



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

**Facoltà di Medicina e Odontoiatria
Dipartimento di Neurologia e Psichiatria**

Corso di Dottorato in “Psichiatria: Interventi Precoci nelle Psicosi”

Rischio di Violenza e Pericolosità Sociale: quali influenze?

***Applicazione delle scale HCR-20 e PCL-R ad un
campione di internati presso gli OPG di Italia.***

Relatore:

Prof. Paolo Fiori Nastro

Candidato:

Dott.ssa Antonella Pomilla

A.A. 2011/2012

INDICE

INTRODUZIONE	PAG. 3
<u>CAPITOLO PRIMO:</u>	
<i>La clinica e la giurisprudenza nella comprensione della malattia mentale, dell'imputabilità e della pericolosità sociale</i>	PAG. 7
1.1. <i>Il "Valore di malattia": l'imputabilità nella perizia psichiatrico – forense</i>	PAG. 7
1.2. <i>La pericolosità sociale</i>	PAG. 13
1.3. <i>Gli Ospedali Psichiatrico – Giudiziari nell'applicazione delle misure di sicurezza</i>	PAG. 17
<u>CAPITOLO SECONDO:</u>	
<i>La valutazione del rischio di violenza</i>	PAG. 28
2.1. <i>Aggressività e violenza: definizioni, distinzioni e psicopatologia</i>	PAG. 28
2.2. <i>Problematiche e strumenti per la misurazione dei comportamenti aggressivo-violenti</i>	PAG. 36
<u>CAPITOLO TERZO:</u>	PAG. 44
<i>La PCL-R e L'HCR-20 nella presente ricerca: campione, materiali, metodi e risultati</i>	
3.1. <i>Note introduttive e descrizione del campione</i>	PAG. 44
3.2. <i>Gli strumenti e la review della letteratura</i>	PAG. 52
3.2.1. <i>La Violence Risk Assessment Scheme o HCR-20</i>	PAG. 53
3.2.2. <i>La Psychopathy Checklist - Revised o PCL-R</i>	PAG. 67
3.3. <i>Metodi e risultati</i>	PAG. 85
CONCLUSIONI	PAG. 106
INDICE DELLE TABELLE	PAG. 114
BIBLIOGRAFIA	PAG. 115
RINGRAZIAMENTI	PAG. 122

INTRODUZIONE

La nascita degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in Italia si colloca, in un iter istituzionale complesso e lungo, nell'incontro delle riflessioni giuridiche, psichiatriche e culturali che a partire dalla seconda metà del XIX secolo si diffondono intorno alle due classiche istituzioni totali, il carcere ed il manicomio, diverse tra loro ma simili per il fatto di essere le sedi in cui relegare i soggetti *devianti*.

Frutto dell'idea che nessuna delle due, da sola, fosse in grado di farsi carico in modo adeguato né dei cosiddetti "*pazzi criminali*" (ovvero coloro per i quali l'atto deviante è effetto di una patologia psichica; in senso giuridico, i prosciolti) né dei cosiddetti "*criminali impazziti*" (ovvero i condannati per un gesto doloso, commesso in piena consapevolezza, per i quali la patologia diviene risultato della permanenza in carcere), il rinnovamento culturale dell'epoca citata ritenne necessario fondere in una unica struttura la finalità clinica della cura, ad inizio secolo del tutto assente o poco praticata, con quella di difesa sociale determinata dall'asserita pericolosità di queste utenze.

Da chiarire era infatti un punto fondamentale: se in carcere andavano coloro che violavano consapevolmente una norma del vivere comune, ed in manicomio civile coloro che necessitavano di trattamento per ognuna delle patologie psichiche fino ad allora conosciute (che nella loro imprevedibilità comportamentale trovavano motivo di offesa o pericolo per la collettività), come guardare a coloro che integravano la malattia e la devianza?

Diveniva necessario, in sostanza, riflettere diversamente sulla responsabilità penale della persona folle, e così l'Italia assorbì quanto già in altri Stati aveva cominciato a diffondersi sul tema del trattamento giuridico di soggetti psichiatrici autori di reato, come ad esempio era avvenuto in Inghilterra, che nel 1786 fu il primo Paese ad orientare la propria legislazione verso una terza categoria di istituti, i *Criminal's Asylums*, termine da noi mutuato in Manicomi Criminali.

Dunque nel corso dei decenni successivi il sistema inglese venne adottato anche in altri Stati, tra i quali il nostro all'epoca nascente, impegnato peraltro a mettere ordine in una variegata situazione legislativa che poca uniformità aveva sulla questione.

Così, nell'incontro tra le proposte giuridiche - impegnate da un lato verso la garanzia della difesa sociale nel neo istituito concetto di "*pericolosità*", e dall'altro ad un rispettoso trattamento penale di coloro che violavano le norme condivise - e le proposte avanzate dalla disciplina psichiatrica dell'epoca, che cominciava a conoscere e studiare le patologie mentali

per come noi oggi le intendiamo, vengono gettate le basi dell'odierno apparato legislativo cui si fa riferimento.

Molti decenni sono trascorsi da allora e molte trasformazioni culturali hanno condotto all'attuale veste degli Ospedali Psichiatrici – Giudiziari, che tuttavia ancora, a parere di chi scrive, continuano ad essere guardati *dall'esterno*.

Possibile causa della moltitudine di voci, per lo più negative, che si alzano contro l'esistenza ed il mantenimento di queste strutture, è con buona probabilità da rintracciare in quella confusione concettuale e scientifica che investe lo stesso concetto di pericolosità sociale.

Nel nostro attuale ordinamento penale la nozione di pericolosità sociale descritta all'Art. 203 c.p.¹, è frutto di quel retroterra ideologico animato dal dibattito tra la Scuola Classica e la Scuola Positiva del diritto penale, che rispettivamente vedevano: nel reato, una condotta al pari di altre orientata dal libero arbitrio o viceversa un fenomeno naturale non passibile di una responsabile valutazione morale da parte del soggetto; e nella pena, la necessità retributiva proporzionata alla gravità del reato ed alla colpevolezza o viceversa la necessità preventiva a garanzia della difesa sociale dall'ineluttabile recidiva.

Come è noto, il corso della storia è stato poi tracciato dal fatto di aver accolto le impostazioni proposte dalla Scuola Positiva che, per la prima volta, individuava nel concetto di pericolosità sociale l'essenziale elemento prognostico sulla capacità da parte del reo di compiere ulteriori atti devianti, in considerazione di specifiche caratteristiche psicologiche e personologiche (ma anche sociologiche) che vogliono individuare il reato in qualità di "*sintomo*".

È tutta qui la questione, ovvero nel fatto di affidare la necessità del controllo sociale, la difesa di una collettività, ad un concetto altamente individuale quale è quello di malattia mentale. Riconoscendo in essa un potenziale pericolo, pur nella massima discrezionalità della sua valutazione, la scelta più consona divenne quella di stabilire sedi e percorsi che, in primo luogo, avevano compito di allontanare il malato di mente, prima ancora che il reo, da quel *vivere comune* che egli aveva disatteso.

Oggi, l'Esperto incaricato alla valutazione della pericolosità sociale (Perito o CTU), ha onere di rispondere al quesito atteso che il soggetto periziato venga riconosciuto, o meglio tale

¹ L'Art. 203 c.p. così recita: "Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente, quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati. La qualità di persona socialmente pericolosa si desume dalle circostanze indicate nell'articolo 133".

sia stato all'atto della violazione penale, affetto da un vizio di mente che, nella sua sussistenza, costituisce probabilità precipitante di commettere un nuovo illecito.

La riflessione clinica attuata in primo luogo sulla gravità del vizio di mente e di conseguenza sulla pericolosità sociale, si trasforma poi in un percorso di trattamento che trova viceversa valenza giuridica, e che viene definito in termini di sedi, regimi di vigilanza e necessità di cautela (*dal* potenziale offensivo del soggetto, *a favore/per* la collettività).

Sorgono a questo punto alcuni interrogativi, ed il tentativo di trovare adeguate risposte ha composto gli obiettivi di questo lavoro.

Il primo obiettivo riguarda la disamina di quanto indicato in letteratura in merito alla valutazione del nesso di causalità tra malattia mentale e rischio di condotte violente e/o criminose.

Essa verrà condotta per specifici punti, ovvero:

- comprendere se sia oggi risolta, ed in che modo, l'annosa diatriba sulla liceità di associare alla malattia mentale la presenza di un potenziale di rischio per l'adozione di condotte violente e/o criminose;

- comprendere quali certezze esistano nelle controverse indicazioni della letteratura, che da un lato intendono impossibile prevedere la recidiva di un comportamento violento e/o criminoso, e dall'altro ammettono la possibilità di un giudizio obiettivo, frutto dell'adozione di strumenti scientificamente validi.

Il secondo obiettivo, connesso al precedente, volge al comprendere quale scenario sia oggi indicativo delle possibilità e delle necessità di trattamento di autori di reato affetti da malattia di mente, nell'analisi del contrasto che sorge dall'incontro di due discipline molto diverse: da un lato la psichiatria forense, che ha onere di condurre l'indagine sulla personalità di un soggetto malato, prima ancora che autore di reato, e che in uno scenario così vasto lascia aperti molteplici percorsi; dall'altro la giurisprudenza, che stabilisce invece limitate possibilità al trattamento/contenimento di tale particolare utenza. Una riflessione si mostra dunque necessaria nel riscontro di ciò che è l'odierno impegno scientifico e normativo, nel tentativo di definire quale organizzazione funzionale e strutturale deve essere data alle sedi, vecchie (gli OPG) e nuove (strutture territoriali), atte alla presa in carico di soggetti penalmente prosciolti in quanto malati di mente.

Agli obiettivi sopra esposti se ne aggiunge poi un terzo, derivante dalla personale curiosità scientifica, culturale e professionale, verso il percorso che conduce a mutare un *rischio* (di comportamenti aggressivo-violenti) in qualcosa che nella sua *sussistenza* o *permanenza* (la pericolosità sociale) vede il protrarsi di uno stato che vorrebbe accogliere in

sé il rispetto del diritto costituzionale alla cura del malato ed il rispetto della necessità di garantire la difesa di una società “civile”.

In merito alla valutazione dei fattori di rischio tradizionalmente annoverati per la predittività della pericolosità sociale, in molti contesti scientifico-culturali internazionali l’HCR-20 e la PCL-R hanno già dimostrato di essere dei validi strumenti di lavoro.

Qui in Italia, questi strumenti sono invece ancora poco conosciuti, se non che a pochi addetti ai lavori, e peraltro solo la PCL-R ha ricevuto recente standardizzazione con una popolazione italiana, rimanendo invece l’HCR-20 nella versione originale.

In tal senso, la scelta di utilizzare questi strumenti ha voluto quindi avere la finalità di verificare la validità degli stessi in un contesto socio-culturale, scientifico e normativo differente dai più noti contesti internazionali.

L’applicazione della Scala dell’HCR-20 aveva il fine di valutare se, per la popolazione italiana considerata, avessero valore predittivo in merito alla pericolosità sociale gli stessi fattori di rischio individuati in altri contesti europei, nel contesto americano, o nel contesto canadese, che è quello di origine.

L’applicazione della PCL-R aveva invece un duplice fine: da un lato, poiché lo strumento conduce ad un risultato che è uno dei fattori che compongono la scala dell’HCR-20, il fine era quello di comprendere l’incidenza di questo fattore nel generale andamento dei risultati dei soggetti presi a campione; dall’altro, considerandolo come strumento a sé, il fine era quello di valutare e confrontare tra loro i soggetti del campione in merito al “livello di psicopatia” che lo strumento stesso è atto a misurare.

Poste tali specifiche, nelle more di questo lavoro e dal percorso di ricerca condotto, è nata la necessità di sottolineare quanto sia urgente comprendere come acquisire la giusta fruibilità di questi strumenti sia di fondamentale importanza per il lavoro psichiatrico-forense, nonché fondante di una nuova tradizione di studio e di prassi, che realmente guardi al futuro.

«*“Ma per che cosa mi tenete qui?”/ “Perché siete malato.”*

“Sì, malato. Ma, vedete, decine, centinaia di pazzi passeggiano in libertà perché la vostra ignoranza è incapace di distinguerli dai sani. E perché io e questi disgraziati dobbiamo stare qui per tutti, come capri espiatori? Voi, l’aiuto medico, l’ispettore e tutta la vostra ciurmaglia dell’ospedale siete, dal lato morale, incomparabilmente inferiori a ciascuno di noi; perché dunque noi stiamo qui e voi no? Dov’è la logica?” /

“Il lato morale e la logica qui non c’entrano. Tutto dipende dal caso. Chi è stato messo qui ci sta, e chi non ci è stato messo, passeggia, ed ecco tutto. Nel fatto che io sono dottore, e voi malato di mente, non c’è né moralità né logica, ma solo una pura casualità”/ “Queste bubble io non le capisco...”»

(Checov A., 1982, *Il reparto n. 6*; in Checov A., 2007, *Racconti*, BUR Rizzoli, Milano, p. 549).

CAPITOLO PRIMO:

La clinica e la giurisprudenza nella comprensione della malattia mentale, dell'imputabilità e della pericolosità sociale

1.1. *Il “Valore di malattia”: l'imputabilità nella perizia psichiatrico – forense*

Nell’ambito della psichiatria forense, per *perizia* si intende un “*accertamento tecnico di natura psichiatrica volto a formulare un giudizio diagnostico-valutativo e prognostico*” che, per adulti e minori, ha lo scopo di “*stabilire le condizioni di mente della persona (attiva o passiva) in riferimento ad una determinata fattispecie di reato (commesso o subito) e ad un preciso momento del suo iter giudiziario, in ogni stato e grado del procedimento*” (Fornari U., 2008, pag. 96).

La pluralità dell’accertamento sopra indicato si può esprimere con incarico singolo o collegiale (a più esperti) e sotto diverse forme (Fornari, 2008, pag. 96-97):

- come Consulenza Tecnica per il Pubblico Ministero;
- come Perizia disposta dal Giudice per le Indagini Preliminari (GIP), nella fase di competenza, su richiesta delle parti;
- come Perizia disposta dal Giudice per l’Udienza Preliminare (GUP) o dal Giudice del Dibattimento, su richiesta delle parti o d’ufficio;
- come Consulenza di Parte o di Fiducia su commissione dei difensori dell’autore di reato, l’imputato, o dei difensori della vittima, la parte civile;
- come Consulenza Tecnica d’Ufficio, disposta dal Magistrato;
- come Consulenza Tecnica di parte, su commissione del difensore in materia civile.

Tra le forme sopra indicate, limitatamente alla tipologia di perizia che ha ad oggetto e contenuto ciò che interessa il presente lavoro, si indica quella che viene disposta nella cosiddetta *fase di cognizione* in cui, nei confronti dell'autore di reato, vi è la finalità di “*stabilire l'eventuale esistenza di un vizio totale o parziale di mente nell'indagato o nell'imputato al momento del fatto*”, secondo quanto stabilito dagli Artt. 88 e 89 c.p. (Fornari, 2008, pag. 98)².

La finalità dell'accertamento peritale, così come le modalità di nomina del Perito e del Consulente Tecnico e le modalità del conferimento dell'incarico, le attività che gli esperti incaricati devono svolgere e la stesura della relazione ed infine ciò che concerne il loro onorario, è spiegata nel Libro III (*Prove*), Titolo II (*Mezzi di Prova*), Capo VI, Artt. 220 - 233 c.p.p. In particolare, l'Art. 220 c.p.p. è volto a precisare l'oggetto della perizia, in quanto:

1. “*La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche.*”
2. *Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche*”³.

In sostanza l'accertamento peritale si dispone ogni qualvolta il Giudice ed il Pubblico Ministero, impegnati ad accertare in via preliminare la responsabilità penale di un soggetto in merito ad un avvenuto fatto reato, intuiscono o riscontrano in maniera diretta la presenza di specifici “campanelli di allarme” o condizioni che rendono necessaria una loro valutazione da parte di uno specialista in materia psichiatrica (lo psichiatra ha poi facoltà, laddove non disposto sin dall'inizio dal Giudice e/o dal PM, di avvalersi di altri specialisti in materia clinica, psicodiagnostica o strumentale). Secondo Fornari (2008, pag. 103), tali condizioni, di natura *obiettiva* o *soggettiva*, sono:

- la notizia diretta o indiretta della presenza di disturbi mentali, di cui accertare l'incidenza sul fatto reato;

² Nella stessa fase di cognizione, oltre all'accertamento sopra indicato, possono essere disposti anche altri accertamenti sempre in riferimento all'*autore di reato* (sulla maturità del minore infradiciottenne – Artt. 97 e 98 c.p. e Art. 9 del D.P.R. 448/1988; sulle condizioni di mente dell'imputato durante la fase delle indagini preliminari – Artt. 70 e ss c.p.p.; sulla presenza e la persistenza di pericolosità sociale psichiatrica); o sulla *vittima di reato* (sulle condizioni di inferiorità psichica nei casi di abuso sessuale – L. 66/1996; sulla presenza di danni psichici sopravvenuti nei casi di maltrattamento e abuso sessuale – Artt. 571 e 572 c.p. e L. 66/1996; sulle condizioni di infermità o deficienza psichica nei casi di circonvenzione – Art. 643 c.p.); o infine sul *testimone* (sull'idoneità a testimoniare – Artt. 196 e 498 c.p.p.) (Fornari U., 2008, pag. 98)

³ L'Art. 220 c.p.p. in pratica stabilisce il divieto, nella fase di cognizione, allo svolgimento della cosiddetta “perizia psicologica”. Tale divieto non vale invece nel processo penale a carico di minorenni (Art. 9 del D.P.R. 448/1988) e nella fase esecutiva della pena (Art. 80 della L. 354/1975 e Artt. 678 e 679 c.p.p.).

- la presenza di quadro di scompenso psichico in atto, da inquadrarsi o meno nella storia psichiatrica del soggetto;
- il verificarsi di uno scompenso psichico durante la custodia cautelare o l'esecuzione della condanna o l'applicazione di una misura di sicurezza non psichiatrica;
- l'incongruenza e la bizzarria del comportamento oggetto dell'indagine;
- la gravità e/o l'efferatezza del fatto reato;
- l'appartenenza ad una classe sociale che, con pregiudizi e preconcetti, si ritiene immune da condotte criminali;
- la presenza di recidiva;
- un comportamento non conforme tenuto dal soggetto sotto indagine durante gli accertamenti di polizia giudiziaria o del Magistrato.

In merito agli accertamenti disposti sull'autore di reato, indagato o imputato, tre sono sostanzialmente le questioni poste ad oggetto dell'accertamento peritale:

1. la presenza di un'infermità data da un eventuale vizio di mente di natura totale o parziale tale da escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere in considerazione del momento in cui è avvenuto il fatto reato per il quale si procede;
2. nel caso in cui si accerti la presenza di un vizio di mente che agisca come sopra delineato, deve essere accertata la presenza e la persistenza della pericolosità sociale psichiatrica;
3. se le condizioni di mente possedute dall'indagato o dall'imputato gli consentano di partecipare coscientemente al processo a suo carico.

Quanto schematicamente sopra riportato introduce quindi, nel corpus teorico e legislativo del nostro Paese, la centralità del concetto di *imputabilità*, che nell'Art. 85 c.p. richiama alla presenza delle *capacità di intendere e di volere* (Art. 85 c.p. - Capacità d'intendere e di volere: “*Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità d'intendere e di volere*”).

L'integrità dello stato di mente del soggetto autore di reato, da stabilirsi “al momento del fatto reato”, è dunque vincolata a due distinte facoltà: la *capacità di intendere*, intesa come “*l'idoneità nel comprendere il valore ed il disvalore sociale di quell'azione o omissione*” che si è costituita come reato; e la *capacità di volere*, intesa come “*l'idoneità ad autodeterminarsi in vista del compimento o dell'evitamento di quell'azione*” (Fornari, 2008, pag. 137).

Quindi la piena imputabilità di un soggetto, ovvero la piena responsabilità penale al cospetto di un fatto rubricato nel nostro ordinamento legislativo in qualità di reato, richiama al pieno possesso di facoltà cognitive, logiche e di interazione individuo – realtà che consentano al soggetto di capire e valutare adeguatamente i motivi delle proprie azioni nonché le conseguenze che esse avranno nella realtà circostante, così da orientare e/o controllare in modo in tal senso cosciente e coerente il proprio comportamento.

Alcuni Autori hanno anche intravisto nella capacità di intendere l'espressione di un giudizio di valore morale laddove il soggetto riesca a distinguere tra bene e male, tra lecito e illecito, per cui chi manca di sentimento morale manca di capacità di intendere. Per quanto possa a prima vista considerarsi accettabile tale indicazione, secondo Cazzaniga “*altro è “non sentire” o “non apprezzare” moralmente, cioè non saper partecipare affettivamente ed eticamente al valore normativo di una regola, altro invece è il non sapere “valutare” il significato o il valore di un fatto: non partecipare ad un sentimento morale non implica necessariamente non saperlo intendere come fatto illecito*” (Cazzaniga, 1955, in Volterra, 2006, pag. 17).

Nel momento in cui anche solo una delle capacità di intendere e di volere viene ad essere esclusa o sia “grandemente scemata”, e ciò è di fatto possibile in quanto sebbene correlate l'una all'altra esse descrivono due differenti funzionalità, l'imputabilità del soggetto è messa in discussione. Il nostro codice penale riconosce in tal senso alcune possibili circostanze nei casi in cui:

- il reo sia stato *reso da altri* incapace di intendere e di volere (Art. 86 c.p.);
- il reo presentava, al momento del fatto reato, un quadro di *infermità di mente totale o parziale* tale da escludere o scemare grandemente la sua capacità di intendere e di volere (Artt. 88 e 89 c.p.);
- il reo era in stato di *acuta intossicazione da sostanze stupefacenti o alcol* dovuta a *caso fortuito* o a cause di *forza maggiore* (Artt. 91 e 93 c.p.) – la *cronica intossicazione da sostanze stupefacenti o alcol*, quando abbia causato danni psichici organici, è sempre rilevante ai fini dell'applicazione del vizio parziale o totale di mente (Art. 95 c.p.);
- il reo sia soggetto *sordomuto*, condizione la cui rilevanza deve essere valutata caso per caso (Art. 96 c.p.);
- il reo sia *soggetto con età compresa tra i 14 ed i 18 anni che, per immaturità, non ha ancora raggiunto al momento del fatto reato la capacità di intendere e volere* (Artt. 97 e 98 c.p.) – entro i 14 anni di età vi è per legge la *presunzione assoluta di*

incapacità del minore, qualunque sia il reato commesso; dai 14 ai 18 anni deve essere accertato il grado di maturazione psico-sociale, ovvero la maturità, per affermare l'esistenza di imputabilità.

Rimanendo nel tema della valutazione dell'imputabilità per un soggetto cui venga riscontrato un vizio di mente, Fornari indica la necessità che l'esperto incaricato di effettuare tale valutazione adotti un ben preciso percorso diagnostico-operativo che contempri tre fasi (Fornari U., 2008, pagg. 139-143 e 150-162):

1. *il classificare*: ovvero individui quali disturbi mentali possano influire sull'infermità, o in altri termini individui quali categorie cliniche assumano significato giuridico nel limitare grandemente o nell'escludere quella coscienza di comprensione e quella capacità di autodeterminazione che sostanziano le capacità di intendere e di volere. L'Autore indica quindi in questo primo passaggio l'adozione di un *criterio nosografico* che ha scopo di circoscrivere, tra la pluralità dei disturbi mentali che sono oggetto della diagnostica psichiatrica, solo quei quadri psichici che possano assumere valore di infermità. Nello specifico, egli indica, per convenzione, le condizioni in cui è in atto un *evidente scompensamento patologico psichico* (Disturbo Psicotico Acuto per il DSM-IV-TR o Sindromi Psicotiche Acute e Transitorie per l'ICD-10); è in atto un *deterioramento consistente indotto da disturbo mentale organico*; è in atto una *sensibile destrutturazione della personalità da processualità schizofrenica*; è in atto un *disturbo grave di personalità* in cui siano *documentabili episodi di scompensi in senso borderline o francamente psicotico*⁴;

⁴ La complessità della valutazione dell'imputabilità dei Disturbi di Personalità richiederebbe di fatto una trattazione a sé stante. In questa sede si accenna solo alle dirimenti indicazioni fornite dalla Sentenza n. 9163 del 25 gennaio 2005 delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione: "Anche i disturbi della personalità, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o scemare grandemente, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere di un soggetto agente ai fini degli artt.88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, rilevanza, gravità e intensità tali da concretamente incidere sulla stessa; per converso, non assumono rilievo ai fini della imputabilità le altre "anomalie caratteriali" e gli "stati emotivi e passionali", che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo". La Sentenza n. 9163/2005 pone termine ad annose controversie interpretative che vedevano contrapporsi il "modello nosografico" ed il "modello giuridico": il primo volto ad intendere l'infermità in stretto ancoraggio a categorie di patologia mentale nosograficamente descritte, e dove dunque i disturbi di personalità non trovavano spazio; ed il secondo volto ad intendere in modo più ampio l'infermità, ovvero non solo nei limitati confini della "malattia" bensì in quelli più ampi di "non sanità". Integrando ed al contempo superando il modello nosografico, si ammette che anche i Disturbi di Personalità possono costituire infermità nella misura tale da pregiudicare totalmente o grandemente il funzionamento delle capacità intellettive e volitive del soggetto; esso deve ovvero essere idoneo "a determinare una situazione di assetto psichico incontrollabile ed ingestibile che, incolpevolmente, rende l'agente incapace di esercitare il dovuto controllo dei propri atti". A definire "grave" un Disturbo di Personalità non è dunque sufficiente il modello nosografico: esso deve essere piuttosto superato a favore di una *diagnosi di struttura, di organizzazione e di funzionamento*, così da contemplare la rilevanza dell'*assetto borderline* che influisce sulle

2. *l'attribuire*, ovvero conferisca ai disturbi patologici psichici una manifestazione sintomatica nella qualità del fatto reato. In altre parole, secondo un *criterio psicopatologico*, ciò vuol dire attribuire al reato un *valore di malattia*, cioè intendere il reato nella fenomenologia sintomatica propria del disturbo. Questo secondo passaggio è dunque volto a stabilire un *nesso eziologico* significativo tra il disturbo psicopatologico, il suo funzionamento ed il reato. In tal senso, superando il fatto di stabilire una correlazione tra diagnosi e reato, il percorso di comprensione psicopatologica consentirà di svincolarsi dall'ammissione di infermità posta in modo esclusivo verso alcuni quadri clinici, e di guardare solo a quelli in cui il funzionamento psichico ha determinato in modo diretto una compromissione delle capacità di intendere e di volere;
3. *il valutare*, ovvero stabilisca la qualità ed il grado con le quali il disturbo mentale si sia costituito in una compromissione totale o parziale di ciò che sostanzia l'imputabilità. Per risolvere la necessità di produrre un giudizio qualitativo e quantitativo da applicare al vizio di mente, l'Autore indica che l'esperto potrebbe avvalersi della valutazione dell'integrità delle *aree funzionali* dell'Io, che esprimono la capacità di rispondere in modo adeguato e funzionale alla molteplicità delle stimolazioni che provengono dall'interazione Io – ambiente. Esse sono: le *funzioni cognitive*, relative alla percezione formale delle situazioni, interne o esterne al soggetto, in quanto tali; le *funzioni organizzative*, ovvero l'analisi, la comprensione e l'attribuzione di significato alle stesse; le *funzioni previsionali*, ovvero l'analisi, la critica ed il giudizio nella valutazione delle possibili conseguenze delle risposte che possono essere emesse; le *funzioni decisionali*, che contemplanò la scelta tra adeguamento, evitamento o rifiuto della situazione-stimolo, e dunque la decisione di agire o di non agire; le *funzioni esecutive*, ovvero l'emissione della risposta scelta in virtù dell'obiettivo che si vuole o si può raggiungere, pianificando il proprio comportamento in senso organizzato o disorganizzato, o mediato dalla logica o dalle componenti emotive. In sostanza, partendo dall'assunto che nel vizio di mente la compromissione delle funzionalità dell'Io si traduce in disordini comportamentali che possono precedere, accompagnare o seguire il fatto reato, la valutazione della qualità e del grado del vizio di mente si può specificare come segue: un *vizio parziale di mente* si adatterà

capacità di intendere e di volere (Fornari U., 2008, pag. 357). Tale assetto, indipendentemente dal cluster in cui il Disturbo di Personalità è inserito nei manuali nosografici, lo deve caratterizzare per: umore disforico, affettività instabile, senso di identità diffuso, reazioni abnormi (decompensazione psicotica), labilità dei processi difensivi.

nei casi in cui lo scompensamento del funzionamento patologico psichico rimanga limitato, consentendo l'adozione di un comportamento ancora sufficientemente organizzato, pianificato e lucido; un *vizio totale di mente* si adotterà nei casi in cui vi sia un grave scompensamento del funzionamento patologico psichico, ed il comportamento divenga disorganizzato, bizzarro, privo di progettazione e pianificazione.

Operato il processo sopra descritto, l'esperto sarà in grado di orientare il Magistrato sulla presenza di un vizio di mente che in modo parziale o totale si riflette sulla compromissione delle capacità sottese ad adeguati processi logici e di pianificazione comportamentale, e quest'ultimo accogliendo i criteri proposti li tradurrà in termini di non imputabilità e dunque di non punibilità giuridica. In generale, il vizio parziale di mente comporta la riduzione di un terzo della pena, il vizio totale di mente l'esenzione completa dalla pena.

