo PSY ha ottenuto un punteggio medio del rischio pari a 2,54 (DS 0,66), il Gruppo NON PSY ha ottenuto un punteggio medio inferiore, pari a 1,75 (DS 0,46).

Il confronto tra medie tramite test *t* di Student ha rivelato delle differenze statisticamente significative relative alle differenze tra le medie dei valori del rischio di recidiva e delle componenti dei tratti di psicopatia, oltre che una differenza nel tratto "paranoia" rilevato dal test di personalità (tab.5).

	<i>t</i>	G1	Sign	<i>p</i>
Scala Paranoia	-2,621	19	0,018	p<0,05
Harm-FV	2,948	19	0,008	p<0,01
C1	7,384	19	0,000	p<0,01
Interpersonale				
C2	3,083	19	0,006	p<0,01
Affettività				
C3	3,802	19	0,001	p<0,01
Stile Di Vita				
C4	5,917	19	0,000	p<0,01
Antisocialità				
F1	6,114	19	0,000	p<0,01
Affettivo				
F2	5,917	19	0,000	p<0,01
Antisociale				
Pcl-R	8,377	19	0,000	p<0,01
Tot				

Tab. 5

La correlazione tra l'indice di rischio HARM-fv con le principali variabili psicopatologiche (BPRS, MMSE, TAS). non ha evidenziato correlazioni statisticamente significative.

Al contrario, sono stati rilevati risultati dal valore statistico nella correlazione tra l'indice di rischio e alcune scale del MMPI-2 e con il grado di Psicopatia, anche scomposto nelle sue componenti (tab.6-7).

	C1	C2	C3	C4	F2	PCL-R
HARM-FV	0,359	0,239	,695**	,490*	,650**	,550**
	0,120	0,310	0,001	0,039	0,006	0,010
	<i>ns</i>	<i>ns</i>	p<0,01	p<0,01	p<0,01	p<0,01

Tab.6

	F	HY
Fattore 2 PCL-r	-,562*	,588*
	0,037	0,027
	<i>p<0,05</i>	<i>p<0,05</i>

Tab.7

Allo stesso tempo, sono emerse correlazioni statisticamente significative tra alcune scale di validità del MMPI-2, la scala clinica 5 “paranoia” e alcune componenti della PCL-r (tab.8-9-10).

	C1	C4	F2
Scala 6 Pa	-,629**	-,501*	-,795**
	0,005	0,048	0,001
	<i>p<0,01</i>	<i>p<0,05</i>	<i>p<0,01</i>

Tab.8

	L	F	MF
HARM-FV	-,569*	-,585**	-,653**
	0,011	0,009	0,002
	<i>p<0,05</i>	<i>p<0,01</i>	<i>p<0,01</i>

Tab.9

	L
Componente 3 PCL-r	-,646**
	0,004
	<i>p<0,01</i>

Tab.10

3.4 - DISCUSSIONE

Lo studio di una popolazione di utenti psichiatrico forensi attraverso una osservazione psicodiagnostica così articolata, ha prodotto risultati statisticamente interessanti.

I due gruppi esaminati non mostrano disomogeneità statisticamente rilevanti nel confronto sia per le variabili demografiche e anamnestiche (età, durata della malattia, familiarità, abuso di sostanze stupefacenti), sia per il livello gravità psicopatologica, che per un funzionamento cognitivo, nei limiti della normalità per entrambi.

Differenze statisticamente significative non sembrano emergere neanche nel confronto tra le medie dei punteggi ottenuti con la somministrazione della scala TAS (tab.2). Entrambi i gruppi ottengono punteggi medi all'interno del *cut-off* di normalità ($VN < 51$)¹⁵. Appare interessante, anzi, notare che nonostante le minime differenze tra il gruppo dei casi e quello dei controlli, il gruppo PSY ha ottenuto un punteggio (45) inferiore al gruppo di controllo NON PSY (49,57), contrariamente ai risultati attesi. I soggetti psicopatici, infatti, si caratterizzano per un'assenza di empatia e di affettività nei rapporti interpersonali¹³, pur mantenendo una fascinazione superficiale e un'immagine sociale positiva e virtuosa. Era quindi atteso un risultato per il gruppo PSY superiore al *cut-off* di normalità (61). Tuttavia è interessante riflettere sul fatto che il questionario TAS è autosomministrato, e lascia al soggetto la possibilità di fornire un'immagine di sé falsamente empatica. Non possiamo ipotizzare se la manipolazione del test sia intenzionale o se il soggetto con tratto psicopatico abbia espresso la convinzione di essere realmente dotato di capacità empatica. È comunque ipotizzabile che il gruppo NON PSY abbia risposto in maniera più veritiera, ottenendo per questo un punteggio più elevato del gruppo PSY.

