

RIVISTA ITALIANA DI
MEDICINA LEGALE
E DEL DIRITTO IN CAMPO SANITARIO

diretta da Fabio Buzzi e Francesco Centonze

Rivista pubblicata con il patrocinio della Società italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni e con la collaborazione del CSGP - Centro Studi "Federico Stella" sulla Giustizia penale e la Politica criminale e del Laboratorio Interdisciplinare Diritti e Regole della Scuola Superiore Sant'Anna

04/2012

Anno XXXIV - Trimestrale - ottobre/dicembre 2012 - ISSN 1124-3376 - Poste Italiane s.p.a. Spedizione in a.p. - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n° 46) art. 1, comma 1, DCB (VARESE)

**FOCUS: ESPOSIZIONE AD AMIANTO E MESOTELIOMA PLEURICO.
IL PROBLEMA DELLA RICOSTRUZIONE CAUSALE**

**GIUDICE AMMINISTRATIVO E RICONOSCIMENTO DELLA DIPENDENZA
DELLA MALATTIA DA CAUSA DI SERVIZIO**

IL SISTEMA DISCIPLINARE DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

PERIZIA PSICODIAGNOSTICA ED ESAME DEL MINORE



GIUFFRÈ EDITORE

INDICE

EDITORIALE

FIORI A., VETRUGNO G., *La sperimentazione peritale, le sue fallacie e le sue irrivalità....* 1385

DOTTRINA E METODOLOGIA

- D'ANGELO G., *Giudice amministrativo e riconoscimento della dipendenza della malattia da causa di servizio* 1403
(Administrative court and recognition of the dependence of disease due to service)
- PROVERA A., *Il sistema disciplinare degli ordini delle professioni sanitarie in rapporto con il procedimento penale attraverso l'analisi della giurisprudenza disciplinare* 1419
(The disciplinary system of the orders of the health professions and its relation to the criminal proceedings. A case law analysis)
- ROCCA G., CANDELLI C., ROSSETTO I., CARABELLESE F., *La valutazione psichiatrico forense della pericolosità sociale del sofferente psichico autore di reato: nuove prospettive tra indagine clinica e sistemi attuariali*..... 1441
(Forensic psychiatric assessment of the dangerous mentally ill offender: new perspectives between clinical judgements and actuarial tools)

CASISTICA E RICERCA SPERIMENTALE

- BARBIERI C., VOLPINI S., *La testimonianza del minore quale presunta vittima di reati sessuali: riflessioni teoriche da un caso peritale* 1459
(The testimony of the child as alleged victim of sexual crimes: theoretical reflections by a case expert)
- CILIBERTI R., BONSIGNORE A., PANICI MT., PEDRUCCI T., DE STEFANO F., *Le direttive anticipate di trattamento nella prospettiva del legislatore ed i riflessi medico-legali..* 1479
(Advance directives of treatment from the italian legislation perspective and medico-legal implications)
- SCANZANI G., CONFORTI F., PANATA L., BENUCCI G., CARLINI L., BACCI M., *Le patologie da sovraccarico biomeccanico degli arti superiori negli operatori sanitari. Revisione della letteratura e aspetti medico-legali* 1495

© Copyright Giuffrè 2013. Tutti i diritti riservati. Ad uso di CENTRO SERVIZI
COORD. SISTEMA BIBLIO

LA VALUTAZIONE PSICHIATRICO FORENSE DELLA PERICOLOSITÀ SOCIALE DEL SOFFERENTE PSICHICO AUTORE DI REATO: NUOVE PROSPETTIVE TRA INDAGINE CLINICA E SISTEMI ATTUARIALI

FORENSIC PSYCHIATRIC ASSESSMENT OF THE DANGEROUS MENTALLY ILL
OFFENDER: NEW PERSPECTIVES BETWEEN CLINICAL JUDGEMENTS
AND ACTUARIAL TOOLS

Gabriele Rocca *, **Chiara Candelli ****, **Ilaria Rossetto ***** e
Felice Carabellese **

Parole chiave: psichiatria forense; pericolosità sociale; valutazione del rischio di comportamento violento; valutazione clinica; strumenti attuariali.

Key words: forensic psychiatry; social dangerousness; violence risk assessment; clinical judgment; actuarial tools.

SOMMARIO:

1. La « pericolosità » del sofferente psichico autore di reato: panoramica concettuale; 2. Malattia mentale, crimine e violenza: il sofferente psichico è realmente « pericoloso »?; 3. Dalla « pericolosità » alla valutazione del rischio di comportamento violento del sofferente psichico: materiali e metodi; 4. La « pericolosità sociale psichiatrica » alla luce delle evidenze scientifiche: criticità attuali, prospettive metodologiche ed esigenze di trattamento.

1. La « pericolosità » del sofferente psichico autore di reato: panoramica concettuale.

L'ordinamento giuspenalistico italiano, come noto, poggia le sue fondamenta su due

* Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Dipartimento di Scienze della Salute (DiSSal), Università degli Studi di Genova.

** Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Dipartimento Medicina Interna e Medicina Pubblica (DiMIMP), Università degli Studi di Bari.

*** Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Castiglione delle Stiviere (MN).

pilastri essenziali, frutto di una sorta di « compromesso » tra gli orientamenti della Scuola Classica e di quella Positiva del Diritto Penale: da un lato, l'istituto dell'imputabilità, che è la colonna portante del sistema delle pene, e dall'altro la nozione di « pericolosità sociale », che regge invece il sistema delle misure di sicurezza.

Tale impianto normativo, cosiddetto del « doppio binario », trova la sua *ratio* nella diversità di funzioni che sono assegnate rispettivamente alla pena ed alle misure di sicurezza: essenzialmente retributiva ed intimidatoria la prima, soprattutto rieducative e risocializzative le seconde ¹⁾.

In sintesi, come riassume Fornari, « dall'imputabilità dell'autore di reato discende la sua punibilità, dalla sua pericolosità sociale deriva l'applicazione delle misure di sicurezza » ²⁾.

L'articolo 203 del codice penale definisce socialmente pericoloso l'autore di un reato, anche se non imputabile o non punibile, quando è probabile che possa compiere in futuro nuovi fatti specificamente configurabili come reati.

Con tale definizione, il legislatore ha voluto accogliere due fondamentali principi. In primo luogo ha definito come requisito indispensabile per la dichiarazione di pericolosità sociale, e quindi per l'applicazione delle misure di sicurezza, l'aver commesso un fatto che la legge configura come reato (ovvero un quasi-reato, ex artt. 49 e 115 c.p.).

In secondo luogo ha stabilito che l'essenza della pericolosità sociale consiste nella probabilità (non solo mera possibilità) che il soggetto possa compiere in futuro fatti specificamente configurabili come reati. È importante notare, al proposito, come tale nozione non sia assoluta, bensì relativa: non deve riferirsi a specifiche fattispecie di reato, potendo includere qualsiasi tipo di reato ³⁾.

In altre parole, il giudizio di pericolosità consiste in una previsione probabilistica di futura condotta criminosa da parte dell'autore di reato, che giustifica la conseguente applicazione di misure finalizzate a neutralizzare tale rischio ⁴⁾.