1.2. La pericolosità sociale

Accertata la presenza di un vizio di mente, l'esperto avrà poi compito di rispondere al secondo quesito, relativo all'accertamento della sociale pericolosità psichiatrica. Secondo quanto rubricato all'Art. 203 c.p. comma 1, il Magistrato desidera infatti conoscere in che termini di *probabilità* quel soggetto, già autore di reato, possa commettere *nuovi fatti* previsti dalla legge come reati.

Da indicazioni positive in merito alla presenza e persistenza di pericolosità sociale psichiatrica deriverà l'erogazione di quella fattispecie di provvedimento che si sostanzierà nell'applicazione delle Misure di Sicurezza (Art. 215 c.p.)⁵: la pericolosità attenuata si traduce in un regime di libertà vigilata; la presenza di pericolosità in vizio parziale di mente si traduce nell'internamento in Casa di Cura e Custodia (una sezione distaccata dell'OPG; tale internato viene disposto a seguito della pena di reclusione); la presenza di grave pericolosità

⁵ Le Misure di Sicurezza sono state introdotte nel nostro ordinamento penale con il Codice Rocco del 1930. Esse si distinguono in *detentive* e *non detentive*. Le prime, al loro volta, si distinguono in *psichiatriche* (ricovero in C.C.C. o in OPG) e *non psichiatriche* (assegnazione ad una colonia agricola o ad una casa di lavoro per i delinquenti abituali, professionali e per tendenza; ricovero in un riformatorio giudiziario per il minore di 18 anni, imputabile o no secondo l'Art. 98 c.p.). Le misure non detentive sono invece la libertà vigilata, il divieto di soggiorno in uno o più Comuni, o in una o più Province; il divieto di frequentare osterie e pubblici spacci di bevande alcoliche; l'espulsione dello straniero dallo Stato.

in vizio totale di mente si traduce nell'internamento in OPG (che viene disposto al posto della reclusione) (Fornari U., 2008, pag. 135).

In modo più specifico, e schematicamente, lo scenario delle conseguenze sull'accertamento congiunto di imputabilità e pericolosità può dunque essere (Schema 1 - Fornari U., 2008, pag. 226):

Schema 1 – Accertamento su imputabilità e pericolosità sociale

Vizio totale di mente + pericolosità sociale psichiatrica	Se <i>elevata</i> = proscioglimento e internamento in OPG Se <i>attenuata</i> = libertà vigilata Entrambe rimangono in vigore fino alla persistenza della pericolosità sociale psichiatrica del prosciolto
Vizio totale di mente + assenza di pericolosità sociale psichiatrica	= Proscioglimento e archiviazione del caso; se il prosciolto era sottoposto ad una misura cautelare, ne viene ordinata la cessazione
Vizio parziale di mente + pericolosità sociale psichiatrica	Pena diminuita di un terzo, cui segue: - se pericolosità <i>elevata</i> = internamento in C.C.C, - se pericolosità <i>attenuata</i> = libertà vigilata
Vizio parziale di mente + assenza di pericolosità sociale psichiatrica	= Pena ridotta di un terzo e nessuna applicazione della misura di sicurezza psichiatrica

Il comma 2 dello stesso Art. 203 c.p., richiama invece le circostanze indicate nell'Art. 133 c.p. per desumere “*le qualità di persona socialmente pericolosa*”. Tale ultimo articolo stabilisce che l'accertamento della pericolosità deve far seguito alla ricognizione di fattori che riguardano:

- *la gravità del reato*, a sua volta desunta: dalla natura, la specie, i mezzi, l'oggetto, il tempo, il luogo ed ogni altra caratteristica dell'azione; dalla gravità del danno o del pericolo cagionato alla vittima; dall'intensità del dolo o dal grado della colpa;
- *la capacità a delinquere del reo*, desunta: dai motivi a delinquere e dal carattere del reo; dai precedenti penali e giudiziari e, più in generale, dalla condotta e dallo stile di vita del reo antecedenti al reato; dalla condotta contemporanea o susseguente al reato; delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.

Conseguenza di quanto sopra diviene il fatto che l'applicazione della pena sia dunque commisurata ad un evento reato già avvenuto, il cui valore non è solo in senso retributivo bensì anche prognostico, in qualità di essere al contempo sintomo e rischio di una probabile futura recidiva. La valutazione della pericolosità si sostanzia dunque nell'incontro di fattori indiziari e fattori di inferenza probabilistica: laddove infatti si considerassero solo i primi, potrebbe essere esclusivamente emesso un giudizio di tipo diagnostico sulla responsabilità,

basandosi sull'accertamento della presenza e sulla conseguente valutazione di dati di fatto conosciuti o comunque conoscibili. Viceversa, pronunciarsi sulla pericolosità vuol dire emettere un giudizio di tipo prognostico, orientando al futuro la valutazione di un dato ignoto, che è la futura condotta del reo.

Tutto si concentra perciò in quella "capacità a delinquere" che, integrando elementi che di volta in volta assumono un valore oggettivo o soggettivo, sostanzia il rapporto tra crimine e criminale. La discrezionalità della valutazione si pone allora nel riconoscere differenze nel *carattere del reo* ed in ciò che *egli* specificatamente persegue con la sua condotta, rispetto ad altri autori di reato.

Si collocano così nello studio della personalità del reo:

- il reato come espressione sintomatica della sua psiche;
- il movente dell'azione illecita come espressione degli impulsi, degli istinti e dei sentimenti che hanno indotto il soggetto ad agire in *quel* modo piuttosto che in un altro;
- i precedenti penali e la condotta antecedente al crimine come espressione di una struttura psichica manchevole di moralità e rispetto verso l'adeguamento alle norme dello Stato e della collettività;
- la condotta contemporanea e successiva al crimine come ulteriore espressione dell'atteggiamento psichico del soggetto;
- l'ambiente circostante, ed ovvero le condizioni di vita individuali, familiari e sociali, come espressione degli elementi esterni che possono influire nel processo di strutturazione della personalità (l'istruzione, l'educazione affettiva, la presenza di una rete sociale, etc..)

Sempre Fornari, indica che l'esperto chiamato ad indicare la presenza e la persistenza della sociale pericolosità psichiatrica può avvalersi di alcuni indicatori, che l'Autore distingue in *interni* ed *esterni* (Fornari U., 2008, pag. 231).

Tra gli indicatori interni abbiamo:

- la presenza e persistenza (o meno) di quella florida sintomatologia psicotica alla luce della quale il reato ha assunto "valore di malattia";
- il grado di consapevolezza di malattia (*insight*);
- il rifiuto o l'accettazione delle terapie prescritte (*compliance terapeutica*);
- la risposta a quelle praticate (adeguate sotto il profilo qualitativo e del *range* terapeutico);

- la presenza o meno di segni di disorganizzazione cognitiva, impoverimento ideomotorio e psico-motorio che impediscano un compenso in tempi ragionevoli.

Tra gli indicatori esterni, invece:

- le caratteristiche dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza (accettazione, rifiuto, indifferenza);
- l'esistenza, la disponibilità di accoglienza e l'adeguatezza dei progetti terapeutici offerti dai servizi psichiatrici di zona;
- la possibilità o meno di (re)inserimento lavorativo o di soluzioni alternative;
- il tipo, il livello ed il grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del fatto-reato;
- le opportunità alternative di sistemazione logistica.

Avviandoci alle conclusioni, alla luce del comprovato valore del tecnicismo fin qui descritto tanto in merito all'accertamento del vizio di mente del soggetto autore di reato, quanto alla conseguente prevedibilità della sua pericolosità, ricapitoliamo quindi alcuni elementi salienti.

In primo luogo, è da tenere in considerazione un *contesto*, stabilito nella presenza di un'infermità mentale che a sua volta richiama alla valutazione dello stato psicopatologico del soggetto in esame. In altre parole, il nostro ordinamento penale sostanzia l'esistenza di una pericolosità, che è appunto detta *psichiatrica*, laddove solo alla riscontata presenza di una malattia mentale è lecito discutere in termini di lesività sociale. Si tratta comunque di un contesto generale, in quanto non si ha applicazione delle misure di sicurezza laddove un malato di mente non venga riconosciuto come pericoloso: in tali casi egli viene a tutti gli effetti prosciolto ai fini giudiziari, ed il monitoraggio dell'evoluzione del suo stato psicopatologico viene tutt'al più affidato ai servizi psichiatrici di zona, sempre che questi arrivino in qualche modo ad una sua presa in carico.

In secondo luogo, si deve considerare un *tempo*, distinto per ciò che concerne la valutazione del vizio di mente "al momento del fatto reato" da ciò che concerne la valutazione della pericolosità che deve invece essere "presente e persistente" all'atto dello stesso accertamento peritale. Tale slivellamento temporale si sostanzia in quel concetto di *doppio binario* introdotto dal Codice Penale Rocco a dispetto di quanto previsto dall'antecedente Codice Penale Zanardelli. Il nuovo Codice Penale ha infatti assunto che la pericolosità fosse una caratteristica accessoria piuttosto che obbligatoria dell'autore di reato; che essa fosse il presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza (come prevenzione finalizzata alla difesa sociale) piuttosto che per l'applicazione della pena (come prevenzione finalizzata

all'intimidazione individuale); che la sua stessa presenza fosse opinabile nella misura in cui non viene riconosciuta permanente (viceversa non avrebbe luogo di esistere la valutazione della "persistenza"), ammettendo dunque la necessità di un suo riesame secondo quanto previsto dall'Art. 208 c.p. (riesame del Giudice di Sorveglianza, vedi oltre).

Si deve infatti considerare una *durata*, che la legge stabilisce nel valore minimo ma lascia indeterminata nel valore massimo, nell'impossibilità di stabilire a priori la cessazione della pericolosità. Tale durata è stabilita all'Art. 222 c.p., secondo il quale: "Comma 1 – *Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un ospedale psichiatrico giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza; Comma 2 – La durata minima del ricovero nel ospedale psichiatrico giudiziario è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce (la pena di morte) o l'ergastolo, ovvero di cinque se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni*"⁶. Decorso il termine minimo di durata, il Giudice del Tribunale di Sorveglianza deve rivalutare la persistenza della pericolosità: laddove essa persista, la misura di sicurezza viene rinnovata e fissato un nuovo termine per un ulteriore riesame; viceversa, la misura di sicurezza viene revocata.

Ed infine, secondo quanto sopra, si deve considerare dunque un *luogo* per la sua esecuzione, ed in tal senso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ne costituiscono uno.

1.3. *Gli Ospedali Psichiatrico – Giudiziari nell'applicazione delle misure di sicurezza*

Certamente non si può, e di fatto non si vuole, riassumere in poche pagine ciò che ha portato alla nascita ed all'evoluzione, per come oggi si conoscono, degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Vorrebbe dire affrontare in modo superficiale una questione complessa e di lunga data che affonda le proprie radici nella storia di secoli, e che si modula nell'incontro di due

⁶ La Sentenza della Corte Costituzionale n. 253 del 18 luglio 2003 ha dichiarato costituzionalmente illegittimo tale comma "nella parte in cui nella parte in cui non consente al Giudice, nei casi ivi previsti, di adottare in luogo del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale".

discipline che, pur tanto diverse, hanno dovuto infine convenire sul modo di intendere il trattamento di cura e la responsabilità penale di un'utenza a tutti gli effetti difficile.

Si tratta peraltro di una questione che non mostra possedere linearità, in virtù delle riflessioni prodotte sul concetto di malattia mentale e di delinquenza, né consecutività storica, né confini geografici circoscritti, nell'incontro delle differenze culturali di diversi paesi.

Si orienterà dunque questa trattazione considerando i concetti ed i momenti storici più importanti, sperando che la quantità di quanto riferito non abbia a penalizzare la qualità.

In generale, l'avvio delle strutture manicomiali si considera effetto delle teorie illuministiche sulla dignità umana che si diffondono nel XVIII secolo, sotto l'auspicio dell'idea positivista che vuole assicurare parità di diritti per tutte le classi sociali, e nel rinnovamento del concetto stesso di malattia, intesa come processo patologico che può colpire la psiche tanto quanto il corpo.

Le strutture ospedaliere dell'epoca, luogo di cura per ogni malato, attraversano il passaggio culturale e scientifico che conduce dall'iniziale considerazione della "follia" equiparata allo scandalo ed al peccato morale (e della cui esistenza il soggetto, al di là dell'effettiva violazione di precetti giuridici o morali, ha "colpa"), alla successiva considerazione della "malattia mentale" come patologia che, al pari di altre, necessita di trattamento medico.

Certo tale passaggio non è stato semplice né lineare, considerando che per lungo tempo è stata la stessa definizione di malattia mentale ad essere messa in discussione, nell'indecisione di considerarla come malattia organica, sulla quale poteva quindi intervenire la scienza medica, o qualcos'altro appartenente ad altre tradizioni di studio come ad esempio la religione (se la si considerava una "possessione", o la si accomunava alla "stregoneria").

Sta di fatto che, da una primigenia valutazione del malato di mente in qualità di soggetto incapace ed impossibilitato a gestire se stesso, la realtà e le sue interazioni con essa – e tali motivi rendevano obbligatorio un suo confinamento in luoghi isolati ed asociali, privi di possibilità di cura – si giunge alla considerazione posta da quella nuova disciplina che pure trova culla tra la fine del '700 e l'inizio dell'800, ovvero la psichiatria, che guarda al malato di mente come ad un soggetto che può essere curato, seppur con differenti metodi a seconda della motivazione posta ad origine della malattia, purché in luoghi specializzati che prima vengono chiamati ospizi, e successivamente frenocomi o manicomi.

È lo psichiatra francese Philippe Pinel il primo medico che decise di intraprendere questo nuovo corso, istituendo in quel "trattamento morale", antesignano della moderna

psicoterapia, la giusta reazione ai pregressi metodi di trattamento fisico fondati sull'isolamento e l'ordine.

In luogo della custodia fisica – e di ciò è simbolo la liberazione dalle catene che Pinel compie nel 1793 con gli alienati reclusi all'Asylum de Bicêtre – acquisita la direzione della Salpêtrière, Pinel decise di intraprendere percorsi terapeutici volti al recupero ed al rispetto della dignità umana del malato, trasformando l'istituto da sede destinata alla custodia di varie tipologie di reietti (prostitute, vagabondi, poveri, criminali) a sede di avanguardistiche ricerche medico-ospedaliere, veste che ricopre a tutt'oggi.

È in questo nuovo polo che Pinel condusse i suoi studi sulla malattia mentale e le lesioni organiche, che nel suo *Trattato medico-filosofico sull'alienazione mentale* trovarono espressione nella descrizione e nella classificazione della “melancolia”, della “mania”, della “demenza” e dell’“idiotismo”; ed è sempre in questa sede che i giovani J. M. Charcot e S. Freud mossero i primi studi neurologici e sull'isteria. Il tutto mentre invece, in Germania, prendevano piede gli studi di E. Kraepelin sulle possibili classificazioni delle patologie psichiche, partendo da quella particolare forma di progressivo e per lui inevitabile deperimento cognitivo che aveva però origine nella tarda adolescenza o prima giovinezza e perciò chiamata *dementia precox*, che noi oggi conosciamo come *schizofrenia* (definizione che, come è noto, sollevò le critiche di Bleuler in merito all'inevitabilità del disturbo cognitivo cui questi pazienti potevano andare incontro).

Eppure, per quanto innovativo per le pratiche del tempo si pose il trattamento proposto da Pinel, e certamente meno lesivo della dignità del malato, pur sempre su una regola restrittiva esso si basava: se infatti i malati, rimosse celle e catene atte allo loro costrizione, avevano libera possibilità di aggirarsi all'interno dell'istituto, era verso l'esterno che dovevano porsi delle misure di difesa, innalzando alte mura per delimitare il perimetro di un luogo che, tanto da dentro quanto da fuori, anche per mezzo della sua conformazione architettonica doveva rappresentare una differenza.

Ancora in questi tempi, infatti, era al sintomo che si guardava piuttosto che alle cause della malattia, abbozzando una sorta di cura che non escludeva del tutto quella presunta mancanza di moralità del malato di cui prima abbiamo detto, e così “*I manicomi, questi pesanti edifici eretti al limitare delle città, dominano dunque anche un paesaggio morale. (...) Fin nella loro architettura e nella loro localizzazione geografica, i manicomi come le prigioni, chiusi ma visibili, imponenti ma in disparte, dalle forme comuni ma maestose, nella loro austerità, assumono questa funzione di nascondere-mettere in mostra l'indicibile*” (Castel R., 1980, pag. 180).

Ritornando all'origine ed all'evoluzione dei manicomi, il primo Paese a disciplinare con apposita legislazione la complicata gestione dei cosiddetti *delinquenti folli* – soggetti che, non consapevoli della propria violazione penale in quanto affetti da malattia di mente, non potevano essere destinati ad istituti di solo esercizio penale né potevano ottenere cura nei manicomi civili in quanto destinati a sede di malati mentali nei quali non veniva riconosciuta pericolosità sociale – fu l'Inghilterra, che nel 1786 destinò al loro trattamento un comparto speciale del *Criminal's Asylum* di Bethlem nei pressi di Londra.

L'origine delle riflessioni sulla mancanza di responsabilità penale dei malati di mente si vuole fare risalire all'*Insane Offender's Act* emanato dal Parlamento inglese nel 1800, come editto necessario a valutare i soggetti che, in tre distinte occasioni⁷, si erano resi autori di altrettanti tentativi delittuosi contro Re Giorgio III.

L'editto disponeva l'assoluzione di colui che, pur resosi responsabile di atti criminali, fosse affetto da alienazione mentale, e la contestuale necessità di stretta sorveglianza affinché il gesto non avesse a ripetersi, per durata ed in sede a scelta della Corte, e fino a che il Re non ne revocasse la sussistenza.

Tuttavia, per ancora quasi un secolo, le sedi fisiche dei delinquenti malati di mente rimasero gli stessi manicomi civili atti ad internare i “comuni” alienati o le stesse prigioni per “comuni” delinquenti.

Solo nella seconda metà dell'800 vennero a costruirsi sedi speciali in altre città d'oltremarina (a Dundrum in Irlanda nel 1850; a Perth in Scozia nel 1858; a Broadmoor in Inghilterra nel 1863), così come altrove (in Francia, una sezione specifica per delinquenti folli del noto manicomio della Bicêtre fu posta alle dipendenze delle carceri centrali di Gaillon; in Germania, tra il 1870 ed il 1875 sorsero Bruchsal, Halle e Amburgo; nel 1855 fu istituito ad Auburn – New York il primo manicomio criminale americano, e successivamente altri ne vennero istituiti a New York, in Massachusetts ed in Canada).

Per ciò che riguarda l'Italia, anche qui per lungo tempo si mantennero le contrastanti concezioni che sussistevano nel panorama estero sul modo di intendere la malattia mentale e la responsabilità penale dei malati di mente autori di reato. Peraltro, in epoca antecedente all'unificazione del Regno, la disomogeneità di tutte le questioni legislative, amministrative e

⁷ Gli episodi che diedero origine all'Insane Offender Act si possono presentare come segue: il primo nel 1786 ad opera di tale Margaret Nilson, poi dichiarata folle e destinata alla reclusione nell'Asilo di Bethlem; il secondo nel 1790 ad opera di tale John Fritz che, pazzo conclamato, scagliò una pietra contro il Re mentre passeggiava in carrozza, ed anch'egli venne rinchiuso in prigione, poi liberato ma sottoposto a stretta custodia; il terzo nel 1800 ad opera di tale James Hatfield. In quest'ultimo caso, il dibattimento fu condotto da Lord Kenyon che, convinto della pazzia dell'imputato, riuscì ad ottenere un verdetto di non colpevolezza. È in questo verdetto che, per la prima volta, si affermava il riconoscimento legale della follia delinquente, dei pericoli ad essa connessi nonché dei doveri sociali relativi al fenomeno (Borzacchiello A., *I luoghi della follia. L'invenzione del manicomio criminale*, in http://www.museocriminologico.it/Approfondimenti/pdf/manicomio_criminale.pdf).

culturali che vigevano nei vari territori regionali, valevano anche in tema alla gestione dei malati di mente. Si consideri ad esempio per quest'ultimi che, tanto il ricovero quanto il "licenziamento" dai manicomi esistenti sul territorio, avveniva secondo autonomi ed arbitrari riferimenti e disposizioni di diverse Autorità: ad esempio in Toscana era necessaria l'autorizzazione del Tribunale; a Genova quella del Prefetto; a Macerata quella del Presidente della Deputazione Provinciale; a Cuneo, Bergamo e Cremona interveniva il Sindaco⁸.

L'unificazione del Paese pose quindi la necessità di dare uniformità alle distinte unità storico-regionali nella costituente struttura unitaria, ivi compreso per ciò che riguardava il settore penale e carcerario, non solo per i detenuti comuni ma soprattutto per gli autori di reato affetti da patologia psichiatrica.

Occorre inoltre specificare che, tra le varie regolamentazioni territoriali atte alla detenzione ed al trattamento penitenziario di autori di reato, nessuna prevedeva norme speciali o sedi specifiche per i delinquenti giudicati infermi di mente. Questo perché, in virtù del retaggio culturale dell'epoca precedente, la cura medica e la necessità diagnostica di definire le cause dell'alienazione mentale, anche allo scopo di più opportuni ed efficaci trattamenti penitenziari per questa utenza, continuavano a rimanere sullo sfondo di una più importante, sentita e ricercata loro separazione/segregazione rispetto alla gente comune, la collettività "normale", "controllata" e non scandalosa.

Sullo sfondo della questione inerente l'origine delle istituzioni manicomiali nel nostro Paese si collocano a questo punto le riflessioni giuridiche, culturali e psichiatriche che a partire dalla seconda metà del XIX secolo si posero intorno ai concetti fondanti la scienza penale, ovvero quelli di causalità del reato e di pena.

Su di essi, due differenti interpretazioni venivano fornite dalla Scuola Classica, che trovava in Francesco Carrara il rappresentante più illustre, e dalla Scuola Positiva, che sugli studi di Cesare Lombroso fondava le proprie interpretazioni.

La Scuola Classica, fermamente convinta nell'esercizio del libero arbitrio da parte dell'uomo, vedeva nel reato un ulteriore esempio delle sue scelte di condotta, orientate in questo caso nel seguire il male piuttosto che il bene. Perfettamente integrata nella visione razionalistica dell'epoca, questo primo pensiero criminologico attribuiva ad una piena responsabilità dell'uomo delinquente la sua condotta difforme dalle regole sociali, e non era dunque necessaria un'indagine sulla personalità del reo che andasse a ricercare altre cause al di là di questa. La pena, interpretata con finalità essenzialmente retributiva, aveva lo scopo di

⁸ AA.VV, *Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione dei manicomi del Regno*, in Scartabellati A. (2001), *L'umanità inutile*, Franco Angeli, Milano, pag. 135 e ss.

risarcire la società dall'offesa procurata con l'azione illecita, ed in tal senso era dunque da commisurare alla gravità del delitto commesso.

Sull'altro versante, la Scuola Positiva poneva invece proprio nello studio della personalità del reo un punto fondamentale delle proprie riflessioni e del proprio operato.

Interrogandosi sulle cause dell'azione deviante, già interpretabili nella qualità di anomalie fisiologiche o di natura psichica, la nascente disciplina dell'Antropologia criminale assumeva ad origine della delinquenza l'esistenza di uno stato patologico, che accomunava in qualche modo il criminale al malato⁹.

Più precisamente, Lombroso poneva l'eziologia del comportamento delinquenziale in una condizione di "anormalità antropologica" intesa come una sorta di arresto ad uno stato primitivo del normale sviluppo psico-fisico e sociale. In tal senso, il comportamento deviante è espressione della ferocia e dell'istinto possedute dagli animali selvaggi o dagli uomini primitivi, non "socializzati" ovvero non avvezzi a vivere in un contesto comune e regolarizzato. L'atto delinquenziale persegue il soddisfacimento di una morbosità individuale, per l'appunto biologicamente determinata, e dunque si intende innata la pericolosità di questi individui.

All'opposto della precedente visione, quella della Scuola Positiva negava dunque il riconoscimento del libero arbitrio al soggetto delinquente, ora considerato di fatto incapace di regolare e regolarizzare la propria condotta per una innata tendenza all'asocialità che lo rende distinto dall'uomo normale: l'azione deviante non è il frutto dell'esercizio di una scelta, è viceversa una condizione obbligata, indicata dal destino, alla quale il soggetto non può agire altrimenti.

Come è noto, Lombroso sostanzia i propri studi indagando il rapporto tra delinquenza ed alterazioni somatiche, affidandosi alla frenologia, ed ai primi studi di statistica che pure cominciano a svolgersi in quegli anni, per la descrizione delle caratteristiche fisiche dei delinquenti: le difformità criminali vengono rintracciate in "deformità" esteriormente visibili nella conformazione del viso e del cranio, ed in quest'ultimo soprattutto nella presenza di quella nota anomalia della zona occipitale (una concavità) che egli definì "fossetta occipitale

⁹ Certo tra il delinquente ed il folle propriamente detto una qualche differenza esiste, laddove al primo in qualche modo una responsabilità della propria condotta viene attribuita, esclusa invece per il secondo. Ciò nonostante, sebbene in prima battuta la necessità di differenziare le due categorie si pone allo scopo di differenziare anche i rimedi ai danni da essi causati alla società (non ravvisando nel comportamento irresponsabile del folle una componente di "dolo" propriamente detto), in seconda analisi non vi è differenza ai fini della garanzia della difesa sociale, poiché tanto l'agire dell'uno quanto dell'altro turbano l'ordine sociale ed essendo primario il ripristino dell'equilibrio, unica soluzione in entrambi i casi diviene la privazione della libertà (in carcere per il delinquente, in manicomio per il folle).

interna” e che consentì di distinguere il cosiddetto “delinquente nato” dagli individui normali¹⁰.

In linea con queste nuove necessità di indagine, l’istituzione carceraria, ed in particolare quelle prime sezioni psichiatriche ad esse affiancate, divengono luogo privilegiato di osservazione, studio e sperimentazione sul delinquente. Lo studio dei soggetti che hanno già operato un comportamento deviante, e la ricerca delle cause attraverso una “clinica” interazione con essi, diviene fondamentale per identificarne le caratteristiche personologiche, curare ai fini della reintegrazione sociale, e soprattutto prevenire allo scopo di una più efficace garanzia della difesa sociale.

Infatti, pur ammettendo l’assenza di responsabilità nell’uomo delinquente, alla giustizia rimane il compito di interrogarsi sulla punibilità di questi soggetti, nel primario problema della sicurezza sociale.

In linea generale, l’orientamento sulle modalità di mantenimento della difesa sociale segue il senso dell’ideologia lombrosiana: la pena va commisurata all’imputabilità, che a sua volta dipende dal peso del fattore ereditario. A nulla vale la qualità di sanzione morale promossa dalla Scuola Classica, perché nella stessa irresponsabilità comportamentale del delinquente si pone la potenziale pericolosità che egli rappresenta per la società: per tale motivo, la separazione di queste persone dai luoghi del vivere comune diviene impellente.

Così, nell’urgenza di attuare un progetto legislativo che autorizzi l’apertura dei manicomi criminali, distinti da quelli civili e ritenuti giusta soluzione al problema della delinquenza vista come malattia che ha nella pena la sua cura, il Direttore Generale degli Istituti di Prevenzione e Pena, Martino Beltrani-Scalia, inaugura nel 1876 la “Sezione per

¹⁰ Il termine “delinquente nato” fu in realtà coniato da Enrico Ferri, allievo di Lombroso e primo successore dei suoi studi, che collaborò vivamente alla classificazione proposta dal maestro: attraverso un minuzioso esame somatico di alcuni casi noti dell’epoca e di alcune centinaia di altri delinquenti, i due studiosi definirono i tratti degenerativi che consentivano di distinguere il “delinquente nato”, il “delinquente pazzo”, il “delinquente abituale”, il “delinquente per passione” ed il “delinquente d’occasione”.

In più, Ferri è noto per aver orientato i primi studi di sociologia criminale, maggiormente orientata al connubio tra giurisprudenza e criminologia laddove considerava una dimensione sociale nell’indagine sulle cause della delinquenza così come nella sua rieducazione, in termini di positivi effetti di un ambiente idoneo sulla vita di un delinquente nato (come a dire che, sebbene ineluttabile fosse da considerare il suo comportamento sulla base di influenze ataviche, in qualche modo mitigabile era lo stesso laddove l’ambiente sociale circostante era di natura positiva).

Parallelamente a quelli di Ferri, sono da citare in questa sede i contributi proposti da un altro allievo di Lombroso, Raffaele Garofalo, fautore anch’egli di una classificazione dei delinquenti basata però sul grado di predisposizione al crimine, altrimenti detta “pericolosità sociale”. Secondo Garofalo il comportamento criminale, così definito in generale secondo una censura da parte dell’opinione pubblica, non meritava alcuna pietà in luogo del trattamento laddove causato da immoralità permanente e con il riconoscimento di un livello grave di pericolosità (e così era per i criminali più efferati, che meritavano dunque la pena di morte), mentre per infermità temporanee o meno gravi, e con minore giudizio di pericolosità, era possibile ammettere misure trattamentali specifiche (un’ammenda, un lavoro socialmente utile, e naturalmente la restrizione in strutture mediche fino alla dichiarata guarigione, poiché la contenzione in carcere avrebbe piuttosto aggravato la situazione).