Lo studio dell'organizzazione della personalità del campione non ha rivelato risultati statisticamente rilevanti nel confronto tra le medie dei due gruppi, sia per quanto riguarda le scale di validità sia per le scale cliniche. I risultati ottenuti appaiono in linea con la letteratura già presente sul campione psichiatrico forense¹⁶⁻¹⁷. Era attesa un'elevazione media superiore agli indici di normalità (cut-off 65 pts) della scala 4 PD (Deviazione Psicopatica), e il campione ha confermato l'ipotesi (punteggio medio 69,26). Anche in questo caso è comunque interessante notare come il gruppo NON PSY abbia ottenuto un punteggio addirittura superiore (media 70,8 – DS 10,1) rispetto al gruppo PSY (media 66,1 – DS 12,8). La scala PD, in effetti, si configura più come un indice di “misura di ribellione” (Graham, 2006), piuttosto che un indicatore di psicopatia. Per questa ragione, è possibile ipotizzare che il gruppo di controllo NON-PSY esprima un indice di antisocialità pari o superiore ai casi, ovvero sia maggiormente dotato di una spiccata non convenzionalità alle norme sociali. Il gruppo sperimentale PSY, che invece ha ottenuto punteggi solo moderatamente elevati, sembra invece capace di un discreto controllo del comportamento, manifestando una devianza più subdola e meno eclatante. La deviazione psicopatica misurabile al MMPI-II, quindi, si conferma inadatta ad individuare soggetti psicopatici ad alto funzionamento sociale (L. Abbate, P. Roma, 2014).

Il test *t* di Student per il confronto tra le medie dei punteggi ottenuti nelle componenti della PCL-r, ha rivelato differenze statisticamente significative tra casi e controlli in ogni area. Sembra quindi che sia le componenti affettive C1-C2 che compongono il fattore 1 della PCL-r, sia le componenti antisociali C3-C4 che determinano il fattore 2, contribuiscano in maniera determinante nella composizione del tratto psicopatico nel gruppo PSY, con significatività statistica ($p < 0,01$) rispetto al gruppo NON PSY.

Ma è l'analisi di correlazione tra le variabili del campione ad aver rivelato i risultati più interessanti di questo studio. L'esame statistico è stato condotto in una prima fase correlando il grado di psicopatologia del campione con le altre variabili psicometriche misurate.

I risultati ottenuti non hanno evidenziato significatività rilevanti con le principali dimensioni cliniche, psicopatologiche, né cognitive. Un dato interessante, però, sembra emergere dalla correlazione tra PCL-r e le scale F, L, Pa ed Hy del MMPI-II. In particolare per quanto riguarda le scale di validità F ed L, sembra emergere una correlazione negativa tra la Componente 3 con la scala L ($t = -.646, p < 0,01$) e tra il Fattore 2 con la scala F ($t = -0,562, p < 0,05$). Punteggi ridotti ottenuti alle scale L ed F solitamente indicano la tendenza del soggetto a negare o sminuire, più o meno intenzionalmente, il livello di gravità patologica (Abbate-Roma, 2014). L'esiguità del campione (N.21) potrebbe suggerire una ridotta attendibilità del risultato sul piano statistico. Tuttavia, una seconda ipotesi interpretativa, potrebbe confermare la tendenza del soggetto psicopatico a mascherare la propria psicopatologia. E in particolare risulta interessante la correlazione tra la componente antisociale del disturbo psicopatico con questo atteggiamento dissimulatorio.

Un'ulteriore correlazione meritevole di ragionamento riguarda la correlazione tra il Fattore 2 dell'antisocialità con la scala 3 - Hysteria ($t = ,588, p < 0,05$), che riflette l'incapacità di introspezione del soggetto e la tendenza alla conversione somatica del sintomo psicologico. In quest'ottica la correlazione, non ipotizzata nella progettazione dello studio, comunque esprime una concordanza tra le caratteristiche cliniche del soggetto psicopatico, incapace di mentalizzazione e quindi più focalizzato sugli aspetti narcisistici della propria immagine corporea, e l'antisocialità connessa a questi tratti personologici.

