



Corso di Formazione in Psicologia Giuridica e Criminologia

Campobasso 2014-2015

TITOLO TESINA:

**‘IL PERITO E LA PERICOLOSITA’ SOCIALE’
TRA GIURISPRUDENZA E PSICOLOGIA**

Dott.ssa Tesone Arianna

INDICE:

1. INTRODUZIONE

2. UN INQUADRAMENTO INIZIALE: MAGISTRATURA DI SORVEGLIANZA E MISURE DI SICUREZZA

2.1 LAMAGISTRATURADISORVEGLIANZAEISUOIORGANI: DEFINIZIONI E COMPETENZE

2.2 MISURE DI SICUREZZA E OBBLIGO DI ACCERTAMENTO DELLA PERICOLOSITA' SOCIALE

3. LAPERICOLOSITA'SOCIALETRAMODALITA'DIACCERTAMENTO E IMPORTANZA DEL PERITO

3.1 PROBLEMATICHE GENERALI DEL GIUDIZIO DI PERICOLOSITA' SOCIALE

3.2 LACOMPLESSITA'INSITANEICASIDIINFERMITA'E SEMI-INFERMITA' MENTALE

4. IMPUTABILITA', INFERMITA' MENTALE E PERICOLOSITA' SOCIALE

4.1 IL CONCETTO DI IMPUTABILITA' E LA CAPACITA' DI INTENDERE E VOLERE

4.2 I CONCETTI DI INFERMITA' MENTALE E VIZIO DI MENTE

4.3 L'ESAME DEL FUNZIONAMENTO DELL'IO TRA OTTICA INTEGRATA, LETTURANOSOGRAFICAE PERICOLOSITA'SOCIALE

5. POSSIBILI STRUMENTI TESTISTICI PER LA VALUTAZIONE DELLA PERICOLOSITA' SOCIALE

5.1 IL TEST DI RORSCHACH 5.2 MMPI ED MMPI-2
5.3 LASCALAPCL-R
5.4 LASCALAPPI-R

6. TESTO AGGIORNATO DECRETO 52 DE 31 MARZO 2014

7.CONCLUSIONI

8. BIBLIOGRAFIA

8.1 SITI CONSULTATI

1. INTRODUZIONE

Secondo l'articolo 203 del nostro Codice Penale, si definisce socialmente pericolosa "la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente [reati o quasi-reati], quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati".

Storicamente, la prima definizione del concetto di "pericolosità" si deve ai positivisti e, più precisamente, a Garofalo e a Ferri i quali avevano definito con il termine di "temibilità" la capacità criminale del delinquente intesa come perversità e quantità di male che ci si può attendere da lui. Tuttavia la nozione di "pericolosità sociale" propriamente detta fece ingresso nell'ordinamento giuridico italiano solo con il Codice del 1930, a seguito del dibattito che, tra la fine dell'Ottocento e la prima metà del Novecento, animò la Scuola positiva e la Scuola classica del diritto penale. (Mastronardi, 2001)

La prima muoveva dalla premessa che il reato dovesse essere considerato un fenomeno determinato da fattori criminogenetici, non da una scelta individuale passibile di un giudizio di responsabilità morale. L'intervento penale non poteva quindi orientarsi alla retribuzione dell'illecito commesso, né avere esclusivamente finalità repressiva, ma traeva il proprio fondamento dalla necessità di una prevenzione finalizzata alla difesa sociale: di conseguenza, la sanzione doveva essere adeguata al rischio che l'autore del reato rappresentava per la società e tendere esclusivamente ad impedirne la recidiva. La proposta della Scuola Positiva venne così ad incentrarsi sul problema della pericolosità del reo, per la prima volta inquadrata nei termini di giudizio prognostico sulla capacità di commettere nuovi reati, nonché come centro di un giudizio non fondato sul rimprovero per la colpevolezza di un'azione delittuosa effettivamente commessa, ma sulla necessità di prevenzione. (Dorati, sito L'altro diritto)

Queste concezioni subirono più critiche da parte della Scuola classica del diritto, in particolare per quanto riguardava la definizione del nuovo concetto di pericolosità e la sua compatibilità con la libertà del cittadino: per quanto riguarda il primo punto, secondo i classicisti era necessario che il giudizio di pericolosità non prescindesse dall'effettiva commissione di reato da parte di un soggetto ritenuto responsabile delle proprie azioni, riguardo al secondo invece che non si escludesse, a vantaggio di una visione unicamente preventiva delle sanzioni, il rapporto di proporzionalità fra durata della pena e misura della colpevolezza.

Sulla base di tali premesse, il legislatore del 1930 codificò il concetto di pericolosità sociale accogliendo, in parte, le istanze di entrambi gli orientamenti e, in particolare, il principio della commissione di un fatto che la legge definisce reato (art. 202 comma 1 c.p.) come presupposto indispensabile per la dichiarazione di pericolosità (secondo quanto sostenuto dalla Scuola classica), oltre alla probabilità in senso prognostico (propugnata dalla Scuola positiva) che il soggetto possa compiere, in futuro, fatti configurabili come reati da prevenire quale essenza della pericolosità stessa, assunta a caratteristica eventuale e non permanente dell'autore di reato. (Dorati, sito L'altro diritto)

Come osservato da Padovani (1990), in tale prospettiva l'agito antisociale venne però ad acquisire una rilevanza quasi "sintomatica" nel complesso delle caratteristiche psicologiche, antropologiche e sociali del soggetto determinanti al reato, introducendo, di fatto, il cosiddetto sistema del "doppio binario" fondato sui binomi responsabilità - pena e pericolosità - misura di sicurezza: se, da un lato, si sancì cioè il criterio dell'imputabilità e di una pena retributiva con funzione intimidatoria, collegate alla colpevolezza dell'agente, dall'altro si codificò il principio della pericolosità quale presupposto da accertare per l'applicazione delle misure di sicurezza personali, detentive e non detentive, aventi funzione di prevenzione speciale mediante riabilitazione ed applicabili ai soggetti non imputabili (in via esclusiva), imputabili e semi-imputabili (in aggiunta alla pena).

E' in relazione ad esse e al procedimento di Sorveglianza, poiché è quest'organo di Magistratura a sovraintendere alla loro applicazione, esecuzione, trasformazione e revoca, che verrà approfondita la nozione di pericolosità sociale.

Si vedrà come questa è vincolata ad obbligatorio accertamento, ai sensi dell'art. 31 della legge n. 663 del 10 ottobre 1986, oltre che al momento dell'applicazione della misura di sicurezza da parte del giudice di cognizione, anche a quello dell'esecuzione, del riesame obbligatorio e di quello eventuale da parte del magistrato di sorveglianza (art. 208 c.p.).

In tutti questi casi, l'art. 203 co. 2 c.p. stabilisce che "la qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'art. 133 c.p." il quale prevede l'integrale ricognizione di tutti gli elementi che riguardano non solo la gravità del reato, ma anche la capacità a delinquere del reo in relazione, ad esempio, alla sua personalità e al suo ambiente. Di conseguenza, si illustreranno alcuni fattori (statici, dinamici, situazionali, biologici, psichiatrici, ecc..) ritenuti fondamentali, a tal fine, dalla letteratura psicologico-clinica e giurisprudenziale che, progressivamente, hanno sancito la necessità di una valutazione multifattoriale della genesi criminale, della

persona del reo, della sua pericolosità sociale, imputabilità e possibile psicopatologia.

In questo processo la figura del perito, tramite il ricorso al metodo clinico-anamnestico e agli strumenti testistici di cui si farà menzione, assumerà importanza fondamentale nei casi in cui la legge permetta il ricorso ad esperti (art. 220 c.p.p).

Venuta a cadere, tramite l'abolizione dell'art. 204 c.p. e tramite più sentenze della Corte Costituzionale, ogni categoria di pericolosità sociale presunta e, in particolare, l'automatismo pericolosità - infermità mentale originariamente sostenuto dalla Scuola psichiatrica classica, si spiegherà poi l'importanza del considerare quelle influenze psicologiche, sociali, culturali, ambientali e contestuali che concorrono alla genesi di un'eventuale pericolosità sociale connessa ad una condizione di non imputabilità o di semi-imputabilità, intese, come si vedrà, quale incapacità, rispettivamente totale e parziale, di intendere e volere (art. 88 e 89 c.p.) riconducibili ad un'infermità mentale, produttiva di vizio totale o parziale di mente, in cui il fatto-reato assumerà valore di sintomo e di necessità di applicazione di una misura di sicurezza in un'ottica non retributiva.

Da ultimo, anche alla luce della sentenza n. 9163 dell'8 marzo 2005 delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione, posto che non esistono rapporti di equivalenza accertati tra disturbo mentale e pericolosità sociale, si prenderanno in considerazione alcune possibili correlazioni tra quest'ultima, la concezione di imputabilità e talune categorie di disturbi psicologici a seguito dell'abbandono, da parte della moderna psichiatria forense, dell'originaria e aprioristica distinzione tra psicosi da un lato e nevrosi, psicopatia e disturbi di personalità dall'altro, nella necessità di indagare e descrivere ogni infermità in termini di condizione potenzialmente inficiante il funzionamento dell'Io.

2. UN INQUADRAMENTO INIZIALE: MAGISTRATURA DI SORVEGLIANZA E MISURE DI SICUREZZA

2.1 LA MAGISTRATURA DI SORVEGLIANZA E I SUOI ORGANI: DEFINIZIONI E COMPETENZE

Nel diritto italiano, la Magistratura di Sorveglianza è l'organo giudiziario che si occupa di sovrintendere all'esecuzione della pena (dopo che la sentenza di condanna è stata pronunciata e che stabiliscono che le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato, in relazione alla sua personalità e alla sua capacità d'inserimento nella società libera. (Ruaro, 2009)

Essa è stata istituita con l'approvazione del Codice Penale del 1930, del Codice di Procedura Penale del 1931, nonché con il Regolamento per gli Istituti di Prevenzione e di Pena approvato nel 1931 e, ad oggi, è disciplinata dagli articoli dal n. 677 al n. 684 del nuovo Codice di Procedura Penale (approvato nel 1988) e dalla legge n. 354 del 26 luglio 1975 come modificata dalla legge n. 663 del 10 ottobre 1986 (Legge Gozzini), dalla legislazione restrittiva degli anni 1991-1992, dalla legge n. 165 del 27 maggio 1998 (Legge Simeone) e dal D.P.R. n. 230 del 30 giugno 2000 (Regolamento di esecuzione). (Ruaro, 2009)

Si compone di due organi giurisdizionali rispettivamente con composizione collegiale e monocratica: il Tribunale di Sorveglianza e l'Ufficio di Sorveglianza, il primo con competenza territoriale estesa al distretto della Corte d'Appello, il secondo con competenza pluricircostrizionale (dove, con circoscrizione o circondario, si intende l'area di competenza di ciascun tribunale ordinario che corrisponde generalmente alla provincia).

Entrambi gli organi procedono nelle materie di rispettiva competenza su richiesta dell'interessato, degli uffici della Procura, del difensore nominato dall'interessato o d'ufficio e, per alcuni benefici, anche su richiesta dei prossimi congiunti. (Manoelli, sito L'altro diritto)

In particolare, il Tribunale di Sorveglianza giudica in un collegio costituito da due magistrati ordinari (il presidente e il magistrato di sorveglianza sotto la cui giurisdizione territoriale ricade il soggetto) e da due esperti non togati (in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e scienze criminalistiche) scelti tra quelli nominati ogni tre

anni, in numero adeguato alle necessità di servizio, dal Consiglio Superiore della Magistratura.

Tale collegio, a seguito di camera di consiglio in presenza del Pubblico Ministero, del soggetto interessato e del suo difensore, decide tramite ordinanza soggetta al ricorso per Cassazione è divenuta irrevocabile) nel rispetto delle norme costituzionali e dell'Ordinamento penitenziario opera sia come giudice di primo grado che come giudice di secondo grado rispetto all'Ufficio di Sorveglianza. (Manoelli, sito L'altro diritto)

Come sintetizzato dal Ministero della Giustizia e dall'Osservatorio Regionale del Veneto sulla Popolazione Detenuta e in Esecuzione Penale Esterna (2006), secondo quanto disposto dalla giurisprudenza citata, in primo grado il Tribunale di Sorveglianza è competente in tema di:

- concessione, revoca e cessazione delle misure alternative alla detenzione quali: affidamento in prova al Servizio Sociale, ordinario e particolare (nei casi di tossico-alcooldipendenza e di soggetti affetti da patologie gravi), semilibertà (concessione di trascorrere parte del giorno fuori dall'Istituto di pena per partecipare ad attività lavorative, istruttive o utili al reinserimento sociale), detenzione domiciliare (esecuzione della pena nella propria abitazione o in un luogo pubblico di cura, assistenza, accoglienza);
- liberazione condizionale (possibilità di concludere la pena all'esterno del carcere in regime di libertà vigilata);
- rinvio dell'esecuzione delle pene detentive, sia esso obbligatorio (nei confronti di donna incinta o con prole inferiore ad un anno e di soggetti affetti da patologie incompatibili con la detenzione) o facoltativo (quando si è presentata domanda di grazia, se la pena deve essere espiata da madre con prole di età inferiore a tre anni o da persona con grave infermità fisica);
- concessione della riabilitazione (cancellazione definitiva dal casellario giudiziale dei reati commessi in passato) e dell'estinzione della pena (per esito positivo di una misura).