Maniaci” presso la preesistente casa di pena per invalidi di Aversa ospitata nell’edificio dell’ex-convento di S. Francesco di Paola, inviandovi un primo gruppo di 19 rei-folli.

Assunse la direzione della sezione il medico-chirurgo Gaspare Virgilio, già primary del manicomio civile di Aversa esistente dal 1813, della stessa ideologia proposta dalla Scuola Positiva, e “*modesto chirurgo delle case di forza di Aversa, secondo la barbara denominazione del tempo. Quelle case di forza, per quanto detestabili nella loro struttura e per le grandi miserie umane che racchiudevano, avevano la sorte di trovarsi in una città, che era già salita in gran fama per l’assistenza dei malati di mente; e per quel modesto chirurgo, che era già un provetto psichiatra, i tagli e le amputazioni non erano che un pretesto per compiere misurazioni antropometriche ed osservazioni psicologiche, comparativamente a quelle dei pazzi*” (Saporito F., 1908, p. 362)¹¹.

Vedremo poi come negli anni successivi, sotto le insistenze degli esponenti della Società Freniatria Italiana, venne sollecitata l’istituzione di altri manicomi criminali poiché la sola struttura di Aversa non poteva bastare ad accogliere i pazzi di tutto il Paese e poiché troppo ingenti erano i costi del trasferimento di utenti provenienti dal nord e dal centro d’Italia. Così, affidato al Dott. Leopoldo Ponticelli l’incarico di individuare una valida struttura, fu scelta l’antica Villa Medicea dell’Ambrogiana di Montelupo Fiorentino per la strategica posizione nei pressi della ferrovia e per la sua strutturale composizione, che venne ufficialmente inaugurata nel 1886. Nel 1892 venne fondato poi il manicomio criminale di Reggio Emilia.

Eppure, pur nell’impellenza di istituirli, ad un anno dall’apertura della sezione di Aversa il dibattito sui manicomi criminali ebbe ad incontrare un’ulteriore battuta di arresto in quanto il Governo era impegnato al varo del nuovo Codice Penale. Poi, quando finalmente nel 1889 venne promulgato il Codice Zanardelli, non si giunse nemmeno alla regolamentazione dei manicomi criminali in quanto esso si limitò ad escludere l’imputabilità dell’autore di reato malato di mente secondo principi di stampo classico.

Si deve dunque attendere il Regio Decreto del 1 febbraio 1891, contenente il regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori governativi, per sentir parlare ufficialmente e per la prima volta di “Manicomio Giudiziario”, e vedere stabilito quali tipologie di persone dovessero esservi internate.

Tuttavia i primi compiuti atti di disciplinare l’assistenza psichiatrica sul tema del ricovero in manicomio come procedura giuridica determinata, senza distinzione tra le strutture esistenti, saranno rappresentati dal Disegno di Legge in tema di “*Disposizioni intorno ai*

¹¹ Nel 1907 la direzione dell’Istituto passò poi a Filippo Saporito, alienista allievo dello stesso Virgilio, ed è con il suo nome che l’istituto viene ricordato ancora oggi.

malati di mente e agli alienati” presentato da Giolitti nel 1902¹², e dalla Legge 36/1904 in tema di “*Disposizioni e regolamenti sui manicomi e sugli alienati*”¹³.

Ad ogni modo le disposizioni legislative citate, pur mettendo ordine sull’ammissione e dimissione di un malato di mente in luoghi specificamente individuati per questa utenza, avevano essenzialmente lo scopo di proteggere l’ordine pubblico da condizioni di pericolo o “imbarazzo sociale”: era ancora al principio di moralità che veniva data risposta, laddove l’opportunità della custodia a garanzia della difesa sociale e del “pubblico scandalo” valeva più della cura vera e propria. Al malato veniva attribuita la responsabilità della malattia – intuita di fatto nell’adozione di comportamenti poco “consoni”, ma senza la conduzione di opportune indagini di natura clinica – così come del percorso di guarigione, testato il quale rimaneva comunque a sua incombenza il mantenimento dello stesso lungo il tempo e la dimostrazione della sua esistenza innanzi alla pubblica opinione. Infatti, i medici citati nelle normative, prestanti servizio nelle strutture cui esse si riferivano, compaiono più come custodi atti alla vigilanza che come professionisti volti all’operato che pure avevano assunto con il “Giuramento di Ippocrate”, assolvendo dunque a fini politici più che medico-psichiatrici.

Sarà solo con l’entrata in vigore del nuovo Codice Penale del 1930, il Codice Rocco, che verrà intrapreso quel percorso di trasformazione che configurerà l’assetto strutturale e funzionale che noi oggi riconosciamo ai manicomi giudiziari. Il nuovo codice introduce infatti il sistema del “*doppio-binario*”, così indicato in quanto fondato sul riconoscimento di una duplice sanzione che da un lato attesta la pena come punizione dell’atto illecito e dall’altro assegna le misure di sicurezza come prevenzione della pericolosità sociale. Ed è su questo nuovo sistema penitenziario che vengono fondati gli altri manicomi giudiziari del territorio nazionale: Napoli nel 1922; Barcellona Pozzo di Gotto nel 1925; Pozzuoli aperto nel 1955 e chiuso nel 1975; e Castiglione delle Stiviere nel 1943.

¹² Il disegno di legge, inoltre: decretava l’obbligo di ricovero in manicomio solo per soggetti dementi giudicati scandalosi o pericolosi; prevedeva la creazione di un servizio speciale di vigilanza sugli alienati; stabiliva che le spese per il ricovero e il procedimento giuridico fossero a carico delle singole provincie.

¹³ La Legge 36/1904 si ispirava a sua volta a principi normativi emanati nel Codice Penale Sardo del 1859. Nel fervore degli anni immediatamente successivi all’unificazione del Regno d’Italia, ancora prima delle normative citate che giunsero al successo, si citano in questa sede altri tentativi legislativi che non ebbero la stessa fortuna ma che certamente erano espressione del dibattito tra politica e medicina che animava quegli anni:

1. il “*Progetto di regolamento per il servizio dei manicomi e dei mentecatti*”, presentato dal Ministro Cantelli nel 1874 durante il Governo Minghetti, frutto delle riflessioni della Commissione istituita nel 1869 in accordo tra il Ministero dell’Interno ed il Ministero della Giustizia allo scopo di studiare la legislazione francese del 1838. La Commissione era composta esclusivamente da giuristi, come testimonianza dello scarso riconoscimento attribuito ai medici ed alla loro competenza sulle questioni di salute;
2. il progetto di Legge proposto nel 1877 dal Ministro Nicotera durante il Governo Depretis;
3. altri due disegni di legge presentati da Crispi e dallo stesso Depretis, nel 1881. Anche in quest’ultimo, il manicomio aveva funzione essenzialmente custodialistica e poca attenzione era rivolta alla psichiatria ed alle proposte e prassi operative degli psichiatri.

Dopodiché, facendo un balzo di altri decenni, una ulteriore trasformazione culturale si origina dalla percepita inconciliabilità posseduta dagli istituti manicomiali tra la prassi custodialistica ed il fine terapeutico. Come sappiamo, la questione viene risolta per mezzo della nota Legge 180/1978, o “legge Basaglia”, che riesce ad abolire i manicomi civili ma “trascura” quelli giudiziari: essi permangono dunque nella loro funzione di custodia a garanzia della difesa sociale, cui viene affiancato il compito di cura e trattamento che rispondono al diritto di ogni soggetto condannato di usufruire di opportunità trattamentali finalizzate al reinserimento sociale.

Infine, arrivando ai giorni nostri, si menziona in questa sede il DPCM del 1 aprile 2008, recante le *“Modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria”*.

L’emanazione del DPCM rappresenta a sua volta la conclusione del lungo percorso di riforma iniziato con il Decreto Legislativo n. 230/1999 sul *“Riordino della medicina penitenziaria”*, rimasto tuttavia incompiuto nella sua globalità. Il Decreto è volto alla piena applicazione del principio atto a riconoscere ai detenuti adulti e minori e agli internati, così come avviene per i cittadini liberi, il diritto di usufruire in pieno delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli assistenziali.

In particolare, per ciò che concerne gli interventi negli OPG e nelle Case di Cura e Custodia, le linee di indirizzo previste dal DPCM del 1 aprile 2008 volgono all’attivazione di un programma trattamentale specifico da operarsi con interventi terapeutico-riabilitativi che, con il passaggio di competenza delle funzioni al Servizio Sanitario Nazionale, si modellino su una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza.

Il Decreto si basa dunque sulla stretta e costante collaborazione tra operatori sanitari, operatori dell’Amministrazione Penitenziaria e Magistratura, e si snoda attraverso tre progressive fasi:

1. in una prima fase, a passaggio di competenze avvenuto, la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG viene ad essere assunta dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede (Regione Lombardia per l’istituto di Castiglione delle Stiviere; Regione Emilia Romagna per l’istituto di Reggio Emilia; Regione Toscana per l’istituto di Montelupo Fiorentino; Regione Campania per gli istituti di Napoli ed Aversa; Regione Sicilia per l’istituto di Barcellona Pozzo di Gotto).

Contestualmente, i Dipartimenti di Salute Mentale nel cui territorio di competenza insistono gli OPG, in collaborazione con l’equipe dell’istituto, provvedono alla

stesura di un programma operativo che: consenta di dimettere gli internati che abbiano concluso la misura della sicurezza, previo l'aver strutturato forme di inclusione sociale adeguata che coinvolgano gli Enti locali di provenienza, le ASL e i servizi sociali delle realtà di origine dei ricoverati da dimettere; riportino nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena, previo l'aver attivato nelle stesse delle sezioni di cura e riabilitazione; assicurino che i periziandi e gli osservandi (ex Art. 112 commi 1 e 2 D.P.R. 230/2000) siano assegnati nelle carceri ordinarie, naturalmente in sedi appropriate. Tali provvedimenti hanno lo scopo di operare un primo e opportuno sfoltoimento del carico di internati degli attuali OPG, così da garantire una migliore gestione personalizzata ed un più idoneo rapporto tra operatori e internati;

2. in una seconda fase, a distanza di un anno, deve attuarsi la redistribuzione territoriale degli attuali internati in modo che ogni OPG venga a configurarsi come sede dei ricoveri della propria Regione e delle Regioni limitrofe o viciniore, assolvendo allo scopo di avvicinare gli internati alle realtà geografiche di provenienza¹⁴. Tra la Regione titolare della competenza gestionale dell'OPG e le Regioni limitrofe verranno predisposti programmi di cura, riabilitazione e recupero sociale per ciascuno degli internati, sempre sulla base dei rapporti tra i diversi servizi sociali e sanitari del territorio;
3. in una terza fase, a distanza di due anni, deve attuarsi la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori, e l'assunzione della responsabilità per la presa in carico attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da prepararsi all'interno della struttura in vista della dimissione e dell'inserimento sociale nel contesto di appartenenza.

È nel corso di questo nuovo riassetto amministrativo che si è inserita questa ricerca.

¹⁴ In via orientativa, la redistribuzione territoriale degli internati viene così indicata: A) all'OPG di Castiglione delle Stiviere saranno assegnati gli internati provenienti dal Piemonte, dalla Val d'Aosta, dalla Liguria, oltre che della Lombardia; in più, considerando che tale struttura è l'unica con una sezione femminile, ad essa saranno assegnate le internate provenienti da tutte le regioni; B) all'OPG di Reggio Emilia saranno assegnati gli internati delle Regioni Veneto, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia e Marche, oltre che dell'Emilia Romagna; C) all'OPG di Montelupo Fiorentino saranno assegnati gli internati della Toscana, dell'Umbria, del Lazio e della Sardegna; D) all'OPG di Aversa e all'OPG di Napoli saranno assegnati gli internati della Campania, dell'Abruzzo, del Molise, della Basilicata e della Puglia; E) all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto saranno assegnati gli internati della Sicilia e della Calabria.

*“La follia è una condizione umana.
In noi la follia esiste ed è presente come lo è la ragione. Il problema è che la società,
per dirsi civile, dovrebbe accettare tanto la ragione quanto la follia...
Invece incarica una scienza, la psichiatria,
di tradurre la follia in malattia allo scopo di eliminarla.
Il manicomio ha qui la sua ragion d'essere”*
(Basaglia F., 1967, *Che cos'è la Psichiatria*, Einaudi, Torino)

CAPITOLO SECONDO:

La valutazione del rischio di violenza

2.1. *Aggressività e violenza: definizioni, distinzioni e psicopatologia*

Il rapporto tra patologia mentale e comportamento violento è da sempre oggetto delle riflessioni della comunità psichiatrica e del mondo della giustizia, nel tentativo di risolvere il complesso percorso che vuole integrare adeguati trattamenti sanitari per l'utenza psichiatrica violenta, la garanzia della loro stessa sicurezza personale e la generale garanzia del mantenimento dell'ordine sociale.

Come abbiamo visto, all'inizio del secolo il trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato risentiva dell'assunzione di un'equivalenza tra malattia mentale e pericolosità, che aveva dato come risultato il loro necessario allontanamento dalla società civile in nome della protezione della sua sicurezza. Poco più in là, le riflessioni condotte da altri punti di vista sulle finalità del trattamento giuridico-sanitario da rivolgere a questa specifica tipologia di criminali, avevano indirizzato quella rivoluzione culturale che modificò sostanzialmente il volto dell'organizzazione dell'assistenza psichiatrica ed in particolare di quegli istituti atti ad ospitare tali soggetti, i Manicomi Criminali (Sanza M., 1999).

Tuttavia, ancora oggi è rimasta fondamentale la questione della gestione del comportamento violento, anche perché alla ribalta della cronaca continuano a rimanere, in occasione di delitti efferati così come di episodi meno cruenti, gli stessi interrogativi: la violenza è innata o acquisita? Chi è affetto da una patologia mentale, o da alcune in particolare, è più violento della popolazione normale? E' possibile prevedere un comportamento violento? Quali protocolli operativi adottare per la gestione di questi casi?

Decenni di studio e ricerca non sono bastati ad ottenere delle risposte univoche a questi interrogativi, poiché il concetto stesso di violenza, multideterminato, sfugge alla possibilità di avere una definizione categoriale netta.

Tentando di punteggiare alcuni concetti importanti, diciamo che, in primo luogo, si rende necessario discutere sulla possibilità di distinguere tra violenza ed aggressività.

In entrambi i casi si tratta della disposizione a mettere in atto un comportamento lesivo verso altre persone, animali o cose, ma dall'aggressività viene generalmente esclusa l'intenzionalità, ovvero la consapevolezza dolosa dell'offesa arrecata, caratteristica invece della prima. Ancora, tradizionalmente l'aggressività ha motivo di esistere in qualità di difesa della propria integrità, del proprio gruppo o del proprio territorio, o allo scopo di conquista, per affermare la propria supremazia; la violenza viceversa non mostra di avere le stesse motivazioni e soprattutto diventa improvvisa, esplosiva, eccessiva nelle sue manifestazioni. In altre parole: mentre l'aggressività si spiega con la necessità biologica della sopravvivenza, su una ravvisata minaccia (reale o presunta) per mezzo di un esame del contesto ambientale circostante, divenendo quindi un comportamento in qualche modo "adattivo", solo apparentemente è lo stesso per la violenza, che comunque diviene una reazione non commisurata all'evento minaccioso, e per questo detta dai più "gratuita".

Intuitivamente, si può riuscire a definire cosa si intende per aggressività. Scientificamente, la mancanza di una definizione unitaria deriva dal fatto di averla considerata, di volta in volta, un istinto, un comportamento, un'emozione.

Se si considera l'aggressività, in modo generico, come un comportamento attivo volto al soddisfacimento dei propri bisogni e dei propri interessi lungo le interazioni con gli altri, ed anche ad eventuale discapito dei bisogni e degli interessi altrui, solo in parte il suo significato collima con quello di violenza, che richiama un carattere specificatamente ostile.

Infatti, sinonimi di questa accezione di aggressività divengono "determinazione", "risolutezza", "tenacia", "intraprendenza" fino a "caparbia" ¹⁵, perché l'aggressività è un impeto, una spinta volitiva all'autorealizzazione ed al raggiungimento di un obiettivo: si pensi ad esempio alle competizioni sportive o al campo scientifico, in cui si modula l'acquisizione di una sfida verso se stessi volta a migliorare precedenti prestazioni, con una sfida verso gli altri volta ad ottenere un vantaggio maggiore al loro cospetto. Non è però detto che il raggiungimento dell'obiettivo desiderato, e la sottintesa manifestazione caratteriale del soggetto, divenga palese espressione di prepotenza, prevaricazione e brutalità verso l'altro, ovvero divenga un atto violento.

¹⁵ Si identifica in questo caso l'aggressività con le spinte all'autoaffermazione, facendo forza sull'etimologia di *ad-gradior* = cammino verso, che di per sé non implica lesività (Fornaro M., 2004, pag. 12-13).

D'altronde, poiché la violenza non ha espressione solo in senso fisico, ma richiama anche la coercizione morale o psicologica, o l'uso di interazioni verbali particolarmente spiacevoli, ha senso dire che il movente intimo sia di natura aggressiva.

Dunque in sostanza: la violenza richiama l'aggressività, ma non sempre è vero il contrario.

Per questo motivo le indagini sulle cause dei comportamenti aggressivo-violenti è divenuta nel corso del tempo più importante della necessità di trovare una loro accurata definizione.

In particolare per ciò che concerne il rapporto tra aggressività e patologia, se da un lato si è affermata l'idea dell'esistenza di una loro correlazione laddove il discontrollo degli impulsi diviene inconsapevole, irrazionale e afinalistico, così che il comportamento violento di un soggetto affetto da patologia psichica si viene a ritenere una ulteriore espressione della deficitaria capacità di organizzare il proprio sé e la propria gestione personale nell'adattamento alla vita sociale, dall'altro è sempre mancata nella nosografia psichiatrica una compiuta definizione e classificazione del disturbo aggressivo.

L'aggressività infatti, più che un elemento psicopatologico nucleare e strutturante, si mostra essere un fattore transnosografico caratterizzante numerosi e diversi quadri clinici: in alcuni è citata in forma diretta, mentre in altri è associata ad altre componenti quali rabbia, collera, irritabilità e rancore.

Consideriamo ad esempio i Disturbi del Controllo degli Impulsi Non Classificati Altrove (NAS) riferiti dal DSM IV-TR: tra essi si annovera la presenza del Disturbo Esplosivo Intermittente, definito come *l'incapacità di resistere agli impulsi aggressivi* che si manifesta con *gravi atti aggressivi o distruzione della proprietà* (Criterio A), attuati anche senza sufficienti motivi atti a giustificare la loro presenza e dunque con *grado di aggressività del tutto spropositato rispetto a qualsiasi fattore psicosociale stressante precipitante* (Criterio B). Nel Disturbo Esplosivo Intermittente l'azione aggressiva e distruttiva è per il soggetto al contempo fonte della sua sofferenza e mezzo per alleviare la tensione.

Ad ogni modo tutti i disturbi inclusi nella categoria dei Disturbi NAS (Cleptomania, Piromania, Gioco D'Azzardo Patologico, Tricotillomania) hanno ragione di essere in quella mancanza del controllo degli impulsi che orienta l'azione del soggetto verso condotte più o meno ricorrenti e/o deliberate, qui inclusi al di là di altri disturbi mentali che potrebbero spiegare gli episodi aggressivi.

In tal senso si intendono, così come la nosografia psichiatrica e la letteratura hanno indicato (Biondi M, 2005, pag. 79-131):

- i Disturbi Psicotici e la Schizofrenia, dove in stato acuto il comportamento violento è generalmente presente in qualità di reazione “difensiva” in un momento di estrema paura ed angoscia derivante da situazioni che il soggetto interpreta, in modo inadeguato ed esagerato, come minacciose. Tali reazioni, brevi ed intense, non si considerano “create” dalla malattia, ma piuttosto come una caratteristica temperamentale o di personalità preesistente alla stessa, che poi nella fase acuta della malattia il soggetto non riesce più a controllare. Tra gli schizofrenici, è generalmente nel sottotipo della Schizofrenia Paranoide che si individuano i soggetti maggiormente inclini ad acting out di natura violenta, in virtù del sistema delirante che domina il loro assetto cognitivo. Vale la pena tuttavia di specificare che, per quanto siano molto frequenti i comportamenti aggressivo-violenti nei soggetti affetti da disturbo psicotico, è stato evidenziato che il loro rischio venga incrementato dalla comorbidità con l’uso di sostanze o con la presenza di tratti o Disturbi di Personalità in particolare Borderline, Antisociale o Narcisistico (Biondi M., 2005, pag. 116-119);
- i Disturbi dell’Umore, unipolari e bipolari, laddove la presenza di rabbia, aggressività e distruttività, per quanto non espressamente riferite, ne costituiscono di fatto una componente (Overall & Hollister, 1980; Fava et al., 1991; Posternak & Zimmerman, 2002; Pasquini et al., 2004). L’Episodio Depressivo Maggiore, ad esempio, può lasciare intendere la sofferenza depressiva come una struttura fattoriale a tre dimensioni: alla prima, quella della “tristezza/apatia”, corrispondono le manifestazioni comportamentali del pianto, del ritiro e della chiusura emotiva; alla seconda, quella di “ansia psichica e somatica”, corrispondono le manifestazioni somatiche della sofferenza depressiva, ovvero la significativa perdita o l’aumento del peso corporeo, l’insonnia o l’ipersonnia, l’affaticabilità; alla terza, quella appunto della “rabbia/aggressività”, corrispondono vissuti e manifestazioni di irritabilità, insofferenza, scatti di rabbia fino al rischio di condotte autolesive e suicidarie (Biondi M., 2005, pag. 112-116);
- i Disturbi D’Ansia, categoria eterogenea che include gruppi diagnostici con differenti matrici psicopatologiche e differenti fenomenologie. L’aggressività, considerata come un sintomo/dimensione, è stata riscontrata in pazienti affetti da: Disturbo Post-Traumatico da Stress, Disturbo d’ansia generalizzato, Fobia sociale e Fobia specifica (Posternak e Zimmerman, 2002); Disturbo di Panico (Korn et al., 1992;

Fava et al., 1993); Disturbo Ossessivo-Compulsivo (Millar, 1983; Pasquini et al., 2003);

- i Disturbi del Comportamento Alimentare, che individuano palesi manifestazioni di autoaggressività non solo in pazienti affetti dalle forme psicopatologiche classiche (anoressia e bulimia), ma soprattutto nella comorbidità con il Binge Eating Disorder (Fassino et al., 2003);
- i Disturbi di Personalità, nei quali sospettosità, rancore e negativismo si rintracciano nel Disturbo Paranoide; arroganza, aggressività indiretta e sfruttamento interpersonale nel Disturbo Narcisistico, nel Disturbo Antisociale e nel Disturbo Borderline (Buss e Durkee, 1957; Henry et al., 2001).

In generale, il tema dell'analisi del rapporto tra comportamento aggressivo-violento e psicopatologia mentale si può riferire in quattro differenti posizioni atte a descrivere i nessi tra malattia mentale e violenza, nonché ad indicare in che termini è possibile prevedere il rischio di recidive di future condotte violente (Sanza M., 1999, pag. 1-21).

In tal senso infatti, nelle riflessioni poste sulla possibilità di considerare un atto aggressivo come il risultato di un processo univoco o piuttosto come il risultato di un processo complesso, l'attenzione si è rivolta alla necessità di gestire gli episodi di crisi nel breve periodo e di prevederli nel lungo periodo.

Ovviamente si discute di due cose diverse, laddove si mostra relativamente facile nel breve periodo adottare uno schema di intervento concreto, generalizzabile e trasmissibile; mentre si prende atto che nel lungo periodo la presa in carico dell'utenza psichiatrica violenta deve ridimensionarsi a favore di obiettivi terapeutici e riabilitativi che, sotto l'aspetto clinico quanto organizzativo, contemplino il recupero delle competenze sociali previa l'analisi del contesto culturale ed ambientale che può essere favorevole per alcuni, e negativo per altri.

Ad ogni modo, le riflessioni sulle modalità con le quali un comportamento aggressivo-violento ha origine e si manifesta propendono oggi nel considerare alla base di qualunque comportamento di questo tipo un'attivazione psicofisiologica detta *arousal*, che ha luogo come reazione alla percezione di una minaccia e si esprime in modificazioni di natura somatica e psico-cognitiva.

Nell'espressione dell'aggressività è stata dunque riconosciuta l'esistenza di un progressivo processo di desensibilizzazione (*escalation*) volto alla sua espressione e scandito dalle seguenti fasi:

1. *fase del fattore scatenante*: una iniziale modifica del baseline psicoemotivo ordinario, che si esprime con comportamenti verbali ed espressivi (mimici e comportamentali) tipici, segna l'avvio del processo di attivazione;
2. *fase dell'escalation*: caratterizzata da un ulteriore aumento dello stato di agitazione psicomotoria. Nel caso di pazienti psichiatrici, è in questa fase che si individua la bontà degli interventi operativi, che nella tempestività di attuazione trovano già buona parte del loro successo¹⁶;
3. *fase critica*: è la massima fase dell'eccitamento. L'attenzione deve essere posta sulla tutela della sicurezza e sulla previsione delle conseguenze dell'imminente comportamento aggressivo;
4. *fase del recupero*: è l'inizio del percorso di ritorno al baseline iniziale, ma con ancora il rischio di recettività a nuovi fattori di disturbo. In questa fase, l'aiuto al paziente è volto alla progressiva rielaborazione dell'episodio, senza forzare con interventi precoci che potrebbero far riemergere la crisi;
5. *fase della depressione post critica*: la fase finale, nella quale compaiono nel paziente sentimenti negativi di colpa, vergogna e rimorso per quanto agito. È qui che trovano luogo anche percorsi di rielaborazione dell'accaduto che contemplino la comprensione razionale delle cause che l'hanno originato.

Tornando alle quattro differenti posizioni che sintetizzano gli orientamenti in merito alla previsione del comportamento aggressivo di pazienti psichiatrici, partiamo da quella prima posizione specificamente rappresentativa degli assunti della disciplina psichiatrica di inizio secolo, a sua volta in linea con le opinioni della dottrina giuridica e con il sentire della collettività.

Nell'asserire l'esistenza di una naturale, costituzionale, imprevedibile pericolosità sociale dei soggetti affetti da patologia mentale, per quanto poco unitarie fossero le legislazioni dell'Italia ancora non unita ad inizio secolo, comune era l'idea di una necessaria "cura" coercitiva verso questa utenza, che doveva essere separata dalla comunità civile per garantirne il benessere e la sicurezza. Prima della promulgazione ed applicazione delle Legge

¹⁶ In particolare, fondamentale in questa fase è il cosiddetto *talk down*, un approccio verbale di negoziazione che mira al contempo al positivo riconoscimento del contenuto emotivo della crisi personale del soggetto, devianandone però l'esito comportamentale. Esso si sostanzia in alcuni suggerimenti verbali (usare frasi brevi e dal contenuto chiaro; non polemizzare; ridurre la tensione dichiarandosi in accordo con quanto sostenuto dal paziente), prosodici (adottare un tono di voce caldo e rassicurante) e comportamentali (non invadere il suo spazio e mantenere una distanza utile) dati al clinico che abbia ad occuparsi di episodi di crisi aggressiva (Maier G.J. & Van Rybroek G.J., 1995; in Eichelman B.S. & Hartwig A.C., 1995 – pag. 73-104). In aggiunta a questa, opportuno è l'allontanamento dal contesto, se fattori ambientali hanno originato il disagio del soggetto.

180/1978, il ricovero coatto a tempo indeterminato nei manicomi si basava sull'esistenza (anche a lungo termine) di un giudizio di pericolosità che fondava le scelte cliniche.

A sua volta, presupposto di questo atteggiamento di pregiudizio erano le teorie costituzionaliste ed alcuni studi epidemiologici che attestavano la stretta connessione tra patologia mentale e violenza.

Tra questi, è nota la cosiddetta "*legge di Penrose*", dal nome dello studioso che, prima della seconda guerra mondiale, in alcuni stati europei attestò per mezzo delle sue ricerche un inverso rapporto di proporzionalità tra le immissioni di pazienti negli ospedali psichiatrici ed alcuni parametri socio-anagrafici: il tasso di mortalità generale, il tasso di natalità, il tasso di omicidi o altri fenomeni criminosi. Aumentando il numero di pazienti ammessi negli ospedali psichiatrici, Penrose aveva osservato una diminuzione della mortalità generale ed una diminuzione della criminalità.

Anche altri studi epidemiologici, condotti sulla falsa riga di quello di Penrose (Gunn J., Nicol R., et al., 1973; Taylor 1984), si fondano sull'analisi della prevalenza dei disturbi psichiatrici tra i detenuti e dell'incidenza dei reati nella popolazione degli ospedali psichiatrici.

Noi oggi sappiamo che la metodologia usata per tali studi risente dell'effetto della scelta del campione, preselezionato proprio tra i detenuti degli istituti di pena o degli ospedali psichiatrici, associato ad una superficiale conoscenza clinica dei soggetti esaminati, che in una generica associazione tra violenza e patologia non indagava appieno la specificità psicopatologica. In tal senso questi studi contribuirono ad una patologizzazione della criminalità e ad una criminalizzazione della patologia, che ancora oggi in alcuni ambienti stenta ad essere repressa.