L'interesse psichiatrico-forense in relazione a tali istituti deriva dal fatto che in presenza di un autore di reato cui sia stato riconosciuto un « vizio parziale o totale di mente », può essere chiesto al perito di determinare l'eventuale sussistenza della c.d. « pericolosità sociale psichiatrica », ovvero di valutare la probabilità che, in base alla natura ed alla possibile evoluzione dell'infermità che aveva « viziato » il reato, il soggetto possa compiere in futuro nuovi comportamenti illeciti ⁵⁾.

In altre parole, al perito può essere richiesto un parere tecnico finalizzato ad identificare, sulla base delle condizioni psicopatologiche dell'autore di reato al momento dell'accertamento, la presenza di indicatori clinico-prognostici circa un probabile futuro

1) PADOVANI T., *La pericolosità sociale sotto il profilo giuridico*, in FERRACUTI F. (a cura di), *Trattato di Criminologia, Medicina criminologica e Psichiatria forense*, Giuffrè, Milano, 1990.

2) FORNARI U., *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET, Torino, 2008, p. 135.

3) PELISSERO M., *Pericolosità sociale e doppio binario. Vecchi e nuovi modelli di incapacitazione*, Giappichelli, Torino, 2008.

4) FIORENTIN F., *La pericolosità sociale e l'aggravamento delle misure di sicurezza*, in *Giur. Merito*, 3, 754, 2009.

5) BANDINI T., ROCCA G., *Fondamenti di psicopatologia forense*, Giuffrè, Milano, 2010.

comportamento illecito del periziando correlato alla persistenza o all'evoluzione della patologia.

La « pericolosità sociale psichiatrica », se riconosciuta, comporta l'applicazione delle cosiddette « misure di sicurezza psichiatriche ».

Tali provvedimenti, che per molto tempo sono stati rappresentati unicamente dall'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario (O.P.G.)⁶⁾, recentemente sono stati oggetto di una trasformazione radicale⁷⁾, con la definitiva esclusione dell'automatismo dell'internamento in una struttura custodialistica e la possibilità di applicare una misura meno drastica e non segregante come la libertà vigilata⁸⁾, qualora giudicata idonea a soddisfare in concreto tanto le esigenze di cura della persona⁹⁾ quanto quelle di controllo della pericolosità sociale¹⁰⁾.

Tali questioni sono tornate alla ribalta legislativa e mediatica molto di recente. Prima con l'approvazione dell'allegato C del D.P.C.M. 1 aprile 2008, che ha determinato il trasferimento al Servizio Sanitario della gestione dei sofferenti psichici autori di reato e pericolosi e ha decretato le fasi per il superamento degli O.P.G., e poi con l'approvazione di un emendamento al D.L. 22 dicembre 2011, n. 211, secondo cui « *il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari è fissato al 1 febbraio 2013* » e che entro il 31 marzo 2012 verranno definiti « *i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia* ».

Proprio alla luce degli sviluppi normativi e giurisprudenziali degli ultimi anni, intendiamo approfondire l'estensione ed i limiti della valutazione psichiatrico-forense della pericolosità sociale del sofferente psichico autore di reato, focalizzando l'attenzione sui risultati della ricerca scientifica, che ha cercato di dimostrare se sussista o meno un rapporto tra malattia mentale e crimine e se esistano, e quali possano essere, gli strumenti clinico-prognostici utilizzabili nella valutazione di tale correlazione.

2. Malattia mentale, crimine e violenza: il sofferente psichico è realmente « pericoloso »?

Per molto tempo la nozione di cui all'art. 203 c.p. è stata fatta coincidere *tout court* con il concetto di « pericolosità per sé e per gli altri », che connotava l'allora predominante paradigma interpretativo della malattia mentale in una sorta di modello deterministico,

6) Artt. 219 e 222 c.p..

7) CATANESI R., CARABELLESE F., GRATTAGLIANO I., *Cura e controllo*, It J Psychopatol, 15, 1, 64, 2009.

8) Art. 228 c.p..

9) CARABELLESE F., SCAPATI F., *Il malato di mente giudiziario tra esigenze di cura e opportunità trattamentali*, in FERRANINIL L., PELOSO P. (a cura di), *La salute mentale in carcere*, CSE, 2006, p. 97.

10) Corte Cost., sentenze nn.: 253 del 2003; 367 del 2004; 83 del 2007; 208 del 2009.

per il quale la « follia » veniva automaticamente sovrapposta a concetti quali violenza, aggressività, incontrollabilità, antisocialità, contribuendo così ad incrementare lo stigma ed il pregiudizio nei confronti del sofferente psichico, considerato sempre e comunque sia pericoloso.

Dopo la metà del '900, anche grazie al fiorire della psicofarmacologia, si è verificata una significativa metamorfosi delle prospettive terapeutiche e trattamentali della scienza psichiatrica, che ha determinato una trasformazione radicale anche sul piano normativo ¹¹⁾. Tale riforma, tuttavia, ha contribuito a creare un differente equivoco: se da un lato vi è sufficiente certezza che non esiste alcun automatismo tra malattia psichica e pericolosità, dall'altro non si può negare *tout court* che alcuni disturbi psicopatologici possano rappresentare dei fattori di rischio di comportamento violento ed antisociale ¹²⁾.

Numerosi esempi di costruzione culturale e sociale della « pericolosità » del paziente psichiatrico sono stati documentati nel corso di tutta la storia delle civiltà, fino al momento attuale, nel quale il rapido sviluppo dei mezzi di comunicazione di massa e la crescente esigenza di giustificare con la malattia delitti efferati, hanno assegnato al « killer folle » il ruolo di minaccia diffusa e imprevedibile. La propensione dei sofferenti psichici a commettere atti criminali ha rappresentato argomento di intenso dibattito anche tra gli studiosi dell'ultimo secolo, alimentato dagli stereotipi negativi e dalle scarse conoscenze scientifiche circa la « malattia mentale ». Malintesi e paure, spesso infondate, hanno per lungo tempo riverberato i loro effetti anche in ambito giudiziario, dove le esigenze di cura sono state prevaricate dalle esigenze di controllo e di difesa sociale. Alcune immagini, ripetute ossessivamente nei film e nei programmi televisivi per tutto il ventesimo secolo, hanno portato alla convinzione comune che la malattia mentale sia associata invariabilmente con una forte inclinazione verso il crimine, ed in particolare verso il crimine violento ¹³⁾.

Così, sin dagli albori della scienza criminologica il legame tra « malattia di mente » e comportamento antisociale, soprattutto violento, è stato argomento di intenso dibattito tra gli studiosi, i quali, utilizzando metodi di indagine anche molto diversificati tra loro, hanno tentato di « comprendere » e « spiegare » i rapporti intercorrenti tra malattia mentale, crimine e violenza.

In realtà, come è possibile osservare dall'esame della vasta letteratura sull'argomento, le ricerche hanno fornito risultati profondamente disomogenei, principalmente a causa di una serie di fattori che rendono difficile anche solo il confronto dei risultati ottenuti.

Il primo confondente, come ricordato da Bandini e coll. ¹⁴⁾, riguarda la definizione

11) Legge n. 883 del 1978.