In secondo grado, il Tribunale esercita funzioni d'appello avverso le decisioni del magistrato di sorveglianza e giudica sulle impugnazioni contro le sentenze di condanna o di proscioglimento emesse dai tribunali penali ordinari (per il solo capo riguardante le misure di sicurezza). L'Ufficio di Sorveglianza è invece composto da uno o più magistrati di sorveglianza che provvedono, in particolare:

- all'approvazione, con decreto, del programma di trattamento rieducativo individualizzato per ogni detenuto (che l'amministrazione dell'Istituto è tenuta per legge a redigere) e dell'eventuale provvedimento di ammissione al lavoro esterno;
- a vigilare, attraverso visite e audizioni dei detenuti, sugli Istituti penitenziari e a controllare che l'attuazione del trattamento risulti

conforme ai principi sanciti dalla Costituzione e dall'Ordinamento penitenziario;

- a esaminare i reclami di detenuti ed internati in ordine all'operato dell'Amministrazione penitenziaria riguardo i rapporti disciplinari, la qualifica lavorativa, la remunerazione, lo svolgimento di attività di lavoro e tirocinio, ecc...;

- a sovrintendere all'esecuzione delle sanzioni sostitutive (pena pecuniaria in sostituzione di una pena detentiva breve; lavoro sostitutivo: prestazione di attività non retribuita in favore della collettività; semidetenzione: obbligo, per il soggetto, di trascorrere almeno dieci ore al giorno negli Istituti di pena; libertà controllata: sottoposizione a prescrizioni in sostituzione di pene detentive, pecuniarie, della multa e dell'ammenda);

- a vigilare sull'attuazione delle misure alternative alla detenzione concesse dal Tribunale, oltre che a disporre la loro provvisoria sospensione e l'eventuale modifica delle prescrizioni;

- ad applicare l'espulsione di detenuti stranieri a titolo di sanzione alternativa alla detenzione,

- al riesame della pericolosità ai sensi dell'art. 208 co. 1 e 2 c.p., nonché all'applicazione, esecuzione, trasformazione e revoca, anche anticipata, delle misure di sicurezza personali (detentive e non detentive, volte a limitare la libertà individuale di soggetti valutati socialmente pericolosi),

- a dichiarare e revocare, con decreto motivato, la dichiarazione di delinquenza abituale, professionale o per tendenza di cui agli art. 102-108 c.p.;

- a concedere la liberazione anticipata (45 giorni ogni sei mesi di detenzione del condannato che partecipa all'opera rieducativa), nonché permessi premio, di necessità e licenze ai detenuti semiliberi e internati;

- alla concessione della remissione del debito (dovuto a spese processuali o di mantenimento in carcere), della rateizzazione e conversione delle pene pecuniarie in libertà controllata per insolvibilità;

- ad autorizzare i detenuti a visite specialistiche, ricoveri ospedalieri o ricoveri per infermità psichica (su richiesta del servizio medico dell'Istituto penitenziario);

- ad accordare i colloqui telefonici dei detenuti e l'eventuale controllo della corrispondenza;

- ad autorizzare, visto il parere della direzione dell'Istituto, l'ingresso di persone estranee all'Amministrazione penitenziaria come quanti prestano attività di volontariato o partecipano a iniziative di formazione o lavoro rivolte ai detenuti;

- ad esprimere parere sulle proposte e le istanze di grazia.

(Osservatorio Regionale del Veneto sulla Popolazione Detenuta e in Esecuzione Penale Esterna, 2006; sito Ministero della Giustizia)

2.2 MISURE DI SICUREZZA E OBBLIGO DI ACCERTAMENTO DELLA PERICOLOSITA' SOCIALE

Tra le competenze dell'Ufficio di Sorveglianza rientrano quindi le misure di sicurezza: è in questo specifico ambito che verrà inquadrato il concetto di pericolosità sociale.

Introdotte dal legislatore per la prima volta nel 1930, secondo il cosiddetto sistema del "doppio binario" all'inizio esse si ponevano in contrapposizione alle sanzioni penali la cui funzione era essenzialmente retributiva (cioè di punizione e intimidazione del colpevole), tuttavia, in virtù dall'art. 27 della Costituzione che attribuisce alla pena carattere rieducativo, con il tempo tale diversità di funzioni si è andata progressivamente riducendo. (Occulto, 2003)

Oggi possono definirsi come quelle misure con finalità terapeutica, rieducativa e risocializzatrice applicabili, secondo quanto disposto dall'art. 202 c.p., "alle persone socialmente pericolose che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato" o "quasi reato" (reato impossibile secondo l'art. 49 c.p. o, secondo l'art. 115 c.p., accordo per commettere un delitto poi non penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente [reati o quasi-reati], quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati".

Se in virtù della loro funzione primariamente socialpreventiva per i soggetti non imputabili (riscontrati incapaci di intendere e volere e, perciò, non responsabili delle proprie azioni) le misure di sicurezza si applicano in via esclusiva in virtù dell'art. 85 c.p. (il quale prevede che nessuno possa essere punito per un reato se al momento in cui l'ha commesso non era imputabile), per coloro che vengono considerati imputabili e semi-imputabili la misura si cumula alla pena e viene eseguita dopo che essa è stata scontata, o estinta, se la pena è detentiva, non appena la sentenza di condanna diviene definitiva se la pena è di tipo non detentivo (art. 211 c. p.). (Marinucci & Dolcini, 2009)

Dalla loro definizione, si comprende come uno dei presupposti di applicazione sia legato alla presenza di pericolosità sociale nel soggetto: infatti, a seguito dell'emanazione dell'art. 31 della legge n. 663 del 10 ottobre 1986 (che ha abrogato l'art. 204 c.p.), "tutte le misure di sicurezza personali sono ordinate previo accertamento che colui il quale ha commesso il fatto è persona socialmente pericolosa" abolendo, dunque, ogni presunzione legale di pericolosità originariamente contenuta nel Codice, nonché, laddove sia rinvenuto un vizio di mente,

l'automatismo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, o in casa di cura e custodia, ritenuto incostituzionale dalle sentenze della Corte Costituzionale n. 139 del 27 luglio 1982, n. 249 del 15 luglio 1983 e n. 253 del 18 luglio 2003. commesso o istigazione a commettere un reato), dove, per l'art. 203 c.p., "Agli effetti della legge ne deriva come le misure di sicurezza personali debbano perciò essere disposte dal giudice di cognizione nella sentenza, di condanna o proscioglimento, previo obbligatorio accertamento della pericolosità sociale al momento della loro applicazione. Inoltre, a condizione che essa non sia già stata esclusa, nei casi previsti dall'art. 205 c.p. le misure di sicurezza possono essere ordinate anche dal magistrato di sorveglianza, con provvedimento successivo, qualora egli rilevi, ad esempio, la pericolosità del condannato durante o dopo l'esecuzione di una pena, o durante il periodo in cui vi si sottrae. (Marinucci & Dolcini, 2009)

In ogni caso, qualunque sia la tipologia e l'organo che dispone la misura, la sua effettiva esecuzione è subordinata al magistrato di sorveglianza che, per prima cosa, dovrà operare un nuovo accertamento della pericolosità al momento dell'esecuzione stessa e, dove occorra, la dichiarazione di abitualità o professionalità nel reato (art. 679 c.p.p.). In base all'art. 69 co. 3 e 4 ord. penit. come modificato dalla legge n. 663 del 10 ottobre 1986, è infatti il magistrato di sorveglianza a provvedere al riesame della pericolosità ai sensi dell'art. 208 c.p., nonché all'applicazione, esecuzione, trasformazione o revoca, anche anticipata, delle misure di sicurezza, le quali sono indeterminate nella durata massima, mentre è prevista dalla legge una durata minima corrispondente a quella della pericolosità sociale a causa dell'impossibilità, al momento dell'applicazione, di prevedere il tempo necessario ad estinguerla (per tale motivo sono previsti il riesame obbligatorio, secondo l'art. 208 c.p., quando è trascorso il periodo minimo di applicazione e il riesame eventuale, secondo l'art. 69 ord. pen., su richiesta della Procura o dell'interessato ai fini di una revoca anticipata). (Occulto, 2003)

Entrando nello specifico delle misure applicabili ai soggetti maggiorenni, esse vengono distinte in personali detentive, personali non detentive e patrimoniali (queste ultime non di pertinenza della Magistratura di Sorveglianza; consistono nella confisca, da parte dello Stato, di beni mobili o immobili e nella cauzione di buona condotta, cioè nel versamento di una somma di denaro che verrà restituita dopo un periodo, da uno a cinque anni, di condotta conforme alla legge).

Rientrano nelle misure di sicurezza personali detentive:

- l'assegnazione a colonia agricola o a casa di lavoro (art. 216-218 c.p.): possono essere sottoposti a tali misure coloro che sono considerati delinquenti abituali, professionali o per tendenza, nonché quei soggetti condannati o prosciolti nei casi previsti dalla legge (art. 212 c. 3 c.p., 223 c. 2 c.p., 226 c.p.) o persone sottoposte a libertà vigilata che

abbiano compiuto gravi o ripetute violazioni delle prescrizioni. La durata minima è di un anno, ma si passa ai due per i delinquenti abituali, ai tre per i delinquenti professionali e ai quattro anni dei delinquenti per tendenza;

- ricovero in casa di cura e custodia (art. 219-221 c.p.): è stabilito per soggetti semi-imputabili, condannati cioè ad una pena diminuita a causa di infermità psichica, della cronica intossicazione derivante da alcool o da sostanze stupefacenti oppure affetti da sordomutismo.

A questa misura possono essere sottoposti anche i soggetti condannati alla reclusione per delitti commessi in stato di ubriachezza, qualora questa sia abituale, o per delitti commessi sotto l'azione di sostanze stupefacenti;

- la misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 222 c.p.) è disposta per un periodo non inferiore a due anni nel caso di proscioglimento (non imputabilità) per infermità psichica, intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, salvo che si tratti di contravvenzioni o reati per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un periodo non superiore a due anni (in questi casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'Autorità di Pubblica Sicurezza). La durata minima del ricovero in o.p.g. è di dieci anni se per il fatto la legge prevede l'ergastolo, di cinque se la pena stabilita è la reclusione per un periodo non inferiore nel minimo a dieci anni. (Marinucci & Dolcini, 2009)

La sentenza della Corte Costituzionale n. 253 del 18 luglio 2003 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 222 c. p. nella parte in cui non consente al giudice di adottare, invece del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, nei casi di pericolosità sociale, attenuata in soggetti prosciolti per vizio totale di mente, una diversa misura di sicurezza, in specie la libertà vigilata, idonea ad assicurare adeguate cure in ambienti alternativi come le comunità terapeutiche del territorio, laddove invece è possibile per i soggetti con vizio parziale di mente. E' necessario sottolineare però come il Parlamento, con la legge n. 9 del 17 febbraio 2012, all'art. 3-ter preveda la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari entro l'1 febbraio 2013. A decorrere dal 31 marzo 2013, il ricovero in o.p.g. e l'assegnazione a casa di cura e custodia dovranno quindi essere eseguiti esclusivamente all'interno di strutture sanitarie regionali i cui requisiti saranno individuati dal Ministro della Salute e, da tale data, le persone non più socialmente pericolose dovranno essere dimesse e prese in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale territoriali. (sito Ministero della Giustizia)

Rientrano infine nelle misure di sicurezza personali non detentive:

- la libertà vigilata (art. 228 c.p.): è applicabile a soggetti imputabili, non imputabili e semi-imputabili, spesso in alternativa ad altre misure nei casi di pericolosità sociale attenuata. Consiste in una serie di prescrizioni, orientate al riadattamento sociale del soggetto,

determinate dal magistrato di sorveglianza e sul cui rispetto vigila l'Autorità di Pubblica Sicurezza (ad esempio il divieto di trasferire la propria residenza o dimora in un comune diverso senza autorizzazione del magistrato, la permanenza obbligatoria presso l'abitazione in alcune fasce

orarie, l'obbligo di presentarsi periodicamente all'Autorità di P.S. o presso il Servizio Sociale, ecc...). La durata minima è di regola un anno e, in caso di ripetute e gravi violazioni, può essere sostituita con la colonia agricola o la casa di lavoro (art. 231 c.p.);

- il divieto di soggiorno in uno o più comuni o province (art. 233 c.p.): comporta il divieto di fermarsi/trattenersi in quei luoghi anche per brevissimo tempo o solo occasionalmente.

La durata non è inferiore a un anno e può essere applicata al colpevole di delitti contro la personalità dello Stato, contro l'ordine pubblico, commessi per motivi politici o occasionati da particolari condizioni sociali e morali esistenti in un determinato luogo.

Dove la violazione sia grave o ripetuta può essere disposta la libertà vigilata;

- il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche (art. 234 c.p.): ha la durata minima di un anno, può essere previsto in aggiunta alla pena nel caso di condanna per ubriachezza aggravata dall'abitudine o per reati perpetrati in stato di ubriachezza abituale.

In caso di trasgressione del divieto, può essere ordinata, in aggiunta a questa misura, la libertà vigilata o la prestazione di una cauzione di buona condotta;

- l'espulsione dello straniero dallo Stato (art. 235 c.p.): può essere disposta in tutti i casi previsti dalla legge e nel caso lo straniero, o il cittadino appartenente ad uno Stato membro dell'Unione Europea, sia condannato alla reclusione per un tempo superiore ai due anni. (Marinucci & Dolcini, 2009)

3. LA PERICOLOSITA' SOCIALE TRA MODALITA' DI ACCERTAMENTO E IMPORTANZA DEL PERITO

3.1 PROBLEMATICHE GENERALI DEL GIUDIZIO DI PERICOLOSITA' SOCIALE

Alla luce di quanto detto, risulta chiaro come il concetto di pericolosità sociale acquisti importanza fondamentale, in qualità di presupposto, nell'ambito delle misure di sicurezza: come già accennato, il suo accertamento deve avvenire, per prima cosa, ad opera del giudice di cognizione in rapporto al momento in cui le misure di sicurezza vengono ordinate; riguarda poi il magistrato di sorveglianza, secondo l'art. 679 c.p.p., il compito di verificarne la persistenza sia prima che l'esecuzione della misura abbia inizio, sia durante il corso dell'esecuzione stessa.