Successivamente, il movimento culturale di difesa civile dei malati mentali suscitò un nuovo interesse scientifico attorno al tema. Studi di follow-up (Russo, 1994) dimostrarono l'inattendibilità delle previsioni a lungo termine della pericolosità sociale, sui riscontri ottenuti dal tasso di recidiva di pazienti dimessi dagli ospedali psichiatrici, non così cospicuo e comunque non molto diverso dal tasso di criminalità della popolazione generale. Allo stesso modo, studi retrospettivi (Hafner e Boker, 1973) sul tasso di alcune categorie di reato e sulle diagnosi psicopatologiche effettuate sugli autori non dimostrarono differenze significative al confronto con la popolazione generale: una maggiore incidenza di criminalità violenta si ha per diagnosi quali schizofrenia e disturbi affettivi, ma alcuni fattori di personalità, familiari e sociali, correlati con il disturbo psichiatrico, incidono maggiormente sulla predisposizione al crimine.

In sostanza, anche questo secondo filone di studi ebbe origine dal confronto tra l'incidenza dei reati nella popolazione psichiatrica e l'incidenza dei reati nella popolazione generale, ma giunse a conclusioni differenti rispetto ai primi studi descritti: attestando la mancanza di un nesso di causalità tra patologia e comportamento violento e criminale, e segnalando che gli stessi fattori generici che incidono sul comportamento criminale per la popolazione generale valgono per la popolazione psichiatrica (ed ovvero: genere sessuale maschile, giovane età, uso precoce ed abituale di sostanze stupefacenti e/o alcol, stato socio-familiare disagiato).

Eppure, alla stregua del considerare come parziali i risultati in merito alla prevedibilità a lungo termine della pericolosità sociale, basati sul pregiudizio che i malati mentali sono sempre e comunque nella possibilità di commettere comportamenti violenti, è da considerare l'ipotesi degli studi condotti secondo un principio di umanizzazione dei trattamenti, impostati allo scopo di ottenere questo risultato. In una casuale prevalenza dell'una o dell'altra visione, rimane il problema di individuare strumenti clinicamente efficaci per la presa in carico degli autori di reato con vizio di mente, ed il problema di una civile interazione tra la psichiatria e gli organi della pubblica sicurezza, anch'essi interessati dal canto loro alla gestione di questi casi.

Così, nello stesso periodo storico di questi studi, prese avvio un terzo metodo di approccio al problema, centrato soprattutto sulla responsabilità tecnico professionale da parte degli operatori preposti alla cura ed al trattamento.

Tralasciando il confronto con la popolazione generale, questa terza prospettiva si rivolse all'analisi delle caratteristiche concrete del comportamento aggressivo: il tipo di reazione-attacco che ha avuto luogo, i correlati clinici, personologici e situazionali che l'hanno caratterizzato. Scopo primario divenne inquadrare le condizioni di prevedibilità sulla base della conoscenza dei fattori di rischio.

Se le stesse variabili socio-demografiche costituiscono fattori di rischio generici per la popolazione generale e per la popolazione di malati mentali, per i pazienti ospedalizzati valgono in modo maggiormente significativo le variabili cliniche, ed in particolar modo: i disturbi del pensiero e la presenza di componenti personologiche quali sospettosità/ostilità e agitazione/eccitamento (McNiel e Binder, 1994).

Eppure, per quanto a questa terza tipologia di studi si possa riconoscere il merito di un miglioramento metodologico operato con l'uso di strumenti clinici affidabili e validi nel misurare e qualificare le componenti psichiche e caratteriologiche dei pazienti aggressivi, essa non rimase priva di critiche.

La disamina della pericolosità a breve termine fu infatti considerata metodologicamente fallace: per il fatto di porsi nell'intercorrente condizione di segregazione, che è al contempo risultato della presenza di pericolosità nell'applicare un giudizio clinico, e *status quo* permanente nella mancanza di risorse all'esterno anche se i fattori di rischio sono stati "trattati" adeguatamente; per il fatto di impiegare variabili predittive troppo ristrette, e per il fatto di basarsi su deboli criteri di selezione dei casi come ad esempio le percentuali di arresti negli studi retrospettivi (Monahan, 1988).

Infine, una ultima tipologia di studi è quella relativa alle indagini su popolazioni naturali.

Uno dei primi studi condotti in tal senso è ad opera di Swanson et al. (1990) su un campione composto da una popolazione di 10000 abitanti delle tre metropoli americane di Baltimora, Raleigh-Dharam e Los Angeles. I soggetti, valutati con la *Diagnostic Interview Schedule*, un'intervista strutturata che consente di formulare la diagnosi secondo il DSM-III con un questionario composto da 5 item per il comportamento violento, erano stati selezionati a caso. I risultati della ricerca dimostrarono l'esistenza di un'associazione significativa tra la popolazione affetta dai quadri psicotici maggiori e le condotte violente, nonché l'esistenza di un forte effetto delle variabili demografiche (sesso, età, etnia) e di precedenti episodi di arresto. Per quanto riguarda l'associazione tra comportamento violento e diagnosi psicopatologica, lo studio riportò una maggiore incidenza per la doppia diagnosi di schizofrenia e abuso di sostanze (30,33%), seguita dalle due categorie "pure" (disturbo da abuso di sostanze 21,30%; schizofrenia (8,36%).

Altro interessante studio che si cita in questa sede è quello condotto da Link e Stueve (1994) su una popolazione naturale composta da un gruppo di soggetti che soffrivano o avevano sofferto di disturbi psichici ed un gruppo di persone scevre da patologia mentale. Lo studio giunse a sottolineare che, accertata una correlazione tra le psicosi (e la loro gravità) e l'adozione di comportamenti violenti o illegali, il loro contributo generale sul tasso di criminalità è modesto e comunque inferiore rispetto al fenomeno dell'uso di sostanze stupefacenti (Sanza M., 1999, pag. 19).

2.2. *Problematiche e strumenti per la misurazione dei comportamenti aggressivo-violenti*

Un primo principale problema nella misurazione dell'aggressività risiede nella possibilità di effettuare una misurazione unitaria, ovvero che integri l'aspetto soggettivo e quello oggettivo che sono resi manifesti attraverso il comportamento aggressivo.

Essendo l'aggressività un comportamento multideterminato e variabilmente reso manifesto, i riscontri che si ottengono con l'impiego di strumenti di autovalutazione o di scale compilate dall'osservatore sulla base dei dati ricavati dal colloquio, saranno indicativi delle specificità emotive, cognitive e volitive di *quel* soggetto esaminato, in *quel* momento, e secondo *quel* senso che egli ha voluto dare al gesto compiuto.

Occorre poi ricordare, e come già indicato nel precedente paragrafo, che nella maggior parte dei casi l'aggressività non è una condizione stabile e duratura nella gamma di manifestazioni comportamentali del soggetto, bensì un comportamento episodico, repentino e spesso non prevedibile. Dunque, al di là dello strumento che l'esaminatore sceglierà per la sua valutazione, dovrà considerare che la misura ottenuta sarà una misura "parziale" delle tante componenti che strutturano un carattere o una personalità.

Alcuni Autori hanno suggerito che una misura affidabile, veritiera ed obiettiva dell'aggressività si avrebbe solo con l'osservazione diretta del soggetto nel proprio "ambiente naturale"...ma è facilmente intuibile come ciò sia quantomeno inopportuno, se non impossibile, per il pericolo che tale modalità andrebbe a costituire per l'osservatore stesso.

Per ovviare a tale problematica di sicurezza si potrebbe allora procedere con una valutazione dell'aggressività in un setting sperimentale, nel quale esercitare un certo controllo nelle variazioni delle condizioni o stimoli che possono elicitare il comportamento aggressivo. Per quanto esperienze in tal senso siano praticabili, esse rimarrebbero comunque limitate al campo della ricerca in quanto certamente non rapportabili a quello della clinica.

Esplicitate le obiettive difficoltà nella misurazione dei comportamenti aggressivo-violenti, passiamo adesso ad una breve rassegna degli strumenti maggiormente utilizzati in campo sperimentale, clinico e forense, allo scopo di fornire o una generale misurazione dell'aggressività o una specifica individuazione delle sue componenti principali, per popolazioni estese o per campioni con ristretti criteri di individuazione.

Partiamo ad esempio dai test psicodiagnostici che per comprovata validità forense più comunemente vengono utilizzati in ambito peritale: essi consentono già di indicare l'esistenza ed il grado della componente aggressiva, auto o etero diretta, nella struttura psichica e di personalità del soggetto posto ad esame dai quesiti di imputabilità e pericolosità sociale che il Giudice o il Pubblico Ministero pone all'esperto (Perito o CTU), proprio perchè la valutazione delle manifestazioni della componente aggressiva nonché la valutazione in senso predittivo delle tendenze da essa possedute ha chiaramente un'importanza determinante.

Considerando ad esempio i cosiddetti test di livello o test dell'efficienza intellettuale, come la *Wechsler Adult Intelligence Scale - Revised* (WAIS-R: Wechsler D., 1955, 1981; ITA

1997) o il *Bender Visual Motor Gestalt Test* (Bender L., 1938; ITA 1979), l'esame si rivolgerà alle componenti cognitive associate alla gestione emotiva ed in particolare verso le istanze aggressive.

I test proiettivi, invece, che per loro natura sono rivolti all'indagine delle componenti più intime e profonde della personalità, consentono appunto di analizzare l'aggressività a livello inconscio. A livello formale nel test del *Disegno della Figura Umana* (Machover, 1951; ITA 1968), la presenza di tratti marcati e l'uso di annerimenti, ricalchi e linea spezzata e discontinua, una raffigurazione macrografica della figura disegnata e la sua collocazione sulla parte destra del foglio, costituiscono alcuni indicatori della presenza di quote di ansia ed angoscia che potrebbero modificarsi in aggressività; così come a livello contenutistico-simbolico, l'accentuazione dell'espressione del volto o alcuni particolari di "rigidità" della figura nell'espressione e nell'atteggiamento, ed ancora alcune indicazioni di proiezione verso l'esterno dell'energia pulsionale (ad es.: braccia e gambe aperte)¹⁷.

Nel *Test di Rorschach* (Rorschach, 1921; ITA 1937, 1980), già nella fase di raccolta si possono trovare indicazioni della presenza di componenti aggressive intime: chiedendo al soggetto di elaborare una personale interpretazione del contenuto percettivo elicitato dalla presentazione delle 10 Tavole che compongono il Test, sia le verbalizzazioni con le quali il soggetto esprime le proprie interpretazioni (ovvero i termini che utilizza) che il contenuto delle sue percezioni (le "figure" sollecitate dalla visione delle Tavole)¹⁸, costituiscono dei campanelli di allarme per l'esaminatore. A livello interpretativo-statistico, vi sono poi due Indici specifici da tenere sotto controllo nel valutare le tendenze autolesive o eterolesive dell'aggressività: è infatti indicativo ottenere un punteggio elevato all'Indice di Impulsività ed un punteggio basso all'Indice di Autocontrollo¹⁹. Ancora, la presenza di un T.V.I "Intratensivo" è indicativa di tendenze autolesive, all'opposto un T.V.I "Extratensivo" di

¹⁷ Il test del Disegno della Figura Umana, nella revisione ad oggi utilizzata, consente di valutare lo sviluppo intellettuale e di personalità del soggetto esaminato. Assolve all'indagine degli aspetti proiettivi relativi all'identificazione identitaria di natura cronologica, sessuale e di ruolo, in generale la ricchezza o coartazione della sfera profonda, ed ancora i correlati emotivi dei rapporti interpersonali con figure familiari, di riferimento o sociali. Per ciò che concerne in particolare la disamina degli indicatori delle componenti aggressive nel test, nelle declinazioni di predittività in senso auto ed etero-lesivo, si rimanda alla letteratura di specie. In questa sede si suggerisce il seguente approfondimento: Abbate L., Capri P., Ferracuti F., *La diagnosi psicologica in Criminologia e Psichiatria Forense. I Testi Psicologici*, in Ferracuti F. (a cura di) (1990), "Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense", Vol. XIII, Giuffrè, Milano.

¹⁸ A titolo puramente esemplificativo, traendo spunto dalle verbalizzazioni fornite dai soggetti esaminati in alcuni casi peritali da parte di chi scrive, si fa riferimento ad espressioni con contenuto e forma del tipo: "Una maschera persecutoria e raccapricciante, con gli occhi e la bozza spalancati" (Tav. I); "Un gatto spiacciato sulla strada, investito da una macchina" (Tav. VI); "Macchie di sangue" (Rosso - Tav. II); "Dei feti morti" (Rosso - Tav. III); "Un'esplosione" (Tav. X).

¹⁹ L'Indice di Impulsività e l'Indice di Autocontrollo rappresentano rispettivamente il livello di attivazione pulsionale dell'Io e la capacità del soggetto di gestire e controllare la propria impulsività (Capri P., Lanotte A., Mariani S., 2011, pag. 148)

tendenze eterolesive²⁰. Alcuni altri indicatori sono: Localizzazioni Dim e Determinanti Clob, C e CF²¹ per la predittività del rischio autoaggressivo (fino alla predittività di reale suicidio); contenuti confabulati, poco comuni (Vulgari), con scarsa qualità formale e la scarsa presenza di contenuti Umani²² per la predittività del rischio eteroaggressivo.

Per quanto concerne il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2* (MMPI-2, Hathaway e McKinley, 1943, 1970, 1989; ITA 1995), la predittività di gesti autolesivi ed eterolesivi si valuta ad esempio in base alla presenza di punteggi molto bassi (< 40 T) alla Scala K (Correction o Key) ed alla Scala Hy (Hysteria), e dalla contemporanea presenza di punteggi molto elevati (> 80 T) alla Scala D (Depression) ed alla Scala Pd (Psychopathic Deviate)²³.

Certamente, quanto indicato in questa sede per i summenzionati test non è altro che una sintetica ed orientativa spiegazione di alcuni indicatori in essi utilizzati per la valutazione delle tendenze aggressive, in termini quantitativi e di qualità.

Una trattazione a parte, oltre questo lavoro, meriterebbe la disamina del contenuto clinico di ogni test fin qui menzionato (ad esempio, per ciò che contempla le risposte interpretative alle Tavole del Test di Rorschach), in virtù della sua complessità applicativa ed

²⁰ Il T.V.I, Tipo di Vita Interiore o Tipo di Risonanza Intima, “riflette l’attitudine fondamentale della personalità a diretto contatto dell’Io e dell’ambiente che lo circonda” (Bohm, 1969, in Capri P., Lanotte A., Mariani S., 2011, pag. 145).

²¹ È possibile intendere le Localizzazioni (o Modi di Percezione) come la corrispondenza tra la percezione dello stimolo esterno (la macchia) e l’elaborazione emotivo-cognitiva che lo stesso suscita nel soggetto, o in altre parole come la “sede” (totale, parziale, nei dettagli bianchi o colorati, etc.) della macchia in cui il soggetto colloca la propria interpretazione (la “figura” che ha visto); è possibile intendere le Determinanti in qualità dell’“elemento” che ha orientato l’interpretazione percettiva del soggetto (la Forma, il Colore, il Movimento, il Chiaroscuro o una loro combinazione). Per un approfondimento di queste tematiche si rimanda sempre al testo Capri P., Lanotte A., Mariani S., 2011, *Il Metodo Rorschach*, EUR, Roma.

²² I Contenuti (Umani, Animali, Oggetti, etc.) rappresentano la categoria entro la quale il soggetto colloca la propria interpretazione. Ancora, per l’approfondimento di queste tematiche si rimanda al testo Capri P., Lanotte A., Mariani S., 2011, *Il Metodo Rorschach*, EUR, Roma.

²³ La Scala K valuta lo stile difensivo (inconscio) nei confronti del test; la Scala Hy valuta la presenza ed il grado di sintomatologia associata al disturbo isterico di conversione, ovvero il livello di dipendenza affettiva dagli altri ed il tentativo di risolvere un conflitto psichico attraverso sintomi somatici; la Scala D indaga il tono dell’umore del soggetto, ovvero la presenza e la qualità di vissuti malinconici, pessimistici o di mancanza di speranza nei confronti del futuro; la Scala Pd valuta il livello pulsionale dell’Io nei rapporti con il mondo esterno, le norme e le convenzioni in genere, e dunque specificatamente le caratteristiche relative ad una struttura antisociale o psicopatica di personalità.

Tutte le Scale che compongono l’MMPI-2 (K è una Scala di Validità; Hy, D e Pd sono Scale Cliniche), contemplano un range di punteggi che va da < 40 T (T = punteggi ponderati; punteggi molto bassi) a > 80 T (punteggi molto alti) per la valutazione della validità del test e del livello psicopatologico posseduto dal soggetto all’atto dell’esame. In particolare, quando K ha punteggi inferiori al punteggio di soglia minima 40T, si può pensare ad una simulazione o ad un’esagerazione sintomatica da parte del soggetto sottoposto al test, come estrema difesa o come forte richiesta di aiuto. Nella disamina dell’orientamento dell’aggressività, punteggi bassi in questa Scala indicano carenza nella capacità di controllare i propri comportamenti e le proprie reazioni emotive, orientandosi dunque verso tendenze autolesive di vario ordine e grado. La contemporanea presenza di punteggi inferiori a 40T alla Scala Hy (indicativi dell’incapacità ad empatizzare con l’ambiente), e di punteggi elevati (70-80 T o > 80 T) alle Scale D (depressione, polarizzazioni pessimistiche del pensiero) e Pd (presenza di aggressività, impulsività, incapacità di valutare le conseguenze del proprio comportamento), può ulteriormente orientare l’esaminatore verso il rischio di condotte autolesive.

interpretativa, e nel rispetto del valore che questi strumenti hanno nel fornire un quadro più ampio della personalità rispetto alla finalità primaria che indica il loro utilizzo.

Così infatti il DFU ed il Rorschach, che sono definiti test proiettivi e dunque indicati per la valutazione della struttura profonda di personalità del soggetto esaminato, hanno un valore che va ben al di là di questa collocazione, poiché sono utili per la comprensione dello sviluppo intellettuale al pari di quello emotivo. Peraltro, gli indicatori qui presentati non sono gli unici: anche altri, durante la siglatura e l'interpretazione di questi test, possono richiamare l'attenzione dell'esaminatore sulla possibile presenza di istanze impulsive o aggressive. E soprattutto, un protocollo psicodiagnostico va sempre guardato nella sua interezza, ovvero mai per singola risposta, e per mezzo del confronto con le risultanze di natura clinica che si ottengono, ad esempio, attraverso il colloquio.

Passando adesso in rassegna gli strumenti più conosciuti e che più comunemente vengono utilizzati per la valutazione specifica delle istanze aggressive e violente, sempre in ottica predittiva nell'interpretazione comportamentale utile tanto nel campo clinico classico quanto in quello psichiatrico-forense, ed abbiamo²⁴:

1. il *Buss Durkee Hostility Inventory - BDHI* (Buss e Durkee, 1957; ITA Castrogiovanni et al., *Questionario per la Tipizzazione del comportamento Aggressivo - QTA*, 1982), che è uno degli strumenti più conosciuti, è utile nell'esaminare il tipo di aggressività e le modalità della sua espressione, tanto a livello degli agiti comportamentali (all'atto dell'esame) che come tratto di ostilità non manifesto. Il questionario si basa su item dicotomici Vero/Falso che consentono di descrivere l'esaminato secondo le caratteristiche delle 7 Scale che compongono lo strumento: Aggressività Diretta, Indiretta e Verbale, Irritabilità, Negativismo, Risentimento e Sospettosità. Il punteggio si esamina poi sulla base di

²⁴ La trattazione che segue contempla gli strumenti riconosciuti dalla comunità scientifica internazionale per l'indagine specifica dell'aggressività e degli agiti violenti. Poiché abbiamo detto che tali dimensioni, intese sia come disposizione personale che come agito (ovvero al contempo, "causa ed effetto"), non godono ancora di una definizione univoca, ne consegue che gli strumenti psicodiagnostici che è possibile includere in una ipotetica lista divulgativa sono in numero largamente superiore anche a quelli qui presentati. Andrebbero infatti inclusi tutti quelli che si rivolgono all'indagine di componenti "correlate" alla dimensione aggressività-violenza: quelli che indagano una possibile dimensione psicopatologica sulla base della presenza di alcuni tratti di personalità (ad esempio: *Brief Psychiatric Rating Scale - BPRS*,), sia in senso generale che verso una specifica struttura di personalità; quelli che esaminano altri disturbi mentali (schizofrenia e psicosi, ritardo mentale); quelli che approfondiscono la valutazione dei disturbi dell'umore (depressione, ansia, maniacalità); quelli che valutano l'adattamento sociale; quelli che esaminano la qualità di vita o i correlati emotivi di specifiche patologie mediche (cancro ed altre patologie degenerative, AIDS ed altre patologie a trasmissione sessuale, disturbi da carenza di sonno); quelli che, indagando problematiche specifiche, nella manifestazione delle stesse rintracciano degli agiti comportamentali di natura aggressiva in senso auto o etero diretto (pensiamo ad esempio ai disturbi del comportamento alimentare, alle condotte di abuso di sostanze o alcol, alle parafilie o ai disturbi sessuali, al rischio suicidario); ed infine a quelli che si rivolgono a categorie specifiche di utenza (i malati mentali, gli adolescenti e giovani).

tre indicatori: Colpa, Aggressività Totale ed un Indice di Inibizione/Disinibizione dell'Aggressività (che si calcola sul rapporto dei precedenti due punteggi);

2. la *State-Trait Anger Expression Inventory - 2 – STAXI - 2* (Spielberger, 1988; ITA Pedrabissi e Santinello, 1996; Comunian, 2004)²⁵, ideato allo scopo di indagare, in maniera diretta e rapida essendo una scala di autovalutazione, l'esperienza della rabbia e le modalità della sua espressione. Lo strumento ha dimostrato la sua validità non solo con soggetti affetti da patologia mentale, ma anche nel caso di altre patologie mediche (la rabbia è infatti una delle componenti personologiche di soggetti affetti da ipertensione, patologie cardiache o cancro). Lo strumento distingue tra “rabbia di stato”, stato emotivo e sentimenti soggettivi di diversa intensità lungo il range fastidio – irritazione – furia, che dipende dal grado di gestione della frustrazione, e “rabbia di tratto”, disposizione ad agire alle situazioni frustranti in base allo stato personologico; e distingue la rabbia in base all'oggetto verso cui l'azione-reazione è diretta, ovvero altre persone o oggetti, o in modo interiorizzato e dunque trattenuta o soppressa, ed ancora le differenze individuali dei tentativi di controllo. Nella versione dell'ultima revisione, attualmente utilizzata, il questionario si compone di 57 item: invita il soggetto a dire come si sente “generalmente” ed “al momento attuale”, sulla base del grado di accordo su una scala a 4 punti, così da delineare le 6 Scale che interessano (Rabbia di Stato, Rabbia di Tratto, Espressione della rabbia all'esterno, Espressione della rabbia all'interno, Controllo della rabbia all'esterno, Controllo della rabbia all'interno, più un Indice di espressione della rabbia);
3. il questionario *Indicatori della Condotta Aggressiva – Irritabilità e Ruminazione/Dissipazione* (Caprara et al., 1991), che integra i risultati delle ricerche ad indirizzo psicodinamico e ad indirizzo situazionista, così da giungere ad una visione integrata del fenomeno “aggressività” che contempli tanto la componente impulsiva che quella della mediazione cognitiva. Lo strumento si compone infatti di due Scale, originariamente ideate in forma singola e poi integrate in un unico protocollo. Ognuna di esse è costituita da 10 item principali e

²⁵ Lo *State-Trait Anxiety Inventory - STAI* è il primo strumento in cui l'ansia-tratto e l'ansia-stato vengono valutate separatamente. La sua costruzione iniziò nel 1964 e la versione attualmente in uso è quella che deriva dalla radicale revisione del 1983, denominata Forma Y, e che è costituita da due sub-scale, una per la valutazione dell'ansia-stato (*S-Anxiety Scale*) ed una per quella dell'ansia-tratto (*T-Anxiety Scale*).

La versione originale dello strumento è quella di Spielberger C.D. (1988), *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory*, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

In Italia, Luigi Pedrabissi e Massimo Santinello sono autori della validazione dello *State-Trait Anxiety Inventory - Y (STAI - Y, 1989)*, revisione della forma dello strumento originale (Forma X).

Al 2004 risale invece, ad opera di Anna Laura Comunian, la validazione dell'ultima revisione dello STAXI - 2.

5 di controllo per limitare il “response set”²⁶: si tratta di “affermazioni-stimolo” per le quali il soggetto deve dichiarare il proprio grado di accordo sulla base di una scala a 7 punti. La Scala di Irritabilità (proposta come contributo alla validazione italiana del BDHI di Buss e Durkee, 1957) indaga la propensione ad agire in modo impulsivo e dunque l’istinto di reazione anche per le minime provocazioni; la Scala di Ruminazione/Dissipazione indaga l’elaborazione cognitiva, ovvero il rancore, ed il deficit di controllo cognitivo sulla condotta e sulle sue conseguenze²⁷. Nella clinica così come nella ricerca, l’uso di questo strumento può essere associato con quello del questionario Scala per la Misura della Fragilità Emotiva (Caprara et al., 1991), volto alla misura dei sentimenti di inadeguatezza sulla base anche in questo caso di due Scale: quella di Suscettibilità Emotiva, sensibile ai sentimenti soggettivi di vulnerabilità in situazioni, reali o presunte, di attacco, offesa o pericolo; e quella di Persecutorietà, sensibile ai sentimenti soggettivi di tensione nell’anticipazione di una punizione o pericolo imminente;

4. la *Hare Psychopathy Checklist - Revised o PCL-R* (Hare, 1991, 2003; ITA Caretti et. al, 2012), lo strumento che indaga e descrive il “costrutto” di Psicopatia distinguendola dal Disturbo Antisociale di Personalità e dal Disturbo Dissociale di Personalità. L’indagine si basa sulla raccolta di informazioni personali sulla storia di vita del soggetto e su un’intervista semistrutturata che orientano il clinico all’assegnazione di un punteggio da 0 a 2 ad una checklist composta da 20 item, che descrivono la psicopatia secondo 2 Fattori (Interpersonale/Affettivo e Devianza Sociale) e 4 Componenti (Interpersonale, Affettiva, dello Stile di Vita ed Antisociale)²⁸;
5. l’*Aggression Inventory - AI* (Gladue, 1991), con la finalità di valutare il comportamento aggressivo in qualità di tratto personologico. Il questionario si compone di 30 item valutati su una scala a 5 punti, e delinea 4 Scale: Aggressività fisica, Aggressività verbale, Impulsività/Impazienza, Evitamento. Lo strumento è sensibile all’influenza del genere sessuale nelle componenti emotive, cognitive e comportamentali della dimensione esaminata;

²⁶ Le risposte in serie, ovvero la tendenza ad uniformare il proprio giudizio (in questo caso espresso con l’assegnazione di un valore numero al grado di accordo con le affermazioni presentate) in occasioni in cui si descrivono o esaminano dimensioni molto omogenee.

²⁷ Come riferimento bibliografico si veda: Buss A., Durkee A. (1957), *An inventory for assessing different kind of hostility*, Journal of Consulting Psychology, 21, pag. 343-348. Caprara G.V. (1983), *La misura dell’aggressività: contributo di ricerca per la costruzione e la validazione di due scale per la misura dell’irritabilità e della suscettibilità emotiva*, Giornale Italiano di Psicologia, X (1), pag. 107-127.

²⁸ Poiché questo è uno degli strumenti utilizzati nel presente lavoro, si rimanda al Capitolo successivo per una descrizione più accurata delle finalità, della struttura e dell’impiego.

6. l'*Aggression Questionnaire - AQ* (Buss e Perry, 1992), complementare al BDHI di Buss e Durkee (1957), si compone di 29 item che indagano 4 aspetti dell'aggressività (Scale): Aggressività fisica, Aggressività verbale, Rabbia e Ostilità. Consente di ottenere una misura quantitativa dell'aggressività e l'espressione qualitativa della sua manifestazione. Anche questo strumento è sensibile alle differenze di genere sessuale;
7. la *Violence Risk Appraisal Guide - VRAG* (Quinsey et al., 1993), uno degli strumenti più utili in campo forense per indagare il rischio di violenza ed individuare strategie efficaci per la sua gestione;
8. la *Barratt Impulsiveness Scale - Version 11 – BIS-11* (Barratt e Stanford, 1995), che indaga l'impulsività, ovvero l'azione repentina senza la mediazione del pensiero, tanto nei pazienti psichiatrici che in soggetti non psichiatrici;
9. la *Sexual Violence Risk-20 o SVR-20* (Boer et al., 1997) e la *Spousal Assault Risk Assessment Guide o SARA* (Kropp e Hart, 2000), che sono strumenti specifici per l'individuazione del rischio di commettere atti che rientrano nella "violenza sessuale" (un'azione, compiuta, tentata o minacciata di un contatto sessuale con una persona non consenziente o non capace di dare consenso), e per la previsione della recidiva di violenza tra partners. Stabiliscono un grado di rischio in termini di basso – medio – alto;
10. il *Violence Risk Assessment-20 o HCR-20* (Webster et al., 1997), uno strumento utile in differenti setting, dal campo psichiatrico a quello più propriamente forense. Si compone di 20 item o Fattori – 10 Storici, 5 Clinici e 5 di Risk Management – ricavati dai riscontri empirici della letteratura in merito agli elementi correlati al rischio di violenza.