12) CATANESI R., CARABELLESE F., GUARINO D., *Analisi del comportamento violento in una popolazione di pazienti psichiatrici in Puglia e Basilicata*, in *Rass. It. Crim.*, 1, 1, 63, 2007.

13) BANDINI T., ROCCA G., loc. cit. sub 5.

14) BANDINI T. et al. *Criminologia. Il contributo della ricerca alla conoscenza del crimine e della reazione sociale*, Volume II, Giuffrè, Milano, 2004.

stessa di « malattia mentale », dal momento che, quando includente fenomeni quali i disturbi da uso di sostanze o i disturbi del controllo degli impulsi, può determinare una sovrastima dell'incidenza della criminalità tra i soggetti « malati », poiché tali individui possono risultare maggiormente coinvolti in attività delinquenti, anche in modo indiretto.

Un secondo fattore riguarda la scelta del campione da studiare e della popolazione alla quale comparare l'oggetto di studio. Al riguardo sono state descritte essenzialmente due tipologie di ricerca, che hanno offerto un notevole contributo alla nostra conoscenza sull'argomento, anche se sono giunte a risultati estremamente differenti tra di loro.

La prima è costituita dagli studi realizzati su campioni preselezionati sulla base del riconoscimento della criminalità, ovvero su autori di reato arrestati, condannati o detenuti, per i quali viene valutata la presenza o meno di disturbi psichici. L'incidenza della malattia mentale tra gli autori di reato è quindi comparata con quella relativa alla popolazione generale e l'ipotesi di una correlazione tra malattia mentale e criminalità è considerata valida in caso di maggiore presenza di disturbi psichici tra gli autori di reato rispetto a quella esistente nella popolazione generale.

Nella seconda i campioni sono preselezionati sulla base del riconoscimento della malattia mentale e sono quindi costituiti da soggetti portatori di disturbi psichici, per i quali viene valutato il coinvolgimento nella criminalità. Numerosi studi realizzati in questa prospettiva sono stati condotti su gruppi di soggetti afferenti ai servizi psichiatrici territoriali, oppure su individui internati, o dimessi da ospedali psichiatrici. L'incidenza della criminalità tra i « malati mentali » è quindi comparata con quella della popolazione generale e l'ipotesi di una correlazione tra la malattia mentale e la criminalità è ritenuta valida in caso di una più frequente registrazione degli « indicatori » di criminalità tra i soggetti portatori di problemi psichici rispetto alla popolazione generale.

Più recentemente, sono stati effettuati ampi studi di corte, su grandi campioni della popolazione generale, seguiti in una prospettiva longitudinale per un periodo di tempo prolungato, per i quali sono stati registrati tutti i contatti, sia con il sistema della giustizia, sia con quello della salute mentale.

Tali ricerche sembrano confermare l'esistenza di una associazione tra « malattia mentale » e crimine, però nella chiave interpretativa, del riconoscimento di una correlazione tra alcuni disturbi psichiatrici e il rischio di agiti violenti eterodiretti ¹⁵⁾. In particolare, la ricerca scientifica ha evidenziato un incremento specifico del rischio di comportamento violento per alcune patologie psichiatriche maggiori (schizofrenia, altri disturbi psicotici, disturbi bipolari) ¹⁶⁾. Inoltre, è stato evidenziato come i disturbi correlati all'uso

15) SIROTICH F., *Correlates of crime and violence among persons with mental disorder: an evidence-based review*, Brief Treat Crisis Int, 8, 171, 2008; MARKOWITZ F.E., *Mental illness, crime, and violence: Risk, context, and social control*, Aggress Violent Beh, 16, 1, 32, 2011.

16) SWANSON J.W. et al., *A national study of violent behavior in persons with schizophrenia*, Arch Gen Psychiatry, 63, 490, 2006; FAZEL S. et al., *Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis*, PLoS Medicine, 6, 2009;

di sostanze ed alcuni disturbi della personalità siano tra i fattori caratterizzati da un rischio di violenza particolarmente elevato ¹⁷⁾.

Queste ultime categorie, peraltro, meritano una riflessione a parte.

Per quanto concerne i disturbi della personalità, è il caso di sottolineare che molti dei criteri di inclusione diagnostica previsti dai sistemi classificatori attuali (DSM-IV-TR e ICD-10) costituiscono già in partenza una sorta di « viatico » per la messa in atto di comportamenti violenti (labilità emotiva, scarso controllo degli impulsi, ostilità, aggressività, tendenza ad impegnarsi in attività rischiose, etc.). Inoltre, alcuni tratti patologici della personalità rappresentano dei fattori di rischio autonomi di comportamento violento, al punto che in alcuni paesi (es. Gran Bretagna) è stata introdotta una categoria « psico-giuridica » specifica per i c.d. « disturbi della personalità gravi e pericolosi » ¹⁸⁾.

Invece, l'uso/abuso di sostanze possiede una propria autonoma valenza, in quanto oltre a rappresentare una categoria già di per sé significativamente correlata con la violenza ¹⁹⁾, tende anche ad aggravare ²⁰⁾, o a cronicizzare ²¹⁾ molti disturbi psichiatrici ²²⁾, fino a poter indurre veri e propri scompensi psicotici del tutto indistinguibile da quelli primari ²³⁾. Inoltre, l'effetto « disinibente » comune a molte sostanze psicoattive (alcol, cocaina, amfetamine, etc.) costituisce di per sé uno specifico fattore di rischio di violenza ²⁴⁾ e il rischio cumulativo diviene ancora più elevato quando si associa a malattia mentale ²⁵⁾.

Ritornando alle patologie psichiatriche maggiori, come si è detto, la ricerca scientifica si è focalizzata principalmente sul rapporto tra « malattia di mente » e violenza, ritenendo difficilmente delimitabile il legame con il crimine, o la delinquenza in senso generico. In

GRAZ C. et al., *Criminal behavior and violent crimes in former inpatients with affective disorder*, *J Affect Disorders*, 117, 98, 2009; FAZEL S. et al., *Bipolar disorder and violent crime: new evidence from population-based longitudinal studies and systematic review*, *Arch Gen Psychiatry* 67, 931, 2011; LARGE M.M., NIELSEN O., *Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis*, *Schizophr Res*, 125, 209, 2011; VAN DORN R.A., VOLAVKA J., JOHNSON N., *Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use?*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 3, 487, 2012.

17) ELBOGEN E.B., JOHNSON S.C., *The intricate link between violence and mental disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions*, *Arch Gen Psychiatry*, 66, 2, 152, 2009; DAVISONA S., JANCA A., *Personality disorder and criminal behavior: what is the nature of the relationship?*, *Curr Opin Psychiatry*, 25, 39, 2012.

18) DUGGAN C., *Dangerous and severe personality disorder*, *Brit J Psychiatry*, 198, 431, 2011.

19) CATANESI R., BELLOMO A., *Dual Disorders: dalla diagnosi clinica alla valutazione psichiatrico-forense*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 18, 45, 1996.

20) SAFER D., *Substance abuse by young adult chronic patients*, *Hospital Community Psychiatry*, 38, 511, 1987.