E' emersa anche una correlazione negativa tra la Scala 6 – Paranoia dell'MMPI-2 e la Componente 1 ($t = -0,629$, $p < 0,01$), la Componente 4 ($t = -0,501$, $p < 0,05$) e il Fattore 2 ($t = -0,795$, $p < 0,01$) della PCL-r. Pur ricordando il limite statistico del campione, che potrebbe rendere non attendibile il risultato ottenuto come ipotizzato in altri studi sperimentali¹⁷, resta pur sempre ipotizzabile la circostanza per cui ad uno spiccato tratto paranoideo possa correlare un ridotto grado di psicopatia, ed in particolare di antisocialità. In effetti, la scala Paranoia indica uno spiccato moralismo e una rigidità etica del soggetto, in chiara antitesi con l'amoralità del soggetto psicopatico.

La correlazione tra l'indice di rischio di comportamento violento misurato alla HARM-fv e le variabili misurate ha confermato il dato atteso, con una significatività statistica per il disturbo psicopatico misurato dal punteggio totale della PCL-r ($p < 0,01$). In particolare i risultati ottenuti evidenziano una significatività tra le componenti antisociali C3 ($t = 0,695$, $p < 0,01$) e C4 ($t = 0,490$, $p < 0,01$) e quindi con il Fattore 2 ($t = 0,650$, $p < 0,01$). L'antisocialità su base psicopatica, dunque, sembra assumere un ruolo prevalente nel determinismo del rischio di comportamento violento nel campione esaminato. La mancata significatività statistica con le componenti affettive misurabili alla PCL-r può essere ricondotta all'esiguità del campione esaminato, o in ipotesi alternativa, accentuare il ruolo del comportamento antisociale sul fattore affettivo nella previsione di condotte violente o illecite.

In ultima analisi, è emersa una correlazione tra il grado del rischio rilevato alla HARM-FV e alcune scale del MMPI-II. In particolare la correlazione negativa con la scala L ($t = -0,569$, $p < 0,05$) ed F ($t = -0,585$, $p < 0,01$) sembrerebbe coerente con il risultato emerso nella correlazione con la PCL-r. Una correlazione statisticamente significativa sembra emergere tra HARM-FV e scala 5 MF ($t = -0,653$, $p < 0,01$). L'aumento del rischio di violenza correlato con scarsi punteggi della scala Mascolinità può riflettere la tendenza

aggressiva dei soggetti, conformi a stereotipi di mascolinità grezza e primitiva, anche in assenza di disturbo psicopatico.

3.5 - LIMITI E CONCLUSIONI

Il principale limite di questo studio è rappresentato dall'esiguità del campione (N.21 partecipanti), che riduce la potenza statistica delle analisi effettuate, sebbene siano stati coinvolti quanti più soggetti possibilmente arruolabili all'interno delle R.E.M.S. della ASL Roma5.

Potenziati sviluppi futuri potrebbero prevedere, oltre all'aumento della numerosità campionaria tramite reclutamento dei nuovi ingressi della suddetta R.E.M.S., anche il coinvolgimento di ulteriori strutture fuori regione al fine di creare uno studio multicentrico ed acquisire dati in maniera uniforme e standardizzata.

Il disturbo psicopatico si configura come un'alterazione della conformazione alle norme sociali e alla legalità associata ad un deficit di affettività e di moralità, e rappresenta una condizione trans-nosografica rispetto ai principali disturbi mentali, maggiormente comorbile con i gravi disturbi di personalità del Cluster B del DSM-5⁶. I risultati ottenuti appaiono coerenti con la letteratura in ambito psichiatrico forense¹⁸, confermando l'ipotesi iniziale sulla correlazione tra il disturbo psicopatico misurato dal punteggio alla PCL-r e il rischio di recidiva violenta dato dalla HARM-fv anche nel campione italiano all'interno delle R.E.M.S. (r ,55, $p < 0,01$).

Allo stesso tempo sembra emergere una più stretta correlazione tra il rischio di violenza e il fattore antisociale del disturbo (r ,650, $p < 0,01$), che lascia spazio ad ulteriori

approfondimenti di ricerca, anche per l'assenza in letteratura di altri studi di correlazione con gli stessi strumenti psicometrici.

Questo dato aumenta le possibilità di ricerca, anche attraverso indagini di neuroimaging¹¹ sul campione italiano, che già si stanno approntando sulla stessa popolazione qui esaminata, e che hanno riscontrato una disregolazione nella connettività funzionale nelle aree cerebrali correlate alla moralità e al comportamento antisociale (Cartocci et al, 2019).