Tale strumento ha costituito il test per lo svolgimento della presente indagine, e dunque si rimanda al capitolo successivo per una migliore descrizione.

“Si può discutere a lungo da un lato e dall’altro sulla teoria della pena, ma in un punto ormai tutti convengono: che fra i delinquenti e quelli creduti tali ve n’ha molti che, o sono, o furono alienati, per cui la prigione è un’ingiustizia, la libertà un pericolo, e a cui mal si provvede da noi con mezze misure, che violano ad un tempo la morale e la sicurezza”.
(Lombroso C., *Adunanze del Reale Istituto Lombardo di Scienze e Lettere, 1872*)

CAPITOLO TERZO:

La PCL-R e l’HCR-20 nella presente ricerca: campione, materiali, metodi e risultati

3.1. *Note introduttive e descrizione del campione*

Il presente lavoro di ricerca ha voluto offrire un contributo in merito alla disamina dell’influenza che può avere la patologia di mente sulle capacità di controllo ed autodeterminazione di soggetti autori di reato.

Oggetto dell’indagine sono dunque stati coloro che, compiuta una condotta penalmente rilevante, siano stati giudicati per la stessa non responsabili in quanto affetti da vizio di mente e, ritenuti viepiù socialmente pericolosi, siano stati sottoposti a Misura di Sicurezza detentiva psichiatrica e dunque internato in Ospedale Psichiatrico-Giudiziario.

In particolare, sono stati assunti a campione soggetti che rispettassero un criterio psichiatrico di diagnosi ed un criterio giuridico di Misura di Sicurezza: in merito al primo, sono stati scelti soggetti affetti da patologia psichiatrica dello spettro psicotico, che come abbiamo visto viene indicato in letteratura come tipologia psicopatologica che, al cospetto delle altre, e soprattutto se alla presenza di una comorbidità con l’abuso di sostanze stupefacenti, mostra maggiori correlazioni con l’adozione di comportamenti aggressivo-violenti e/o di natura criminosa; in merito al secondo, soggetti il cui internato in OPG fosse, al momento della valutazione, di prossimo riesame secondo quella normativa e quella prassi vigente sul concetto di pericolosità sociale psichiatrica di cui in precedenza si è discusso. In aggiunta a questo secondo criterio orientativo per la scelta dei soggetti del campione, si è voluto considerare il numero relativo alle proroghe della Misura di Sicurezza, al fine di valutare se un numero elevato di proroghe, ed ovvero una durata più lunga dell’internato in OPG, fossero effettivamente indicativi della sussistenza di una elevata pericolosità sociale.

Tenendo conto delle indicazioni della letteratura in merito agli elementi da considerare come fattori di rischio per l'acting di comportamenti aggressivo-violenti e/o di recidiva criminosa, si è provveduto dunque alla disamina delle correlazioni e delle associazioni tra gli stessi e ciò che si può intendere con il termine di pericolosità sociale psichiatrica, tanto nel significato che nel livello di gravità, dal risultato ottenuto alla somministrazione dell'HCR-20 (*Violence Risk Assessment Scheme – Version 1 Webster, Eaves, Douglas, & Wintrup, 1995; Revision Webster, Douglas, Eaves, & Hart, 1997*).

Uguualmente, si è voluto indagare queste stesse correlazioni ed associazioni con il risultato ottenuto alla somministrazione della PCL-R (*Psychopathy Checklist – Hare, 2003; Adattamento italiano a cura di Caretti, Manzi, Schimmenti e Seragusa, 2012*), che fornisce un riscontro in merito al grado di adesione da parte del soggetto a quel costrutto di Psicopatia che lo stesso autore del test ha fornito²⁹.

Entrambi gli strumenti verranno meglio descritti nei paragrafi successivi.

In definitiva, il campione della presente ricerca si compone di 32 soggetti (29 maschi e 3 femmine), con età compresa tra 27-71 anni (M = 41,72 d.s. = 11,357), in maggioranza celibe/nubile per ciò che concerne lo stato civile (25 soggetti su 32), e internati presso gli OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (Messina), Napoli Secondigliano, Montelupo Fiorentino e Castiglione delle Stiviere (Mantova).

In merito alla descrizione delle caratteristiche socio-anagrafiche dei soggetti del campione abbiamo:

1. per ciò che concerne il titolo di studio, una prevalenza maggiore di soggetti si ha per il titolo di licenza media inferiore (cfr. Tabella 1):

Tab. 1 – Titolo di Studio

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
elementare	4	12,5	12,5	12,5
Validi licenza_media_inferiore	19	59,4	59,4	71,9
licenza_media_superiore	9	28,1	28,1	100,0
Totale	32	100,0	100,0	

²⁹ Causa scarsa disponibilità da parte di alcuni soggetti alla somministrazione dell'intervista semistrutturata (sia per manifesto diniego alla stessa, che per impossibilità data dallo stato di scompenso psicopatologico in atto), o ancora a causa dell'impossibilità di un incontro diretto con gli internati (per mancata autorizzazione da parte della Direzione Penitenziaria dell'Istituto, o per contingenti e tempistiche impossibilità allo svolgimento dell'intervista date dal trasferimento del soggetto ad altro Istituto e/o sede di trattamento), la PCL-R è stata raccolta per 29 soggetti sul totale di 32 che compongono il campione. Nello specifico, 16 soggetti sono stati direttamente intervistati mentre per i rimanenti 13 la codifica della PCL-R è avvenuta con il solo ausilio delle fonti collaterali.

2. in considerazione dell'età di ingresso in OPG, distinto il campione in tre fasce di età così come riportato nella Tabella 2, una prevalenza maggiore si ha nelle fasce d'età ≤ 30 anni e 31-44 anni, con equa distribuzione dei soggetti tra i due gruppi:

Tab. 2 – Età di Ingresso in OPG

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi entro_30anni	15	46,9	46,9	46,9
Validi 31-44anni	15	46,9	46,9	93,8
Validi oltre45anni	2	6,3	6,3	100,0
Totale	32	100,0	100,0	

3. relativamente alla durata dell'internato, e dunque agli anni di permanenza in OPG, una prevalenza maggiore del campione si ha per il range di permanenza superiore ai 9 anni, subito seguito da quello di durata 3-5 anni (Tabella 3):

Tab. 3 – Anni di Permanenza in OPG

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi entro2anni	6	18,8	18,8	18,8
Validi 3-5anni	10	31,3	31,3	50,0
Validi 6-8anni	4	12,5	12,5	62,5
Validi oltre9anni	12	37,5	37,5	100,0
Totale	32	100,0	100,0	

4. in merito alla presenza o meno di precedenti penali in epoca pregressa rispetto al reato che ha determinato l'internato in OPG, una maggiore prevalenza di soggetti si ha per il sub-campione "senza precedenti penali" (Tabella 4):

Tab. 4 – Presenza di Precedenti Penali

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi Senza precedenti	24	75,0	75,0	75,0
Validi Con precedenti	8	25,0	25,0	100,0
Totale	32	100,0	100,0	

5. per ciò che concerne il reato, distinto il campione in cinque categorie definite così come mostra la Tabella 5, una maggiore prevalenza dei soggetti si ha per i reati di “omicidio/tentato omicidio intrafamiliare”, subito seguita dalla categoria “omicidi/tentato omicidio extrafamiliare”:

Tab. 5 - Reato

	Frequenza	Percentuale	Percent. valida	Percent. cumulata
omicidio/tent omicidio intrafam	11	34,4	34,4	34,4
omicidio/tent omicidio extrafam	9	28,1	28,1	62,5
maltratt a scopo estorsivo	4	12,5	12,5	75,0
Validi altri (resistenza PU, stalking, lesioni personali)	2	6,3	6,3	81,3
reati patrimoniali (furti e rapine)	6	18,8	18,8	100,0
Totale	32	100,0	100,0	

6. per ciò che concerne la diagnosi, le categorie maggiormente rappresentative sono quelle di “Schizofrenia” e “Doppia Diagnosi TSD” (Tabella 6):

Tab. 6 - Diagnosi

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
ritardo mentali	2	6,3	6,3	6,3
schizofrenia	15	46,9	46,9	53,1
Validi doppia diagnosi TSD	12	37,5	37,5	90,6
doppia diagnosi ALCOL	3	9,4	9,4	100,0
Totale	32	100,0	100,0	

7. infine, per ciò che concerne la presenza o meno di precedenti trattamenti psichiatrici rispetto all’ingresso in OPG, la prevalenza maggiore del campione si ha per il sottogruppo “con precedenti trattamenti psichiatrici” (Tabella 7):

Tab. 7 – Precedenti Trattamenti Psichiatrici (prima di OPG)

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
no	8	25,0	25,0	25,0
Validi si	24	75,0	75,0	100,0
Totale	32	100,0	100,0	

Prima di procedere con la descrizione dei risultati e degli strumenti applicati all'indagine, si trova opportuno sottolineare come, in origine, lo svolgimento della presente ricerca prevedeva la disamina di un campione più ampio. Tuttavia, alcuni fattori hanno inciso nelle dinamiche di svolgimento della stessa, concorrendo alla trattazione di un numero ridotto di soggetti.

In primo luogo, le tempistiche di concessione della necessaria Autorizzazione all'ingresso negli Istituti sopra menzionati ed allo svolgimento delle due fasi previste per la disamina, ovvero visione delle cartelle cliniche e dei fascicoli giudiziari degli internati e successivo colloquio psichiatrico-forense con essi allo scopo di verificare/chiarire le informazioni già reperite, nonostante l'interesse alla realizzazione della ricerca di fatto dimostrato da parte della Direzione Generale Detenuti e Trattamento del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia, non si sono risolte che nel corso del primo anno di Dottorato.

Nello specifico, è stato infatti necessario richiedere l'estensione di una prima Autorizzazione ottenuta poche settimane dopo l'inizio del Dottorato, che concedeva *“la consultazione dei fascicoli degli internati, come da istanza”* presentata con nota della *“Sapienza”* Università di Roma³⁰, al fine di svolgere *“l'attività di ricerca nella parte sperimentale”* che sin dall'origine prevedeva la somministrazione di strumenti psicodiagnostici e/o questionari agli internati.

In altre parole, via via che aveva corso l'attività di consultazione dei fascicoli degli internati, sia per ciò che a loro carico era contenuto nelle cartelle cliniche e socio-sanitarie in possesso dei reparti della struttura che per quanto riportato nei fascicoli giudiziari depositati

³⁰ La nota cui si fa riferimento, datata 15.09.2009, si componeva di richiesta ufficiale avanzata dal Coordinatore del Dottorato e breve spiegazione dell'oggetto, finalità e modalità della ricerca redatta dalla sottoscritta. L'Autorizzazione concessa dal Ministero, datata 21.10.2009 ed inviata in risposta ai proponenti e già in conoscenza ai Direttori di tutti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari del nostro territorio, faceva riferimento ad essa (che già spiegava la doppia necessità di consultare i fascicoli degli internati e di avere un diretto contatto con gli stessi per mezzo di colloquio e somministrazione di strumenti testistici psicodiagnostici e/o questionari, indicati nella richiesta stessa), ma purtroppo specificava, nel paragrafo successivo, di concedere autorizzazione alla consultazione dei fascicoli degli internati, come se tale fosse l'unica attività per la quale si inoltrava richiesta.

negli archivi dell'area penitenziaria, ponendosi la necessità di verificare quanto ottenuto si rendeva necessario incontrare l'internato così da svolgere un colloquio psichiatrico-forense ed ottemperare all'assegnazione del punteggio che l'intervista semistrutturata della PCL-R ed i criteri anamnestici-clinici dell'HCR-20 richiedevano.

Ad un anno di distanza dall'inizio dei lavori, dunque, con in mano l'Autorizzazione concessa dal Ministero, i Direttori degli Istituti coinvolti ebbero a notare che la concessione allo svolgimento dei lavori faceva riferimento in modo specifico alla consultazione dei fascicoli, e giustamente, sentirono la necessità di rivolgersi all'organo superiore per consentire anche l'incontro con gli internati, naturalmente secondo soggettiva disponibilità. Il tutto, ad ulteriore garanzia dei soggetti coinvolti, e nel rispetto della vigente normativa sulla tutela della privacy che la sottoscritta aveva approvato sin dall'inizio.

In secondo luogo, quanto sopra accadeva in quel particolare momento storico in cui gli OPG venivano investiti da quell'ampio processo di riforma della sanità penitenziaria proposto dal DPCM del 1° aprile 2008, entrato in vigore nella metà di giugno di quell'anno, ed al quale sopra si è già fatto riferimento (vedi paragrafo 1.3.).

A poco più di un anno di distanza dall'avvio delle operazioni previste dal Decreto, la situazione si mostrava nella realtà diversa dagli intenti di sinergia tra Servizio Sanitario Nazionale ed Amministrazione Penitenziaria stabiliti dalle linee guida di attuazione dello stesso. Se già prima dell'emanazione dell'innovativo Decreto la situazione di gestione, coordinamento e funzionalità degli istituti Psichiatrici Giudiziari risentiva di differenze evidenti tra l'uno e l'altro, anche nelle iniziali fasi di applicazione dei nuovi criteri stabiliti ebbero a mantenersi le stesse differenze territoriali. Così, se a titolo di esempio l'OPG di Castiglione delle Stiviere rappresentava già un "modello" di pregio nella tutela della salute e recupero sociale di detenuti sottoposti a specifico provvedimento penale, in virtù del tradizionale legame che tale stabilimento deteneva con la sanità regionale già da tempo stabilito da opportuna convenzione tra Ministero della Giustizia ed Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, non ugualmente si diceva per istituti del sud d'Italia quali Napoli Secondigliano o Barcellona Pozzo di Gotto in Sicilia, laddove l'investimento di risorse, professionali ma anche finanziarie, non aveva la stessa portata.

Da lunga tradizione (dal 1993), infatti, l'OPG di Castiglione delle Stiviere si distingue dagli altri OPG nazionali per il fatto di essere una struttura esclusivamente sanitaria: gli operatori che vi esercitano dipendono dal SSN, e non vi è impiego di agenti di polizia penitenziaria. Con l'entrata in vigore del DPCM 1.04.2008, il territorio nazionale ha visto il configurarsi di scenari differenti: per Castiglione delle Stiviere non è cambiato nulla, in

quanto le figure sanitarie ivi prestanti servizio già afferivano alla Regione; allo stesso modo, non vi sono stati cambiamenti per Barcellona Pozzo di Gotto in quanto la Regione Sicilia, a Statuto Autonomo, non ha recepito il DPCM; al contrario gli OPG di Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa e Napoli Secondigliano hanno visto il trasferimento alle ASL competenti per territorio dei Direttori Sanitari e di altri operatori della medicina penitenziaria, e la contestuale nomina di un Direttore Amministrativo che, di fatto, ha incarico di conduzione dell'istituto anche per l'area del trattamento che prima spettava al direttore sanitario. Nel caso di questi Istituti, a dispetto degli intenti di parità ed uguaglianza tra sedi che il DPCM auspicava a livello formale, si è inevitabilmente generato un depotenziamento dell'assistenza psichiatrica dei pazienti, non fosse altro per la differente materia cui due figure direttive afferiscono: l'una edotta nella materia della giustizia e del trattamento penitenziario, l'altra in quella clinica. Due differenti percorsi che, come è noto, stentano ad incontrarsi.

Ad ogni modo, poiché l'emanazione del Decreto e la sua successiva applicazione si mostrò sin da subito un impegno ingente tanto per il coordinamento centrale che per le direzioni dei singoli istituti, è dunque facile comprendere come le necessità di tutela del singolo individuo ebbero ad incrementarsi. Che ciò abbia determinato un rallentamento nei lavori di ricerca avanzati da scrive ha rappresentato una conseguenza naturale, ma certamente il male minore. Anche perché la disponibilità delle Direzioni degli Istituti in cui ha avuto sede l'indagine è stata sempre (anche se con qualche differenza tra gli stessi) caratteristica apprezzata in ogni visita effettuata.

In terzo luogo, e motivo strettamente connesso al precedente, l'inizio dei lavori di ricerca ebbero a coincidere con quelle fasi iniziali previste dall'attuazione del Decreto 1.04.2008, inerenti un sostanziale snellimento del carico di utenza degli OPG realizzato per mezzo: del trasferimento dei cosiddetti art. 148 c.p. e art. 112 DPR 230/2000 nelle sezioni di cura e riabilitazione poste negli istituti penitenziari; della dimissione degli art. 222 c.p. e conseguente loro reinserimento nei territori di provenienza così come stabilito dai singoli piani regionali; della territorializzazione degli internati in virtù della provenienza geografica, anche al fine di un avvicinamento familiare.

Poiché il lavoro di ricerca si è svolto in 4 dei sei istituti presenti sul territorio nazionale, nel corso di questi trasferimenti è dunque capitato di incontrare tra l'elenco degli internati di uno qualsiasi di questi istituti alcuni dei soggetti precedentemente detenuti in un altro. E nonostante il fatto che, con il trasferimento fisico del paziente, avvenisse anche quello dei fascicoli a suo carico, parte della documentazione viene come è prassi mantenuta negli archivi dell'istituto di origine (o comunque del precedente che l'ha avuto), e ciò si è tradotto,

da parte di chi scrive, nella necessità di riconsultare le fonti a disposizione, anche in virtù delle necessità di indagine anamnestica ed evoluzione clinica che gli strumenti utilizzati richiedevano.

Infine come ultima spiegazione, così citata per necessità dialettiche e non certo per importanza, si può dire che è proprio nella natura degli strumenti utilizzati che risiede la motivazione principale della riduzione del campione che in origine si desiderava più ampio.

Tanto la PCL-R quanto l'HRC-20 hanno dimostrato la loro validità in più applicazioni di professionisti della salute mentale nella valutazione del rischio di violenza di soggetti con disordini mentali e disturbi di personalità, e non mancano dunque di interessanti contributi di letteratura di interesse psichiatrico - forense sia su soggetti detenuti in carcere che su soggetti internati in manicomi giudiziari, che verranno approfonditi nel paragrafo successivo.

Tuttavia ciò che in questa sede preme precisare è che, in particolare la PCL-R, in riferimento al campione preso ad esame ha dimostrato non poche difficoltà di applicazione.

I soggetti della presente ricerca sono pazienti psichiatrici affetti da disturbo schizofrenico o psicotici.

La PCL-R è stata opportunamente ideata per la valutazione di quel costrutto di Psicopatia inteso da Robert Hare che, come vedremo più avanti, ha già una difficile sovrapposizione con i quadri nosografici del Disturbo Dissociale di Personalità dell'ICD-10 o del Disturbo Antisociale di Personalità del DSM-IV-TR. Mentre questi ultimi descrivono un quadro psicopatologico basandosi su un sistema categoriale (il primo basato su tratti di personalità, il secondo su modalità comportamentali) che individua criteri diagnostici allo scopo di ammettere o meno l'esistenza del disturbo, il costrutto di Psicopatia descritto da Hare è di natura dimensionale, ovvero si basa su un sistema fattoriale che integra fattori affettivi ed interpersonali (tratti di personalità) e di comportamento o stile di vita di natura antisociale.

Ognuno dei 20 fattori che compongono il costrutto vengono opportunamente spiegati nel principale testo bibliografico di riferimento (Hare R., 1993; TRAD. IT. Hare R., 2009) nonché nel Manuale che compone il materiale del test.

Nel caso del campione preso ad esame per la presente ricerca, che si ripete essere composto da soggetti schizofrenici o psicotici, già dalla consultazione della documentazione disponibile a loro carico si è appurato che solo alcuni dei fattori che compongono la scala potevano però essere rintracciati nel singolo caso in esame. Così, laddove si poteva ammettere una seppur minima traccia dei fattori necessari a definire la presenza di tratti psicopatici, prima ancora di stabilirne in che misura, si procedeva per quel soggetto con quanto indicato nelle procedure di svolgimento del test, ovvero consultando il parere del personale socio-

sanitario curante e, se possibile o se concessa disponibilità, intervistando il soggetto. Viceversa il soggetto veniva escluso dal campione.

Così è stato per molti, intuendo che ciò a volte dipendeva dall'effettiva mancanza del fattore in questione nella storia di vita del paziente esaminato. Ma è possibile dire che, il più delle volte, l'esiguità di notizie anamnestiche, cliniche e giudiziarie contenute nella documentazione consultata, o meglio la limitata precisione delle stesse, destinate ad altri scopi che non fossero quelli di ricerca, è stato il fattore primario di riduzione del campione ai soli casi riportati in questa sede.

Si aggiunga inoltre che la taratura italiana dello strumento PCL-R ha tardato ad essere diffusa, poiché il test è stato dato alle vendite solo a febbraio 2012. È stato dunque esiguo il tempo occorrente per rivedere i casi di cui fino ad allora si disponeva e la possibilità di ammetterne di nuovi.

Ad ogni modo, superando le difficoltà date dallo specifico quadro nosografico e dalle ristrettezze procedurali e temporali, chi scrive si è impegnata affinché l'applicazione della PCL-R venisse a rispettare i criteri di validità dello strumento³¹. Il cui risultato peraltro costituisce uno degli item dell'HCR-20, strumento portante dell'indagine che qui si presenta. Ed in definitiva si è ritenuto metodologicamente più corretto discutere i risultati di un campione che, seppur limitato nel numero, potesse dirsi almeno "completo" nella qualità (ovvero per il quale si disponesse tanto del risultato della codifica della PCL-R che del risultato della codifica dell'HCR-20).

Chiarito quanto sopra, i paragrafi che seguono presentano una breve descrizione degli strumenti utilizzati e dei riscontri ottenuti dalla loro applicazione nella ricerca.

3.2. *Gli strumenti e la review della letteratura.*

Tanto l'HCR-20 quanto la PCL-R dispongono di un'interessante letteratura in tema delle loro applicazioni: della validità e dell'efficacia nella valutazione del rischio di condotte aggressive-violente, anche al confronto con altri strumenti; dell'accuratezza nel segnalare

³¹ Allo scopo di operare una corretta applicazione del test, si è infatti scelto di seguire un Corso di Formazione all'uso dello strumento tenuto da uno dei formatori ufficiali PCL-R per l'Italia, Dott. Stefano Ciulla, PhD, afferente a quel gruppo di ricerca ed analisi criminologica denominato "SOCrATeS" (Supporto Operativo Criminologico per l'Arma Territoriale e i Reparti Speciali) coordinato in maniera congiunta dal Prof. Vincenzo Caretti dell'Università degli Studi di Palermo e dal Ten. Col. Giorgio Stefano Manzi del RaCIS, Arma dei Carabinieri, che con i loro collaboratori si sono impegnati anche nella traduzione e validazione italiana dello strumento.

Allo stesso modo, nel novembre 2011 si è conseguito un Corso di Formazione sull'uso dell'HCR-20 tenuto dal Dott. Vittorio Melega presso l'OPG di Montelupo Fiorentino, indetto dall'ASL 11 di Empoli.

differenze nel tasso di tale rischio rispetto al genere sessuale ed altre importanti variabili; nella riconosciuta importanza di quanto occorra una loro adeguata conoscenza da parte dello staff infermieristico e psichiatrico-forense di istituti di detenzione e ospedali psichiatrici giudiziari sia per una migliore conduzione del lavoro clinico in stato di contenzione che per orientare i programmi di dimissione.

Si darà accenno ai riferimenti sopra evidenziati discutendo brevemente la struttura di questi strumenti³².

3.2.1. *La Violence Risk Assessment Scheme o HCR-20*

La *Violence Risk Assessment Scheme* o *HCR-20* (Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997), di cui non esiste validazione italiana, è uno strumento di ampia applicazione per la valutazione del rischio di violenza.

La Scala rappresenta il riuscito tentativo di sviluppare uno standard strutturato del giudizio professionale inerente la stima della probabilità che pazienti con malattia mentale, compresi quelli di interesse forense, possano commettere nuovi comportamenti violenti oltre a quello/i che ha determinato il loro internato in istituto di cura/detenzione.

La praticità della sua applicazione ed i riscontri scientifici già offerti in merito alla sua validità predittiva, danno garanzia che l'HCR-20 sia un valido aiuto per l'equipe psichiatrica e di valutazione forense tanto nella pratica clinico-terapeutica di gestione del malato all'interno dell'istituto quanto nel processo di dimissione. La letteratura sottolinea infatti come sia fondamentale che l'equipe medica acquisisca un'adeguata conoscenza della struttura dello strumento così da adottarlo nella routine del lavoro clinico e nei processi decisionali inerenti la dimissione del paziente (Wright P. & Webster C., 2011), poiché è stata dimostrata l'attendibilità nel grado di accordo dei giudizi effettuati in cieco tra più valutatori (*inter-rater reliability*) che abbiano usato lo strumento sullo stesso campione (Belfrage H., 1998).

La letteratura non si è mostrata uniforme nel fornire un punteggio di cut off per la predizione del rischio di violenza: secondo alcuni autori, manca un vero e proprio punteggio di cut off (Cawood J.S & Corcoran M.H, 2009, pag. 154); secondo altri, l'uso dello strumento in alcune particolari popolazioni consente di considerare un valido cut off al punteggio di 21 (Thamakosit W., 2007); per altri ancora, il punteggio di cut off è 27 (Fujii D., Lichten A., & Tokioka A., 2004). Sostanzialmente, è possibile interpretare queste eterogenee indicazioni in considerazione del fatto che l'HCR-20 assolve alla necessità dell'equipe di lavoro di

³² Si ricorda che quanto segue, tanto per l'HCR-20 quanto per la PCL-R, riprende sinteticamente le indicazioni fornite nei rispettivi Manuali all'uso dei test.

individuare dei range di rischio espressi in termini di rischio basso, medio o alto, più che nel fatto di indicare un punteggio quantitativo del rischio stesso.

L'uso dell'HCR-20 nei servizi psichiatrici civili e forensi, è infatti volto alla possibilità di determinare le future condotte violente dell'utenza che si ha in gestione, al fine di promuovere opportuni programmi trattamentali individuali, nonché valide strategie per prevenire e/o ridurre tale rischio.

Da un punto di vista concettuale, lo strumento sottende ad intendere la *violenza* come il fattivo, tentato o minacciato danno fisico procurato ad un'altra persona in modo non consensuale. Oltre agli atti veri e propri, per i quali l'entità del danno dipende da fattori quali la prossimità tra autore e vittima o l'uso di strumenti specifici per esercitare la violenza (es. armi), nella definizione si includono quindi anche le minacce esercitate sotto forma di atti o espressioni verbali che hanno lo scopo deliberato di incutere timore nel possibile danno fisico che la vittima avrebbe ad avere. Tali minacce devono essere chiare, e non vaghe affermazioni di ostilità per essere annoverate nella definizione: la violenza è quel comportamento che può causare danni all'altro. Ma il danno ad una vittima non è la caratteristica che definisce l'atto di violenza, è l'atto stesso.

Per quanto sopra esposto, il processo decisionale attuato tramite l'applicazione dell'HCR-20 intende "caratterizzare" il rischio di comportamenti violenti per il soggetto in esame: l'attenzione è posta non solo sull'atto violento in sé, quanto sulla decisione del soggetto di agire violentemente; è in tal senso vista come "previsionale" l'individuazione dei soggetti a rischio di commissione di atti violenti. Il medico o l'esaminatore dovrà quindi interpretare le modalità e le motivazioni della scelta di una condotta violenta già adottata dal soggetto nel passato, e all'atto della valutazione determinare se, sussistendo gli stessi fattori, egli possa nuovamente agire in modo violento.

Questo è, in linea generale, fattibile per gli autori di condotte violente che non detengano una base psicopatologica: la violenza di soggetti affetti da patologia di mente non può risentire allo stesso modo di questa "cosciente" decisione da parte del soggetto. In quest'ultimi agiscono infatti, al di là della diagnosi di patologia di mente, alcuni elementi che su di essa si innestano: l'abuso di sostanze, ad esempio, o alcuni tratti di personalità, che se già da soli influiscono sulla prima condotta violenta e così come sulla sua recidiva, combinati tra loro innalzano il rischio a percentuali superiori al 50% (Stadtland C., & Nedopil N., 2005).

Lo schema concettuale sul quale si fonda l'HCR-20, sviluppato da un attento esame della letteratura empirica riguardante i fattori correlati all'adozione di comportamenti violenti,

si fonda sul fatto di delineare alcuni *markers* di rischio nel passato di vita del soggetto in esame, negli elementi clinici del presente e nel futuro.

L'HCR-20 prende dunque il nome dalle tre sottoscale che la compongono e dal numero dei fattori considerati: 10 fattori storici (*Historical*), 5 fattori clinici (*Clinical*) e 5 fattori di gestione del rischio (*Risk Management*).

La codifica di ognuna delle singole 20 voci avviene per mezzo di una scala a tre punti, in base al grado di certezza sulla presenza del fattore di rischio:

- il punteggio 0 indica che il fattore è assente, o che la sua presenza non è supportata dalle informazioni di cui si dispone sulla storia del paziente;
- il punteggio 1 indica che il fattore è possibilmente o parzialmente presente, ovvero che le informazioni di cui si dispone indicano una qualche evidenza, seppur non definitiva, della sua presenza;
- il punteggio 2 indica l'assoluta, chiara e certa presenza del fattore considerato.

Laddove non si disponga di alcuna informazione relativa ad una data voce, o se quelle di cui si è in possesso non vengono ritenute attendibili, ne è consentita l'omissione.

Attribuiti i punteggi ad ognuno dei fattori che compongono la scala, la valutazione del rischio viene effettuata considerando tre livelli di gravità: basso, medio o alto.