21) LEHAMAN A., MYERS C., CORTY E., *Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes*, *Hospital Community Psychiatry*, 40, 1019, 1989.

22) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids*, *Am J Psychiat*, 152, 2, 1995.

23) ANDREASSON S., ALLEBEDK P., RYDBERG U., *Schizophrenia in users and non-users of cannabis*, *Acta Psychiat Scand*, 79, 505, 1989.

24) WEINER M.D., SUSSMAN S., SUN P., DENT C., *Explaining the link between violent perpetration, victimization, and drug use*, *Addict Behav*, 30, 1261, 2005.

25) Per tutti: VOLAVKA J., SWANSON J.W., *Violent behaviour in mental illness: the role of substance abuse*, *JAMA*, 304, 563, 2010.

tale prospettiva, sono stati identificati diversi e specifici fattori di rischio per il comportamento violento del sofferente psichico.

Una variabile importante è legata al decorso della malattia e alla frequenza dei ricoveri ospedalieri, nel senso che all'aumentare del numero e della durata aumenta proporzionalmente il rischio di comportamento violento ²⁶⁾.

Ancora più importanti sono il tipo di diagnosi clinica (psicosi) ²⁷⁾, la presenza di sintomatologia positiva in atto (deliri/allucinazioni), soprattutto se a contenuto violento (c.d. deliri « *threat/control-override* ») ²⁸⁾, la capacità di « mentalizzazione » ²⁹⁾, la scarsa adesione al trattamento ³⁰⁾, la comorbidità con alcuni disturbi della personalità (per es. cluster B) ³¹⁾, l'esistenza di componenti psicopatiche (mancanza di empatia, impulsività, manipolatività, assenza di sentimenti di colpa, egocentrismo, etc.) ³²⁾ e il già ricordato uso/abuso di sostanze.

Altre variabili correlate al rischio di comportamento violento sono l'età giovanile, l'anamnesi positiva per agiti antisociali, l'esserne stati vittima (soprattutto durante l'infanzia), la condizione economica e l'ambiente sociale e familiare ³³⁾.

Rimandando ai lavori citati per una disamina specifica dei risultati della ricerca sui rapporti tra disturbi psichici, crimine e violenza, ciò che si vuole sottolineare dal punto di vista medico-legale è che la predizione di recidiva criminale prevista *ex art.* 203 c.p. rappresenta in realtà una nozione giuridica finalizzata agli scopi di difesa sociale propri del diritto, che risulta molto diversa da ciò che può essere concretamente richiesto e demandato alla scienza psichiatrica.

In verità, è sempre più evidente che il problema della « pericolosità sociale psichiatrica » deve essere rivisto e riformulato nei termini, più clinici, di valutazione del rischio di scompensamento psicopatologico con concomitanti, probabili, agiti violenti ³⁴⁾.

In tale prospettiva, il perito non sarebbe più costretto ad adattare forzosamente ciò che realmente può valutare sul piano scientifico (il rischio di scompensamento psichico e di concomitanti agiti violenti) ad una pretesa di predizione, quasi divinatoria, di « *commettere*

26) BRENNAN P., MEDNICK S., HODGINS S., *Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort*, Arch Gen Psychiatry, 57, 5, 494, 2000.

27) DOUGLAS K., GUY L., HART S., *Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis*, Psychol Bull, 135, 679, 2009.

28) NEDERLOF A.F., MURIS P., HOVENS J.E., *Threat/control-override symptoms and emotional reactions to positive symptoms as correlates of aggressive behavior in psychotic patients*. J Nerv Ment Dis. 199, 342, 2011.

29) ABU-AKEL A., ABUSHUA'LEH K., *Theory of mind in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia*, Schizophr Res, 69, 1, 45, 2004.

30) HODGINS S., RIAZ M., *Violence and phases of illness: Differential risk and predictors*, Eur Psychiat, 26, 518, 2011.

31) ROBERTS A.D.L., COID J.W., *Personality disorder and offending behaviour: findings from the national survey of male prisoners in England and Wales*, J Forensic Psychiatry Psychol, 21, 221, 2010.

32) MCGREGOR K. et al., *Schizophrenia spectrum disorders, substance misuse, and the four-facet model of psychopathy: The relationship to violence*, Schizophr Res, 136, 1-3, 116, 2012.

33) BO S. et al., *Risk factors for violence among patients with schizophrenia*, Clin Psychol Rev, 31, 711, 2011.

34) LORETTU L., MILIA P., *La prognosi del comportamento violento in psichiatria*, Noos, 5, 3, 205, 2001; BANDINI T., ROCCA G., loc. cit. sub 5.

nuovi fatti preveduti dalla legge come reati», che dovrebbe rimanere compito di esclusiva competenza del Giudice (*ex art. 133 c.p.*).

La psichiatria forense potrebbe così finalmente partecipare ad una costruzione « scientifica » della pericolosità sociale, fondata sull'indagine e sulla valutazione della presenza e dell'entità dei potenziali fattori di rischio e di protezione presenti nel caso specifico, con la prospettiva di contribuire ad una sorta di « *risk assessment* » di comportamento violento di « quel » sofferente psichico già autore di reato, e di dare anche importanti indicazioni sulle migliori prospettive di gestione e trattamento.

Come ricorda Monahan ³⁵⁾, ogni processo di valutazione del rischio presuppone, però, due momenti cruciali. Innanzitutto, il soggetto deve essere classificato sulla base di una serie di variabili strettamente correlate con il comportamento che si vuole predire. Secondariamente, deve essere eseguita una valutazione a distanza di tempo per verificare il risultato della predizione sulla base di criteri ben definiti e condivisi dalla comunità scientifica.

Vediamo quindi di approfondire gli strumenti predittivi ed i metodi valutativi proposti dalla ricerca internazionale.

3. Dalla « pericolosità » alla valutazione del rischio di comportamento violento del sofferente psichico: materiali e metodi.

Come si è cercato di illustrare, nel diciannovesimo e per gran parte del ventesimo secolo la valutazione della pericolosità del paziente psichiatrico nel contesto forense è stata demandata *tout court* alla responsabilità degli esperti clinici, ritenuti sufficientemente qualificati per esprimere giudizi sulla sola base della loro formazione ed esperienza.

Dagli anni '60, molte ricerche hanno messo in discussione i metodi puramente clinici impiegati per valutare la « pericolosità » del sofferente psichico, sollevando numerosi dubbi sulle capacità predittive delle scienze medico-psichiatriche in tale campo ³⁶⁾,

Negli USA, in Canada e in Gran Bretagna, dove la valutazione del rischio di agiti violenti (*violence risk assessment*) è stato sostanziato da differenti modelli teorici e metodologici ³⁷⁾, è parere ormai condiviso che un'attendibile valutazione diagnostica e prognostica non possa fondarsi esclusivamente sul giudizio clinico dell'esperto (*approccio clinico puro*), seppure supportato dalla sua esperienza professionale e conoscenza teorica, in quanto tale giudizio è comunque esposto ad errori sistematici, essendo fondato sulla discrezionalità.

35) MONAHAN J. et al. *Rethinking risk assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*, New York, NY: Oxford University Press, 2001.

36) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Task Force Report Number 8: Clinical Aspects of the Violent Individual*, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1974.

37) DOUGLAS K.S., SKEEM J.L., *Violence Risk Assessment. Getting specific about being dynamic*, *Psychol Public Pol L*, 11, 3, 347, 2005.

Basti pensare ai primi lavori sul *risk assessment* condotti negli anni '70 come quello di Steadman e Coccozza³⁸⁾, i quali, nel loro studio sugli individui rilasciati in seguito alla storica « sentenza *Baxstrom* », hanno evidenziato che i medici, nelle valutazioni di pericolosità, sovrastimavano significativamente il rischio di future violenze da parte dei pazienti.

Allo stesso modo, ricerche più recenti sottolineano come il solo giudizio clinico sia « fisiologicamente » condizionato da *biases* di tipo culturale e/o sociale. Ad esempio, diversi studi dimostrano che gli psichiatri tendono generalmente a sottostimare il potenziale violento femminile³⁹⁾, attribuendo – a parità di reato, di caratteristiche socio-demografiche e di tipologia diagnostica – un rischio di recidiva violenta più alto ai maschi, dato contraddetto da numerosi lavori⁴⁰⁾.

Altri « errori sistematici » molto comuni riguardano il fatto che i clinici tendono a sovrastimare il peso dei reati contro la persona (es. omicidio) rispetto ai reati contro la proprietà⁴¹⁾ oppure a considerare come fattore prognostico negativo la sola non *compliance* farmacologica⁴²⁾. Alla luce di tali evidenze, l'attenzione degli studiosi si è quindi spostata sulla ricerca di strumenti statistico-attuariali come alternativa alla valutazione puramente clinica del rischio di comportamento violento⁴³⁾.

In un celebre lavoro pubblicato da Monahan nel 1984⁴⁴⁾, si prospettò già la necessità di cambiare il metodo di indagine (incorporare i dati clinici in tabelle statistiche che coadiuvino lo psichiatra nella valutazione), gli indicatori considerati (includere i fattori situazionali in cui il paziente potrebbe trovarsi, l'ambiente sociale, familiare e lavorativo), nonché i campioni di validazione (effettuare studi su popolazioni specifiche anche al fine di includere i fattori predittivi a breve termine).

Come ricordato da Giulini⁴⁵⁾, le valutazioni attuariali si basano sulla validazione di 'items' statisticamente predefiniti, volti all'identificazione dei fattori di rischio statici di comportamento violento (precedenti episodi di violenza, età, sesso, razza, stato socio-familiare, etc.). Attraverso una combinazione algoritmica dei fattori predittivi empiri-

38) STEADMAN H.J., COCOZZA J., *Careers of the criminally insane: Excessive social control of deviance*, Lexington Books, Lexington, MA, 1974.

39) SKEEM J. et al., *Gender and Risk Assessment Accuracy: Underestimating Women's Violence Potential*, *Law Human Behav*, 29, 173, 2005.

40) PUTKONEN H. et al., *Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders*, *Am J Psychiat*, 160, 5, 2003.

41) QUINSEY V., MAGUIRE A., *Maximum security psychiatric patients: actuarial and clinical prediction of dangerousness*, *J Interpers Violence*, 1, 143, 1986; WERNER P.D. et al., *Aspects of consensus in clinical prediction of imminent violence*, *J Clin Psychol*, 46, 534, 1990.

42) MULVEY E.P., LIDZ C.W., *Clinical prediction of violence as a conditional judgment*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33, 107, 1998.

43) GROVE W.M., MEEHL P.E., *Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical-statistical controversy*, *Psych Pub Pol Law*, 2, 293, 1996.

44) MONAHAN J., *The prediction of violent behaviour: toward a second generation of theory and policy*, *Am J Psychiat*, 141, 10, 1984.

45) GIULINI P., *Le problematiche dell'osservazione scientifica della personalità: l'operatore penitenziario tra aspettative deluse e nuove prassi trattamentali*. Incontro di studi organizzato dal C.S.M., Roma, 7-8 febbraio 2008.

camente identificati come legati alla recidiva, si possono predisporre delle scale basate su punteggi, cosiddette attuariali, che possono essere generiche, o specifiche per la tipologia dei delitti a cui si riferisce il rischio di recidiva. La codifica avviene in modo oggettivo, così come la considerazione del risultato a punteggio (« score »).

Uno dei primi strumenti attuariali « puri », la *Violence Risk Appraisal Guide* (VRAG), è stato sviluppato sulla base di un importante studio longitudinale su circa 800 autori di reati gravi rilasciati da una struttura psichiatrica di massima sicurezza canadese, con la sistematizzazione dei fattori di rischio empiricamente evidenziati in una vera e propria scala attuariale ⁴⁶⁾. Tale strumento è costituito da 12 *items* centrati su caratteristiche demografiche, anamnestiche (precedenti penali, ecc.) e psicometriche, e fornisce un punteggio che indica la probabilità che un individuo possa commettere un atto violento in un determinato periodo di tempo. La VRAG è utilizzata anche in molte scale attuariali più complesse ed è stata citata più volte nella letteratura contemporanea come un valido predittore di comportamento violento ⁴⁷⁾.

È interessante notare come uno dei principali indicatori predittivi della VRAG è rappresentato dal livello di alterazione della personalità, come misurato dalla scala di Hare (PCL-R) ⁴⁸⁾.

Nonostante i tentativi di sviluppare modelli standardizzati che possano misurare su base algoritmica i fattori di rischio di comportamento violento, marginalizzando al massimo la soggettività clinica e favorendo una sorta di automatismo meccanicistico tra punteggio dei test e giudizio di « pericolosità », alcuni Autori ⁴⁹⁾ hanno rilevato che tali strumenti non soddisferebbero i criteri conoscitivi relativi alla previsione del momento della possibile recidiva, né fornirebbero indicazioni sulle strategie per ridurre i rischi di recidiva. Inoltre, ponendo eccessiva attenzione sui fattori di rischio statici a scapito di quelli dinamici, tali metodiche ignorerebbero i cambiamenti nel tempo del livello di rischio, misurando così solo una tendenza generica alla violenza con la possibilità di produrre falsi positivi.

A partire da tali limiti, Monahan ha evidenziato come la soluzione migliore possa trovarsi nella sinergia tra modelli attuariali e valutazione clinica ⁵⁰⁾, secondo un modello attualmente definito « *valutazione professionale strutturata* »

Secondo Webster ⁵¹⁾ essa rappresenta « *un ponte necessario a colmare il gap tra l'ap-*

46) QUINSEY V.L. et al., *Violent offenders: Appraising and managing risk*, American Psychological Association, Washington, D.C., 1998.

47) QUINSEY V.L. et al., *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*, 2nd ed. Washington, DC, American Psychological Association, 2006.

48) HARE R., *The Hare psychopathy checklist-revised: Manual*, Multi-Health Systems, Tonawanda, NY, 1991.

49) HART S.D., MICHIE C., COOKE D.J., *Precision of actuarial risk assessment instruments: Evaluating the 'margins of error' of group v. individual predictions of violence*. *Brit J Psychiatr*, 49, s60, 2007.