I test psicometrici più comunemente utilizzati in ambito clinico per misurare la gravità psicopatologica e l'organizzazione della personalità (BPRS, MMPI-II, TAS) non sembrano in grado di rilevare i tratti peculiari del disturbo psicopatico, limitandosi ad una individuazione del comportamento antisociale (scala 6 Deviazione Psicopatica) inteso come avversione e ribellione alle convenzioni sociali e non come espressione di un deficit affettivo e di rimorso. Allo stesso tempo le scale di validità (L, F) sembrano risentire della manipolazione che il soggetto psicopatico agisce per dissimulare la propria condizione psicopatologica. Anche la valutazione dell'alessitimia sembra inefficace ad individuare l'amoralità del soggetto psicopatico.

Per queste ragioni, nei contesti forensi assume particolare utilità la somministrazione dello specifico strumento PCL-r, che si conferma essere il gold-standard per la diagnosi di disturbo psicopatico, specie se in combinazione con la valutazione del rischio di violenza tramite HARM-FV.

Gli sviluppi di questa ricerca potrebbero ampliare anche l'ampio filone di ricerca sul trattamento della psicopatia e dell'antisocialità ad essa correlata, che finora non ha trovato una metodologia terapeutica in grado di fornire risultati incoraggianti. Allo stesso tempo, la rilevazione del disturbo psicopatico associato

a comportamenti violenti e devianti all'interno delle R.E.M.S. potrà essere in grado di fornire ulteriori elementi scientificamente validati per misurare il grado di pericolosità sociale di un criminale affetto da patologia psichiatrica, sottoposto alla misura di sicurezza.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

L'esperienza maturata nel primo quinquennio di attività all'interno delle R.E.M.S., ha permesso di affrontare una pratica clinica sconosciuta all'interno dei servizi del S.S.N. La gestione di un ambiente di residenzialità dedicata al paziente psichiatrico violento, autore di reato, non conosceva precedenti storici in grado di fornire conoscenze specialistiche. I modelli anglosassoni, avendo mantenuto la struttura dell'ospedale psichiatrico, erano altrettanto poco riproducibili dal momento in cui in Italia, proprio l'ultimo baluardo manicomiale era stato abolito definitivamente. Operare in R.E.M.S., pertanto, ha aperto la possibilità, e quindi la sfida, di coniugare due filoni della psichiatria finora molto distanti tra loro: da un lato la psichiatria clinica e dall'altro la psichiatria giuridica. Se da una parte lo psichiatra clinico rifiutava l'ipotesi di presa in cura di soggetti "criminali" attribuendo la gestione della violenza all'Amministrazione Penitenziaria, dall'altra parte lo psichiatra forense si occupava di valutare i risvolti della patologia mentale in relazione al reato, prescrivendo percorsi di trattamento spesso utopistici e basati più su dati di letteratura estera che sul *real world* dei nostri servizi territoriali. In questa scissione, il paziente psichiatrico autore di reato, naufragava come tra Scilla e Cariddi, approdando con estrema facilità nell'O.P.G. che non solo ne limitava la libertà, ma soprattutto annegava la possibilità di affrontare la malattia mentale che scompariva affogata dai trattamenti degradati e degradanti.

Il lavoro all'interno di una unità psichiatrico forense rappresenta, quindi, quell'anello di congiunzione tra la necessità di impostare una tipologia di trattamento intensivo non ancora codificato per la popolazione forense italiana, e quella di individuare un modello teorico di *assessment* capace di far esprimere un giudizio probabilistico sul rischio di recidiva. Lo psichiatra all'interno delle R.E.M.S. è quindi un ibrido, che non può ricercare una somiglianza

con gli stampi professionali tra quelli già noti, ma che dovrà assumere una sua identità specifica e differenziata, equidistante dalle altre e capace di utilizzare sistemi comunicativi in grado di poter essere intelleggibili tanto alla schiera dei clinici quanto a quella dei forensi. Per di più, l'assenza normativa di un regolamento univoco su scala nazionale per quanto riguarda i criteri di costruzione delle R.E.M.S., e il loro piano d'intervento clinico, ha reso difficile anche produrre letteratura al riguardo, che in effetti è esigua e limitata a dati epidemiologici.

Per lo psichiatra della R.E.M.S. la previsione del rischio di violenza assume un carattere fondamentale per i compiti istituzionali che gli sono stati assegnati: progettazione del percorso di cura, gestione clinica del soggetto internato, e in ultimo, capacità di esprimere un parere sul rischio di recidiva di violenza.