In entrambi i casi, secondo quanto previsto dall'art. 203 co. 2 c.p., la valutazione della pericolosità deve dedursi primariamente dalle circostanze indicate dall'art. 133 c.p. quali:

- “la gravità del reato desunta dalla natura, dalla specie, dai mezzi, dall'oggetto, dal tempo, dal luogo e da ogni altra modalità dell'azione; dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato; dall'intensità del dolo o dal grado della colpa”;
- “la capacità a delinquere del colpevole desunta dai motivi a delinquere e dal carattere del reo, dai precedenti penali e giudiziari e, in genere, dalla condotta e dalla vita del reo, antecedenti al reato; dalla condotta contemporanea o susseguente al reato; dalle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo”. (Marinucci & Dolcini, 2009)

In particolare, riguardo quest'ultimo punto, per i soggetti imputabili il nostro ordinamento specifica tre tipologie di pericolosità sociale il cui accertamento comporta, oltre alla misura di sicurezza, un aumento di pena connesso alla recidiva e conseguenze secondarie come la non concessione della liberazione condizionale e il raddoppio del tempo necessario per la riabilitazione. Tali tipologie sono:

- abitudine (art. 103 c.p.): intesa come tendenza/attitudine del soggetto al reato o come frequenza nel commettere reati;
- professionalità (art. 105 c.p.): intesa come forma particolare di abitudine in cui si vive dei proventi del reato, considerato come mezzo di sostentamento;
- tendenza a delinquere (art. 108 c.p.): è la tipologia di pericolosità di più difficile accertamento, poiché prevede che il soggetto abbia commesso un delitto non colposo contro la vita o l'incolumità individuale, presentando altresì un'inclinazione al delitto, legata all'indole malvagia, evinta ai sensi dell'art. 133 c.p.. (Occulto, 2003)

Esaminando quest'ultimo e gli art. 103, 105, 108 e 203 c.p., emerge come il legislatore abbia sancito che l'accertamento della pericolosità debba essere compiuto attraverso la ricognizione di tutti i fattori riguardanti non solo il reato, inteso come presupposto indispensabile, ma anche la capacità a delinquere del reo, concepita come attitudine e probabilità di mettere in atto comportamenti antisociali. Ne deriva quindi una valutazione da articolare in due momenti: quello dell'analisi della personalità dell'individuo, con accertamento delle qualità da cui dedurre la probabile commissione di nuovi reati, e quello della prognosi criminale, cioè il giudizio sul futuro criminoso del soggetto effettuato sulla base di esse. (Giannini, 2002)

Il Codice non indica quali siano tali qualità soggettive da cui dedurre la pericolosità, nonostante ciò si sono avuti, in dottrina, più tentativi di individuarle in base all'attuale orientamento giurisprudenziale che prevede di considerare qualsiasi fattore utile ad escludere o a confermare la pericolosità sociale (Fiorentin, 2009). A partire dagli elementi previsti dall'art. 133 il giudice dovrà quindi valutare, ad esempio:

- se si tratta di un delinquente di normale sensibilità, se cede facilmente al delitto o, al contrario, solo se spinto da grandi prospettive o da un ambiente criminogeno da cui non è in grado di svincolarsi, se si tratta di un soggetto calcolatore o impulsivo (portato dunque a superare le inibizioni sociali per incapacità a resistere agli impulsi interni o alle suggestioni esterne), se ha commesso reati dello stesso tipo o aventi motivazioni analoghe, se il reato è un fenomeno isolato in una vita in contrasto con esso e se la condotta contemporanea e susseguente al reato ne contraddice i motivi (Giannini, 2002);
- i fattori statici, riguardanti esclusivamente il passato e non modificabili, utili a valutare la probabilità di recidiva (età, sesso, razza, stato civile, scolarità, attività lavorativa, storia familiare, criminale, medica, giudiziaria, ecc...) e i fattori dinamici (personalità, motivazione, supporto sociale, problematiche psicopatologiche o di dipendenza, ecc..) che riflettono quelle circostanze, quel comportamento attuale, quei bisogni effettivi e percepiti che un programma di trattamento potrà modificare in senso non criminogenico (Rinaudo, 2010);
- i precedenti penali e il comportamento tenuto durante l'espiazione della pena (Cass., I, 30 aprile 2003, n. 24009 e Cass., IV, 23 novembre 1988, n. 535);
- le concrete possibilità di reinserimento sociale, la presenza del sostegno familiare o dei Servizi territoriali, le condizioni medico-psichiatriche attuali e pregresse (Cass., III, 22 marzo 1989, n. 5133 e Cass., I, 4 maggio 1984, n. 8547);

- gli indizi, costituiti da elementi obiettivi e certi, dai quali sia possibile far discendere, sul piano congetturale, la futura commissione di reati (compagnia di pregiudicati, mancanza di un lavoro stabile, presenza di denunce penali, ecc...) (Cass., I, 25 maggio 1992, n. 2356)...

(Fiorentin, 2009)

Ne deriva quindi come la giurisprudenza apra ad una valutazione del soggetto nel suo complesso senza però fornire elementi certi per individuare i limiti del concetto di pericolosità sociale, concepito come prognosi sui comportamenti futuri secondo un giudizio di probabilità.

A ciò si aggiunga che i metodi di prognosi criminale, secondo Rinaudo (2010) e Padovani (1990) si riducono fondamentalmente a tre:

- **Il metodo clinico-anamnestico:** si fonda sull'anamnesi, sul colloquio clinico e sull'utilizzo di test ai fini dell'esame psicologico, sociale, psicopatologico, psicodiagnostico e neurobiologico del soggetto, in particolare del suo stato mentale attuale e dei cambiamenti subiti a partire dalla commissione del reato, delle sue modalità comportamentali, di risposta e atteggiamento specialmente rispetto ai conflitti intrapsichici e con il mondo esterno, nonché dei fattori (statici, dinamici, situazionali, biologici, psichiatrici, ecc...) che hanno contraddistinto la sua manifestazione di antisocialità;

- **il metodo statistico:** ricorre alla generalizzazione delle caratteristiche di singoli gruppi delinquenziali, valutando il soggetto sulla scorta dei punteggi ricavati da ricerche in tema di fattori correlati alla probabilità di mettere in atto comportamenti criminosi;

- **il metodo intuitivo:** non costituisce un metodo scientifico, essendo basato sul comune modo di pensare e sull'esperienza professionale e di vita maturata dal giudice (è l'unico ad egli immediatamente accessibile).

Nella fase del giudizio di cognizione, il giudice deve provvedere all'accertamento della pericolosità sociale ricorrendo solo a quest'ultimo per effetto del divieto, di cui all'art. 220 co. 2 c.p.p., di indagare "le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche".

Perciò qualora, nel corso del processo, sia sopravvenuta l'esigenza di svolgere indagini, acquisire dati o valutazioni che implicino specifiche competenze, solo se il perito, nominato a questo scopo, ne avrà accertata la presenza (cioè nel caso in cui il soggetto risulti non-imputabile o semi-imputabile), oltre al quesito sull'imputabilità il giudice potrà rivolgergli anche quello riguardante la pericolosità sociale. Al contrario, ai sensi del medesimo articolo, il magistrato di sorveglianza può, ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, avvalersi di un apparato di strumenti di conoscenza atto a garantire un esame più approfondito della personalità del soggetto, essendo autorizzato a disporre di quelle perizie interdette al giudice di merito. (Marinucci & Dolcini, 2009)

Di qui l'importanza della figura del perito che, nel procedimento di Sorveglianza, tramite il ricorso al metodo statistico e clinico-anamnestico potrà aiutare il giudice ad individuare quei "fattori dinamici" (Rinaudo, 2010) e quelle "qualità psichiche" soggettive non indicate in giurisprudenza (Fiorentin, 2009), ma fondamentali per una pronuncia sulla pericolosità sociale, l'imputabilità e le misure di sicurezza al di là di ogni automatismo.

3.2 LA COMPLESSITA' INSITA NEI CASI DI INFERMITA' E SEMI-INFERMITA' MENTALE

Il Codice Penale del 1930 prevedeva infatti, nella sua formulazione originaria, due tipologie di pericolosità sancite dall'art. 204: quella accertata di volta in volta dal giudice (co. 1) e quella presunta dalla legge con conseguente e automatica applicazione di una misura di sicurezza (co. 2). Si trattava, in quest'ultimo caso, di una presunzione di esistenza (alla commissione del fatto) e di persistenza (al momento dell'applicazione della misura). Dette presunzioni riguardavano:

- i prosciolti per infermità psichica, per intossicazione cronica da alcool o da stupefacenti, per sordomutismo o per minore età se trattasi di delitto non colposo per il quale la legge prevede l'ergastolo o la reclusione per un tempo superiore a due anni (art. 222 c.p.);
- i condannati, per delitto doloso o preterintenzionale, a pena diminuita per infermità psichica, per intossicazione da alcool o da stupefacenti o per sordomutismo, quando la pena comminata per il delitto non è inferiore nel minimo a cinque anni (art. 219 co. 1 c.p.);
- i condannati alla reclusione per delitto commesso in stato di ubriachezza o di intossicazione abituale da stupefacenti (art. 221 c.p.);
- i condannati per reato di ubriachezza abituale o per reato commesso in stato di ubriachezza abituale, agli effetti del divieto di frequentare osterie e spacci pubblici;
- i minori imputabili condannati per delitto commesso durante l'esecuzione di una misura di sicurezza cui erano stati sottoposti perché non imputabili;
- i condannati alla pena della reclusione per almeno dieci anni;
- i condannati ammessi alla liberazione condizionale;
- i delinquenti abituali presunti (art. 102 c.p.). (Dorati, sito L'altro diritto)

Per tali soggetti la pericolosità sociale era presunta dal legislatore in una via normativa che escludeva ogni facoltà di accertamento in concreto da parte del giudice.

Così, entrando nello specifico dei casi di semi e non imputabilità, la commissione di un reato di una certa gravità comportava necessariamente l'internamento del soggetto prosciolto per infermità psichica in un ospedale psichiatrico giudiziario e del semi-infermo in

una casa di cura e custodia, entrambi per un tempo predefinito nel minimo ma non nel massimo, in funzione della gravità del reato e non della malattia. Vi era quindi il presupposto ideologico per cui il malato di mente doveva ritenersi un soggetto che, a cagione del suo stato, era più incline del sano a commettere reati, presupposto smentito, secondo quanto riportato da Giannini (2002), da recenti ricerche. Esso rendeva priva di rilevanza sia un'avvenuta guarigione prima dello scadere del termine della misura, sia una concreta non pericolosità del soggetto, violando, in particolare, l'art. 3 co. 1 della Costituzione poiché la presunzione di pericolosità livellava, sulla base di norme astratte, soggetti suscettibili di una diversa valutazione concreta, prospettando quindi di ritenere pericoloso anche chi pericoloso non fosse perché, ad esempio, guarito dallo stato di alterazione mentale nel periodo intercorrente tra il reato e l'attuazione della misura di sicurezza, in un'irragionevole parità di trattamento evidenziata anche dalle scienze antropologiche e psichiatriche. Con l'entrata in vigore della legge n. 180 del 13 maggio 1978, era emerso infatti in modo sempre più evidente lo scollamento tra queste ultime e la psichiatria forense: mentre la psichiatria clinica privilegiava (e privilegia) la cura e l'assistenza specialistica anche in presenza di un giudizio di pericolosità, la seconda tendeva a sostenere esclusivamente le esigenze di controllo e difesa sociale tramite la misura di sicurezza, con evidente sperequazione tra malato di mente autore di reato, che di fatto usciva dal circuito terapeutico territoriale, e malato di mente non delinquente, o reo socialmente non pericoloso, che poteva beneficiare dell'assistenza prevista dalla legge n. 180/1978. (Dorati, sito L'altro diritto; Giannini, 2002)

Pertanto, il sistema della presunzione è stato progressivamente superato a seguito di interventi prima della Corte Costituzionale e poi del legislatore che, tramite l'emanazione del già citato art. 31 della legge n. 663 del 10 ottobre 1986, ha abrogato l'art. 204 c.p. stabilendo come la pericolosità sociale, non potendo essere presunta, debba sempre essere accertata (alla commissione del fatto e nel momento in cui il giudice ordina la misura di sicurezza), mentre l'automatismo della misura di sicurezza psichiatrica è stato abrogato, in quanto ritenuto incostituzionale, da più sentenze della Corte Costituzionale quali:

- la n. 139 del 27 luglio 1982 che stabilisce l'illegittimità degli art. 222 co. 1 e 205 co. 2 c.p. nella parte in cui non subordinano il provvedimento del ricovero in o.p.g. (dell'imputato prosciolti per vizio totale di mente) al previo accertamento da parte del giudice di cognizione o dell'esecuzione della persistente pericolosità sociale derivante dall'infermità al tempo dell'applicazione della misura;
- la n. 249 del 15 luglio 1983 che stabilisce l'illegittimità costituzionale degli art. 222 co. 2 c.p. e 219 co. 1 c.p. nella parte in cui non

subordinano il provvedimento del ricovero in una casa di cura e custodia (dell'imputato condannato per delitto non colposo ad una pena diminuita per cagione di infermità psichica) al previo accertamento da parte del giudice della persistente pericolosità sociale derivante dall'infermità medesima al tempo dell'applicazione della misura di sicurezza (Zappa, 1986);

- la n. 253 del 18 luglio 2003 e la n. 367 del 17-29 novembre 2004 che dichiarano l'illegittimità dell'art. 222 e 206 c.p. nella parte in cui obbligano il prosciolto per vizio totale di mente al ricovero in o.p.g. laddove è invece possibile, per gli infermi con vizio parziale di mente, adottare una misura di sicurezza diversa, nei fatti rappresentata dalla libertà vigilata, definita "misura più efficace terapeuticamente", da scontare nelle comunità terapeutiche o nei luoghi di cura del territorio. Di conseguenza, sia per i soggetti con vizio totale che per quelli con vizio parziale di mente, soltanto in presenza di pericolosità sociale elevata si dovranno ritenere necessari rispettivamente l'internamento del prosciolto in ospedale psichiatrico giudiziario e la diminuzione della pena di un terzo seguita dal ricovero in casa di cura e custodia, privilegiando invece la libertà vigilata nei casi di pericolosità attenuata. (Fornari, 2008)

Ne deriva come tale percorso legislativo abbia permesso di introdurre la personalizzazione della fase valutativa e di trattamento, nonché quell'"irragionevolezza della presunzione assoluta di persistenza della infermità psichica", sostenuta nella sentenza n. 139/1982, da cui la pericolosità sociale presuntivamente deriva, riconoscendo "privo di base scientifica ipotizzare uno stato di salute che si mantenga costante come regola generale valida per qualsiasi caso di infermità".