Il manuale suggerisce come il processo di valutazione del rischio di violenza non sia specificabile in modo univoco per differenti contesti.

A fini di ricerca, considerando l'HCR-20 come una vera e propria scala statistica, si può sommare il punteggio degli item che compongono ognuna delle tre sottoscale così da ottenere dei punteggi parziali relativi al "peso" dei fattori storici (dove il punteggio andrà da 0 a 20), clinici e di risk management (dove il punteggio andrà da 0 a 10); per poi sommarli tra loro ed ottenere un punteggio totale (che andrà da 0 a 40).

Laddove siano state omesse delle voci, il punteggio deve essere calcolato "pro-rata", ovvero in proporzione al numero delle omissioni. È però sconsigliato attuare tale metodo nel caso in cui siano state omesse troppe voci, ovvero più di 2 per i fattori H, più di 1 per i fattori C e R, o più di 5 in totale.

Per scopi clinici è chiaramente inutile sommare il punteggio dei fattori o calcolare il punteggio totale per valutare il grado di rischio o pericolosità di violenza. In questo contesto il valutatore può considerare sufficiente la presenza di uno solo o pochi fattori per giudicare il soggetto in esame ad alto rischio di violenza: ad esempio, particolarmente rilevanti sono i fattori H1, H5 o H7, C3 o C4, R3 o R4.

Il clinico potrebbe allora considerare che maggiore è il numero di fattori presenti in un dato caso, maggiore è il rischio di violenza. Ma nemmeno tale metodo ha efficacia, in quanto le ricerche dimostrano che il rischio di violenza dipende non dal numero dei fattori di rischio quanto dalla qualità della loro influenza e dal modo in cui ognuno di loro si combina con gli altri.

Tra l'altro nel contesto clinico l'omissione delle voci rappresenta un problema poiché, mentre il punteggio quantitativo pro-rata ha come presupposto il fatto che ogni voce abbia più o meno la stessa validità sia come indicatore di alcuni tratti (pericolosità) che come revisore di eventi (la violenza), in una valutazione qualitativa clinica questo non ha attendibilità. Pertanto nel contesto clinico l'omissione deve essere valutata come 0, ad indicare semplicemente che non si posseggono informazioni atte a suggerire la presenza di quel fattore (e, a questo punto, a suggerire la necessità di indagare meglio).

In generale, poiché le omissioni possono inficiare la validità del giudizio finale circa la predittività del rischio, il valutatore deve qualificare le proprie opinioni specificando anche se ed in che termini esse potrebbero cambiare in presenza delle informazioni mancanti.

Il manuale dell'HCR-20³³ suggerisce di effettuare la valutazione a più riprese, allorquando si sia verificato un cambiamento nel comportamento del paziente o nel suo contesto residenziale; tale suggerimento risiede nella variabilità che può subire nel corso del tempo la gravità di alcuni fattori di rischio, variabilità che a sua volta influenza la gestione clinica e la previsione del rischio di violenza.

Infatti, i fattori clinici e di risk management, oltre che essere combinati tra loro allo scopo di prevedere il rischio di comportamenti violenti, si mostrano utili mezzi per monitorare i progressi del trattamento adottato per il soggetto.

Va da sé che tale accezione sia di rilevante importanza soprattutto nel caso in cui il soggetto in questione sia un autore di reato per il quale sia stato prodotto un giudizio di non responsabilità penale in virtù della presenza di una malattia mentale: in questi casi, il monitoraggio dell'efficacia del trattamento diventa uno degli elementi che orienta il giudizio sulla sussistenza o meno della sua pericolosità sociale.

Andiamo adesso a discutere più nello specifico dei 20 fattori che compongono la scala: attenendosi alle indicazioni/spiegazioni che il manuale suggerisce per ognuno di essi, la

³³ Non essendo disponibile una validazione italiana dello strumento, chi scrive ha adottato la versione originale dello strumento, chiedendo ad un traduttore esperto di indicare i contenuti salienti in merito alle applicazioni già effettuate, all'uso dello strumento, all'attribuzione dei punteggi ed alla codifica del risultato. Si auspica così che tale lavoro, al di là delle finalità specifiche che l'hanno condotto, possa offrire un contributo al confronto dei risultati ottenuti dalla popolazione originale con quella italiana.

loro codifica quantitativa va segnalata utilizzando l'apposito Foglio di Codifica (*HCR-20 Coding Sheet*) che costituisce il materiale del test.

I fattori H attengono al passato: si dicono “storici” in quanto relativamente stabili, ovvero poco variabili nel tempo poiché la loro presenza è considerata durevole nell'arco di vita del soggetto. Essi riflettono variabili relative a serie problematiche in alcuni particolari aspetti di adattamento, che in modo più o meno causale possono essere correlate con il rischio di violenza futura. A loro volta distinti in due sottogruppi, uno relativo alla storia di vita del soggetto e l'altro alla qualità del contesto psico-sociale, in pratica abbiamo:

- **H1 – *Previous Violence (Precedenti episodi di violenza)***: l'item pone che la probabilità di commettere futuri comportamenti violenti (o devianti) aumenta se vi siano dei precedenti episodi nel passato. Si intende per violenza quella commessa verso altre persone (tralasciando quella verso oggetti o animali). Per l'attribuzione del punteggio, all'atto della valutazione si combina il numero di precedenti episodi di violenza con la gravità degli stessi.
- **H2 – *Young Age at First Violent Incident (Inizio precoce di comportamenti violenti – Età al primo episodio violento)***: l'item pone una corrispondenza tra l'età al tempo del primo episodio violento ed il rischio di adozione di ulteriori episodi violenti. Più il soggetto era giovane al tempo della prima violenza, maggiore sarà il rischio futuro. L'esaminatore deve dunque conoscere o essere in grado di individuare l'età del soggetto al primo episodio violento (l'età al fatto compiuto, non l'età alla sua denuncia), così da attribuire il punteggio utilizzando i range di età indicati dal manuale.
- **H3 - *Relationship Instability (Instabilità relazionale)***: l'instabilità è intesa nelle relazioni affettive con partner (mogli/mariti) e non con i familiari in generale e gli amici. Assenza di legami affettivi, molte relazioni a breve termine o pattern di relazioni instabili e conflittuali per lungo tempo, depongono per l'attribuzione di un punteggio di 2.
- **H4 – *Employment Problems (Problemi nella sfera lavorativa)***: l'item include tanto le attività lavorative nella vita in libertà, quanto le esperienze o i programmi di lavoro affidati in un istituto di cura/riabilitazione, nonché la frequenza a scuole o corsi professionali. Anche in questo caso, la quantità di esperienze lavorative e la qualità delle stesse orienta l'attribuzione del punteggio: ottengono un punteggio alto coloro che non hanno mai lavorato regolarmente, o che hanno cambiato o abbandonato di frequente un'attività lavorativa, o che sono stati spesso licenziati.

- **H5 – *Substance Use Problems* (Problemi legati all'uso di sostanze stupefacenti):**
 l'uso di sostanze stupefacenti è un fattore molto importante, più ancora della malattia mentale, nell'incrementare il rischio di violenza. L'item non tratta tanto dell'uso in sé, che comunque deve essere spiegato in termini di consumo (occasionale, abituale o di abuso) anche senza la presenza di una vera e propria diagnosi, quanto delle limitazioni alle funzioni lavorative, alla sfera affettiva-relazionale ed alla salute che si ricollegano ai comportamenti di uso/abuso di sostanze.
- **H6 – *Major Mental Illness* (Presenza di malattia mentale grave):** l'item si riferisce alla malattia mentale grave ed acuta così come intesa dai quadri nosografici dell'Asse I e II del DSM-IV, sebbene nella revisione dello strumento lo specifico riferimento a tale manuale sia stato rimosso per facilitare la codifica dell'item nelle giurisdizioni che usano diverse classificazioni diagnostiche. L'attribuzione del punteggio dipende da sicure codifiche di malattia mentale avute in passato o diagnosticate nel presente, o da codifiche provvisorie/probabili in attesa di conferma (è necessario indicare una delle due voci nel Foglio di Codifica): se la presenza di psicosi, ritardo mentale o disturbi di personalità, al di là della specificità dei criteri diagnostici all'interno di queste categoria, non può essere definita in modo equivocabile, si attribuisce all'item il punteggio di 1.
- **H7 – *Psychopathy* (Psicopatia):** anche in questo caso il Foglio di Codifica indica di segnalare se si tratta di diagnosi sicura o probabile, e l'attribuzione del punteggio all'item dipende dal punteggio ottenuto dal soggetto alla somministrazione della PCL-R o della PCL:SV (Psychopathy Checklist - Screening Version): l'item avrà punteggio 0 per punteggi al di sotto di 20 nella PCL-R, punteggio 2 per punteggi al di sopra di 30 alla PCL-R.
- **H8 – *Early Maladjustment* (Disadattamento precoce o Disadattamento infantile):**
 l'item include espressioni di disadattamento, in ambito scolastico, familiare o sociale in generale, in cui il soggetto sia stata vittima o artefice (maltrattamenti subiti durante l'infanzia, o vittimizazioni verso gli altri).
- **H9 – *Personality Disorder* (Disturbi di Personalità):** anche in questo caso è da indicare nel Foglio di Codifica se si tratta di diagnosi sicura o probabile, ed il punteggio 1 si attribuisce alla presenza di soli tratti di personalità. L'item intende indagare, tra tutti, in particolare i Disturbi di personalità del Cluster B, ed in special modo il Disturbo Borderline ed il Disturbo Antisociale di Personalità.

- **H10 – *Prior Supervision Failure* (Fallimento di precedenti tentativi di supervisione/trattamento):** per gravi fallimenti, tali da consentire l'attribuzione del punteggio di 2, si intendono fughe dall'istituto di cura o contenzione, gravi episodi di violenza durante i programmi trattamentali proposti dal Tribunale, etc. Se un soggetto, prima della valutazione, non ha mai avuto un precedente tentativo di supervisione/trattamento da parte dei Servizi Psichiatrici o della Magistratura, si deve attribuire il punteggio 0.

Nonostante la natura statica dei fattori H, la loro codifica può non essere altrettanto immutabile: è infatti possibile che l'attribuzione del punteggio alle voci che compongono questa sottoscala possa essere corretta o variata in base a nuove acquisizioni sulle informazioni a carico del soggetto, che possono essere da lui stesso riferite o acquisite in una ulteriore visione della documentazione di riferimento.

Il processo di codifica di questi fattori diviene dunque un'attività al quale l'esaminatore deve prestare molta attenzione ed accuratezza di indagine, al fine di non incorrere in errore attribuendo punteggi più alti a casi meno rilevanti (e dunque orientandosi a considerare gli stessi come *falsi positivi*), o peggio ancora sottovalutando l'influenza dei fattori H (*falsi negativi*) nel processo di valutazione del rischio di violenza.

Oppure potrebbe aversi una variazione del fattore, come peggioramento o come miglioramento delle condizioni da esso indicate: ad esempio, la codifica dell'item H1 deve essere rivista nel momento in cui il soggetto commetta un (altro) episodio grave di violenza; la codifica dell'item H10 deve essere rivisto se, in una successiva valutazione, il soggetto è nel frattempo scappato dal centro di ricovero/detenzione; ed infine, item come H3, H4 e persino H5 possono registrare un miglioramento nel corso del tempo.

In ultimo, è ammesso che il valutatore (o l'equipe di valutazione) modifichi la propria opinione riguardo la rilevanza di un item, pur mantenendo invariato il valore della sua codifica. Ciò si traduce nel fatto che, se anche la valutazione quantitativa dei fattori H non subirà modifiche, la valutazione qualitativa, e specificamente clinica, potrebbe non essere la stessa.

I fattori C riguardano il presente, o meglio fanno riferimento all'osservazione durante i 6 mesi antecedenti la valutazione. La loro presenza serve a moderare la rilevanza dei fattori H, rendendo lo strumento più dinamico.

Attitudini, comportamenti, emozioni e cognizioni descritti nei fattori C possono cambiare grazie ad un intervento pianificato o al mutamento delle circostanze, così come accade per i fattori R; tanto che non è errato dire che i fattori C ed R hanno la potenzialità di

prevedere e prevenire il rischio di violenza, mentre i fattori H forniscono le componenti per determinare il contesto della sua espressione.

I fattori C sono:

- **C1 – *Lack of Insight* (Mancanza di consapevolezza di malattia):** si riferisce al grado con il quale il soggetto non riesce a comprendere e ad essere consapevole del suo disturbo mentale e degli effetti che esso ha nel suo comportamento e verso gli altri. Se il soggetto manca di insight, il suo punteggio sarà 2.
- **C2 – *Negative Attitudes* (Attitudini o atteggiamenti negativi):** descrive atteggiamenti negativi, antisociali o sadici verso gli altri, le regole sociali, le istituzioni, la legge e l'autorità. Specifica la presenza di tali attitudini al di là della presenza della malattia mentale. Nell'attribuzione del punteggio, è importante valutare anche la presenza di senso di colpa o rimorso verso i comportamenti passati.
- **C3 – *Active Symptoms of Major Mental Illness* (Florida sintomatologia di disturbi psichiatrici maggiori):** è stato ormai scientificamente approvato che il rapporto tra malattia mentale e violenza non gode necessariamente di causalità; sul rischio di violenza influisce invece la presenza di alcuni sintomi della malattia mentale e tra questi in particolare i disturbi nel contenuto e nella forma del pensiero (allucinazioni, pensiero bizzarro, ideazione paranoide, etc.). Il punteggio di 2 si attribuisce se è accertata la presenza di florida sintomatologia psicopatologica, o laddove i sintomi siano gravi.
- **C4 – *Impulsivity* (Impulsività):** l'item intende la facile irritabilità, l'instabilità affettiva, d'umore e comportamentale che determina acting improvvisi come espressione del discontrollo degli impulsi. Anche in questo caso, si valuta extra rispetto alla malattia mentale.
- **C5 – *Unresponsive to Treatment* (Mancanza di reattività al trattamento):** l'item descrive la compliance al trattamento posseduta dal soggetto all'atto della valutazione o lungo i precedenti 6 mesi, nonché l'efficacia dello stesso. Ottengono un punteggio di 2 i soggetti che rifiutano di iniziare il trattamento, oppure lo iniziano ma poi lo interrompono, o ancora completano il trattamento ma non ne beneficiano (esso non è stato efficace).

Infine abbiamo i fattori R, che si riferiscono al modo in cui il soggetto si adatterà alle circostanze future ed al fatto che si potranno sviluppare efficaci programmi per ridurre il rischio di comportamenti violenti.

Nella valutazione predittiva del rischio di violenza, infatti, non si può prescindere dall'analisi del contesto in cui si troverà a vivere il soggetto una volta dimesso, né dalla valutazione dei punti di forza sui quali potrà trovare appoggio.

Il Foglio di Codifica richiede di specificare il contesto in cui verrà effettuata la gestione del rischio: "IN" farà riferimento al periodo di ospedalizzazione, "OUT" all'esterno. È su questo secondo contesto che ci si è soffermati per la descrizione delle seguenti voci R:

- **R1 – *Plans Lack Feasibility* (Mancanza di programmi praticabili):** l'assenza di piani praticabili può dipendere dalla genericità degli stessi o dall'effettiva mancanza o disponibilità delle risorse sul territorio, intese sia come figure professionali che come servizi. Se la comunità non può o non vuole, a causa del comportamento del soggetto, o non sia in grado, a causa della mancanza di risorse, di fornire assistenza dopo la dimissione del soggetto, è bene applicare un punteggio di 2.
- **R2 – *Exposure to Destabilizers* (Esposizione a fattori destabilizzanti):** non si tratta di prevedere la presenza di tutti i possibili fattori destabilizzanti nella vita di un soggetto, compito che sarebbe chiaramente impossibile, quanto di prevedere almeno la presenza di alcuni fattori che già hanno manifestato un potere destabilizzante nel passato del soggetto (uso di sostanze, captazione da parte di gruppi malavitosi, facilità nel reperire armi), e contemporaneamente di escludere la presenza di altri che sarebbero invece di natura positiva (assenza di abitazione, mezzi economici di sostentamento). Anche una scarsa o inadeguata supervisione professionale (sanitaria, istituzionale) può essere considerato un fattore destabilizzante. Il valutatore dovrà inoltre segnalare se il soggetto dovrà seguire specifici programmi per limitare o escludere l'influenza di questi fattori (es. Alcolisti Anonimi).
- **R3 – *Lack of Personal Support* (Mancanza di sostegno personale):** è importante valutare la presenza di aiuti sul piano pratico ed anche emotivo che il soggetto potrà ricevere da familiari, amici e servizi socio-sanitari. Se tali forme di sostegno personale non sono presenti, o se esistono ma il soggetto non riesce ad accettarli, si potrà attribuire un punteggio alto.
- **R4 – *Noncompliance with Remediation Attempts* (Mancanza di adesione ai programmi terapeutici):** la motivazione ad aderire ai tentativi di trattamento, che in questo caso è riferita al futuro, si ricollega alla presenza di insight (C1) ed alla motivazione e volontà di rispettare un percorso terapeutico (C5). Il rischio di

violenza si riduce infatti se il soggetto possiede consapevolezza della propria malattia e, in virtù di ciò, accoglie ed aderisce a regole condivise in un percorso di trattamento. Il manuale sottolinea che, nella similarità di questa voce con la C5, il valutatore deve ricordare che i fattori C si riferiscono al presente mentre i fattori R al futuro: dunque se un soggetto può aver dimostrato di non rispondere ad uno specifico intervento ed aver ottenuto il punteggio di 2 nella voce C5, la voce R4 richiederà una nuova valutazione alla voce R4 per verificare la conformità a programmi futuri.

- **R5 – Stress (Stress):** l'item richiede di valutare le fonti di stress che il soggetto può incontrare ed il modo con il quale può reagire ad esse, ovvero le strategie di *coping*. La previsione dei *life event stress*, che al pari degli elementi destabilizzanti citati nel fattore R2 non è semplice da effettuarsi, si riferisce nello specifico a tre aree generali: la famiglia, gli amici ed il lavoro. Il valutatore deve chiarire se, nell'immaginabile futuro del soggetto, non vi siano già degli stressor che con la dimissione del paziente possano influenzare la qualità della sua vita (es. separazioni familiari, perdita del lavoro, lutti).

Nell'utilizzare l'HCR-20 per la conduzione della ricerca oggetto del presente lavoro, si sono evidenziate alcune difficoltà applicative riconosciute non nella struttura dello strumento in sé, quanto nel contesto nel quale il lavoro di ricerca è stato condotto.

Come per qualsiasi altro strumento che dalla prassi clinica viene mutuato a quella sperimentale, anche l'HCR-20, per rendere al meglio l'efficacia degli standard psicometrici che garantiscono l'affidabilità e la validità della sua applicazione, necessita in primo luogo di un elemento: che i criteri o i parametri considerati utili al fine per il quale lo strumento è stato ideato, in questo caso la valutazione predittiva di comportamenti aggressivo-violenti, possano di fatto essere valutati in modo qualitativo e quantitativo, dunque senza troppe incertezze nella loro "rintracciabilità".

Il contesto nel quale la ricerca è stata condotta, invece, non sempre ha posto l'esaminatore in una condizione di facile rintracciabilità dei parametri richiesti dallo strumento.

Si intende, in altre parole ed in senso generale, che pur impegnandosi ad una consultazione accurata della documentazione socio-sanitaria o giudiziaria a carico dei soggetti che hanno composto il campione di questa indagine, altresì a volte compiuta in più istituti perché tali erano stati i luoghi di contenzione di alcuni soggetti, o altresì arricchita dalle informazioni aggiuntive o di verifica ottenute a colloquio con gli internati o con il personale

curante, in alcuni casi l'esaminatore si è dovuto affidare più ad un proprio "intuito clinico" che ad un oggettivo riscontro per la codifica di alcuni item.

Si è ad esempio constatato che la difficoltà nell'attribuire il punteggio agli item H1 ed H2, relativi a precedenti episodi di violenza ed all'età del primo comportamento aggressivo, risiede nel fatto che spesso, dalle cartelle cliniche o dai fascicoli giudiziari sul soggetto, tali criteri non sono indicati in maniera esplicita. Si fa in alcuni casi riferimento a generiche espressioni di "*pregressi episodi di violenza*", che però non riferiscono né le modalità con la quale essa sia stata espressa né l'oggetto verso cui essa sia stata diretta. Meno che meno, in modo esplicito, viene indicata l'età al primo episodio violento, per la quale in alcuni casi è stato necessario attuare una valutazione secondo un processo di inferenza, se la documentazione ad esempio citava la probabilità di episodi antecedenti a quelli della prima denuncia, e laddove essa riportata.

Eppure, come detto in precedenza e come riportato dalla letteratura, vi è un nesso tra la presenza di precedenti episodi di violenza e la probabilità che lo stesso soggetto ne commetta di altri in futuro, così come vi è un nesso tra la precocità di comportamenti aggressivi e la probabilità che tali modalità divengano uno standard nella condotta del soggetto: dunque queste due indicazioni, di così rilevante e primaria importanza, dovrebbero essere registrate accuratamente negli istituti preposti alla cura o al contenimento giudiziario di questa tipologia di utenza.

Anche in merito all'item H5, relativo al consumo o meglio all'abuso di sostanze stupefacenti, si è riscontrata la stessa difficoltà di esplicita indicazione. Nei casi in cui veniva segnalato che il soggetto aveva dimostrato abitudine al consumo di droghe, sarebbe stato necessario approfondire, oltre che la tipologia di sostanza, anche la natura dell'addiction. Superfluo ricordare che anche questo criterio detiene la sua importanza nella misura in cui è stato già indicato in rapporto di causalità con l'adozione di comportamenti aggressivo-violenti.

Stessa difficoltà si è riscontrata per l'item H3, relativo all'instabilità affettiva, e considerato altro indicatore di uno stile di condotta aggressivo-violenta nonché predittivo dello stesso rischio.

Ed infine, giusto citando in questa sede solo i più importanti, anche l'item H10 relativo al fallimento di eventuali precedenti tentativi di supervisione/trattamento da parte dei servizi psichiatrici o del sistema di giustizia, necessiterebbe di esplicite indicazioni nella documentazione dei soggetti coinvolti.

Si mostra in sostanza di primaria importanza l'accurata registrazione delle notizie storico-anamnestiche per i soggetti che, affetti da patologia di mente, siano anche autori di reato, in virtù dell'analisi delle implicazioni che la patologia può avere sulla pericolosità sociale, intesa come valutazione del rischio di violenza.

Viepiù, chi scrive considera che la valutazione dei fattori storici descritti dall'HCR-20 manifesta alcune connessioni con quella dei fattori clinici e di risk management: ad esempio, la presenza di precedenti episodi di violenza, l'instabilità affettiva o la presenza di tratti psicopatici riscontrati tra i fattori storici, potrebbe orientare il punteggio da indicare per l'item C4 – Impulsività, anche se riferito ai 6 mesi pregressi all'esame, o per l'item R3 – Mancanza di sostegno personale, che è una delle condizioni che l'equipe medico-trattamentale a ben ragione considera con rilievo nella valutazione della dimissibilità di un internato.

Dunque chi scrive ritiene, in particolare i fattori storici, elementi cui prestare la massima attenzione nell'intento di predire il rischio di violenza.

Tale considerazione trova peraltro accordo in grossa parte degli studi condotti in letteratura, che tuttavia non è unanime in questo riscontro, sottolineando in alcuni casi come i fattori clinici e di risk management detengano maggiore significato predittivo del rischio di violenza rispetto ai fattori storici.

Così ad esempio, uno studio longitudinale retrospettivo condotto in Svezia su un campione di 106 pazienti violenti affetti da Schizofrenia, ha messo a confronto la validità predittiva della VRAG (*Violent Risk Appraisal Guide*) e della parte anamnastico-storica dei fattori H dell'HCR-20. In tale confronto, lo studio ha dimostrato che entrambi gli strumenti hanno una buona validità predittiva del rischio di violenza, ma che i 10 fattori H dell'HCR-20 detengono una precisione superiore rispetto ai criteri ammessi dalla VRAG, in particolare per ciò che concerne la previsione a lungo termine del rischio di condotte violente che attiene a soggetti con grave patologia di mente (Tengström A., 2001).

Ancora, uno studio longitudinale pseudo-prospettico condotto su un gruppo di 887 pazienti forensi maschi, dimessi dai reparti di media sicurezza di un ospedale psichiatrico-forense del Regno Unito, ha dimostrato che i fattori H ed i fattori R dell'HCR-20 hanno una buona validità predittiva del rischio di violenza, mentre scarsi sono i risultati dei fattori C. La codifica dell'HCR-20 si è ottenuta utilizzando le informazioni sanitarie e giudiziarie antecedenti la dimissione, e confrontando poi i risultati con le notizie di ulteriori comportamenti violenti avvenuti nel post-dimissione lungo un periodo di 2 anni. In particolare, l'efficacia predittiva dello strumento si è rivelata alta per periodi di tempo brevi (1

anno), mentre un modesto calo si è avuto considerando periodi più lunghi (5 anni) (Gray N.S., Taylor J., & Snowden R.J., 2008).

Anche in studi condotti su popolazioni femminili, o sul confronto di queste con popolazioni maschili, i risultati sul potere predittivo dei fattori H è stato positivo: ad esempio, da uno studio condotto su 45 ex pazienti donne di un ospedale psichiatrico-forense olandese, si è visto come l'attendibilità inter-rater dei fattori H distingueva con differenze significative tra pazienti recidive e pazienti non-recidive. Il tasso di recidiva violenta era del 16%. Tra i fattori storici, quelli che in particolare possedevano maggiore validità predittiva erano l'H1 e l'H5: precedenti episodi di violenza e problemi relativi all'uso di sostanze stupefacenti (Schaap, G., Lammers S., & de Vogel V., 2009).

Sempre sul confronto tra popolazione maschile e femminile è stato condotto uno studio su un campione complessivo di 836 pazienti maschi e femmine valutati con l'HCR-20 in due momenti temporali, ovvero a 20 e 50 settimane. Lo studio aveva lo scopo di indagare l'accuratezza predittiva del rischio di violenza per ogni voce che compone le scale dell'HCR-20, considerate come singole e combinate tra loro (H, C, H-C, etc.). I risultati della valutazione hanno indicato che il punteggio ottenuto dalla combinazione delle scale H e C ha dimostrato una moderata accuratezza predittiva nel campione complessivo (maschi e femmine) in entrambi i momenti temporali, ovvero sia a breve che a lungo termine, ma che per le donne era minore nel breve termine. L'accuratezza predittiva della sottoscala H si è dimostrata dunque migliore per gli uomini rispetto alle donne nel breve termine, e non lontano da questo è il risultato per la valutazione a lungo termine. Dunque lo studio ha sottolineato come l'HCR-20 sia uno strumento che fornisce risultati migliori per la valutazione del rischio di violenza in popolazioni maschili, ma che in nessun modo lo strumento indichi come modificare la valutazione per le donne, o che addirittura sia sconsigliato l'uso per la popolazione femminile (Garcia-Mansilla A., 2011).

Infatti, come ha dimostrato uno studio retrospettivo condotto su un campione complessivo di 148 pazienti (63 donne e 85 uomini) internati presso due ospedali psichiatrici svedesi, considerando diversa la natura della violenza attuata da uomini e da donne, è da considerare diversa l'accuratezza predittiva dell'HCR-20 tra queste due popolazioni, ma che in generale l'HCR-20 è valido per entrambi, essendo simili i fattori di rischio per questi due campioni (Strand S., & Belfrage H., 2001).

Ancora, sempre sulla base del confronto tra uomini e donne, uno studio ha messo in rapporto l'accuratezza predittiva del rischio di violenza posseduta da 5 strumenti: l'HCR-20, la PCL-R, la VRAG, la *Risk Matrix 2000-Violence* (RM2000[V] di Thornton D. et al., 2003)

e la *Offenders Group Reconviction Scale* (OGRS, di Copas J.B. & Marshall P., 1998; Taylor R., 1999). Tutti gli strumenti hanno dimostrato una significativa capacità predittiva per entrambi i campioni, ma l'accuratezza dei risultati è stata migliore per la OGRS per la popolazione maschile, e per l'HCR-20 e la PCL-R per la popolazione femminile.

Viceversa, in menzione della letteratura che ha riscontrato un maggiore valore predittivo per i fattori clinici o di risk management, già uno studio longitudinale retrospettivo condotto in Svezia su due gruppi di pazienti dimessi da un ospedale psichiatrico forense, di cui uno formato da soggetti con recidiva di criminalità violenta e l'altro senza recidiva, aveva dimostrato che l'HCR-20 ha in generale un'alta validità predittiva del rischio di violenza, in particolare per ciò che concerne i fattori clinici e di risk management rispetto ai fattori storici. Poiché tuttavia lo studio riconosceva la codifica tanto dei fattori C quanto dei fattori R come dipendente dalla codifica dei fattori H, i ricercatori ammisero in conclusione che, in particolare in studi di follow-up, la codifica di quest'ultimi era molto importante (Strand S., Belfrage H., Fransson G., & Levander S., 1999).

Sulla scorta di questi primi risultati, gli stessi ricercatori condussero dunque uno studio di follow-up a 8 mesi utilizzando l'HCR-20 e la PCL-R su un campione di 41 condannati a lungo termine, reclusi in due correzionali di massima sicurezza dello Stato. Anche questo studio dimostrò però un'alta validità predittiva del rischio di violenza da parte dei fattori C ed R, mentre uno scarso potere predittivo ottennero i fattori H (Belfrage H., Fransson G., & Strand S., 2000).