A rendere ulteriormente complesso, e ancor più necessario tutto ciò è intervenuta l'evidente evoluzione della popolazione di pazienti forensi, cioè autori di reato non imputabili per vizio di mente e socialmente pericolosi, che si è estesa in maniera dilagante al gruppo dei disturbi della personalità, e in particolare a quei disturbi inclusi nel Cluster B (antisociale, borderline, narcisistico), che più di altri risultano capaci di esprimere condotte penalmente rilevanti¹⁹. Questi soggetti, peraltro, sono tra quelli che più degli altri agiscono violenza, perché la condotta deviante non rappresenta tanto un momento di acuzie clinica, clinicamente evidente e facilmente riconoscibile, quanto piuttosto lo "stile" di un "atteggiamento" nei riguardi della società, spesso mantenendo un apparente rapporto con la realtà materiale, ma perdendone il contatto affettivo: regole di convivenza, figure autoritarie, partner, ex-partner e familiari rappresentano i principali target di manifestazioni aggressive.

Nel campione forense italiano, lo studio della psicopatologia, intesa come la condizione psichica che in misura maggiore si accompagna a carriere criminali continuative e a reati violenti contro la persona²⁰, acquisisce una triplice valenza: clinica, psichiatrico forense, e quindi

di ricerca su una popolazione ancora poco esplorata perché non sottoposta mai ad una osservazione specialistica così approfondita e continuativa.

Questo studio si è basato sui presupposti forniti dalla letteratura per quanto riguarda l'evidenza che la psicopatia si accompagna ad un elevato rischio di violenza, ma anche sulla ricerca di altri indicatori psicometrici eventualmente correlati sia con la diagnosi di psicopatia, sia con il rischio di violenza. La PCL-R, infatti, non ha ancora un largo impiego in contesti non forensi, e anche nello stesso circuito delle residenze forensi non trova ampia diffusione, per cui non sempre si ritrova inclusa nei sistemi di *assessment*²¹ in ambito penitenziario o in R.E.M.S.

Il campione reclutato (N.21) può apparire numericamente limitato. Tuttavia sono da considerare alcuni fattori interferenti e non dipendenti dall'impegno profuso: il rifiuto alla sottoscrizione del consenso informato; la mancata capacità di esprimere un valido consenso informato, l'incompletezza dei risultati di tutta la batteria testologica. Alla base della prima ragione, molto frequentemente è emersa la diffidenza dei candidati nei riguardi delle finalità dello studio. Ovvero i soggetti, nonostante le opportune illustrazioni del protocollo di ricerca, hanno sviluppato il timore che i risultati potessero essere utilizzati anche dall'Autorità Giudiziaria per esprimere un parere di pericolosità nei loro confronti.

I partecipanti sono stati suddivisi in due gruppi: caso-controllo, discriminati dalla presenza o meno di un moderato livello di psicopatia (PCL-R \geq 20).

Il risultato più rilevante, è certamente rappresentato dalla significatività statistica della correlazione tra il livello totale di psicopatia e l'indice di rischio espresso dal punteggio HARM-FV. In particolare è emersa una più specifica correlazione tra le componenti 3 e 4, e dunque l'intero Fattore 2 dell'antisocialità, come indice di rischio per la prognosi futura di violenza. La letteratura indica la correlazione tra comportamento antisociale – psicopatia e violenza²², ma non è ancora chiara la distinzione emersa in questo

studio tra l'antisocialità propria del disturbo antisociale della personalità, e il comportamento antisociale del soggetto psicopatico. Potremmo ipotizzare che esista una differenza tra i due fenomeni, e che questa risieda in quello specifico deficit dell'affettività che caratterizza la psicopatia. Se la personalità antisociale utilizza la violazione a norme e divieti come uno stile espressivo e quindi ripetitivo, lo psicopatico sembra invece in grado di saper contenere molto di più la visibilità del proprio comportamento deviante. La specifica correlazione tra il Fattore 2 antisociale e il rischio HARM-FV, indica che la capacità dolosa dello psicopatico, per quanto espressa con minore frequenza, abbia un elevato valore prognostico traducibile come pericolosità sociale. La questione, potrebbe spostarsi poi su un altro piano di riflessione: la previsione di un nuovo comportamento violento implica necessariamente la persistente applicazione della misura di sicurezza anche in assenza di fenomeni comportamentali misurabili? Vale a dire: prevedere che un soggetto possa nuovamente compiere un'azione delittuosa, fa di esso un internato a vita solo sulla base del rischio calcolato? In soggetti che non manifestano alterazioni logico formali del pensiero, dell'umore o di altre dimensioni psicopatologiche destrutturanti l'identità, non è presumibile la compromissione futura della capacità di intendere e di volere nelle circostanze della commissione di un fatto. Tuttavia, l'individuazione di soggetti connotati da queste caratteristiche potrebbe essere utile a promuovere programmi dedicati di follow-up clinico dopo la dimissione dalla R.E.M.S., o di monitoraggio giudiziario attraverso gli idonei uffici dell'Amministrazione della Giustizia, come ad esempio l'Ufficio per l'Esecuzione Penale Esterna (UEPE).