Ciò ha portato, tramite le sentenze successive e, in particolare, la legge n. 663/1986, alla necessaria, definitiva abrogazione di ogni fattispecie di pericolosità presunta, scindendo il binomio pericolosità sociale - infermità mentale e consentendo così di considerare quest'ultima non più come una causa "speciale" di pericolosità, ma come un qualsiasi fattore che, interagendo con gli altri, può esercitare un'efficacia criminogena. Di conseguenza, anche la pericolosità sociale dell'infermo di mente dovrà essere accertata dal giudice non soltanto sulla base di emergenze di natura medico-psichiatrica, ma di tutti quei criteri illustrati precedentemente (a partire dall'art. 133 c.p.) che potrebbero incidere sulla probabilità di mettere in atto comportamenti lesivi degli interessi della collettività. (Giannini, 2002)

Se, dal punto di vista giuridico, ciò ha comportato la possibilità di trasformare una misura di sicurezza da detentiva a non detentiva, di abolirla, previo accertamento della cessazione della pericolosità anche senza che sia trascorso il termine minimo, di escluderne l'applicazione non solo nei casi in cui l'infermità sia venuta meno o sia migliorata, ma anche quando, pur essendo questa immutata rispetto all'epoca di

commissione dei fatti, risulti comunque improbabile che il soggetto compia nuovi reati, dal punto di vista clinico ha rispecchiato la progressiva apertura del paradigma medico-biologico (fondato sulla presenza di alterazioni somatiche morbose) alle influenze psicologiche, sociali, ambientali, culturali e contestuali che concorrono nella dinamica di uno scompenso comportamentale. Come si vedrà, la moderna psichiatria forense ha infatti abbandonato le rigide corrispondenze tra le varie forme di disturbi da cause organiche - non organiche e imputabilità - pericolosità del soggetto che ne è affetto, sancendo, di conseguenza, la necessità di una valutazione clinica multifattoriale che possa offrire un quadro quanto più variegato e completo del funzionamento psichico e dell'eventuale pericolosità sociale del reo infermo di mente, tenuto conto anche del suo ambiente di vita e delle potenziali risorse su cui investire (Dorati, sito L'altro diritto; Giannini, 2002): un esempio, in questo senso, è ravvisabile nel modello valutativo della pericolosità proposto da Loretto e Milia (2001). In esso le variabili da prendere in esame consistono nei:

- dati obiettivi criminologici: comprendono la minuziosa ricostruzione dell'accaduto e dei fattori concomitanti, precipitanti, scatenanti, gratificanti o rinforzanti il comportamento antisociale dell'individuo al fine di ricostruire il percorso attuato dallo stesso e, in ambito preventivo prognostico, poter intervenire prima che essi si ripresentino;
- dati vittimologici: nell'ambito dei comportamenti violenti, il reato compiuto dal malato di mente è spesso indirizzato nei confronti di vittime che giocano un ruolo non del tutto passivo, ad esempio a livello di complementarietà di psicopatologia;
- dati anamnestici: all'interno di essi rivestono particolare importanza le aree di vulnerabilità soggettiva che, se stimolate, possono indurre al reato, gli schemi di comportamento criminale e i meccanismi di difesa che si ripetono, la precedente esposizione del soggetto a tali schemi e il loro conseguente apprendimento;
- fattori statici: tra quelli già citati in precedenza, acquistano rilievo eventuali psicopatologie e precedenti criminali in ambito familiare. È utile conoscere, inoltre, il modello comportamentale adottato dai genitori e trasmesso ai figli riguardo l'espressione, l'accettazione e le sanzioni legate al comportamento antisociale;
- fattori situazionali: vi rientrano tutte le condizioni che possono concorrere nella genesi di un reato quali, ad esempio, stress psicosociali o eventi implicanti dinamiche di perdita;
- fattori dinamici: cioè quei conflitti intrapsichici che, sulla base di una specifica psicopatologia, possono fungere da catalizzatori del comportamento criminoso;
- fattori biologici: quali eventuali deficit organici, l'assunzione di farmaci o di sostanze, ecc...;

- aspetti psichiatrici: emergono dall'analisi dello stato mentale dell'individuo e permettono di cogliere la relazione tra il reato commesso ed eventuali aspetti di psicopatologia.

La letteratura riassume poi alcuni ulteriori indicatori fondamentali a cui prestare attenzione: - secondo Fonti et al. (2009) si può parlare di indicatori generali: desumibili dalla valutazione globale di rischi e bisogni, dello sviluppo, della personalità, dello stile di vita prima, durante e dopo il reato, del passato violento o non violento, dell'auto e dell'etero aggressività (in particolare verso il partner, i familiari e gli amici); psichici: assenza di presa in carico presso un Servizio pubblico o privato, assenza di assunzione di psicofarmaci, di trattamento psicoterapeutico, di consapevolezza, di capacità d'introspezione, di gestione dello stress e di aderenza alle terapie, presenza di un disturbo psicotico non compensato, di sintomatologia psicotica positiva, di un disturbo della personalità grave, di disturbi dell'umore e d'ansia, uso di sostanze, presenza di trattamenti sanitari obbligatori o di ricoveri volontari in Psichiatria; individuali: basso livello di istruzione, isolamento relazionale, assenza di relazioni amicali e affettive stabili, assenza di un lavoro fisso, precedenti attività lavorative occasionali o assenti; familiari: crescita in un ambiente violento, abusante o maltrattante, assenza della famiglia d'origine o presenza di essa ma in forte conflitto con la persona, assenza di una famiglia o di una situazione di coppia stabile nel presente;

sociali: assenza di Servizi psichiatrici, di assistenza sociale, di organi di volontariato in zona, impossibilità di inserimento o reinserimento lavorativo, assenza di possibili sistemazioni alternative;

economici: status socio-economico basso e ambiente di vita degradato;

criminologici: precedenti per arresto e per reati, delitti commessi sotto l'azione di sostanze; - secondo Fornari (2008) si può parlare invece di indicatori di pericolosità interni: presenza di una sintomatologia psicotica alla luce del quale il reato assume "valore di malattia", presenza di comorbidità o doppia diagnosi, consapevolezza di malattia assente o gravemente compromessa, rifiuto delle terapie prescritte o scarsa/nulla aderenza ad esse, risposta insufficiente o inadeguata alle terapie praticate, deterioramento o destrutturazione psicotica della personalità che impedisca un compenso in tempi ragionevoli, disorganizzazione cognitiva, impoverimento ideo-affettivo e psicomotorio, compromissione delle abilità sociali e delle risorse premorbose, eventuale progressione o gravità delle condotte di scompenso e dei disturbi psicopatologici; esterni: caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale, esistenza e adeguatezza dei Servizi psichiatrici di zona, disponibilità e capacità di formulare progetti terapeutici da parte degli stessi, possibilità di (re)inserimento lavorativo o soluzioni alternative, tipo, livello e grado di accettazione

del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del reato, opportunità alternative di sistemazione logistica.

In sintesi, il giudice dovrà quindi attendersi dall'indagine tecnica non solo indicazioni sull'attualità del possibile disturbo e sul livello di intensità con cui essa si presenta, ma anche sulla possibilità di attuare, in regime di misura di sicurezza, adeguate terapie con ragionevole previsione di efficacia, sulla compatibilità della condizione morbosa con l'inserimento in un ambiente (sociale e familiare) di cui siano state preventivamente valutate la natura e le caratteristiche di recettività, sui danni che possono derivare al malato dalla privazione della libertà nonché su tutti gli elementi sopra descritti che, secondo i moderni orientamenti, possono determinare il soggetto alla perpetrazione di nuovi reati. (Giannini, 2002)

4. IMPUTABILITA', INFERMITA' MENTALE E PERICOLOSITA' SOCIALE

Nel considerare la complessità del tenere in conto tutti gli elementi sottolineati dal capitolo precedente, numerose critiche sono state formulate sulla pericolosità sociale intesa come concetto medico, cioè dipendente dall'infermità di mente, da prima quella verso la nozione stessa che comporta una commistione di istanze "terapeutiche" e di "neutralizzazione" (Fornari, 2008). Posto che non esistono rapporti di equivalenza accertati tra disturbo mentale e pericolosità poiché il malato non è guidato, nella propria condotta, esclusivamente da dinamiche psicopatologiche, nonostante si ammetta che all'infermo e al semi-infermo di mente residua pur sempre uno spazio di libertà, secondo Giannini (2002) è necessario ricordare anche che ogni disturbo comporta una riduzione di quest'area e che le reazioni dei soggetti affetti sono più rigide rispetto a quelle di persone sane. In quest'ottica, le predizioni psichiatriche sono pertanto ritenute possibili, ma non esenti da un margine ineliminabile di errore: si comprende quindi come sia necessario abbandonare ogni apriorismo e ogni presunzione di pericolosità fondata sui criteri di nosografia psichiatrica.

Poiché in materia di prognosi comportamentale non può però negarsi che l'esistenza di una malattia mentale o di disturbi della sfera neuropsichica costituisca un elemento rilevante, ai fini dell'applicazione delle misure di sicurezza in via esclusiva o cumulativa risulta necessario approfondire i concetti di imputabilità, infermità mentale e vizio di mente.

4.1 IL CONCETTO DI IMPUTABILITA' E LA CAPACITA' DI INTENDERE E VOLERE

Una delle questioni fondamentali, in ambito penale, è quella relativa all'imputabilità: essa si pone non solo come condizione soggettiva indispensabile per attribuire un reato al suo autore comportando, di conseguenza, l'applicazione delle pene previste dalla legge, ma esprime anche la condizione dell'autore stesso che rende possibile la rimproverabilità: dolo e colpa possono, di fatto, essere indagati anche in relazione al soggetto non imputabile, ma esclusivamente ai fini dell'applicazione di una misura di sicurezza, in ottica non retributiva, nei casi di accertata pericolosità sociale (Centonze, 2010). Secondo l'art. 85 c.p infatti "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile" dove, per imputabile, si intende "chi ha capacità di intendere e di volere".

Ne deriva perciò che, per essere penalmente perseguibile, un soggetto deve possedere, nel momento dell'azione antisociale, entrambe queste capacità, delineabili, secondo quanto riportato da Gullotta (2011) sulla scia del modello dell'intelligenza sociale, nei seguenti termini:

- capacità di intendere, descritta come capacità di ragionamento ipotetico-deduttivo, di percepire e interpretare correttamente la situazione e se stessi all'interno di essa. A questo scopo sono essenziali conoscenze sociali (come le regole vigenti nella società), conoscenze riguardanti se stessi (valutare correttamente le proprie risorse, avere sufficiente stima di sé, un corretto giudizio di autoefficacia, non percepirsi invulnerabili, ecc...), conoscenze procedurali (regole per la codificazione, la manipolazione, il recupero e la trasformazione delle informazioni che ci consentono di attribuire significati e giudizi alle esperienze, di formarci impressioni, di effettuare attribuzioni causali, ecc...), capacità di prospettiva temporale (quali saper tener conto della situazione attuale in funzione dell'esperienza passata e dei possibili sviluppi a breve e a lungo termine), capacità di prospettiva sociale (saper valutare una situazione da diversi punti di vista, anche emozionali, non solo in modo egocentrico), capacità di generare soluzioni alternative ad un problema, capacità di prevedere e valutare correttamente le conseguenze, anche morali e giuridiche, di un atto ed i rischi che esso comporta (valutazione costi-benefici);

- capacità di volere, intesa come capacità di esercitare in modo autonomo la propria scelta (di agire o di non agire), capacità di pianificazione delle proprie azioni (in vista di obiettivi socialmente accettabili), capacità di incanalare l'affettività in vista di uno scopo (contenendo gli impulsi), capacità di agire in modo coerente alle intenzioni iniziali e ai piani formulati, eventualmente accorgendosi degli errori (rispetto a standard interni), autoregolando il proprio comportamento ed autorinforzandosi.

E' la sintesi di tali capacità e conoscenze che consente di ritenere l'essere umano in grado di recepire il messaggio della sanzione punitiva: il presupposto del nostro ordinamento è che il soggetto maggiorenne le possieda e, di conseguenza, sia sempre ritenuto imputabile, in una presunzione relativa che comporta, in ambito sia penale che civile, l'onere di dimostrarne eventualmente la mancanza o la rilevante compromissione (Fornari, 2008). A tal riguardo, il Codice Penale prevede più casi di esclusione e diminuzione dell'imputabilità:

- vizio totale di mente (art. 88 c.p.): "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere"; - vizio parziale di mente (art. 89 c.p.): "Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita;

- minore età: "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i quattordici anni" (art. 97 c.p.), mentre "E' imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, aveva compiuto i quattordici anni, ma non ancora i diciotto, se aveva la capacità di intendere e di volere, ma la pena è diminuita (art. 98 c.p.);

- ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore (art. 91 c.p.): "Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva la capacità di intendere o di volere, a cagione di piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore. Se l'ubriachezza non era piena, ma era tuttavia tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, la pena è diminuita";

- intossicazione da sostanze stupefacenti derivata da caso fortuito o da forza maggiore (art. 93 c.p.): vengono applicate le stesse disposizioni di cui all'art. 91 c.p.;

- cronica intossicazione da alcool o da stupefacenti (art. 95 c.p.): "Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89. ";

- sordomutismo (art. 96 c.p.): "Non è imputabile il sordomuto che, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva, per causa della sua infermità, la capacità di intendere o di volere. Se la capacità d'intendere o di volere era grandemente scemata, ma non esclusa, la pena è diminuita."

Questa concettualizzazione è però stata sottoposta a più critiche legate sia alla necessità di specifiche valutazioni caso per caso, sia all'artificiosa separazione tra le due capacità di intendere e volere che, secondo Andreoli (1999), non tiene conto del complesso delle funzioni psichiche tra loro inscindibili come memoria, percezione, affettività, oltre che dei meccanismi dell'inconscio, traumi, rimozioni, che fanno

parte integrante del nostro essere e, perciò, anche del nostro agire. E' per far fronte a queste criticità che Fornari (2008) propose di valutare l'imputabilità facendo riferimento all'integrità o meno, in rapporto al fatto-reato, delle "funzioni dell'Io" che egli distinse in percettivo-memorizzative (di attenzione, percezione e memorizzazione delle situazioni), organizzative (di analisi, comprensione e conferimento di significato), previsionali (di progettazione, previsione e valutazione delle conseguenze delle risposte emesse), decisionali (di scelta tra adeguamento, evitamento o rifiuto nei confronti della situazione-stimolo), esecutive (di emissione della risposta scelta in vista dell'obiettivo che si vuole o si può raggiungere). In quest'ottica, solo l'integrità di tutte le funzioni sopraelencate (identità dell'Io) e la loro interconnessione (buon funzionamento) permetteranno al soggetto di emettere risposte adattive costituendosi, quindi, a presupposto per la valutazione dell'imputabilità e della pericolosità sociale da parte del perito.