50) MONAHAN J. et al., *An actuarial model of violence risk assessment for persons with mental disorders*, *Psych Serv* 56, 810, 2005.

51) WEBSTER C. et al., *Violence risk assessment: using structured clinical guidelines professionally*, *Int J Ment Health*, 1, 185, 2002.

proccio clinico e attuariale », atto a fornire all'operatore linee guida già preordinate (atte ad indicare quali e come devono essere raccolte le informazioni) e a delineare i fattori di rischio di recidiva, nonché pesarli e combinarli in base a quanto ritenuto rilevante per il caso specifico preso in considerazione.

Lo scopo di tale approccio è duplice: da un lato prevenire il comportamento violento, focalizzando l'attenzione sui fattori di rischio dinamici, dall'altro individuare le più opportune strategie di intervento al fine di evitare la messa in atto della recidiva violenta.

Un esempio di questa metodica è rappresentato dall'*Historical/Clinical Risk Management-20* (HCR-20). Originariamente sviluppato nel 1995 e rivisitato nel 1997. Tale strumento è diventato il prototipo del c.d. « *giudizio clinico strutturato* », rappresentando così la vera alternativa alla rigidità dei modelli attuariali puri come la VRAG. L'HCR-20; sfrutta molti indicatori analoghi a quelli della PCL-R, ma cerca di bilanciare sia le variabili statiche che quelle dinamiche. I suoi 20 *items*, infatti, sono suddivisi in tre sezioni che integrano le informazioni chiave del passato (storico), del presente (clinica) e del futuro (*risk management*)⁵²⁾.

Il tentativo più ambizioso di compendiare entrambi i modelli, clinico e attuariale, è rappresentato dallo sviluppo dell'*Iterative Classification Tree* (ICT) e della associata *Classification of Violence Risk* (COVR)⁵³⁾. Sviluppatisi sulla base delle evidenze fornite dal *MacArthur Violence Risk Assessment Study*, l'ICT e la COVR hanno offerto un nuovo modello per la valutazione del rischio di violenza, superando molte delle carenze metodologiche che avevano caratterizzato le ricerche precedenti, dimostrandosi in grado di distinguere efficacemente tra soggetti a basso e ad alto rischio, e proponendosi come utili strumenti tanto in ambito clinico che forense.

Negli ultimi anni, un crescente numero di studi ha cercato di indagare i reali ambiti di applicazione, l'efficacia predittiva e la specificità di utilizzo delle diverse metodiche sinora descritte.

Per quanto concerne la capacità predittiva delle diverse metodiche di *assessment*, allo stato attuale non vi sono in letteratura evidenze univoche. Infatti, sebbene alcuni lavori abbiano dimostrato una superiorità delle metodiche attuariali rispetto a quelle semi-strutturate⁵⁴⁾, altri studi sottolineano una capacità di valutazione e predizione del rischio pressoché equivalente⁵⁵⁾.

La più ampia meta-analisi sinora condotta sull'argomento⁵⁶⁾, che ha analizzato ben 68

52) WEBSTER C. et al., *Manual for the HCR-20: Assessing risk for violence*, Burnaby, Mental Health Law and Policy Institute, Simon Fraser University, British Columbia, 1997.

53) MONAHAN J. et al., *The classification of violence risk*, Behav Sci Law, 24,721, 2006.

54) HIGGINS N. et al., *Assessing violence risk in general adult psychiatry*, Psychiatr Bull, 29, 131, 2005.

55) GUY P. et al., *Performance indicators of the structured professional judgment approach for assessing risk for violence to others: a meta-analytic survey*, Unpublished doctoral dissertation, Simon Fraser University, Burnaby, BC, 2008.

56) SINGH J.P. et al., *A comparative study of violence risk assessment tools: a systematic review and meta-regression analysis of 8 studies involving 25980 participants*, Clin Psychol Rev, 31, 499, 2011.

studi di *risk assessment* coinvolgenti 25.480 partecipanti, pur confermando un'efficacia quasi intercambiabile tra le diverse scale, evidenza che l'85% delle differenze è attribuibile a *biases* di tipo metodologico riconducibili ad errori nella scelta dello strumento da utilizzare. Gli Autori, difatti, sottolineano che l'elemento più importante da considerare nell'applicazione di una determinata metodica è la cosiddetta « *function addiction* », che può essere costituita dal contesto di applicazione (*setting* forense versus clinico), dalla patologia psichiatrica indagata (l'HCR-20 si è dimostrata più sensibile se utilizzata in soggetti schizofrenici, piuttosto che nei Disturbi di Personalità), o dal tipo di violenza considerata ⁵⁷⁾.

A tale riguardo, l'HCR-20 è risultato avere la migliore efficacia predittiva quando utilizzato per indagare il rischio di violenza cosiddetta « impulsiva » (la più frequente nel *setting* forense), mentre la PCL-R dimostra maggior affidabilità nella predizione di agiti violenti di tipo « predatorio » ⁵⁸⁾.

4. La « pericolosità sociale psichiatrica » alla luce delle evidenze scientifiche: criticità attuali, prospettive metodologiche ed esigenze di trattamento.

Sulla base delle citate ricerche e dello sviluppo di diversi strumenti clinici e attuariali di « *violence risk assessment* », sembra emergere la possibilità di usufruire di un metodo « *evidence-based* » anche in un ambito delicato quale quello della valutazione della « pericolosità », per molto tempo ritenuta un esercizio di carattere quasi « divinatorio », del tutto sganciato, sul medio e lungo periodo, dalla reale possibilità di fornire una motivata previsione clinico-prognostica.

In Gran Bretagna circa il 70% dei clinici che opera in strutture psichiatriche forensi e due terzi di coloro che lavorano in *setting* di psichiatria generale ⁵⁹⁾, utilizzano comunemente strumenti standardizzati di previsione del rischio.

Anche negli U.S.A. e in Canada la valutazione del rischio di comportamento violento del sofferente psichico attraverso strumenti clinico-attuariali è ormai *routine* nella pratica psichiatrica ⁶⁰⁾.

Le stesse linee guida internazionali per il trattamento della schizofrenia ⁶¹⁾ raccomandano un accurato *violence risk assessment* per i pazienti psicotici.

57) GRAY T.L. et al., *Predicting violence using structured professional judgment, in patients with different mental and behavioural disorders*, *Psychiat Res*, 187, 1, 248, 2011.

58) Mc DEMMOTT B.E. et al., *The accuracy of risk assessment instruments in the prediction of impulsive versus predatory aggression*, *Behav Sci Law*, 26, 759, 2008.

59) DOYLE M., CARTER S., SHAW J., *Predicting community violence from patients discharged from acute mental health units in England*, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47, 627, 2012.

60) SKEEM J., MONAHAN J., *Current directions in violence risk assessment*, *Curr Dir Psychol Sci* 20, 38, 2011.

61) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, second edition*, *Am J Psychiat*, 161, 1, 2004; NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE, *Schizophrenia: Core Interventions*

In Italia persistono invece ancora molte « riserve » circa l'utilizzo dei metodi e degli strumenti proposti dalla ricerca internazionale: da un lato perché la consapevolezza della necessità di valutare il rischio di comportamento violento nel paziente psichiatrico è « maturata » più lentamente rispetto ad altri Paesi, dall'altro perché tutti gli strumenti dianzi citati non hanno ancora trovato una validazione in lingua italiana.