Altri risultati meritevoli di approfondimento sono emersi dalle analisi statistiche effettuate sia sull'intero campione, sia nel confronto tra casi e controlli.

Le comuni scale di valutazione psicodiagnostica non sono state in grado di rilevare le dimensioni caratteristiche della psicopatia, e quindi di correlare con l'indice di rischio HARM-FV.

La misurazione dell'alessitimia tramite TAS-20, che nel gruppo sperimentale PSY avrebbe dovuto individuare quella condizione di mancanza di emotività, empatia ed affettività, non ha raggiunto un valore medio al di sopra del cut-off patologico. Il *bias* potrebbe risiedere nel fatto che la scala sia autosomministrata, il che permetterebbe all'esaminato di falsificare il risultato fornendo un profilo migliore di sé stesso. Ciò pare essere confermato dal fatto che, paradossalmente, il gruppo di controllo ha ottenuto punteggi medi superiori a quello sperimentale. Alternativamente, è possibile ipotizzare che l'attuale scala di misurazione dell'empatia non sia in grado di rilevare le dimensioni di anaffettività più proprie della psicopatia. Uno sviluppo di ricerca in tale direzione potrebbe condurre a strutturare una valutazione analoga attraverso un'intervista clinica etero-somministrata.

Anche l'esame del profilo della personalità attraverso l'MMPI-II non ha rivelato alcuna capacità di discriminare un soggetto psicopatico da uno non psicopatico. La scala 4 – Deviazione Psicopatica, si conferma essere un indicatore di comportamento antisociale, con un punteggio medio superiore all'indice di normalità tanto nel gruppo sperimentale quanto nei controlli. Riflettendo sul fatto che l'intera popolazione esaminata si è resa autore di un delitto, risulta anche comprensibile l'elevazione diffusa del comportamento antisociale del campione. Sono emerse, comunque, delle correlazioni interessanti tra le componenti della PCL-R, della HARM-FV e alcune scale cliniche del MMPI-II. Sembra infatti che il gruppo sperimentale mostri una correlazione negativa tra l'indice di rischio e il grado di psicopatia con le scale di validità L e F, che invece dovrebbero individuare i tentativi di manipolazione del risultato. Tenendo sempre conto dei limiti statistici dello studio, è comunque ipotizzabile che ad un maggior grado di psicopatia e di rischio, corrispondano abilità più sviluppate di apparire genuini e sinceri agli occhi dell'esaminatore. Allo stesso modo, la correlazione negativa tra la scala 6 – Paranoia, e le componenti della PCL-R potrebbe risultare comprensibile dato che l'elevazione della scala 6 appartiene agli indici di psicoticismo piuttosto che di psicopatia.

Come a dire che la psicopatia è poco rappresentata nei disturbi psicotici gravi, o che l'evoluzione di un soggetto verso forme morbose psicotiche severe attenua l'espressione fenomenica della psicopatia caratteriale. Anche in questo ambito, i risultati ottenuti promuovono ulteriori ipotesi di ricerca, che necessitano di un campione più esteso.

La PCL-R, quindi, si conferma di notevole utilità per la capacità di formulare non solo la diagnosi di psicopatia, ma anche, e soprattutto di discriminare le componenti più correlabili con un elevato indice di recidiva. La correlazione tra PCL-R e indice di rischio HARM-FV andrebbe poi osservata longitudinalmente con uno studio di follow-up al termine della misura di sicurezza in corso.

Lo studio della psicopatia e del rischio di recidiva, quindi, non appare limitato al solo ambito psichiatrico-forense, ma estende gli scenari di ricerca anche all'area più propriamente clinica, che sino ad oggi aveva mostrato un marcato disinteresse verso questo particolare sottogruppo di soggetti, che però, dal momento in cui sono accolti in R.E.M.S., entrano di diritto nella rete di assistenza del Dipartimento di Salute Mentale.