Quale che sia la prospettiva adottata, l'obiettivo primario resta comunque l'attenta analisi e valutazione volta ad individuare una possibile infermità che, opportunamente graduata, costituisca quel vizio di mente che esclude o grandemente scema l'imputabilità del soggetto al momento del reato. (Fornari, 2008)

4.2 I CONCETTI DI INFERMITA' MENTALE E VIZIO DI MENTE

Secondo gli art. 88 e 89 c.p. è infatti l'infermità a generare quello stato di mente, definito vizio totale o parziale, che può rilevare in termini di imputabilità e di misure di sicurezza: un eventuale quesito peritale sarà perciò volto a valutare se e come tale infermità (sia essa di natura fisica o psichica) possa aver influito, nel momento in cui il soggetto ha commesso il fatto, tanto da escludere o attenuare grandemente le capacità d'intendere e volere e, in questi casi, come essa possa concorrere nella genesi di ulteriori agiti antisociali dando di conseguenza adito a pericolosità sociale. Di qui l'interesse per la nozione stessa di infermità mentale la cui definizione ha risentito, nel corso del tempo, di quattro concezioni dottrinali fondamentali, descritte dalla Suprema Corte di Cassazione (nella sentenza n. 9163 dell'8 marzo 2005) e da Gandolfo (2009), fra cui la prima ad affermarsi fu il paradigma medico.

Durante tutto il periodo in cui dominarono la Scuola positivista e il bio-determinismo lombrosiano, si impose infatti una visione organicista della malattia di mente intesa come eziologicamente ancorata a substrati organico-biologici: di conseguenza, l'attività mentale era concepita come un prodotto del cervello la cui alterazione determinava sia il disturbo sia la disposizione a delinquere del soggetto che, perciò, veniva ritenuto di regola pericoloso ed incapace.

Questa concezione si sostanziò, a fine Ottocento, nel modello nosografico elaborato da Kraepelin, il quale descrisse il disturbo mentale come infermità certa, documentabile e originata da una deficienza organica riconducibile alle classificazioni nosografiche proprie della psichiatria. In quest'ottica, rientravano perciò nel concetto di infermità che influisce sulla capacità di intendere e volere solo le gravi insufficienze mentali primitive, quelle secondarie a danni cerebrali di varia natura e le psicosi organiche ed endogene, intendendo quest'ultime come condizioni morbose che comportano un sovvertimento della struttura psichica di particolare gravità (Capri, 2004), dove le psicosi organiche acute o croniche (dell'età senile, confusionali, traumatiche, puerperali, epilettiche, ecc...) indicano quelle affezioni provenienti da un noto agente patogeno ed accompagnate da alterazioni anatomo-patologiche conosciute, mentre le psicosi endogene (schizofrenia, paranoia, psicosi maniaco-depressiva) indicano alterazioni mentali prive di cause organiche note, ma considerate comunque gravi per il loro andamento processuale e per la loro profonda differenza rispetto ai processi mentali abituali.

Tale modello dominò fino agli inizi del Novecento, epoca in cui iniziò ad affermarsi, sotto l'influenza psicoanalitica, il paradigma psicologico sulla scia della "scoperta" dell'inconscio e delle forze intrapsichiche di cui non si ha consapevolezza. I disturbi mentali vennero, di conseguenza, ricondotti a disarmonie dell'apparato psichico nel quale la dinamica degli elementi pulsionali interni e le fantasie inconsce possono, talvolta, prevalere sulla relazione con il mondo reale e giungere fino alla determinazione di comportamenti giuridicamente anomali. Oggetto dell'indagine divenne quindi non più la "persona corpo", ma la "persona psiche" e il concetto di infermità si allargò fino a comprendere, oltre alle psicosi, anche ulteriori alterazioni dell'attività psichica quali nevrosi, psicopatie e disturbi dell'affettività dove, con il termine nevrosi, si fa riferimento ad una condizione di sofferenza che si manifesta con ansia eccedente e duratura come espressione di una conflittualità non risolta (Capri, 2004), mentre per psicopatia si intende una grave e permanente anomalia del carattere associata a comportamenti di sofferenza per gli altri in assenza di sensi di colpa, empatia, ansie e conflitti interiori (Mantovani, 1984).

Negli anni Sessanta e Settanta infine, all'epoca della rivoluzione antipsichiatrica e basagliana, nacque il paradigma sociologico che sostenne una visione della malattia mentale quale "patologia sociale" non più attribuibile, quindi, ad una causa individuale di natura organica o psicologica, ma a relazioni inadeguate nell'ambiente di vita del soggetto rischiando però, nelle posizioni più estreme, la negazione dell'esistenza della malattia mentale stessa e del concetto di non imputabilità (Gandolfo, 2009).

Come osservato da Gandolfo (2009), questo percorso evolutivo è culminato non solo nella formulazione dell'odierna concezione multifattoriale integrata che concepisce il disturbo mentale e, come già visto, la pericolosità sociale quali risultati, in costante divenire, dell'interazione tra componenti organico-costituzionali, psicologiche, psicodinamiche, sociali, situazionali, ambientali, ecc..., ma ha anche trovato progressivo accoglimento nella moderna nozione d'infermità penalmente rilevante di cui, oggi, la sentenza n. 9163 dell'8 marzo 2005 emessa dalle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione fornisce una delle massime espressioni.

Sottolineando come, nella psichiatria forense, si sia quasi unanimemente affermata la suddetta concezione integrata "che comporta, tra l'altro, un approccio il più possibile individualizzato, con esclusione del ricorso a categorie o a vecchi e rigidi schemi nosografici", la Suprema Corte ha sostenuto infatti che scelte di orientamento contrario avrebbero potuto portare, ad opera della giurisprudenza, ad uno "scollamento fra il dato empirico e quello legislativo e a una eccessiva rigidità della disciplina normativa in punto di imputabilità, a scapito delle istanze garantistiche".

Nell'accogliere le odierne concezioni cliniche, essa sottolinea come, d'altra parte, già gli art. 88 e 89 c.p. per primi avessero fatto riferimento "non ad una 'infermità mentale', ma ad una 'infermità' che induca il soggetto 'in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere' o da farla 'scemare grandemente' ", inferendone che non è l'infermità in se stessa a dover rilevare, definita per altro dai dizionari, secondo quanto riportato in sentenza, come termine generico per indicare qualsiasi malattia, di natura fisica o psichica, che colpisca l'organismo, ma un " 'tale stato di mente', da essa determinato, 'da escludere la capacità di intendere o di volere', o da farla ritenere 'grandemente scemata' ". Di conseguenza, ai fini dell'imputabilità, dovranno essere prese in considerazione "non solo le malattie fisiche o mentali in senso stretto, bensì anche le anomalie psichiche non rinvenienti da sicura base organica e non nosograficamente classificate, purché [...] abbiano in concreto l'attitudine a compromettere gravemente la capacità sia di percepire il disvalore del fatto commesso, sia di recepire il significato del trattamento punitivo": di qui la nota affermazione che "anche i disturbi della personalità, come quelli da nevrosi e psicopatie [definiti in seguito], possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa" mentre, per converso, non assumono rilievo le altre "anomalie caratteriali", "gli stati emotivi e passionali" o le cosiddette "reazioni a corto circuito" non dotate,

normalmente, d'intensità inficiante la capacità di intendere e volere a meno che, "associato ad essi, si sostanzi un fattore determinante un vero e proprio stato patologico, sia pure transeunte e non inquadrabile nell'ambito di una precisa classificazione nosografica".

A ciò si aggiunga la necessità "che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo" in quanto a genesi e a motivazione. Poiché infatti "la dottrina ha da tempo posto in rilievo come le più recenti acquisizioni della psichiatria riconoscano spazi sempre più ampi di responsabilità al malato mentale", da quanto esposto consegue che, in sostanza, ai fini dell'esclusione o della diminuzione dell'imputabilità secondo la Corte di Cassazione debbono primariamente essere valutate, nei termini di cui sopra, la presenza e l'intensità di un'eventuale anomalia e, secondariamente, la sua attitudine a determinare "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" nella scelta di agiti di carattere non criminoso. (Cass., 8 marzo 2005, n. 9163) Tale è l'orientamento che dovrà perciò trovare attuazione anche nell'ambito di quelle misure di sicurezza da applicare in conseguenza dell'accertamento di mancata imputabilità: per effetto della già citata sentenza n. 139/1982 della Corte Costituzionale si è assunta infatti la necessità di verificare che la pericolosità sociale, giudicata persistente al tempo dell'esecuzione della misura, derivi "dalla infermità medesima". In questo senso, la commissione del fatto-reato dovrà essere stata espressione, o meglio conseguenza, di un turbamento mentale impedente, in concreto, il controllo degli impulsi e il loro orientamento secondo coscienza: in mancanza di siffatta correlazione, da accertare caso per caso, al prosciolto per incapacità di intendere e volere non potrà derivare, per quanto attiene alla pericolosità, conseguenza alcuna. (Palumbo, 2009)

4.3 L'ESAME DEL FUNZIONAMENTO DELL'IO TRA OTTICA INTEGRATA, LETTURA NOSOGRAFICA E PERICOLOSITA' SOCIALE

Sancito dunque che le dimensioni psicopatologiche possono, sia per la clinica che per la giurisprudenza, acquisire carattere transnosografico (Centonze, 2010), è evidente come i più accreditati sistemi di classificazione (quali il DSM-IV-TR e l'ICD-10) debbano oggi "assumere il valore di parametri di riferimento aperto, in grado di comporre le divergenti teorie interpretative della malattia mentale e fungere, quindi, da contenitori unici" da cui partire per indagare il livello di compromissione individuale (Cass., 8 marzo 2005, n. 9163).

Ritenutasi infatti ormai superata la concezione unitaria di malattia mentale e affermatasene, invece, una integrata di essa implicante un approccio il più possibile individualizzato, come già visto, al fine di comprendere il funzionamento psichico del soggetto al momento del reato, l'indagine peritale dovrà essere volta ad accertare la presenza di un disturbo d'intensità qualitativa e quantitativa tale da comportare l'alterazione, permanente o temporanea, di una o più funzioni attraverso cui l'Io si definisce, in una conseguente esclusione o attenuazione della capacità di intendere e volere in cui i concetti di reato e pericolosità sociale acquistano valore di sintomo. Tale accertamento potrà avvenire, riassumendo Fornari (2008) e Gullotta (2011), unicamente attraverso un approccio peritale integrato articolabile nei seguenti passaggi:

- esame del fascicolo processuale;
- raccolta dell'anamnesi, personale e familiare, e inchiesta psicosociale sull'ambiente di vita (anche attraverso colloqui con le persone significative);
- esame dei dati dell'indagine medica, psichiatrica, neurologica e neuropsicologica; - colloqui clinici e successivo esame psicodiagnostico al fine di pervenire ad una diagnosi nosografica, cioè analisi di segni e sintomi compresenti, con inquadramento multiassiale e applicazione del codice alfanumerico del manuale diagnostico di riferimento; diagnosi funzionale dell'Io, intesa come valutazione dell'integrità, sempre relativa e modulata, delle sue funzioni percettive, memorizzative, organizzative, previsionali, decisionali, esecutive che, tra loro interconnesse, permettono un "buon funzionamento" (Fornari, 2008); diagnosi dinamico-strutturale: dell'identità dell'Io: integrazione, autostima, autonomia, capacità di distinguere tra Io/Non-Io, della forza dell'Io: esame di realtà, controllo di emozioni e impulsi, capacità di sublimazione, coerenza e perseveranza nel lavoro e nelle relazioni interpersonali, uso di difese mature, del funzionamento del Super Io: interiorizzazione di un sistema di valori e riferimenti stabile, realistico, autocritico, rispettoso delle norme sociali, della gestione dell'aggressività e della sessualità: empatia e investimenti nel rispetto della relazione oggettuale, capacità di coinvolgimento emotivo, assenza di reazioni eccessive di fronte agli attacchi, reali o presunti, alla propria autostima, della relazione con l'oggetto interiorizzato: concepito come contemporaneamente buono e cattivo, nel raggiungimento della costanza oggettuale;
- attribuzione o meno del comportamento avente rilevanza giuridica a quei disturbi e a quel funzionamento patologico psichico eventualmente rilevato;
- specificazione del tipo e del grado di compromissione della capacità di intendere o volere del soggetto in esame al momento del, e in riferimento al, fatto-reato;

- pronuncia sulla pericolosità sociale tenendo conto di tutti i fattori precedentemente descritti.