In tempi più recenti, uno studio di follow-up a 2 anni condotto applicando l'HCR-20 con l'omissione dell'item H7 - Psicopatia su un campione di 70 pazienti violenti dimessi in comunità da reparti di media sicurezza di ospedali forensi britannici, ha dimostrato che in generale il punteggio dell'HCR-20 non era in grado di prevedere la recidiva, ma era un significativo predittore della riammissione in ospedale e del rischio di violenza auto o etero diretta. In particolare, lo studio mostra come siano i fattori C ed R a possedere elevata validità predittiva nell'indicare per quanto tempo un soggetto è in grado di rimanere in "libertà" a seguito della dimissione, e dunque la validità generale dello strumento non viene ad essere inficiata dall'omissione dell'item H7 - Psicopatia (Dolan M., & Khawaja A., 2004).

Allo stesso modo, una meta-analisi condotta su 34 studi in cui siano stati utilizzati sia l'HCR-20 che la PCL-R nella valutazione del rischio di violenza, ha dimostrato che la mancata codifica dell'item H7 - Psicopatia nello scoring dell'HCR-20 non riduce la sua validità predittiva. Mentre l'HCR-20, pur con l'omissione dell'item H7, incrementa la validità della PCL-R, non è vero il contrario. Dunque l'omissione dell'item H7 dall'HCR-20 non

influenza negativamente la validità dello strumento (Guy L.S., Douglas K.S., & Hendry M.C., 2010).

Infine, uno studio condotto applicando l'HCR-20 e il DASA (*Dynamic Appraisal of Situational Aggression*) allo scopo di predire l'imminente rischio di pericolo dell'adozione di condotte aggressive-violente auto o etero dirette da parte di pazienti affetti da disturbo di personalità internati presso ospedali forensi di massima sicurezza in Inghilterra, ha dimostrato che, laddove il disturbo di personalità veniva caratterizzato da uno stato psicologico negativo con presenza di irritabilità ed impulsività (che sono tra le componenti dei fattori C dell'HCR-20), la validità dei risultati raggiunti con queste applicazioni strutturate era maggiore (Daffern M., & Howells K., 2007).

Presentati dunque alcuni riscontri di letteratura, ciò che preme ad ogni modo precisare è che quanto sopra esposto non voleva certamente essere una mera lamentela verso il lavoro di raccolta anamnestica condotto dagli operatori socio-sanitari prestanti servizio negli Istituti coinvolti dall'indagine, senza il quale si ha consapevolezza che la ricerca non avrebbe avuto corso; viceversa, aveva piuttosto il fine di sottolineare come un'approfondita conoscenza dello strumento HCR-20 possa orientare il lavoro dell'equipe clinica e trattamentale tanto nella quotidiana routine che nella specifica individuazione dei piani di dimissione (Wright P., Webster C.D., 2001).

3.2.2. La Psychopathy Checklist - Revised o PCL-R

La *Psychopathy Checklist - Revised* o *PCL-R* (Hare, 1980, 1991, 2003; ITA Caretti et. al, 2012) ha origine dagli studi condotti in Canada da Robert Hare, che già nel 1980 lo portano ad istituire una prima versione della scala come tentativo di operationalizzare le procedure di valutazione del costrutto clinico di psicopatia. La prima revisione del 1991 modifica la struttura dello strumento omettendo due dei 22 item originari, e riporta i risultati di studi internazionali condotti allo scopo di dimostrare l'affidabilità, la validità e la generalizzabilità dello strumento a diversi tipi di campione.

L'ultima revisione dello strumento, proposta dall'autore nel 2003 (*PCL-R 2nd edition*), non ha visto invece variazioni strutturali né per ciò che attiene alla descrizione degli item o ai criteri di scoring ed interpretazione, ma ha aggiunto ulteriori riferimenti sperimentali su popolazioni precedentemente non sottoposte a disamina: popolazioni femminili; popolazioni

di differente appartenenza razziale; soggetti con addiction da sostanze stupefacenti; autori di reati sessuali e pazienti psichiatrico-forensi.

La specificità di alcuni campioni ha peraltro determinato che, accanto allo strumento originale, l'autore ne abbia posto delle versioni specifiche, tra le quali si citano la *Hare Psychopathy Checklist: Screening Version* (PCL:SV, di Hart, Cox & Hare, 1995), che si affianca all'uso dello strumento originale su una popolazione normale di soggetti come screening per la valutazione della psicopatia in popolazioni di autori di reato; e la *Hare Psychopathy Checklist: Youth Version* (PCL:YV, di Forth, Kosson & Hare, 2003), per autori di reato adolescenti e giovani adulti.

Per la validazione italiana della PCL-R è stata condotta una ricerca multicentrica che, dal 2008 al 2010, ha coinvolto un campione di 139 autori di reato di nazionalità italiana condannati in via definitiva e detenuti presso strutture carcerarie ed OPG del territorio nazionale³⁴.

L'indagine si è svolta adottando, come criterio utile al calcolo della validità concorrente³⁵, la valutazione della pericolosità sociale per i soggetti esaminati effettuata da due Giudici esterni ed indipendenti, esperti nella clinica per la diagnosi di personalità e nella valutazione in ambito criminologico.

Forniti ai Giudici le interviste e le dovute informazioni collaterali sui 139 soggetti del campione (ai Giudici non venivano forniti i punteggi, per ogni soggetto, ottenuti dalla somministrazione della PCL-R), essi avevano il compito di ordinare su una scala da 1 a 10 (1 valore minimo; 10 valore massimo) la valutazione di pericolosità sociale dei partecipanti sulla base delle caratteristiche psicologiche e comportamentali che distinguevano ognuno di loro.

L'analisi statistica ha dimostrato una correlazione elevata tra l' "Indice di Pericolosità Sociale" fornita dai Giudici per ogni soggetto esaminato ed i punteggi che ognuno di essi aveva ottenuto alla PCL-R: vi era dunque un'ottima convergenza dello strumento con le valutazioni cliniche effettuate dai Giudici. Inoltre, al confronto tra l'MMPI-2 e la PCL-R, quest'ultima ha dimostrato una migliore validità predittiva in merito alla pericolosità sociale (sui punteggi, ad esempio, ottenuti nelle scale Pd ed Ma dell'MMPI-2).

³⁴ Il campione iniziale era composto da 200 soggetti, ma in riferimento alla rilevanza della diagnosi di psicopatia in ambito forense ed al fine di valutare la pericolosità sociale dei soggetti posti ad indagine, il campione di validazione si è ridotto a 139 soggetti (116 maschi e 23 femmine, con età 20 – 71 anni al momento dell'intervista), di cui 104 con condanna di detenzione in carcere e 35 con condanna di internato in OPG. Per ognuno di essi si disponeva di sufficienti informazioni per l'attribuzione del punteggio ai 20 item della PCL-R; altresì, sono stati somministrati l'MMPI-2 per la verifica diagnostica e altri questionari informativi costruiti "ad hoc" per un confronto con le informazioni contenute nella documentazione clinica/processuale personale.

³⁵ La validità concorrente è intesa come la misura diretta ed indipendente di ciò che il test vuole misurare, ovvero la capacità posseduta dallo strumento nel predire i risultati ottenuti dai soggetti posti a campione relativamente ad un criterio esterno, raccogliendo le misurazioni nello stesso tempo.

Ancora, al fine di verificare la probabilità condizionata³⁶ della PCL-R, ovvero la capacità dello strumento di identificare i casi con pericolosità sociale, nello studio effettuato per la validazione italiana è stato correlato il punteggio totale della scala con la casistica/classificazione effettuata dai Giudici per mezzo dell'Indice di Pericolosità Sociale, ponendo al punteggio di 9 (uguale o superiore) il limite da considerare.

Nel campione complessivamente analizzato, sono stati 23 i soggetti internati in OPG che avevano ottenuto dai Giudici una valutazione di pericolosità sociale uguale o superiore a 9. Per questi soggetti, il valore di cut-off al punteggio totale della PCL-R è risultato 27: nel loro caso, vi era dunque un'elevata probabilità di essere giudicati con un alto grado di pericolosità sociale.

L'oggetto del presente lavoro, che ha avuto a campione una differente categoria nosografica, esula da un'ampia trattazione della psicopatia per ciò che concerne l'eziologia, le caratteristiche psicodinamiche e le strategie trattamentali.

Ciò che però in questa sede si desidera citare, allo scopo di comprendere i postulati teorici e di ricerca che hanno condotto alla necessità di strutturare la PCL-R, sono alcuni importanti riferimenti di massima, ed ovvero:

- la descrizione di psicopatia che, per primo, diede Philippe Pinel quando *“parlava di “follia senza delirio” per descrivere un modello di comportamento contraddistinto dall’assenza di rimorso e da una completa mancanza di freni inibitori, un modello che egli considerava distinto dal comune “male che gli uomini compiono”* (Hare R., 2009, pag 40/41). Tale accezione di psicopatia, che Pinel non considerava estensione di una particolare amoralità, fu ad origine di approfonditi studi da parte di altri studiosi che all’opposto vedevano nella psicopatia *“la vera incarnazione del male”* (Hare, 2009);
- la descrizione di psicopatia che, in stretto senso clinico, venne data da Hervey Cleckley nel noto libro *The Mask of Sanity* edito per la prima volta nel 1941 ed aggiornato fino alla V edizione del 1976, laddove venne riconosciuta come un grave problema sociale al quale non era stata prestata la dovuta attenzione. Nell’opera, una dettagliata raccolta della storia clinica di diversi pazienti, Cleckley descrive tutte le caratteristiche peculiari di un disturbo che contempla, tra gli altri, *“fascino”, “sagacia ed astuzia”, “mancanza di valori”, “povertà emotiva”, “egocentrismo”, “disonestà” ed “impulsività”*: *“(lo psicopatico) non ha familiarità con i fatti o gli elementi primari di ciò che possiamo definire valori personali. (...)*

³⁶ La probabilità condizionata definisce la probabilità che un evento si verifichi sapendo che un altro evento, potenzialmente connesso al primo, si è verificato.

È per lui impossibile interessarsi anche minimamente al dolore, alla felicità o alle conquiste dell'umanità quali vengono presentate nella letteratura e nell'arte. (...) Bellezza e bruttezza, eccetto che in senso molto superficiale, bene, male, amore, orrore e ironia non hanno per lui alcun significato reale, nessun potere di commuoverlo. Ed è anche privo della capacità di accorgersi che gli altri provano emozioni. È come se, nonostante la sua acuta intelligenza, fosse cieco a questo aspetto dell'esistenza umana” (Cleckley, 1976, pag. 90; in Hare, 2009, pag. 43);

- la descrizione del mutato termine in “sociopatia” che George Everett Partridge diede nel 1930, a sua volta riprendendo le concettualizzazioni proposte nel 1909 da K. Birnbaum, che poneva maggiormente l'accento sul disadattamento sociale reso manifesto in comportamenti e stili di vita in chiara distonia con i criteri della convivenza sociale e della realtà. Molte delle difficoltà presentate dagli psicopatici hanno secondo lo studioso un'origine sociale più che psicologica, e devono dunque essere rintracciate nelle condizioni ambientali e del contesto di vita del soggetto, che non gli ha reso possibile di apprendere adeguate norme di condotta sociale.

Quanto sopra riportato è solo una breve sintesi utile a comprendere quanto sia complessa la “*sindrome della Psicopatia*” (Hare, 2009, pag. 51), che integra tra loro sintomi differenti in qualità di tratti di personalità particolari che influenzano tanto la sfera emotivo-relazionale che quella comportamentale.

Autocentrato ed autoreferenziale, lo psicopatico ha riguardo esclusivamente per il proprio benessere; l'inflazione del senso di Sé non gli consente di intendere l'altro che come un oggetto depersonalizzato di cui potersi approfittare per raggiungere un profitto personale; la mancanza di empatia, l'assenza di rimorso, l'impulsività e l'irresponsabilità che caratterizzano la sua sfera affettiva ed la sua condotta, non consentono di mettere confini al suo agire e gli impediscono di prendere atto delle conseguenze delle proprie azioni.

Ma, ed in questo consiste anche lo straordinario fascino di questi soggetti che coinvolge tanto la comunità scientifica che la società profana, vi è il fatto che essi, al primo incontro, riescono bene a mascherare le caratteristiche sopra descritte mostrandosi ai più semplicemente normali. È questa l'essenza della “*maschera di sanità*” descritta da Cleckley: “*l'esteriorità di questi soggetti rimane intatta, ed anche i processi di pensiero conservano un aspetto normale sotto opportuna indagine psichiatrica o con l'uso di prove tecniche*” (Cleckley, 1955, pag. 423; in Palermo G., 2011, pag. 23).

Il costrutto di psicopatia descritto dall'autore viene distinto dal Disturbo Antisociale di Personalità (*Antisocial Personality Disorder - ASPD*) classificato nel DSM IV-TR (ed a

partire dall'edizione del DSM-III, 1980) e dal Disturbo Dissociale di Personalità dell'ICD-10 (1992), nella misura in cui la psicopatia diviene un disturbo che nella propria descrizione integra sia fattori affettivi ed interpersonali, che fattori comportamentali e di stile di vita del soggetto, che nei precedenti citati non si esprimono nello stesso modo.

Tanto il Disturbo Antisociale di personalità quanto il Disturbo Dissociale di Personalità costituiscono un modello "categoriale" nella descrizione della psicopatia, ovvero si basano su criteri diagnostici stabiliti, che consentono di ammettere o escludere la presenza del disturbo.

Tra i due, il Disturbo Dissociale di Personalità descrive tratti di personalità ed aspetti comportamentali che richiamano le caratteristiche tradizionalmente connesse alla psicopatia, quali:

1. l'assoluto disinteresse per i sentimenti degli altri;
2. l'evidente e persistente attitudine all'irresponsabilità ed al disprezzo per le norme sociali, le regole e i doveri;
3. l'incapacità a mantenere relazioni durevoli, senza tuttavia avere difficoltà a iniziarle;
4. la scarsa tolleranza alla frustrazione, e la bassa soglia per lo scarico dell'aggressività, inclusa la violenza;
5. l'incapacità di nutrire senso di colpa e di imparare dalle esperienze negative, in particolare dalle punizioni;
6. la marcata tendenza a incolpare gli altri, o ad offrire razionalizzazioni plausibili, per il comportamento che ha portato il soggetto in conflitto con la società;
7. la persistente irritabilità.

I criteri diagnostici che definiscono il Disturbo Antisociale di Personalità, invece, pongono maggiore enfasi sui comportamenti più propriamente antisociali e criminali rispetto ai tratti di personalità così come proposto dalle tradizionali concezioni sul disturbo psicopatico. Come è noto, il Disturbo Antisociale di Personalità descrive un quadro pervasivo di disturbi della condotta, inosservanza e violazione dei diritti degli altri, che si manifesta prima dei 15 anni di età e che viene specificato dalla sussistenza di almeno tre dei seguenti criteri:

1. l'incapacità di conformarsi alle norme sociali per ciò che riguarda il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di condotte suscettibili di arresto;

2. la disonestà, indicata dal mentire, usare falsi nomi o truffare gli altri ripetutamente, per profitto o per piacere personale;
3. l'impulsività o incapacità di pianificare;
4. l'irritabilità e l'aggressività, come indicato da scontri o assalti fisici ripetuti;
5. l'inosservanza spericolata della sicurezza propria e degli altri;
6. l'irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere una attività lavorativa continuativa, o di far fronte ad obblighi finanziari;
7. la mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro.

A differenza dei precedenti due disturbi, il costrutto di psicopatia descritto da Hare, e di conseguenza lo strumento PCL-R che serve alla sua valutazione, si basa su una caratterizzazione "dimensionale" fondata su un sistema fattoriale che contempla elementi relativi a tratti di personalità ed elementi relativi al comportamento.

Dal confronto tra i criteri diagnostici del Disturbo Antisociale di Personalità e del Disturbo Dissociale di Personalità con i fattori che descrivono il costrutto di psicopatia proposto da Robert Hare, è da notare come meno della metà degli item della PCL-R si adattano alla nosografia del DSM-IV o dell'ICD-10³⁷.

Un recente studio condotto in Belgio (Pham T. & Saloppè X., 2010) su un campione di 84 pazienti forensi ha voluto esaminare il rapporto tra la PCL-R ed i disturbi dell'Asse I e Asse del DSM-IV. Per quanto riguarda l'Asse I, la diagnosi di psicopatia è risultata unicamente correlata alla diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti; per l'Asse II, si è correlata al Disturbo Antisociale di Personalità. In quest'ultimo caso, in particolare, il rapporto tra i due disturbi è risultato asimmetrico, dimostrando come la diagnosi di psicopatia fosse altamente predittiva della diagnosi di Disturbo Antisociale di Personalità, mentre non era vero il contrario. Sempre in merito alle diagnosi sull'Asse II, lo studio ha dimostrato una correlazione positiva tra la diagnosi di psicopatia ed il Disturbo Narcisistico di Personalità, dato conforme ai risultati di altra letteratura internazionale. Nel complesso, la diagnosi di psicopatia si è correlata bene con i disturbi del cluster B dell'Asse II del DSM-IV, ma si è mostrata sostanzialmente estranea ad una correlazione con i disturbi di personalità dei cluster A e C, o con i disturbi mentali più gravi (psicosi, schizofrenia, disturbi dell'umore).

³⁷ Esattamente, 9 item su 20 della PCL-R si adattano ai criteri nosografici del DSM-IV e dell'ICD-10, ed ovvero: menzogna patologica, impostore/manipolativo, assenza di rimorso o di senso di colpa, insensibilità/assenza di empatia, stile di vita parassitario, deficit del controllo comportamentale, impulsività, irresponsabilità, incapacità di accettare la responsabilità delle proprie azioni.

Il sistema fattoriale della PCL-R consente di indicare quali aspetti influiscono maggiormente nella “qualità” della psicopatia del soggetto esaminato, ed in particolare, se ha maggiore prevalenza l’aspetto emotivo (Fattore 1) o quello comportamentale (Fattore 2).

Per ciò che concerne il campo di indagine del presente lavoro, ed ovvero le condotte devianti, la letteratura ha già da tempo posto in causalità diretta la psicopatia e le condotte aggressivo-violente: studi classici sostengono infatti che i soggetti psicopatici possano adottare condotte criminose in misura due volte superiore rispetto a soggetti non psicopatici (Porter, Birt & Boer, 2001).

Gli studi riconoscono che i comportamenti aggressivi commessi da parte dei soggetti psicopatici variano per qualità e gravità rispetto all’impulsività che li caratterizza, distinguendosi in “*premeditati*”, “*impulsivi*” o “*causati da malattia mentale*” (Glenn & Raine, 2009; in Palermo, 2011, pag. 24).

Cleckley, come abbiamo visto uno dei più autorevoli studiosi di tale disturbo, asserisce che la violenza psicopatica è altamente strumentale in quanto motivata dall’ottenimento di guadagni materiali, dalla soddisfazione di sfrenate pulsioni sessuali, dalla presenza di ostilità distruttiva, dalla ricerca di emozioni forti ed ancora dalla mancanza di eccitazione emotiva (Palermo, 2011, pag. 25).

Sebbene dunque non si escluda del tutto che anche le componenti emotive possano costituirsi come elementi di rischio al comportamento violento, la letteratura ha prediletto l’influenza delle componenti comportamentali.

Infatti, in una meta-analisi di 42 studi (Walters G.D., 2003) in cui sono state utilizzate la PCL o la PCL-R per predire i comportamenti violenti e la recidiva in campioni di soggetti forensi o detenuti, ha dimostrato che, rispetto al Fattore 1, il Fattore 2 ha una migliore correlazione con i comportamenti violenti in costanza di istituzionalizzazione e con la recidiva. In più, il Fattore 2 era significativamente più predittivo dei risultati totali, della recidiva generale e della recidiva violenta, rispetto al Fattore 1.

Parimenti, anche uno studio condotto su un campione di 92 pazienti forensi (Hildebrand M., de Ruiter C., & Nijman H., 2004) usando la PCL-R allo scopo di valutare il rapporto tra psicopatia e vari tipi di comportamenti violenti durante l’ospedalizzazione forense, ha dimostrato una maggiore influenza degli aspetti indagati dal Fattore 2. Come era atteso, una significativa correlazione è stata trovata tra il punteggio della PCL-R (soggetti psicopatici con punteggio > 30) e comportamenti di abuso verbale, minacce, violazione delle regole, quantità di incidenti e frequenza dello stato di isolamento del paziente.

Infine, si cita un recente studio (McGregor K., Castle D., & Dolan M., 2012) in cui la PCL-R è stata usata per valutare la validità predittiva della descrizione fattoriale della psicopatia e l'adozione di comportamenti violenti, in un campione di 94 pazienti con disturbi dello spettro schizofrenico. Lo studio ha contemplato anche il monitoraggio dell'abuso di sostanze stupefacenti e di episodi di violenza lungo il corso della vita di ogni paziente. I risultati hanno dimostrato che il risultato totale alla PCL-R, i risultati alle Componenti 2, 3 e 4, e la misurazione dell'uso di sostanze stupefacenti sono predittive dell'appartenenza dei soggetti al sottotipo "violenti" piuttosto che al sottotipo "non-violenti". L'equazione di regressione ha indicato che la validità predittiva della PCL-R rimane significativa anche dopo il controllo dell'uso di sostanze stupefacenti. Infine, per ciò che concerne le Componenti che costituiscono la descrizione del costrutto di psicopatia per la PCL-R, in particolare le Componenti 3 e 4 hanno un potere predittivo rispetto alle condotte violente.

La PCL-R ha dimostrato di possedere una buona affidabilità e validità nella misurazione del costrutto di psicopatia anche con popolazioni femminili. Nello studio condotto in Canada da Strachan (1995), lo strumento è stato applicato su una popolazione femminile di 75 donne autrici di reato che si trovavano in stato di detenzione o in attesa di giudizio. Per ognuna di esse, come di prassi, il contenuto delle interviste è stato confrontato con le informazioni collaterali ottenute con il file review, ed il campione è stato inoltre valutato utilizzando una batteria di questionari self-report. I risultati generali ottenuti dallo studio hanno dimostrato che anche per una popolazione femminile, al pari di quelle maschili, è possibile descrivere il costrutto di psicopatia sulla base della distinzione fattoriale tra dimensioni personologiche e dimensioni comportamentali.

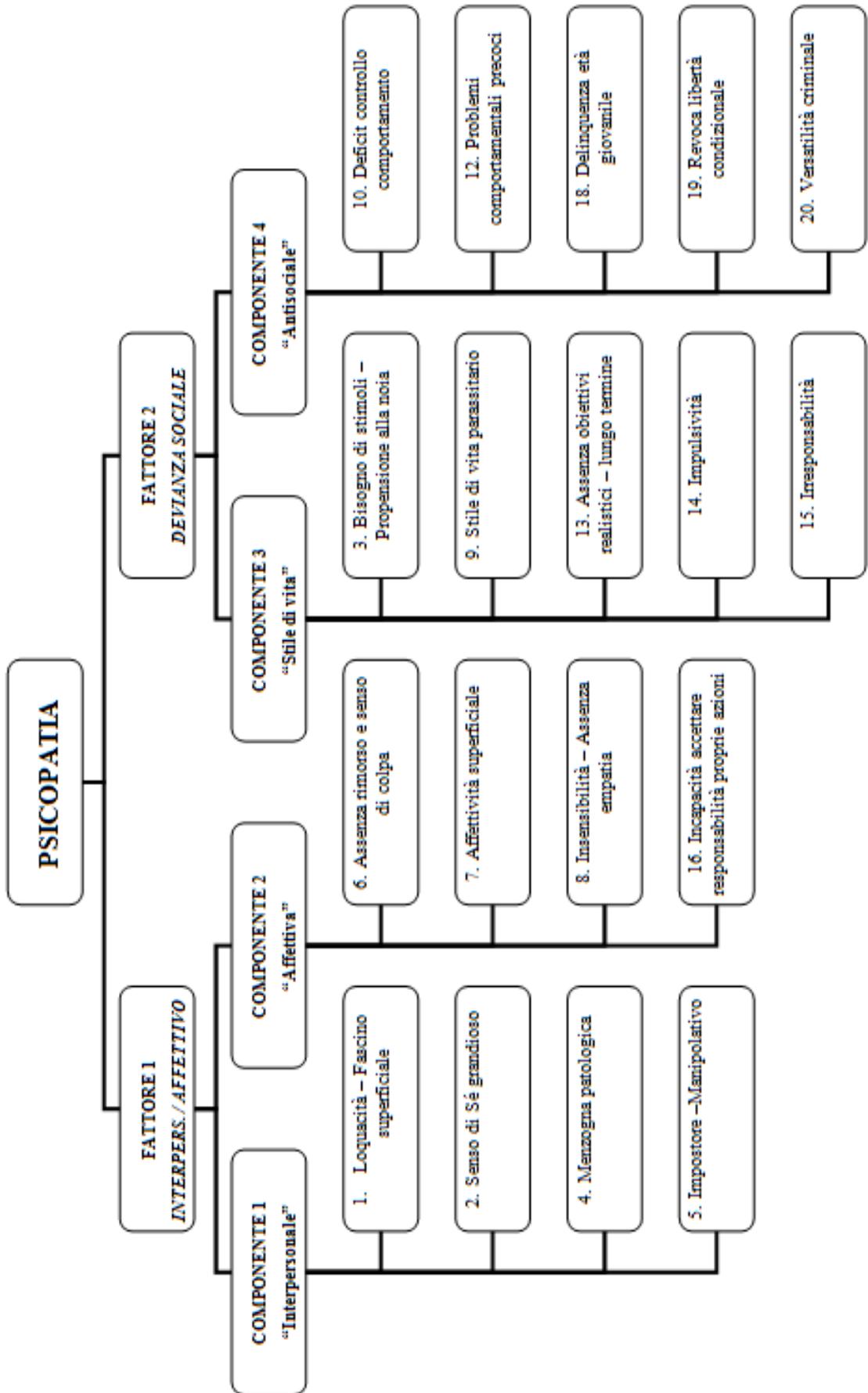
Anche un più recente studio condotto sempre in Canada (Nicholls T.L., 2004) ha preso in considerazione una popolazione femminile. In questo caso lo studio ha testato il campione, costituito da 47 donne e 47 uomini autori di reato valutati non imputabili in quanto affetti da patologia di mente e dunque internati presso un Ospedale Psichiatrico Forense, con l'HCR-20 e la PCL:SV allo scopo di valutare il rischio di compiere comportamenti aggressivi in stato di contenzione e dopo la dimissione in comunità. L'analisi statistica ha rivelato che, tra la popolazione femminile e quella maschile, non esistono differenze significative in merito a caratteristiche psicosociali, alla natura violenta o non violenta del reato, alla gravità della violenza commessa sulla base di specifici elementi quali l'uso di armi o il tipo di danno causato alla vittima. La distribuzione dei punteggi dell'HCR-20 e della PCL:SV non è stata differente tra uomini e donne. In particolare, l'analisi statistica con Odds Ratio e Curva di ROC hanno dimostrato che la PCL:SV è in grado di indicare da moderate a forti correlazioni

con l'aggressività, la violenza ed il comportamento criminoso della popolazione femminile, con valori simili a quelli riscontrati nel campione maschile; i risultati dell'HCR-20 hanno invece indicato da moderate a forti correlazioni con i comportamenti aggressivi adottati da uomini e donne in costanza di ospedalizzazione, mentre si è mostrata meno forte la correlazione con comportamenti aggressivi adottati nello stato di post-dimissione.

Il Punteggio Totale della PCL-R consente invece di indicare in quale grado il soggetto esaminato corrisponde al "prototipo" dello psicopatico: a livello internazionale, è stato stabilito un *cut-off* clinico pari al punteggio totale di 30 per indicare un soggetto come psicopatico³⁸.

Lo schema riprodotto in calce consente una visione d'insieme dei fattori che compongono il costrutto di psicopatia secondo la PCL-R (Schema 2 – Fattori "Psicopatia" nella PCL-R):

³⁸ Punteggi 0 – 19 = grado basso di psicopatia; Punteggi 20 – 30 = grado medio di psicopatia; Punteggi \geq 31 = grado elevato di psicopatia.