Altra sfida da proporre, in un secondo step di ricerca, sarà quella di formulare specifici programmi di trattamento efficaci per questi pazienti, finora considerati da tutti incurabili²³. Al momento non disponiamo di prospettive incoraggianti, visto che in numerosi lavori scientifici è indicato il dato paradossale secondo cui la maggior parte degli interventi terapeutici sembrano addirittura peggiorare il grado di psicopatia. Ciò nonostante, l'opportunità di attuare programmi terapeutico-riabilitativi intensivi per un lungo tempo, potrebbe consentire di individuare la combinazione di approcci utili a migliorare la traiettoria nefasta cui gli psicopatici sembrano destinati. Agire simultaneamente sullo stile relazionale, sul comportamento e sull'anaffettività richiederà anche lo sviluppo di un ambiente idoneo a contenere le reazioni terapeutiche negative, e

quindi violente, che con buona approssimazione, questi pazienti esprimeranno nel corso del loro ricovero.

Non sarà semplice, ma sarebbe *folle* non tentare.

BIBLIOGRAFIA

1. Rund BR. A review of factors associated with severe violence in schizophrenia. *Nord J Psychiatry*. 2018;72(8):561-571. doi:10.1080/08039488.2018.1497199
2. de Pádua Serafim A, de Barros DM, Bonini Castellana G, Gorenstein C. Personality traits and violent behavior: a comparison between psychopathic and non-psychopathic male murderers. *Psychiatry Res*. 2014;219(3):604-608. doi:10.1016/j.psychres.2014.06.026
3. Geurts DEM, von Borries K, Volman I, Bulten BH, Cools R, Verkes R-J. Neural connectivity during reward expectation dissociates psychopathic criminals from non-criminal individuals with high impulsive/antisocial psychopathic traits. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2016;11(8):1326-1334. doi:10.1093/scan/nsw040
4. Compendio di Diritto Penale, a cura di Rocco Pezzano, Ed. Simone, 2019. Vol. 3/2, pagg 345-355.
5. Ferracuti et al., Evolution of forensic psychiatry in Italy over the past 40 years (1978-2018), *International Journal of Law and Psychiatry* 62 (2019) 45–49.
6. Filov I. Antisocial Personality Traits as a Risk Factor of Violence between Individuals with Mental Disorders. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(4):657-662. doi:10.3889/oamjms.2019.146
7. Cattani R., Caratterizzazioni Psicopatologiche Della Psicopatia Tra Modello Del Deficit E Modello Del Disimpegno Morale, *Giornale Italiano Di Psicologia / A. XIII, N. 4, Dicembre 2015*
8. Caretti V, Craparo G., La Personalità Psicopatica, *SISTEMI INTELLIGENTI / A. XXII, N. 2, Agosto 2010*
9. Cook AN, Moulden HM, Mamak M, Lalani S, Messina K, Chaimowitz G. Validating the Hamilton Anatomy of Risk Management–Forensic Version and the Aggressive Incidents Scale. *Assessment*. 2018;25(4):432-445. doi:10.1177/1073191116653828
10. Colins O.F, et al. , Psychopathic Traits as Predictors of Future Criminality, Intimate Partner Aggression and Substance Use in Young Adult Men, *Law Hum Behav*. 2015 December ; 39(6): 547–558. doi:10.1037/lhb0000148.
11. Cleckley HM. *The Mask of Sanity: An Attempt to Clarify Some Issues about the so-Called Psychopathic Personality*. Augusta, Georgia: E.S. Cleckley; 1988.
12. Monahan J, Skeem JL. Risk Assessment in Criminal Sentencing. *Annu Rev Clin Psychol*. 2016;12(1):489-513. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-092945
13. De Ganck J, Vanheule S. “Bad boys don’t cry”: a thematic analysis of interpersonal dynamics in interview narratives of young offenders with psychopathic traits. *Front Psychol*. 2015;6. doi:10.3389/fpsyg.2015.00960
14. Cook A. et al., Validating the Hamilton Anatomy of Risk Management–Forensic Version and the Aggressive Incidents Scale, *Assessment* 2016 (1-14) DOI: 10.1177/1073191116653828
15. Bagby RM, Taylor GJ, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: relationship with personality and psychopathology measures. *Psychother Psychosom*. 1986;45(4):207-215. doi:10.1159/000287950
16. Mazzoni GP, Contena B, Fanciullacci S, Pozza A. Analisi comparativa dei profili di