E' in quest'ottica che, divenuto il modello classificatorio tradizionale una delle tappe dell'indagine peritale, tenuto conto di quanto sostenuto dalla Suprema Corte, dovranno essere presi in esame anche alcuni dei legami tra nosografia e pericolosità sociale, riassunti da Giannini (2003), Ponti e Merzagora Betsos (2008), di seguito presentati:

- Ritardo mentale: caratterizzato da un funzionamento intellettivo significativamente al di sotto della media e da concomitanti deficit/compromissioni nel funzionamento adattivo (APA, 2000), se i soggetti che ne sono affetti commettono reati, questi sono solitamente di scarsa rilevanza e associati a sfavorevoli condizioni socio-ambientali: essi possono divenire infatti strumenti della criminalità organizzata, essere vittime di sfruttamento e prostituzione o possono delinquere allo scopo di mettersi in mostra, di compensare l'emarginazione, gli insuccessi lavorativi e relazionali, spesso senza afferrare in pieno il significato delle proprie azioni criminose (tra cui sono frequenti le anomalie nel comportamento sessuale, furti e falsificazioni);

- Demenza: i disturbi noti come demenza sono caratterizzati da compromissione della memoria, disorientamento e sviluppo di molteplici deficit cognitivi (APA, 2000). Sotto l'aspetto criminologico possono dar luogo ad una delittuosità scarsamente rilevante e associata a comportamenti disturbanti, condotte impulsive, reati sessuali di minore gravità;

- Disturbi nevrotici: con questa definizione si fa riferimento ad una condizione di sofferenza psichica connotata da ansia in misura eccedente e più duratura rispetto a quella presente in ciascuno (Capri, 2004). Essa è espressione di una conflittualità non risolta, generata da conflitti interiori, interpersonali o con l'ambiente sociale, che si traduce in una sofferenza personale che non intacca i processi intellettivi, non deteriora la personalità nel suo complesso e, di regola, salvo i casi di passaggio all'atto, non dà adito a condotte criminose;

- Disturbi psicotici: tale etichetta comprende quelle condizioni morbose che comportano un sovvertimento della struttura psichica di particolare gravità e una disgregazione, più o meno avanzata, di tutta la personalità caratterizzata da ritiro dalla realtà, percezione e affettività distorte, intelletto, giudizio, pensiero e linguaggio disturbati, regressione a comportamenti primitivi, assenza di autocritica (Capri, 2004). All'interno di essi, la Schizofrenia è una malattia dal decorso cronico o recidivante consistente in una profonda alterazione dell'Io con conseguenti allucinazioni, deliri, eloquio e comportamento disorganizzati e sintomi negativi: mentre nella fase caratterizzata da questi ultimi possono essere commessi reati di poco conto (quali esibizionismo, ingiurie, disturbo della quiete pubblica), durante quella attiva i soggetti potrebbero mostrare una maggior

propensione ad agiti violenti, quali l'aggressione e l'omicidio, come diretta conseguenza di allucinazioni e deliri (soprattutto se a carattere imperativo o a contenuto umiliante le prime, a tematica persecutoria, di influenzamento o di gelosia i secondi). In particolare, le forme schizofreniche paranoide possono dar luogo a condotte di aggressione e ribellione che, in linea con il delirio e in forma di autodifesa, possono estrinsecarsi in ogni specie di reato (danneggiamenti, calunnie, lesioni, omicidio).

Al contrario della Schizofrenia, il Disturbo Delirante (Paranoia) è caratterizzato da un delirio non bizzarro che, a parte per quanto concerne al suo tema, non compromette in modo rilevante il funzionamento del soggetto (APA, 2000). Essendo tuttavia tale delirio ribadito da una fede incrollabile, duratura e immodificabile in una totale indifferenza verso la realtà, le esperienze e le prove in senso contrario, anche i comportamenti del paranoico possono, talvolta, sfociare in reati di vario tipo, dalle calunnie all'omicidio, al fine di farsi giustizia, difendersi da presunti persecutori o ubbidire ad un principio superiore;

- Parafilie: si definiscono parafilie le fantasie, gli impulsi sessuali o i comportamenti ricorrenti e intensamente eccitanti che causano disagio clinicamente significativo, compromissione del funzionamento sociale o di altre aree importanti (APA, 2000). Dal punto di vista giuridico, alcune parafilie implicano inevitabilmente la commissione di reati nella scelta di un oggetto anormale per il rapporto sessuale o nella finalità/modalità del rapporto stesso;

- Disturbi dell'umore: all'interno di essi assumono particolare rilievo il Disturbo Depressivo Maggiore e i Disturbi Bipolari. Il primo è caratterizzato da umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due settimane e da marcata diminuzione di interesse o piacere per quasi tutte le attività (APA, 2000). Nei casi estremi, questa condizione può spingere al suicidio, inteso come fuga dall'angoscia, talvolta preceduto dall'omicidio familiare come reazione ad una visione irrimediabilmente pessimistica della vita in cui il soggetto, gravato da complessi di colpa e d'inferiorità, coinvolge le persone a lui più care.

I Disturbi Bipolari sono connotati invece dalla presenza di uno o più episodi misti o maniacali o da episodi maniacali associati ad episodi depressivi maggiori (APA, 2000): in questi casi l'eventuale pericolosità è data, oltre che dagli aspetti depressivi, dall'eccitamento scoordinato degli stati maniacali accompagnati da autostima ipertrofica, assenza di critica e iperattività che possono comportare la commissione di reati quali furti, oltraggi, aggressioni, guida spericolata, condotte disinibite, ecc...);

- Disturbi del Controllo degli Impulsi: la caratteristica fondamentale di questi disturbi è data dall'incapacità di resistere ad un impulso, ad un

desiderio impellente o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per gli altri, in specie appiccamento di incendi nella Piromania, gravi atti aggressivi o distruzione di proprietà nel Disturbo Esplosivo Intermittente, furto di oggetti di cui non si ha bisogno nella Cleptomania (APA, 2000);

- Disturbi correlati a sostanze: in essi l'uso di sostanze psicotrope assume una duplice rilevanza criminogena: diretta, favorendo la fase di intossicazione acuta la commissione di reati colposi, violenti e sessuali a causa dell'euforia, della disinibizione e dell'esaltazione legati all'effetto delle sostanze stesse, indiretta, inducendo l'intossicazione cronica uno stato di sofferenza tale, dovuto al bisogno di procurarsi la sostanza con qualunque mezzo, da poter far commettere reati sia contro la proprietà (furti, rapine, truffe, estorsioni, danneggiamenti) che contro la persona (aggressioni, violenza domestica, abusi sessuali, omicidio);

- Disturbi correlati all'alcool: l'alcolismo può essere considerato come fattore facilitante la commissione di reati verso persone e oggetti: l'etilismo cronico agisce infatti sia indirettamente, ossia attraverso alterazioni dello stile di vita, che direttamente slatentizzando la violenza e favorendo aggressioni, violenze sessuali, percosse, incidenti stradali, ecc...;

-Disturbi di Personalità: essi rappresentano un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, sono pervasivi e inflessibili, esordiscono nell'adolescenza o nella prima età adulta, sono stabili nel tempo e determinano disagio o menomazione significativi (APA, 2000).

Si categorizzano in: Disturbo Paranoide di Personalità (Gruppo A): è connotato da diffidenza e sospettosità pervasive nei confronti degli altri, rigidità adattiva e di pensiero. Per quanto riguarda gli aspetti criminologici si rimanda alle propensioni paranoide già evidenziate;

Disturbo Schizoide di Personalità (Gruppo A): è definito da una modalità pervasiva di distacco dalle relazioni sociali e da una gamma ristretta di espressioni emotive;

Disturbo Schizotipico di Personalità (Gruppo A): è dato da una modalità pervasiva di relazioni interpersonali deficitarie (evidenziate da disagio acuto e ridotta capacità relazionale), oltre che da distorsioni cognitive e percettive, pensiero magico ed eccentricità del comportamento. Questi ultimi due disturbi vengono associati ad una propensione per reati violenti caratterizzati da distacco, freddezza, distanza tra vittima e carnefice;

Disturbo Antisociale di Personalità (Gruppo B): è caratterizzato da un quadro pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti degli altri, irresponsabilità, superficialità, assenza di empatia e rimorso che si manifesta fin dall'età di 15 anni. Il movente ricorrente dei reati, commessi da questi soggetti sia contro la proprietà (furti, rapine,

scippi) che contro la persona (aggressioni, violenze domestiche e carnali, omicidi), è soprattutto la ricerca di un vantaggio personale: economico, di potere, di liberazione da un intenso stato di irritabilità. Vivendo con conflittualità il rapporto con il mondo esterno, possono essere frequenti anche i legami con la delinquenza abituale e professionale;

Disturbo Borderline di Personalità (Gruppo B): si definisce per la modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali affettive e sessuali, dell'immagine di sé, dell'umore e per la marcata angoscia e impulsività. I comportamenti criminali possono essere connessi all'assunzione di rischi per l'altrui e la propria incolumità e ai comportamenti di abuso (guida pericolosa, uso di sostanze), all'impulsività e all'instabilità emotiva (aggressione, omicidio, violenza familiare, stalking, violenza sessuale, incendio doloso), alla ricerca di un'identità attraverso l'identificazione con un'immagine deviante. In particolare, i conflitti legati all'"angoscia simbiotica" possono risultare determinanti, per un comportamento violento, qualora il soggetto si trovi ad affrontare una separazione;

Disturbo Istrionico di Personalità (Gruppo B): si connota per un quadro pervasivo di emotività eccessiva, impulsività, influenzabilità, suggestionabilità e ricerca d'attenzione. Tipici di questo disturbo sono la millanteria, la simulazione di reato, la truffa, i reati di natura economica e finanziaria e i tentativi di evitare l'arresto;

Disturbo Narcisistico di Personalità (Gruppo B): si definisce come quadro pervasivo di grandiosità nella fantasia o nel comportamento, necessità di ammirazione e mancanza di empatia. Il comportamento criminale può essere generato dal bisogno di potere, dominio e controllo e può sfociare nella violenza, nell'omicidio e nei reati in cui si fa un uso strumentale di relazioni costruite in vista di un vantaggio secondario, materiale o psicologico;

Disturbo Evitante di Personalità (Gruppo C): è caratterizzato da inibizione sociale, timore del rifiuto, sentimenti di inadeguatezza e ipersensibilità al giudizio negativo che, in casi estremi e in situazioni di notevole stress, possono provocare reazioni violente;

Disturbo Dipendente di Personalità (Gruppo C): è dato da una situazione pervasiva ed eccessiva di necessità di essere accuditi che determina un comportamento sottomesso, dipendente e timore della separazione: a causa di tali caratteristiche, in presenza di sfavorevoli condizioni socio-ambientali, questi soggetti possono divenire strumenti della criminalità;

Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (Gruppo C): si connota per un quadro pervasivo di preoccupazione per l'ordine, perfezionismo e controllo mentale e interpersonale a spese di flessibilità, apertura ed efficienza. In ambito criminologico tale quadro psicopatologico può

portare a modalità criminali caratterizzate dallo spostamento dell'aggressività rimossa su persone o oggetti.

5. POSSIBILI STRUMENTI TESTISTICI PER LA VALUTAZIONE DELLA PERICOLOSITA' SOCIALE

Stante l'evidenziata complessità insita nel valutare la capacità di intendere e volere, la presenza di infermità mentale e di pericolosità sociale come frutto dell'interazione tra più componenti, alla luce della moderna ottica multifattoriale fin qui presentata e ai fini dell'esecuzione della pena, anche l'esame psicodiagnostico potrà infine fornire strumenti e informazioni fondamentali da correlare con i risultati che emergono dagli altri momenti dell'indagine peritale, ciò allo scopo di giungere ad un giudizio prognostico e di trattamento tendente a cogliere gli attuali bisogni criminogenici del soggetto, il suo funzionamento psichico e la sua capacità di autodeterminazione (Fornari, 2008; Rinaudo, 2010).

Tra gli strumenti di assessment maggiormente utilizzati, sia per la diagnosi che in ambito forense, il test di Rorschach e l'MMPI-2 possono essere efficacemente impiegati anche per la valutazione della pericolosità sociale. Ad essi si aggiungono la scala PCL-R (Psychopathy Checklist Revisited) di Hare e la scala PPI-R (Psychopathic Personality Inventory Revised) di Lilienfeld e Widows.

Il fine di queste ultime è valutare se un soggetto rientri nella tradizionale concezione di psicopatia, caratterizzata da un alto rischio di recidiva e concettualmente impiegata per la definizione che il DSM-IV^{TR} (APA, 2000) fornisce del Disturbo Antisociale di Personalità, contraddistinto, come già accennato, da un quadro pervasivo di inosservanza e violazione dei diritti degli altri che si manifesta fin dall'età di 15 anni, come indicato da 3 (o più) dei seguenti elementi: incapacità di conformarsi alle norme sociali per ciò che concerne il comportamento legale; disonestà come indicato dal mentire, usare falsi nomi o truffare gli altri ripetutamente per profitto o per piacere personale; impulsività o incapacità di pianificare; irritabilità e aggressività come indicato da scontri o assalti fisici ripetuti; inosservanza della sicurezza propria e altrui; irresponsabilità abituale come indicato dall'incapacità di sostenere un'attività lavorativa continuativa o di far fronte ad obblighi finanziari; mancanza di rimorso come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro. Escludendo, ad esempio, la presenza di diversi Disturbi di Personalità o la simulazione, le scale PCL-R e PPI-R possono permettere una maggiore precisione in fase di assessment clinico, oltre che, in ambito forense, una più accurata scelta della pena/misura di sicurezza e una più

precisa valutazione degli eventuali rischi connessi alla concessione di benefici in fase di esecuzione delle stesse: i soggetti psicopatici tendono infatti a manipolare il sistema giudiziario e carcerario, in cui spesso sono integrati perfettamente, al fine di ottenere benefici, permessi e sconti attraverso la menzogna, il plagio, la simulazione di infermità mentale e l'intimidazione. (Ciulla, Caretti & Schimmenti, 2012)

5.1 IL TEST DI RORSCHACH

Il test di Rorschach è composto da 10 tavole standardizzate che, non avendo riscontri nella realtà esterna, secondo le concezioni della psicologia dinamica sollecitano il mondo interiore del soggetto: il modo in cui struttura le macchie rivelerebbe aspetti della sua personalità.