Proprio a fronte di questi limiti e alla luce dei mutamenti e delle trasformazioni sul trattamento dell'« infermo di mente socialmente pericoloso », si rivela assolutamente indispensabile un approfondimento di tale approccio da parte della comunità medico-legale e psichiatrica. In particolare, sulla scorta di quanto dianzi analizzato circa gli strumenti e i metodi per valutare il rischio di comportamento violento nel paziente psichiatrico, il perito dovrebbe abitualmente indagare la presenza e l'entità dei fattori di rischio e di protezione in gioco, distinguendo quelli statici (non modificabili) da quelli dinamici (modificabili) e analizzandoli alla luce di tutti i dati fattuali disponibili, in modo da fornire in concreto un « *risk assessment* » del sofferente psichico autore di reato.

L'importanza di tale prospettiva metodologica è stata del resto recentemente affermata in una sentenza del Tribunale di Monza ⁶²⁾, che ha ritenuto che « ... l'attuale profilo di pericolosità sociale del paziente è da considerarsi scemato rispetto al momento dell'internamento e comunque compatibile con l'inserimento in una struttura residenziale-assistenziale consona alle caratteristiche (età, tendenza all'isolamento sociale, difficoltà relazionali) e alle esigenze terapeutiche (psicoterapia di sostegno, monitoraggio della comorbidità organica) del paziente ... » sulla base del fatto che lo stesso « ... sottoposto ad una valutazione testistica standardizzata (VRAG) ha riportato un punteggio pari ad una classe di recidiva violenta definita molto bassa »: per questo motivo il paziente è stato sottoposto a misura di sicurezza meno restrittiva (libertà vigilata presso una comunità).

Questo non significa che il perito possa prevedere scientificamente e regolarmente il rischio di recidiva violenta del paziente psichiatrico autore di reato, ma semplicemente che, mediante un metodo e dei criteri ancorati alle più recenti evidenze empiriche, si possono valutare i fattori in gioco nel caso concreto e si può proporre una valutazione scientifica del rischio di scompensazione psichica, con concomitanti agiti violenti, in grado di fornire al Magistrato gli strumenti tecnici indispensabili per giungere ad un giudizio fondato su dati oggettivi e verificabili. Tutto ciò senza mai dimenticare che un conto è valutare – e quando possibile quantificare – il rischio di agiti violenti, altro è prevedere una recidiva criminale, eventualità sempre possibile al di là della adeguatezza e della regolarità dei trattamenti psichiatrici.

Invero, in taluni casi le valutazioni appaiono davvero ardue. Tuttavia, riteniamo che la questione possa e debba essere affrontata senza pregiudizi, impegnandosi – come per

in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Update), Final Version, London, NICE, 2009.

62) Trib. di Monza, sent. n. 16 del 13 gennaio 2012.

qualsiasi altra questione clinica – ad analizzare con attenzione le evidenze anamnestico-cliniche ed a valutarle secondo i riferimenti scientifici più accreditati.

Infine, è importante ricordare che tutto ciò acquisisce ulteriore rilievo quando ci si sposta dal piano prognostico-valutativo, proprio del momento peritale, a quello trattamentale, sempre più a carico dei Centri di Salute Mentale.

Le sentenze della Corte Costituzionale, infatti, hanno aperto scenari « gestionali » più ampi di quelli classici (internamento in O.P.G. o C.C.C.), stabilendo che « *l'attuale configurazione della misura di sicurezza si muove fra le polarità di trattamento e controllo* » e sottolineando come « *i due aspetti sono collegati e non scindibili* », per cui non possono perseguirsi finalità terapeutiche senza che ci si prefiguri anche un suo contestuale ed adeguato « controllo ».

In altri termini, la giurisprudenza ha tracciato un legame inscindibile fra istanze di difesa sociale – tema classico della criminologia clinica – e opportunità terapeutiche e riabilitative, da assicurare anche al sofferente psichico autore di reato al pari di quello che non delinque ⁶³⁾, così da poter fare affidamento, anche in ambito forense, sui punti di forza che la psichiatria moderna è in grado di offrire, sempre nella consapevolezza dei limiti e delle asperità sottesi alla gestione ed al trattamento del sofferente psichico.

Come affermano *Catanesi* e coll., si sta entrando nella « *terza fase* » di un percorso che « *dalla pericolosità intensa come connotazione quasi naturale di un individuo, intrinseca ed indipendente dal trattamento, è transitato in quella della cosiddetta pericolosità condizionata alle cure, per giungere – oggi – ad un progetto terapeutico personalizzato, concreto, specifico, in grado di soddisfare un ambizioso (e rischioso) duplice obiettivo: curare ed evitare la recidiva delittuosa. Un programma indicato dal perito ma imposto dall'Autorità Giudiziaria come condizione per beneficiare della libertà vigilata, che per funzionare richiede necessariamente che il paziente collabori proficuamente al programma, rispettandone cioè tutte le prescrizioni previste ed aderendo ad esse* » ⁶⁴⁾.

Il tutto con piena consapevolezza delle specificità dell'attuale organizzazione assistenziale dei Servizi psichiatrici territoriali, che, per diverse ragioni, anche di tipo culturale, non sembrano ancora possedere alcuni dei meccanismi operativi essenziali per affrontare nel modo migliore una sfida ancora così ricca di incognite.

Tutto ciò appare ancora più cogente proprio alla luce delle recenti innovazioni normative volte alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ed al passaggio del trattamento del sofferente psichico autore di reato ai Servizi psichiatrici territoriali (art. 3 *ter*, allegato alla Legge 17.2.2012 n. 9), che determineranno inevitabili ricadute organizzative e gestionali, sia per le strutture sia per gli operatori, ed incoraggeranno ulteriori

63) CATANESI R., CARABELLESE F., *L'accertamento peritale fra esigenze di cura e pericolosità sociale*, in *Rass. It. Crim.*, 3, 413, 2005.

64) CATANESI R., CARABELLESE F., GRATTAGLIANO I., *loc. cit. sub 7*.

esigenze di formazione professionale specifica, certamente da programmare in modo tempestivo.

Tali difficoltà sono confermate, peraltro, da recenti indagini finalizzate proprio a valutare la « preparazione » del sistema psichiatrico territoriale ad accogliere i pazienti « giudiziari » ⁶⁵⁾.

Ne deriva che la psichiatria forense può giocare un ruolo decisivo, quello, come autorevolmente ricordato da Mullen ⁶⁶⁾, di fornire il proprio contributo nel « *transitare dall'accertamento del rischio alla gestione terapeutica del rischio* », ovvero nell'individuare quei fattori individuali ed ambientali sui quali è possibile intervenire per costruire uno specifico progetto terapeutico e riabilitativo per il sofferente psichico autore di reato, pur nella consapevolezza che, al di là dell'eccellenza del trattamento che i servizi psichiatrici saranno in grado di effettuare e dei benefici terapeutici che sarà possibile ottenere, la recidiva criminale è, e rimane, un fenomeno multifattoriale, in cui la psicopatologia può costituire solo uno dei diversi fattori in gioco.