- personalità di pazienti affetti da disturbo borderline e detenuti con diagnosi di disturbo antisociale di personalità ottenuti tramite l'MMPI-2. *Riv Psichiatr.* 2018;53(5):267-273. doi:10.1708/3000.30006
17. Hansen AL, Stokkeland L, Johnsen BH, Pallesen S, Waage L. The relationship between the Psychopathy Checklist-Revised and the MMPI-2: a pilot study. *Psychol Rep.* 2013;112(2):445-457. doi:10.2466/03.09.PR0.112.2.445-457
 18. Lowenstein J, Purvis C, Rose K. A systematic review on the relationship between antisocial, borderline and narcissistic personality disorder diagnostic traits and risk of violence to others in a clinical and forensic sample. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2016;3(1):14. doi:10.1186/s40479-016-0046-0
 19. Howard R. Personality disorders and violence: what is the link? *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2015;2(1):12. doi:10.1186/s40479-015-0033-x
 20. Harris GT, Rice ME, Cormier CA. Psychopathy and violent recidivism. *Law Hum Behav.* 1991;15(6):625-637. doi:10.1007/BF01065856
 21. Carpentieri R, Schimmenti A, Ferracuti S, et al. Valutazione Della Pericolosità Sociale E Del Rischio Di Recidiva Criminale Attraverso Un Sistema Di Assessment Integrato. *Psichiatria e Psicoterapia* (2017) 36, 3, 138-1512
 22. Flórez G. Psychopathy, Addictions, Interpersonal Violence and Antisocial Behavior, a mixed relationship. *Adicciones.* 2016;28(2):65-70. doi:10.20882/adicciones.805
 23. Reidy DE, Kearns MC, DeGue S. Reducing psychopathic violence: A review of the treatment literature. *Aggress Violent Behav.* 2013;18(5):527-538. doi:10.1016/j.avb.2013.07.008
 24. Glenn AL, Johnson AK, Raine A. Antisocial personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(12):427. doi:10.1007/s11920-013-0427-7
 25. Olver ME. Can Psychopathy Be Treated? What the Research Tells Us. In: Jeglic EL, Calkins C, eds. *New Frontiers in Offender Treatment: The Translation of Evidence-Based Practices to Correctional Settings.* Cham: Springer International Publishing; 2018:287-306. doi:10.1007/978-3-030-01030-0_15
 26. Pompili P, Ferracuti S, Nicolò, G., Dagli Opg alle Rems. Ma i medici non possono fare i poliziotti, quotidianosanità.it, 02.11.2016
 27. Fabbri C, Cimino L, Serretti A. Genetica dei comportamenti impulsivo-aggressivi: possibile applicazione in psichiatria forense? Genetics of impulsive-aggressive behavior: ready for application in forensic psychiatry? :18.
 28. Lo Cascio N, Curto M, Pasqualetti P, et al. Impairment in Social Functioning differentiates youth meeting Ultra-High Risk for psychosis criteria from other mental health help-seekers: A validation of the Italian version of the Global Functioning: Social and Global Functioning: Role scales. *Psychiatry Res.* 2017;253:296-302. doi:10.1016/j.psychres.2017.04.008
 29. Sartori G., Zangrossi A., Neuroscienze Forensi, "Giornale italiano di psicologia" 4/2016
 30. Alegria AA, Radua J, Rubia K. Meta-Analysis of fMRI Studies of Disruptive Behavior Disorders. *Am J Psychiatry.* 2016;173(11):1119-1130. doi:10.1176/appi.ajp.2016.15081089
 31. Flórez G, Ferrer V, García LS, Crespo MR, Pérez M, Saiz PA. Personality disorders, addictions and psychopathy as predictors of criminal behaviour in a prison sample. *Rev Espanola Sanid Penit.* 2019;21(2):62-79.

32. Camp JP, Skeem JL, Barchard K, Lilienfeld SO, Poythress NG. Psychopathic predators? Getting specific about the relation between psychopathy and violence. *J Consult Clin Psychol.* 2013;81(3):467-480. doi:10.1037/a0031349
33. Gillespie SM, Rotshtein P, Wells LJ, Beech AR, Mitchell IJ. Psychopathic traits are associated with reduced attention to the eyes of emotional faces among adult male non-offenders. *Front Hum Neurosci.* 2015;9. doi:10.3389/fnhum.2015.00552
34. Honings S, Drukker M, ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, van Os J. Psychotic Experiences and Risk of Violence Perpetration and Arrest in the General Population: A Prospective Study. Mechelli A, ed. *PLOS ONE.* 2016;11(7):e0159023.