Essendo obiettivo dei test proiettivi l'analizzarla nel suo insieme, le sfere indagate sono quella affettiva (tonalità emotiva generale delle risposte, risposte a specifiche tavole, difese verso l'affettività, equilibrio tra gli affetti, capacità di gestire le pulsioni e gli stress emotivi, ecc...), quella cognitiva (modalità di affrontare i problemi, pensiero deduttivo o induttivo, tendenza a soffermarsi su questioni marginali, capacità di osservare le evidenze o i dettagli, interessi nei confronti della realtà, capacità creativa, ecc...) e quella dell'Io (livello di sviluppo, capacità di discriminare tra realtà interna/esterna e tra Sé/oggetto, difese, bisogni, conflitti, rappresentazione di sé, immagine del corpo, differenziazione sessuale, relazioni oggettuali, ecc...). (Lis, 2006) Nel siglare e valutare le risposte del soggetto si devono tenere in conto più parametri:

- la localizzazione, a seconda dell'area di tavola interpretata, della qualità dell'interpretazione e della rilevanza assunta da specifiche parti della macchia;
- le determinanti, cioè i fattori che hanno determinato la risposta (forma, movimento, colore);
- la qualità, positiva o negativa, della forma attribuita allo stimolo-macchia;
- la frequenza statistica delle risposte fornite;
- la reazione alle tavole e la verbalizzazione nella sua fluidità, abbondanza/scarsità, uso di difese, partecipazione emotiva;
- i contenuti delle risposte (animali, vegetali, figure umane, oggetti, ecc...), in quanto ogni tavola sollecita conflitti e contenuti latenti inerenti al Sé e alle relazioni oggettuali. (Lis, 2006)

Per quanto riguarda la pericolosità sociale, intesa sia nelle sue componenti autolesive che in quelle dirette verso l'esterno, secondo Capri (2008) e Lis (2006) nel test di Rorschach è possibile riscontrare e analizzare più indici. Per ciò che concerne le spinte autolesive:

- Tipo Vita Interiore introversivo: M (cinestesie) > W (n. risposte

globali) x sumC (risp.colore), indice di un possibile blocco affettivo e di ripiegamento verso l'interno;

- presenza contemporanea di Dim (dettaglio intramaculare grande e/o frequente), Clob (la determinante è il solo chiaroscuro), C (la determinante è il solo colore), CF (è il colore, più che la forma della macchia, a determinare la risposta), Cinestesi in flessione e basso F+ % (% di forme, sul totale delle risposte F, ben visibili o che si vedono frequentemente): tale approccio tende a correlare con manifestazioni affettive intense e scarsamente controllate;

- presenza di un Indice di Impulsività molto elevato (> di 0,6), correlato da un Indice di Autocontrollo debole ($M + FC \leq CF + C$).

Gli elementi che, invece, fornirebbero informazioni sulla possibilità di mettere in atto comportamenti eteroaggressivi e antisociali sono i seguenti:

- T.V.I. extratensivo: $M < WsumC$, indice di una possibile scarsa elaborazione del mondo emotivo, di un uso di sistemi logici meno precisi e di un'intelligenza di tipo concreto- pratico;

- risposte intramaculari formulate prevalentemente come prima interpretazione alla Tavola;

- risposte confabulate sia nel senso di verbalizzazioni particolari, sia come DG o DdG (partenza da un dettaglio, grande o piccolo, ben percepito da cui si deduce una forma globale non giustificata a livello percettivo),

- V% basso: poche risposte volgari, cioè fornite dalla maggior parte della popolazione; potrebbe essere indice di scarsa convenzionalità, individualismo, tendenza alla ribellione o distorsione della realtà, in particolare in presenza di più interpretazioni originali;

- poche risposte a contenuto umano (H% basso), segno di una possibile difficoltà ad identificarsi con le persone reali o di difetti nel senso di identità;

- poche risposte di Dettaglio, possibile indice di impulsività nel trascurare aspetti importanti della realtà;

- tipo colore destra con assenza di M ed FC (in cui la forma precede il colore nel determinare la risposta), nonché scadente qualità formale delle risposte (F+ basso) in una probabile difficoltà di controllo sulla vita affettiva e di rapporto con la realtà;

- Indice di Impulsività elevato e Indice di Autocotrollo debole;

- presenza di risposte a contenuto aggressivo e sadico;

- atteggiamento, durante la prova, ostile, rigido, diffidente o tendente all'autoaffermazione.

5.2 MMPI ED MMPI-2

Il questionario originale, l'MMPI, è dato da 566 item a cui il soggetto deve rispondere con vero- falso-non so, suddivisi in:

3 scale di controllo (a cui se ne aggiungono altre 3 nell'MMPI-2):

- L: misura il grado in cui il soggetto tende a mostrare una buona immagine di sé,
- F: misura esperienze, pensieri, atteggiamenti poco comuni e anticonformisti nella popolazione normale,
- K: misura i meccanismi difensivi nei confronti del test,

10 scale cliniche (a cui se ne aggiungono 6 supplementari e 15 di contenuto nell'MMPI-2):

- Ipocondria (Hs): rileva i soggetti che usano sintomi fisici, veri o presunti, a scopi manipolativi, che sono eccessivamente preoccupati per i propri sintomi o soffrono di Disturbi Somatoformi, - Depressione (D): contiene item inerenti bassa autostima, tristezza, pessimismo, lamento somatico, lentezza psicomotoria, rimuginazione mentale,
- Isteria (Hy): item relativi a problemi fisici uniti ad item dal contenuto ottimista, scelti da chi tende a negare le difficoltà e da soggetti seduttivi con timore di essere rifiutati,
- Deviazione psicopatica (Pd): raggruppa item implicanti indifferenza alle regole, caratteristiche antisociali, un certo disadattamento e fatica ad empatizzare,
- Mascolinità-Femminilità (Mf): misura l'adesione agli stereotipi sessuali,
- Paranoia (Pa): rileva la sensibilità verso l'opinione altrui, la sospettosità e la tendenza a non tenere in conto i propri difetti,
- Psicoastenia (Pt): coglie gli aspetti durevoli dell'ansia, cioè l'ansia di tratto,
- Schizofrenia (Sc): misura la confusione mentale, il deterioramento dei processi logici, i dubbi sulla propria identità ma anche la creatività,
- Ipomania (Ma): valuta l'iperproduttività ideativa, l'iperattività, la frequenza degli sbalzi di umore, la ricerca di sensazioni forti, l'impazienza, la competitività, la fiducia in se stessi, - Introversione sociale (Si): misura introversione e timidezza. (Sanavio & Sica, 1999)

Per quanto riguarda la Pericolosità Sociale, nell'MMPI-2 gli indici di spunti autolesivi possono essere sintetizzati, secondo Capri (2008), nel seguente modo:

- Scala K < T 40: potrebbe esservi una carenza nella capacità di controllare comportamenti e reazioni emotive;
- Scala D > T 80 e Scala Ma < T 40: possibile depressione, polarizzazione pessimistica del pensiero e assenza di scopi;
- Scala Hy < T 40: potrebbe indicare una difficoltà ad empatizzare con l'ambiente;
- Scala Pd > T 70-80: possibilità di acting-out, aggressività, impulsività, incapacità di valutare le conseguenze dei propri comportamenti e possibile tendenza a compiere agiti antisociali.

Nei casi in cui, invece, l'aggressività sia rivolta verso l'esterno,

all'MMPI-2 troveremo punteggi: - molto bassi alle Scale K (T < 40) e Hy (T < 40);

- elevati alla Scala Pd (T > 70-80), indici di impulsività, irresponsabilità, egocentrismo, immaturità, comportamenti aggressivo o violenti, scarsa tolleranza alla noia e alla monotonia, problemi con l'autorità, reazioni emotive e relazioni superficiali.

5.3 LA SCALA PCL-R

La scala PCL-R è considerata attualmente tra i migliori strumenti, in termini di attendibilità e validità, per la predizione della pericolosità sia tra soggetti con disturbi mentali, sia tra soggetti esenti da psicopatologia. Infatti, lo studio italiano è stato condotto su 139 soggetti (83.45% maschi e 16.55% femmine) con età media pari a 43 anni e livelli di istruzione variabili tra licenza elementare e laurea, con due soggetti senza alcuna istruzione e due laureati. I 139 soggetti provenivano sia dall'ambiente carcerario (n = 104) sia dagli ospedali psichiatrici giudiziari (n = 35). (Hare in sito Giunti O.S.)

Si tratta di una scala a punteggio con 20 item che utilizza un'intervista semi-strutturata, della durata di 90-120 minuti circa, affiancata da informazioni sulla storia del soggetto e criteri diagnostici per ciascun item, in modo da minimizzare il rischio di distorsione delle informazioni ottenute da individui che potrebbero tendere alla falsificazione e alla simulazione.

Per questa via sono indagate le sfere dell'adattamento scolastico, della storia e degli obiettivi legati alla carriera lavorativa, della situazione finanziaria, della salute, della vita familiare, dei comportamenti sessuali, dell'uso di droghe, dei comportamenti antisociali durante l'infanzia, l'adolescenza e l'età adulta al fine di valutare se un criminale o un soggetto psichiatrico-forense presentino dei tratti afferenti alla tradizionale concezione di psicopatia, definita da Hare come impulsività, insensibilità alle punizioni, assenza di sentimenti, senso di colpa e di scrupoli rispetto allo sfruttamento degli altri. (Ciulla, Caretti & Schimmenti, 2012)

Una volta ottenute tutte le informazioni dalla persona è possibile, per l'operatore, attribuire un punteggio ai 20 item e riportarlo sul modulo di scoring. Nei casi in cui non si possa somministrare l'intervista ma ci siano comunque informazioni sufficienti, o in quelli in cui non ci siano informazioni adeguate per valutare fino a 5 item, che devono quindi venire omessi, è possibile ottenere un risultato che potrebbe, tuttavia, essere meno attendibile.

Gli item ricadono in due gruppi principali:

- il primo, detto Interpersonale/Affettivo, si articola nelle componenti Interpersonale (n. 1) e Affettiva (n. 2) e descrive un soggetto con un'autostima ipertrofica, egoista, privo di rimorsi e sensi di colpa, indifferente agli altri, sfruttatore ed egocentrico; è quindi

positivamente correlato con le caratteristiche tipiche dei Disturbi Antisociale e Narcisistico di Personalità;

- il secondo, detto Devianza sociale, si articola nelle componenti Stile di vita (n. 3) e Antisociale (n. 4) e descrive un soggetto impulsivo, irresponsabile, bisognoso di continui stimoli, privo di obiettivi a lungo termine, dallo stile di vita instabile, promiscuo e deviante, correlando quindi con il Disturbo Antisociale di Personalità, con l'abuso di alcol, la tossicodipendenza e con problemi comportamentali precoci. (Hare in sito Giunti O.S.)

La PCL-R fornisce perciò una valutazione dimensionale del soggetto relativamente alle sue caratteristiche riconducibili alla psicopatia: i punteggi vanno da 0 a 2 (2 = Sì; 1 = Può darsi/sotto certi aspetti; 0 = No) a seconda del fatto che il tratto in analisi si applichi, si applichi solo parzialmente o non si applichi per nulla al soggetto. Il punteggio totale può perciò variare da 0 a 40, dove 30 è il punteggio minimo necessario per effettuare una diagnosi di psicopatia, i criminali comuni ottengono mediamente punteggi intorno a 18-20, mentre la popolazione normale ottiene mediamente punteggi intorno a 8-10 punti.

Al punteggio totale si affiancano poi quelli relativi ai due fattori principali e alle quattro componenti, permettendo di stabilire con maggiore precisione quali siano le aree in cui il soggetto presenta le caratteristiche tipiche di un individuo psicopatico operando, contemporaneamente, una diagnosi differenziale rispetto ad altri Disturbi di Personalità (come quello Narcisistico o Borderline). (Ciulla, Caretti & Schimmenti, 2012)

5.4 LA SCALA PPI-R

La scala PPI-R si focalizza sulla valutazione dei tratti di personalità del soggetto adulto attraverso l'indagine di quei comportamenti e di quelle peculiarità cognitive, emotive e percettive che costituiscono un corpus caratteristico nella psicopatia, nonché fattori determinanti per la valutazione del grado di pericolosità sociale. (sito Giunti O.S)

Si tratta di un self-report costituito da 154 item, di facile e veloce somministrazione (circa 20-30 minuti), che è stato standardizzato e validato da Lilienfeld per l'uso con donne e uomini la cui età andava dai 18 agli 86 anni. Il campione normativo americano ha incluso sia adulti provenienti da diverse regioni geografiche con un'ampia gamma di retroterra raziali/etnici e di educazione, raggruppati dai dati del censimento degli Stati Uniti del 2002, sia studenti maschi e femmine provenienti da varie università. In Italia invece il test è stato tradotto, standardizzato e reso disponibile nell'ambito delle attività di ricerca della Cattedra di Psicologia Clinica dell'Università di Parma, la quale l'ha somministrato a studenti del corso di Psicologia della

Personalità oltre che a soggetti afferenti al SerD, all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e a comunità terapeutiche e carcerarie, ottenendo una buona validità convergente e discriminante con le misure self-report, le interviste e le osservazioni cliniche. (La Marca, 2008)

Il PPI-R è costituito da 3 scale di validità (Risposte virtuose, Risposte devianti, Risposte incoerenti) e da 8 scale di contenuto:

- Egocentrismo Machiavellico (ME): questa scala a 20 item misura la propensione a manipolare gli altri per obiettivi personali e una visione cinica, severa e strumentale della natura umana. Il contenuto degli item riflette la tendenza ad alterare le regole, a scavalcare gli altri, a mentire per il proprio guadagno e a percepire se stesso come migliore rispetto alle altre persone;

- Anticonformismo Ribelle (RN): questa scala a 16 item misura la tendenza verso la non convenzionalità, atteggiamenti contro l'autorità e la resistenza alle norme sociali. Il contenuto degli item riflette la percezione di se stesso come un "ribelle senza motivazione" suscettibile alla noia;

- Esternalizzazione della Colpa (BE): questa scala a 15 item misura la percezione del soggetto nei confronti del mondo esterno, di quanto lo avverta ostile e quanto reputi le altre persone responsabili dei propri problemi. Il contenuto degli item riflette la percezione di sé come vittima delle circostanze esterne, oltre ad una tendenza a considerare i propri fallimenti come il prodotto della cattiva sorte e delle cattive intenzioni altrui;

- Mancanza di Pianificazione (CN): questa scala di 19 item misura una propensione alla mancanza di pianificazione e una tendenza ad ignorare considerazioni prudenti optando per soluzioni alternative. Il contenuto degli item riflette la tendenza ad agire prima di pensare, a fallire nell'imparare dai propri errori e a concedere poco tempo per scopi a lungo termine;

- Influenza Sociale (SOI): questa scala di 18 item misura una propensione ad essere affascinanti, attraenti e abili nell'influenzare gli altri. Il contenuto degli item riflette la tendenza a vedere se stessi come sicuri di sé, verbalmente disinvolti, abili nel dare subito una buona impressione e svincolati da ansia sociale;

- Mancanza di Paura (F): questa scala di 14 item misura la mancanza di ansia anticipatoria riguardo a danni fisici e all'aspirazione ad intraprendere attività rischiose. Il contenuto degli item riflette la percezione di sé come di una persona amante del rischio che non teme danni fisici;

- Immunità allo Stress (STI): questa scala costituita di 13 item misura la tendenza a mantenere la calma di fronte a stimoli ansiogeni e una mancanza di tensione sotto pressione. Il contenuto degli item riflette

un'abilità a rimanere distaccati in concomitanza di circostanze difficili e a essere poco stressati/nervosi;

- **Freddezza Emotiva** ©: questa scala di 16 item misura un'assenza di legami e sentimenti profondi come senso di colpa, empatia, nonché l'incapacità di mantenere relazioni nel tempo. Il contenuto degli item riflette un'assenza di emozioni sociali e un'incapacità a mettersi nei panni dell'altro. (La Marca, 2008)

Se vengono rilevate risposte non date o con più di una scelta, l'esaminatore dovrebbe richiedere al soggetto di rispondere a tutte le affermazioni e/o di scegliere solo una risposta per affermazione, in quanto risposte mancanti o multiple potrebbero invalidare lo scoring. Se il soggetto esaminato indica che l'affermazione non è pertinente, l'esaminatore dovrebbe incoraggiarlo a fornire una risposta che sia il più vicino possibile a come lui/lei descriverebbe se stesso/a. Solo se il soggetto esaminato si rifiuta di correggere le risposte mancate o multiple l'esaminatore dovrebbe procedere con lo scoring.