L'obiettivo indicato da Mullen, allora, è certamente un traguardo raggiungibile, purché si utilizzino trattamenti mirati e basati su prove di efficacia e nei quali vi siano ampi spazi di collaborazione fra i diversi operatori interessati ⁶⁷⁾, come sembrano dimostrare i risultati di alcuni studi condotti su soggetti inseriti in programmi comunitari disposti dalle *Mental Health Courts* americane ⁶⁸⁾.

Un simile approccio potrà essere certamente efficace e fruibile anche in Italia se sarà fondato su una collaborazione forte tra psichiatria clinica e psichiatria forense e se prevederà una riorganizzazione dei servizi psichiatrici territoriali, indirizzata specificamente al trattamento dei pazienti autori di reato socialmente pericolosi ⁶⁹⁾: servizi che non dovranno essere comunque considerati « depositari » di pretese di controllo sociale ⁷⁰⁾, quanto, piuttosto, garanti del diritto alla cura anche del sofferente psichico autore di reato socialmente pericoloso.

65) CARABELLESE F. et al., *Il trattamento del reo malato di mente nei servizi psichiatrici della Regione Puglia*, in *Rass. It. Crim.*, 1, 189, 2010.

66) MULLEN P.E., *Forensic mental health*, *Brit J Psychiatr*, 176, 307, 2000.

67) LINDQVIST P., SKIPWORTH J., *Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry*, *Brit J Psychiatr*, 176, 320, 2000; LAMBERTI J. et al., *Forensic assertive community treatment: preventing incarceration of adults with severe mental illness*, *Psychiat Serv*, 55, 1285, 2004.

68) SWARTZ M. et al., *Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Finding from a randomized trial in severely mentally ill individuals*, *Am J Psychiat*, 156, 1968, 1999; SWANSON J. et al., *Involuntary out-patient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness*, *Brit J Psychiatr*, 176, 324, 2000; MONAHAN J. et al., *Mandated community treatment: beyond outpatient commitment*, *Psychiat Serv*, 52, 1198, 2001.

69) CARABELLESE F. et al., *Il trattamento del reo malato di mente: L'esperienza USA delle « Mental Health Courts »*, in *Rass. It. Crim.*, 3, 563, 2009.

70) Tribunale di Firenze, Ufficio di Sorveglianza, 15 febbraio 2012: « ... l'esistenza di una posizione di garanzia del medico psichiatra verso gli atti auto o etero aggressivi del paziente psichiatrico si desume, a contrariis, anche dal disegno di legge 22.12.2011, n. 211 laddove all'art. 4 ... si afferma che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di Salute Mentale ... Ritiene questo Magistrato di Sorveglianza che dal complesso normativo e giurisprudenziale si possa dedurre la presenza di un dovere di cura e di una posizione di garanzia in capo al medico psichiatra del paziente autore di reato affetto da

In tale prospettiva, dunque, identificare i fattori di rischio di comportamento violento nel paziente psichiatrico rappresenta la base di partenza comune sia per garantire un intervento mirato da parte dei servizi psichiatrici, sia per offrire alle esigenze di difesa sociale del Diritto dei criteri valutativi scientificamente condivisi, controllabili e ripetibili. Tutto ciò nel contesto di un'auspicabile, quanto indispensabile, maggiore collaborazione fra psichiatria clinica e forense, che – in accordo con quanto da tempo sostenuto da alcuni autori ⁷¹⁾– rappresenta l'unica modalità operativa in grado di consentire allo stesso tempo di individuare i fattori di rischio di comportamento violento, di apprezzare le alternative disponibili per la gestione e il trattamento del paziente, di costruire sulla migliore di esse un progetto concreto atto a realizzare un'efficace « gestione » del sofferente psichico autore di reato anche sul territorio, accettando i limiti di cui si è ampiamente dibattuto.

RIASSUNTO

Nei primi decenni del secolo scorso l'interpretazione giuridica della nozione di pericolosità sociale di cui all'art. 203 c.p. ed il concetto di « pericolosità per sé e per gli altri », che connotava l'allora predominante paradigma interpretativo della malattia mentale risultavano sostanzialmente sovrapponibili. Dopo la metà del '900, grazie anche al fiorire della psicofarmacologia, la psichiatria italiana ha vissuto una trasformazione radicale rispetto ai modelli del passato, restituendo al « matto » la dignità di « malato », e quindi che necessita cure ed assistenza in modo analogo a qualunque altro paziente « clinico ». Tale evoluzione, tuttavia, ha contribuito a creare un differente equivoco: se da un lato è certo che non esista alcun automatismo tra malattia psichica e pericolosità, dall'altro non si può negare sic et simpliciter l'esistenza del rischio da parte del sofferente psichico di commettere comportamenti illeciti. Per questi motivi, nell'ultimo trentennio, il dibattito sulla valutazione clinica della « pericolosità sociale psichiatrica » è stato molto intenso, registrando la critica, e spesso il furore e l'impotenza, dei tecnici di fronte a previsioni normative che, nonostante il passare dei decenni, non mutavano in modo sostanziale. In tale prospettiva, gli Autori presentano i risultati più interessanti delle ricerche che hanno cercato di dimostrare se sussista o meno un rapporto tra malattia mentale e crimine ed analizzano se esistano e quali possano essere gli strumenti clinico-prognostici utilizzabili nella valutazione di tale correlazione.

infermità psichica ma non socialmente pericoloso affinché siano evitate possibili ma non probabili recidive laddove dipendenti da prevedibili ed evitabili scompensi ... ».

71) CATANESI R., CARABELLESE F., loc. cit. sub 63.

SUMMARY

In the early decades of last century, the legal interpretation of the concept of social dangerousness of Article 203 P.C. and the concept of « dangerousness to self or others, » which connoted the then dominant interpretative paradigm of mental illness, were essentially interchangeable. After the first half of the 20th century, thanks to the flourishing of psychopharmacology, Italian psychiatry underwent a radical transformation. The « fool » was thus given back the dignity of « sick », namely someone needing the care and assistance granted to any other « clinical » patient. This evolution, however, led to a different misunderstanding: while it is certain that there is no automatic link between mental illness and dangerousness, on the other hand it cannot be denied sic et simpliciter the existence of the risk for the person with psychiatric disorder of committing misconduct. For these reasons, in the last three decades, the debate on the clinical judgment of « psychiatric social dangerousness » has been fervent and characterized by the criticism and often the rage and powerlessness of professionals who, despite the passage of decades, have not seen any substantial change in the legal framework. In this perspective, the authors present the most interesting results of studies that have attempted to demonstrate whether there is a relationship between mental illness and crime and investigate the availability of tools that can be used in the clinical and prognostic evaluation of this correlation.

© Copyright Giuffrè 2013. Tutti i diritti riservati. Ad uso di CENTRO SERVIZI
COORD. SISTEMA BIBLIO

© Copyright Giuffrè 2013. Tutti i diritti riservati. Ad uso di CENTRO SERVIZI
COORD. SISTEMA BIBLIO