Come per il punteggio totale, i punteggi ottenuti alle 8 scale di contenuto del PPI-R riflettono variazioni nei livelli dei tratti misurati da ciascuna scala e punteggi elevati riflettono livelli maggiormente pronunciati di tali tratti. Per esempio, punteggi elevati nella scala Egocentrismo Machiavellico riflettono elevati livelli di narcisismo e atteggiamento insensibile verso gli altri, punteggi elevati nella scala Influenza Sociale riflettono elevati livelli di abilità autopercepita di influenzare e manipolare gli altri, elevati livelli nella scala Mancanza di Paura riflettono livelli elevati di assenza d'ansia anticipatoria e propensione ad intraprendere attività pericolose. (La Marca, 2008)

6.TESTO AGGIORNATO DEL DECRETO-LEGGE 31 marzo 2014, n. 52

Testo del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52 (in Gazzetta Ufficiale - serie generale - n. 76 del 1° aprile 2014), coordinato con la legge di conversione 30 maggio 2014, n. 81 (in questa stessa Gazzetta Ufficiale alla pag. 1), recante: «Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.». (14A04143)

(GU n.125 del 31-5-2014)

Vigente al: 31-5-2014

Avvertenza:

Il testo coordinato qui pubblicato e' stato redatto dal Ministero della giustizia ai sensi dell'art. 11, comma 1, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con D.P.R. 28 dicembre 1985, n. 1092, nonche' dell'art. 10, comma 3, del medesimo testo unico, al solo fine di facilitare la lettura sia delle disposizioni del decreto-legge, integrate con le modifiche apportate dalla legge di conversione, che di quelle richiamate nel decreto, trascritte nelle note. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui riportati.

Le modifiche apportate dalla legge di conversione sono stampate con caratteri corsivi.

Tali modifiche sono riportate in video tra i segni ((...))

A norma dell'art. 15, comma 5, della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attivita' di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri), le modifiche apportate dalla legge di conversione hanno efficacia dal giorno successivo a quello della sua pubblicazione.

Art. 1

Modifiche all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9

1. Al comma 4 dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre

2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, le parole: «1° aprile 2014» sono sostituite dalle seguenti: «31 marzo 2015»;

((b) dopo il primo periodo sono aggiunti i seguenti: "Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una

casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non e' idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosita' sociale, il cui accertamento e' effettuato sulla base delle qualita' soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosita' sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali".

1-bis. All'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al comma 6, dopo il terzo periodo sono inseriti i seguenti: "A tal fine le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale. Entro il 15 giugno 2014, le regioni possono modificare i programmi presentati in precedenza al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche";

b) dopo il comma 8 e' inserito il seguente:

"8.1. Fino al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, l'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza".

1-ter. I percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione di ciascuna delle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici giudiziari alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, di cui ai commi 5 e 6 dell'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modificazioni, devono essere obbligatoriamente predisposti e inviati al Ministero della salute e alla competente autorità giudiziaria entro quarantacinque giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto. I programmi sono predisposti dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano attraverso i competenti dipartimenti e servizi di salute mentale delle proprie aziende sanitarie, in accordo e con il concorso delle direzioni degli ospedali psichiatrici giudiziari. Per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero.

1-quater. Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo.))

2. Al fine di monitorare il rispetto del termine di cui all'articolo 3-ter, comma 4, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal comma 1 del presente decreto, le regioni

comunicano al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, entro l'ultimo giorno del semestre successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quando dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture e delle iniziative assunte per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari è tale da non garantirne il completamento entro il successivo semestre il Governo provvede in via sostitutiva a norma dell'articolo 3-ter, comma

9, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

((2-bis. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto e' attivato presso il Ministero della salute un organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero della giustizia, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di esercitare funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. A tal fine l'organismo di coordinamento si raccorda con il comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008. La partecipazione alle sedute dell'organismo di coordinamento non da' luogo alla corresponsione di compensi, gettoni, emolumenti, indennita' o rimborsi spese comunque denominati. Ogni tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute e il Ministro della giustizia trasmettono alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle suddette iniziative.))

3. Agli oneri derivanti dalla proroga prevista dal comma 1, pari a 4,38 milioni di euro per il 2014 ed a 1,46 milioni di euro per il 2015, si provvede mediante corrispondente riduzione, ((per i medesimi anni,)) dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 3-ter, comma 7, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9. Le relative risorse sono iscritte al pertinente programma dello stato di previsione del Ministero della giustizia per gli anni 2014 e 2015. Il Ministro dell'economia e delle finanze e' autorizzato ad apportare, con proprio decreto, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 2

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sara' presentato alle Camere per la conversione in legge.

7. CONCLUSIONI

Alla luce di quanto esposto, sia nella fase di giudizio che in quella di esecuzione della pena di pertinenza della Magistratura di Sorveglianza, risulta evidente l'importanza assunta dalla nozione di pericolosità sociale (in rapporto all'infermità mentale) quale presupposto per l'applicazione, in via esclusiva o cumulativa, delle misure di sicurezza in un'ottica coerente, secondo le moderne concezioni presentate, con la finalità terapeutica, rieducativa e risocializzatrice insita nella loro definizione.

Come esaminato infatti, nel corso del tempo, da un lato vi è stata la progressiva apertura del paradigma medico-organicista ad una visione multifattoriale della pericolosità e dell'infermità stesse, dall'altro si è assistito al percorso originatosi con l'abolizione dell'art. 204 c.p. e culminato nella sentenza n. 9163/2005 della Corte di Cassazione. Dal punto di vista giuridico (e nello specifico del procedimento di Sorveglianza) tali evoluzioni epistemologiche hanno comportato l'evidenziata possibilità di trasformare una misura di sicurezza da detentiva a non detentiva, di abolirla previo accertamento della cessazione della pericolosità anche senza che sia trascorso il termine minimo, di escluderne l'applicazione non solo nei casi in cui l'infermità sia venuta meno o sia migliorata, ma anche quando, pur essendo questa immutata rispetto all'epoca di commissione dei fatti, risulti comunque improbabile che il soggetto compia nuovi reati; dal punto di vista clinico, invece, hanno rispecchiato il progressivo riconoscimento della necessità di quella valutazione multifattoriale del funzionamento psichico e dell'eventuale pericolosità del reo, infermo di mente e non, implicante la confluenza di più componenti organico-costituzionali, psicologiche, psicodinamiche, sociali, situazionali, ambientali, ecc...

È dunque in tale prospettiva, descritta in questo elaborato, che dovranno essere concepite e valutate la pericolosità sociale e l'infermità mentale giuridicamente rilevanti: solo attraverso una concezione integrata di esse ed un approccio il più possibile individualizzato si potrà tentare di comprendere il funzionamento psichico del soggetto al momento del reato e la probabilità che egli delinqua nuovamente, rendendo così l'applicazione e l'esecuzione della pena un vero processo di cura, rieducazione, riabilitazione e

reintegrazione in relazione alla sua personalità e alla sua capacità d'inserimento nella società libera.

8. BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, (2000). DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Test Revision. Milano: Masson.

ANDREOLI, V. (1999). La perizia psichiatrica, <http://www.pol-it.org/ital/riviste/quaderni/perizia.htm>.

CAPRI, P. (2004). Considerazioni cliniche e valutazioni in ambito peritale. Newsletter Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, 17, 5-8.

CAPRI, P. (2008). La simulazione di malattia mentale e la pericolosità sociale. Dati e indici psicodiagnostici. Newsletter Ceipa – Istituto di Formazione e Ricerca Scientifica, 8.

CENTONZE, A. (2010). L'imputabilità, la funzione sociale della pena e l'accertamento multifattoriale delle infermità psichiche. Psichiatria, Psicologia e Diritto, 3, 1-9.

CIULLA, S., CARETTI, V. & SCHIMMENTI, A. (2012). La Psychopathy Checklist – Revised di Robert Hare. Items. La newsletter del testing psicologico, 23.

DORATI, T. Incapacità e pericolosità sociale derivante da alcool e tossicodipendenza, <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/law-ways/dorati/index.htm>.

FIORENTIN, F. (2009). La valutazione giurisprudenziale della pericolosità sociale ai fini dell'applicazione delle misure di sicurezza, in http://mediazione_civile.diritto.it/osservatori/esecuzione_penale/fiorentin39.html#.

FONTI, M. (2009), Pericolosità sociale: fattori predittivi, in http://www.crimepsy.org/1/pericolosita_sociale_1224649.html.

FORNARI, U. (2008). Trattato di psichiatria forense. Torino: Utet giuridica.

GANDOLFO, L. (2009). Il vizio di mente per infermità nell'evoluzione della scienza psichiatrica. Psichiatria, Psicologia e Diritto, 2, 7-11.

GIANNINI, I. (2002). Il problema dell'accertamento della pericolosità sociale, in

http://www.crimine.info/public/criminologia/articoli/accertamento_pericolosit.htm. GIANNINI, I. (2002). La pericolosità sociale degli infermi di mente ed il suo accertamento. Il Nuovo Diritto, 9, 698.

GIANNINI, I. (2003). Il contributo della psichiatria forense nell'accertamento della pericolosità sociale, in http://www.crimine.info/public/criminologia/articoli/contributo_psichiatria.htm.

GULLOTTA, G. (2011). Compendio di psicologia giuridico-forense, criminale e investigativa. Milano: Giuffrè.

HARE, R. D. Hare Psychopathy Checklist Revised: 2nd Edition, in <http://www.giuntios.it>.

41

LA MARCA, S. (2008). Complessità della psicopatologia e utilizzo del PPI-R. Items. La newsletter del testing psicologico, 10.

LIS, A. (2006). Psicologia clinica. Problemi diagnostici ed elementi di psicoterapia. Milano: Giunti.

LORETTU, L. & MILIA P. (2001). La prognosi del comportamento violento in psichiatria. ΝÓΟς - Aggiornamenti in Psichiatria, 3, 205-218.

MANOELLI, B. La Magistratura di Sorveglianza, in <http://www.altrodiritto.unifi.it/ricerche/misure/manoelli/index.htm>.

MANTOVANI, F. (1984). Il problema della criminalità. Padova: Cedam.

MARINUCCI, G. & DOLCINI, E. (2009). Manuale di diritto penale. Parte generale. Milano: Giuffrè.

MASTRONARDI, V. (2001). Manuale per Operatori Criminologi e Psicopatologi Forensi. Milano: Giuffrè.

OCCULTO, M.A. (2003). Le misure di sicurezza: uno sguardo dall'adulto al minore. Newsletter

Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, 12, 3-7.

OSSERVATORIO REGIONALE DEL VENETO SULLA POPOLAZIONE DETENUTA IN

ESECUZIONE PENALE ESTERNA, (2006). Le Misure Alternative. In Bollettino n. 4:

Area penale esterna - Speciale Indulto (pp. 27-50). Padova: Cleup.

OSSERVATORIO REGIONALE DEL VENETO SULLA POPOLAZIONE DETENUTA IN ESECUZIONE PENALE ESTERNA, (2006). La Magistratura di Sorveglianza. In

Bollettino n. 4: Area penale esterna - Speciale Indulto (pp. 75-82).

Padova: Cleup. PADOVANI, T. (1990), La pericolosità sociale sotto il profilo giuridico. In Ferracuti F. (a cura di), Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense (vol. XIII,

pp. 313-328). Milano: Giuffrè.

PALUMBO, F. (2009). Il vizio di mente per infermità nelle prassi difensive e nelle prospettive di riforma. *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, 2, 12-16.

PONTI, G. & MERZAGORA BETSOS, I. (2008). *Compendio di criminologia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

RINAUDO, L. (2010). L'accertamento psicologico della pericolosità sociale. *Psichiatria, Psicologia e Diritto*, 3, 46-54.

RUARO, M. (2009). *La Magistratura di Sorveglianza*. Milano: Giuffrè.

SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE, SEZIONI UNITE PENALI (2005). Sentenza 25

gennaio 2005 - 8 marzo 2005 n. 9163, in <http://www.altalex.com/index.php?idnot=9371>. SANAVIO, E. & SICA, C. (1999). *I test di personalità. Inventari e questionari*. Bologna: Il Mulino.

Testo aggiornato Decreto legge 52 del 31 marzo 2014 sulla pericolosità sociale.

ZAPPA, G. (1986). Prime osservazioni sul processo di sorveglianza in tema di misure di sicurezza. *Rassegna penitenziaria e criminologica*, 1,3, 77-95.

8.1 SITI CONSULTATI

Altalex, <http://www.altalex.com>

Associazione Italiana di Psicologia Giuridica, <http://www.aipgitalia.org>

Crimine.info, <http://www.crimine.info>

Diritto & Diritti, http://www.mediazione_civile.diritto.it/

Giunti Organizzazioni Speciali, <http://www.giuntios.it>

Istituto Nazionale delle Scienze Criminali e Psicopatologia Forense, <http://www.crimepsy.org> L'altro diritto - centro di documentazione, <http://www.altrodiritto.unifi.it>

Ministero della Giustizia, <http://www.giustizia.it>

Psychiatry on line Italia, <http://www.pol-it.org>