Esaminiamo meglio i 20 item che costituiscono la PCL-R:

- **Item 1 – Loquacità/Fascino Superficiale:** descrive un soggetto disinvolto, verbalmente pronto, un piacevole conversatore sempre in grado di fornire una risposta rapida e intelligente. Ma, al di là dell'impressionare gli altri con la sua loquacità, si ravvisa in lui e nelle sue relazioni interpersonali l'adozione di un certo fascino falso e superficiale, che lo rende troppo furbo e mellifluo per essere completamente affidabile, anche in merito all'effettiva conoscenza di ciò di cui parla. La difficoltà nell'assegnare un punteggio a questo item potrebbe costituirsi nelle interazioni con soggetti superficiali, ma per niente affascinanti: i detenuti, ad esempio, spesso vestono i panni del "macho", ed in tal caso il punteggio più corretto è 1;
- **Item 2 – Senso di Sé grandioso:** descrive un soggetto caratterizzato da un'opinione esagerata sulle proprie abilità e sul proprio valore. È supponente ed arrogante, anche a dispetto del suo status effettivo o degli avvenimenti occorsi nella sua vita: ad esempio, dichiara di voler fare l'avvocato, ma ha un basso livello socio-culturale. Sempre in considerazione del suo Sé grandioso, non nutre imbarazzo rispetto ai suoi problemi con la legge, poiché convinto che gli stessi e la sua detenzione siano il risultato di cattiva sorte, amici disonesti, un sistema giudiziario penale ingiusto e incompetente, etc.;
- **Item 3 – Bisogno di stimoli/Propensione alla noia:** descrive un soggetto affetto da un cronico ed eccessivo bisogno di stimoli nuovi ed eccitanti, poiché estremamente sensibile alla noia. Un soggetto incostante, le cui condotte di vita dimostreranno un forte interesse verso l'assunzione di rischi di vario genere: assunzione di vari generi di droga, frequenti cambi di lavoro e di sede territoriale, frequenti relazioni affettive.
- **Item 4 – Menzogna patologica:** descrive un soggetto che comunemente adotta l'inganno e la menzogna nelle proprie interazioni con gli altri. Il caratteristico atteggiamento di menzogna patologica si dimostrerà anche nell'atteggiamento assunto come conseguenza della stessa: se sorpreso a mentire, o messo alla prova con un resoconto veritiero di quanto narrato, egli non si mostrerà imbarazzato e semplicemente cambierà la propria versione così da riacquisire coerenza con le precedenti dichiarazioni. Un punteggio alto viene assegnato nell'adozione di un palese e consapevole atteggiamento di menzogna patologica;

- **Item 5 – Impostore/Manipolativo:** in modo simile al precedente, questo item spiega come l’atteggiamento menzognero del soggetto sia posto per truffare, ingannare, defraudare o manipolare gli altri. Un soggetto che riceve un alto punteggio a questo item è colui che, costantemente interessato a raggiungere un proprio guadagno personale (soldi, sesso, prestigio, potere, etc..), è in grado di compiere qualsiasi gesto senza la minima preoccupazione per gli effetti che essi possono avere sulle vittime, indifferentemente amici, familiari o sconosciuti. I comportamenti manipolativi operati dal soggetto possono essere pianificati oppure molto semplici, e riguardano attività criminali o non criminali. Nell’assegnare il punteggio, al di là della conoscenza di fatti oggettivi, l’esaminatore deve valutare anche l’atteggiamento che il soggetto adotta nei suoi confronti durante l’intervista;
- **Item 6 – Assenza di rimorso o di senso di colpa:** l’item descrive un soggetto caratterizzato da una generale mancanza di preoccupazione per le conseguenze negative che le sue condotte, criminali e non, possono avere sugli altri. Totalmente privo di interesse verso la sofferenza o il disagio delle sue vittime o verso i danni arrecati alla società, mostra esclusivo interesse verso se stesso ed il proprio benessere. In merito a ciò, egli potrebbe essere schietto e diretto o viceversa verbalizzare qualche rimorso, ma senza che le sue parole trovino conferma nelle sue azioni o nel suo stato emotivo. Alcune domande presenti nell’intervista sono volte ad indagare questo elemento in modo diretto (“*Ti sei pentito di quello che hai fatto?*”; “*Se potessi dire qualcosa alle tue vittime, cosa diresti?*”), ma l’intervistatore deve comunque prestare attenzione all’atteggiamento generale adottato dal soggetto;
- **Item 7 – Affettività superficiale:** descrive un soggetto incapace di provare la normale gamma e profondità delle emozioni: incapace di distinguere l’amore dal desiderio sessuale, la tristezza dalla frustrazione, la rabbia dall’irritabilità. Le sue espressioni emotive possono essere teatrali ed esagerate, ma è solo un atteggiamento esibizionistico al di sotto del quale vi è una profonda superficialità;
- **Item 8 – Insensibilità/Assenza di empatia:** descrive un soggetto con attitudini e comportamenti che manifestano una profonda mancanza di empatia, con disprezzo dei sentimenti, dei diritti e del benessere altrui, se non a livello astratto ed intellettuale. Cinico ed egoista, considera gli altri unicamente come oggetti da manipolare, a proprio vantaggio, o come “bersagli”, di cui approfittare;

- **Item 9 – Stile di vita parassitario:** la dipendenza finanziaria dagli altri è una parte intenzionale dello stile di vita del soggetto. Sebbene egli sia fisicamente sano, evita impieghi stabili e remunerativi facendo piuttosto affidamento sulla famiglia, i parenti, gli amici o i contributi di assistenza sociale. Può adottare questa condotta mostrandosi meritevole di simpatia e supporto, oppure utilizzando la minaccia o la coercizione, o ancora sfruttando le debolezze delle sue vittime. La guida indica di dare il punteggio di 1 ai soggetti che si siano mantenuti con le sole attività criminose;
- **Item 10 – Deficit del controllo comportamentale:** l'inadeguato controllo del comportamento è una caratteristica essenziale dello psicopatico: collerico ed irritabile, tende a rispondere alla frustrazione, al fallimento, alla disciplina o alla critica con comportamenti violenti o minacce e abusi verbali. Sensibile alle offese, anche banali, diventa facilmente aggressivo;
- **Item 11 – Comportamento sessuale promiscuo:** descrive un soggetto che vive le proprie relazioni sessuali in modo impersonale e superficiale: ha frequenti legami casuali, con indiscriminata selezione del partner sessuale; mantiene più relazioni sessuali nello stesso tempo, con frequente infedeltà ed anche prostituzione di sé. L'item si riferisce a comportamenti direttamente agiti da parte del soggetto: lo sfruttamento della prostituzione, ad esempio, va più correttamente siglata nell'item n. 9 "Stile di Vita Parassitario". Questo item, pur se non incluso nella struttura fattoriale, concorre alla descrizione clinica del soggetto psicopatico;
- **Item 12 – Problematiche comportamentali precoci:** descrive un soggetto che abbia mostrato gravi problemi comportamentali al di sotto dei 12 anni di età: comportamenti persistenti di menzogna, frode, furto, rapina, piromania, assenze ingiustificate da scuola, disturbo delle attività della classe, abuso di sostanze, vandalismo, violenza, bullismo, fughe da casa e attività sessuali precoci. Tali condotte hanno comportato lamentele da parte degli altri, sospensioni/espulsioni da scuola o interventi della polizia (ma non necessariamente l'arresto);
- **Item 13 – Assenza di obiettivi realistici/a lungo termine:** l'item descrive l'incapacità o la mancanza di volontà nel formulare ed eseguire piani o obiettivi realistici e a lungo termine. Il soggetto tende a "vivere giorno per giorno", senza pensare seriamente al proprio futuro. Alle volte, il soggetto può dichiarare di avere degli obiettivi specifici (diventare un avvocato, un chirurgo, un pilota di aerei), ma senza mai mostrare di possedere la consapevolezza sulle qualifiche necessarie per

raggiungerli; peraltro, gli stessi obiettivi appaiono irrealistici in considerazione della sua istruzione e del suo curriculum di lavoro;

- **Item 14 - Impulsività:** altra caratteristica peculiare dello psicopatico, che spesso è impulsivo, con condotte non mediate dalla riflessione. Egli agisce d'impulso o perché se ne presenta l'opportunità, nell'incapacità di valutare i pro ed i contro di una linea di condotta o nel saper considerare le possibili conseguenze delle proprie azioni per sé stesso o per gli altri;
- **Item 15 - Irresponsabilità:** l'item descrive un soggetto abitualmente incapace di completare o onorare gli obblighi e gli impegni verso gli altri. Ha poco o nessun senso del dovere o lealtà verso la famiglia, gli amici, l'impiego, la società. La sua irresponsabilità si manifesta anche nella gestione finanziaria o nell'adozione di comportamenti che possono mettere gli altri a rischio. La generica riluttanza nell'assumersi delle responsabilità, laddove essa non danneggi gli altri, riceve un punteggio di 1;
- **Item 16 – Incapacità di accettare la responsabilità delle proprie azioni:** descrive un soggetto incapace di accettare la responsabilità personale per le proprie azioni o per le conseguenze che esse hanno. Abile nel trovare delle scuse per la propria condotta, accetta le responsabilità in modo superficiale, minimizzando poi grandemente (o negando) le conseguenze delle sue azioni: ad esempio, egli può ammettere di aver compiuto un'aggressione, ma sostenere che le vittime stiano esagerando in merito al danno o alle ferite riportate;
- **Item 17 – Numerosi rapporti di coppia di breve durata:** descrive un soggetto che ha avuto molte relazioni affettive “stabili” (matrimoni, convivenze *more uxorio*, relazioni con un certo grado di impegno da parte dei partner), ma di breve durata. Ai fini di una indagine condotta in contesto carcerario, si considerano anche le relazioni all'interno dell'istituto penitenziario. Il punteggio va assegnato seguendo le indicazioni fornite dalla guida, che distinguono per età e numero di relazioni. Come l'item n. 11, anche questo non è incluso nella struttura fattoriale ma concorre alla descrizione clinica;
- **Item 18 – Delinquenza in età giovanile:** la storia di vita del soggetto è costellata da gravi comportamenti antisociali/delinquenziali compiuti in età minorile (entro i 18 anni, in Italia), che hanno ricevuto accuse o condanne di natura penale. Per l'attribuzione del punteggio si valutano solo i contatti formali che il soggetto ha

avuto con il sistema della giustizia minorile, mentre non si assegna punteggio per condotte, anche criminose, cui non ha fatto seguito l'arresto;

- **Item 19 – Revoca della libertà condizionale:** descrive un soggetto che, da adulto, ha commesso violazioni più o meno gravi della libertà condizionale o di uno stato di detenzione/internato, quali: sospensione delle misure alternative al carcere; accuse/condanne per aver violato gli obblighi di legge sulla libertà condizionale; revoca della libertà provvisoria o vigilata; evasione. Nel caso in cui il soggetto in esame non abbia avuto contatti formali con il sistema giudiziario penale da adulto prima del reato che l'ha condotto allo stato di contenzione/internato in cui viene effettuata la valutazione, l'item deve essere omissso (in altre parole, l'item va omissso se il soggetto, all'atto della valutazione, è alla sua prima condanna). Viceversa, la guida indica in che modo assegnare il punteggio, dipendente dalla gravità della violazione commessa;
- **Item 20 – Versatilità criminale:** l'item descrive un soggetto che, da adulto, è stato avvezzo all'adozione di varie condotte criminose, e che dunque ha ricevuto numerose accuse o condanne per molti differenti tipi di reato. L'attribuzione del punteggio, da effettuarsi seguendo quanto indicato dalla guida, varia in base al numero delle tipologie di reati commessi (la gravità del reato non influisce). La difficoltà della codifica di questo item deriva dal fatto che ogni Codice Penale contempli una notevole varietà di reati, e che lo stesso venga costantemente revisionato; in Italia, peraltro, a differenza di altri Stati alcune condotte non costituiscono un vero e proprio reato, quanto delle circostanze aggravanti a fattispecie penalmente riconosciute come tali. Occorre dunque prestare attenzione alla lista delle categorie di reato riportate nella guida della PCL-R validata nel proprio paese.

In sostanza, la PCL-R è una *checklist* composta da 20 item che usa un'intervista semistrutturata ed il reperimento di informazioni collaterali per indagare e misurare la presenza ed il grado delle componenti psicopatiche del soggetto in esame.

Il materiale del test si compone di: un Manuale, che menziona gli studi di letteratura e di ricerca scientifica in cui è stato applicato il test; una Guida all'Intervista, contenente il protocollo di domande, con commenti esplicativi, da utilizzare durante il colloquio con il soggetto; una Guida con le istruzioni per l'attribuzione dei punteggi, indicanti gli item della scala ed alcuni suggerimenti in merito alle fonti da consultare per valutare gli item; un

Modulo di AutoScoring, o scheda di registrazione per segnare i punteggi dei 20 item, di facile consultazione del punteggio di Fattori, Componenti e Punteggio Totale.

In merito alla metodologia, la guida del test suggerisce all'esaminatore di svolgere il *file review*, che si sostanzia nella consultazione di fascicoli/documentazione personale sul soggetto in esame e nel reperimento di informazioni da parte di chi è venuto in contatto con esso, prima del colloquio in cui verrà utilizzata l'intervista semistruutturata. Così facendo, sarà possibile valutare meglio la credibilità delle dichiarazioni rese dal soggetto ed osservare in via diretta lo stile di interazione che egli assume durante l'intervista, al fine di acquisire maggiori convincimenti per l'attribuzione del punteggio e la valutazione del risultato.

L'intervista semistruutturata ha, come di prassi, il fine di orientare l'esaminatore nella conduzione del colloquio con il soggetto: è importante infatti stabilire una buona relazione con l'esaminato, pur nella necessità di mantenere quel distacco clinico che, con soggetti così manipolativi, è essenziale (quando difficile).

L'intervista è volta all'indagine di tutte le aree di vita del soggetto: dai primi ricordi di infanzia ai rapporti con i compagni di scuola; dai rapporti di affetto e di stile educativo da parte dei genitori ai rapporti affettivi ed amicali in generale; la sfera della sessualità; la qualità della conduzione di attività lavorative e professionali e la gestione delle proprie finanze; le generali condizioni di salute; le eventuali problematiche nell'uso o *addiction* da sostanze stupefacenti o alcol; ma anche le capacità di controllo della rabbia ed in generale la sfera emotiva, ed infine, di particolare interesse ai fini forensi, la valutazione dei comportamenti antisociali.

L'intervista proposta dal test costituisce dunque una linea guida per l'interazione con il soggetto: l'esaminatore ha libertà di variare l'espressione delle domande proposte, purché venga rispettato il loro contenuto; allo stesso modo, potrebbe variare l'ordine dei campi sottoposti ad indagine in base alla fluidità del colloquio. L'importante è che, al termine, ognuno di essi sia stato opportunamente indagato. Al cospetto di un'intervista strutturata, alla quale il soggetto debba rispondere in maniera affermativa o negativa ad un dato item, l'intervista proposta dalla PCL-R ha il vantaggio di consentire all'esaminatore di "andare al di là" delle dichiarazioni rese dal soggetto: per quanto, ad esempio, con una domanda secca del tipo "Hai mai commesso un reato?" sia più semplice per l'esaminatore valutare un "Sì" o un "No", un'intervista più articolata, per quanto più lunga come quella della PCL-R, consente di comprendere quanto la risposta del soggetto sia veritiera. A tal fine vale la pena di ricordare che la menzogna patologica e la manipolatività siano due caratteristiche salienti del soggetto psicopatico.

La durata dell'intervista, infatti, varia in base alla loquacità del soggetto ed alla quantità di informazioni che egli fornisce sulla propria storia di vita: la guida indica una durata variabile dalle 2 alle 4 ore a soggetto intervistato, ed indica anche come sia possibile ottenerla in più riprese sebbene sia privilegiata la somministrazione unica anche al fine di evitare che il soggetto possa, durante la pausa, ripensare a quanto raccontato ed eventualmente variare/riformulare alcune dichiarazioni.

Ancora, la guida indica, nei limiti consentiti dal contesto di ricerca, di svolgere l'intervista in un ambiente tranquillo che riduca le interferenze dall'esterno, ed altresì di utilizzare una registrazione audio/video che sarà utile all'esaminatore stesso nella fase di attribuzione del punteggio o nella necessità di una eventuale rivalutazione da parte di un secondo esaminatore³⁹.

Laddove l'esaminatore incorra in discrepanze tra quanto visionato con il file review e quanto ottenuto con l'intervista, la guida indica di scegliere in base ad una maggiore "credibilità" delle fonti al fine di attribuire il punteggio all'item, tenendo bene a mente del contesto in cui è inserita l'indagine: nel caso di valutazione dell'imputabilità, ad esempio, è necessario discernere dal tipico atteggiamento di simulazione della patologia che questi soggetti possono mettere in atto.

È altresì possibile, laddove il soggetto non possa o non voglia essere intervistato, condurre l'indagine basandosi unicamente sul file review. In tal caso l'esaminatore, che ha il dovere di specificare tale procedura, deve tenere conto dei limiti che essa comporta: ad esempio, in tali casi diviene più difficile la valutazione degli item interpersonali ed affettivi, senza una diretta interazione con il soggetto.

Se le fonti consultate non danno all'esaminatore certezze in merito alla presenza dell'elemento indagato, e le dichiarazioni rese dal soggetto con l'intervista non sciolgono il dubbio, oppure non è stato possibile svolgere l'intervista, è possibile omettere l'attribuzione del punteggio per quell'item. Queste sono le uniche condizioni che consentono di omettere un item, e non già l'incertezza da parte dell'esaminatore nell'attribuire il punteggio.

Per ognuno dei 20 elementi che compongono la scala, l'esaminatore dovrà infatti attribuire un punteggio che va da 0 a 2 secondo le seguenti condizioni generali (per alcuni item, la descrizione delle caratteristiche da essi sottesi segnala in modo più specifico l'attribuzione del punteggio):

³⁹ La ricerca in oggetto al presente lavoro non ha potuto sfruttare la possibilità di operare una registrazione delle interviste, in quanto la stessa si è svolta all'interno di Istituti penitenziari che necessitano in tal senso di specifica autorizzazione. Le interviste si sono comunque svolte in sedi opportunamente adibite in loco al fine di garantire la più opportuna serenità e riservatezza di svolgimento dei colloqui.

- punteggio 0 = l'item non si applica al soggetto, o non esibisce il tratto o comportamento descritto, o ancora descrive caratteristiche opposte a quelle individuabili nel soggetto;
- punteggio 1 = l'item si applica parzialmente al soggetto, ovvero non nella misura da garantire l'attribuzione del punteggio più alto; la compatibilità è solo per alcuni aspetti descritti dall'item, ma vi sono troppe incertezze per garantire l'attribuzione del punteggio più alto; sono state riscontrate discrepanze tra l'intervista e le informazioni collaterali tali non da minacciare la credibilità della fonte, bensì di non consentire di risolvere il dubbio tra presenza o assenza dell'elemento in questione (e dunque di attribuire allo stesso un punteggio di 0 o 2);
- punteggio 2 = l'item si applica al soggetto, e vi è compatibilità con le caratteristiche in esso descritte.

I punteggi verranno poi sommati così da ottenere: un punteggio per ognuna delle 4 Componenti, un punteggio per ognuno dei 2 Fattori, ed un punteggio totale.

La guida sottolinea in più occasioni quanto sia importante valutare gli item non sulla base del loro nome bensì con un attento riguardo alla descrizione degli stessi. Inoltre, allo scopo di limitare dei possibili errori – il cosiddetto *effetto alone*, determinato da una valutazione generale sul soggetto su un unico criterio forte, come ad esempio il reato commesso; o il “pregiudizio di bravo o cattivo ragazzo”, che si manifesta nell'assegnare a tutti gli item un punteggio alto o basso – è importante che il valutatore assegni il punteggio ad ogni item indipendentemente l'uno dall'altro⁴⁰, e che egli adotti delle valutazioni critiche che giustifichino la quantificazione degli item sulla base delle specifiche caratteristiche che descrivono il soggetto ed anche sulla base del contesto in cui viene esaminato il campione. In tal senso, si ritiene ad esempio improbabile che, preso ad esame un campione di detenuti, si possano ottenere bassi punteggi nella valutazione del grado di psicopatia: in questo caso, item relativi a tratti di personalità o comportamentali che si possono ricollegare alla condotta deviante, quali ad esempio l'assenza di rimorso, l'impulsività e la manipolatività, con buona probabilità andrebbero ad ottenere un punteggio alto.

La valutazione dei 20 item che compongono la scala deve essere effettuata in accordo con il funzionamento generale e tipico del soggetto in esame. Anche in questo caso, vale il

⁴⁰ È tuttavia da considerare, in visione generale, che gli item sono collegati tra loro, e che alcuni, inquadranti caratteristiche relative al piano interpersonale-emotivo, trovino delle possibili corrispondenze in manifestazioni comportamentali: qui a titolo di esempio, si cita come non sia inusuale che soggetti mancanti di senso di responsabilità, e conseguentemente di quell'elaborazione cognitiva ed emotiva sul correlato senso di colpa per eventuali azioni con risultato eterolesivo, agiscano in maniera impulsiva e dunque sempre senza la mediazione dei nessi logici di causa-effetto.

ruolo giocato dal contesto in cui viene svolta la disamina: lo stato di contenzione o di internato, infatti, potrebbe acuire alcune caratteristiche volte ad ottenere il profitto personale della dimissione, portando l'esaminatore ad attribuire al soggetto in esame un tratto psicopatico che invece normalmente non lo contraddistingue.

In caso di omissione di item – che è però consentita per non più di 5 item in totale, ovvero non più di 2 item a Fattore e non più di 1 item a Componente – la PCL-R consente di adottare una particolare procedura detta *prorate*, basata sulla redistribuzione/correzione del punteggio di Fattori e Componenti e del punteggio totale sulla proporzione del numero di item omessi utilizzando delle apposite Tabelle di Correzione che si trovano sul Modulo di Scoring.

Dunque l'omissione di alcuni item, nella misura consentita e sopra esposta, non costituisce invalidità per il costrutto di psicopatia o per il protocollo in generale: piuttosto in questi casi il punteggio totale, e dunque il livello di gravità della psicopatia, risulterà lievemente maggiore rispetto ad una valutazione normale con 20 item. Tradotto in termini di pericolosità sociale, vi sarà una sopravvalutazione della stessa che orienterà al mantenimento dello stato di contenzione del soggetto in esame, circostanza che costituisce un “falso positivo” *accettabile* rispetto ad una valutazione errata che potrebbe comportare il rilascio di un soggetto pericoloso.

Tuttavia, laddove il numero di omissioni fosse elevato, la guida del test suggerisce di escludere momentaneamente il soggetto dal campione di ricerca, fino a che non si possa provvedere ad una nuova intervista o alla consultazione di altre o più approfondite fonti collaterali.

3.3. Metodi e risultati

L'analisi del campione è stata ottenuta per mezzo del programma statistico SPSS *Version 20*. Si è provveduto ad effettuare le seguenti correlazioni e/o associazioni:

1. “età al primo fatto-reato” VS “pericolosità sociale” ed “età al primo fatto reato” VS “psicopatia”;
2. “presenza/assenza precedenti penali” VS “pericolosità sociale” e “presenza/assenza precedenti penali” VS “psicopatia”;
3. “tipo di reato” VS “pericolosità sociale” e “tipo di reato” VS “psicopatia”;
4. “anni di permanenza in OPG/durata internato” VS “pericolosità sociale” e “anni di permanenza in OPG/durata internato” VS “psicopatia”;

5. “presenza/assenza doppia diagnosi” VS “pericolosità sociale” e “presenza/assenza doppia diagnosi” VS “psicopatia”;
6. “presenza/assenza di precedenti trattamenti psichiatrici” VS “pericolosità” e “presenza/assenza di precedenti trattamenti psichiatrici” VS “psicopatia”;
7. analisi di affidabilità o coerenza interna dello strumento HCR-20 alla misurazione della pericolosità sociale, per item e per sottoscale.

Il primo indice posto ad indagine è stato l’età posseduta dal soggetto al momento del primo fatto reato. Tale elemento è infatti indicato come uno dei primi fattori di rischio atti ad determinare l’istaurarsi della cosiddetta “carriera criminale” che, in altre parole, è indice di recidiva. Da un punto di vista concettuale è infatti facilmente intuibile come un soggetto, che in età precoce sciolga le remore della commissione di un atto illecito, possa proseguire su questa stessa strada divenendo recidivo.

Nella presente indagine, la correlazione tra “età al momento del primo fatto-reato” e la “pericolosità sociale” non ha però riscontrato significatività statistica ($r = -0,001$; P value = 0,995) (Tabella 8). Tale caratteristica di correlazione è stata chiaramente rispettata anche dividendo il campione in tre range distinti di età, ovvero: ≤ 30 anni, 31-44 anni, ≥ 45 anni ($r = -0,012$; P value = 0,947) (Tabella 8A). Ciò vuol dire che, indipendentemente dall’età posseduta dal soggetto al momento del primo fatto-reato, e dunque indipendentemente dal fatto che egli fosse più giovane o meno giovane, essa non incide sull’incremento del rischio di pericolosità.

**Tab. 8 – Correlazione “Età al primo reato” (a intervalli)
VS “Pericolosità”**

		Età Primo Reato	Total_HCR20
Età Primo Reato	Correlazione di Pearson	1	-,001
	Sig. (2-code)		,995
	N	32	32
Total_HCR20	Correlazione di Pearson	-,001	1
	Sig. (2-code)	,995	
	N	32	32

Tab. 8A – Correlazione “Età al primo reato” (ordinale) VS “Pericolosità”

		Total_HCR20	Eta' primo reato
Rho di Spearman	Coefficiente di correlazione	1,000	-,012
	Total_HCR20		
	Sig. (2-code)	.	,947
	N	32	32
	Coefficiente di correlazione	-,012	1,000
	Eta' primo reato		
	Sig. (2-code)	,947	.
	N	32	32

Vale la pena di sottolineare che la definizione del fattore “giovane età al momento del primo fatto-reato”, indicata in considerazione di quanto dichiarato dal soggetto durante l’indagine diretta o in considerazione della consultazione delle già definite fonti collaterali, è stata mutuata da quel concetto di “giovane età al primo episodio violento” che nell’item H2 dell’HCR-20 viene considerato come uno dei più importanti elementi tra quelli storico-anamnestici che concorrono alla valutazione dell’indice di rischio di violenza, presumendo che tanto più il soggetto fosse giovane al tempo della prima violenza maggiore possa essere il rischio futuro di commettere altre violenze.

Questa indagine, nell’assumere una corrispondenza tra la “giovane età al primo episodio violento” e la “giovane età al primo fatto-reato”, pur discostandosi dalla codifica dell’item H2 che considera effettivamente l’età al compimento dell’atto violento piuttosto che l’età al momento in cui per la prima volta un atto violento viene denunciato, ha voluto considerare proprio il momento della prima denuncia allo scopo di evidenziare la correlazione sopra indicata. Ciò si è reso necessario in considerazione del fatto che, nel campione considerato, sia stato possibile distinguere quei due momenti rappresentati: da un lato, dall’età più giovane in cui effettivamente il soggetto metteva in essere un comportamento illecito che per la prima volta veniva denunciato; e dall’altro, dall’età in cui il soggetto metteva in essere quel comportamento illecito che, tempi permettendo nella valutazione dell’imputabilità, della pericolosità sociale e della conseguente applicazione delle misure di sicurezza, conducevano all’ingresso in OPG.

Tale distinzione è stata tuttavia l’unica possibile. Si ammette che distinguere il limite inferiore (ovvero l’età più giovane) in cui il soggetto ha compiuto un atto penalmente perseguibile, dall’età in cui egli ha commesso quell’atto che, non penalmente perseguibile per

la riconosciuta infermità penale, lo ha condotto all'internato, non valga come il rintracciare nella storia anamnestica l'inizio delle condotte violente. Ma di fatto, dai riscontri ottenuti in questa indagine, troppo indefinite nella qualità e nella quantificazione sono state quest'ultime, in molti casi indicate in modo generico ed in sostanza private di precisazioni in merito alla loro collocazione lungo un continuum cronologico, alle dinamiche del loro accadimento, alla loro gravità ed ancora all'"oggetto" verso cui esse sono state dirette.

Comprendiamo dunque come tale indicatore, di estrema importanza per la letteratura, non abbia trovato in questa indagine il giusto rilievo.

Il secondo indicatore posto ad indagine, peraltro strettamente legato al precedente, è stata la presenza o meno di precedenti penali.

Similmente al discorso fatto per un'evoluzione della carriera criminosa per soggetti che in giovane età acquisiscano tali condotte, anche la presenza di precedenti penali e dunque di recidiva mostra significatività psichiatrico-forense nella valutazione del rischio di futura pericolosità.

Per la valutazione di questo indicatore si è dunque distinto il campione in due differenti gruppi, "soggetti con precedenti penali" e "soggetti senza precedenti penali", ed utilizzato il test t di Student per campioni indipendenti per valutare la differenza tra le medie dei due gruppi sul punteggio totale all'HCR-20.

Il risultato ottenuto ha deposto a favore di una non significatività statistica in merito alla presenza di precedenti penali sul rischio di pericolosità ($t(30) = -1,275$ con $P \text{ value} = 0,212$) (Tabella 9 e 9A).

Tuttavia il valore della media dei punteggi ottenuti all'HCR-20 dai soggetti componenti il sub-campione "senza precedenti penali", composto da 24 soggetti, e dei soggetti componenti il sub-campione "con precedenti penali", composto da 8 soggetti, rivela la presenza di punteggi di pericolosità tendenzialmente più elevati per quest'ultimo sebbene meno numeroso del precedente. È tuttavia da considerare che la deviazione standard per il sub-campione "con precedenti penali" ($M = 24,50$; $d.s. = 9,532$), sia maggiore rispetto a quella relativa al sub-campione "senza precedenti penali" ($M = 20,50$; $d.s. = 7,697$). Ciò si traduce, in termini di risultati alla valutazione dei punteggi della pericolosità con l'HCR-20, nel fatto che i soggetti con precedenti penali hanno ottenuto valutazioni di pericolosità per qualità e grado tendenzialmente più elevati dai punteggi di pericolosità dei soggetti che non hanno precedenti penali rispetto al fatto-reato in costanza di indagine, anche se i punteggi presentano una discreta variabilità, essendo la deviazione standard piuttosto elevata.

Tab. 10 – Reato (tipologie)

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
omicidio/tent.omicidio intrafam	11	34,4	34,4	34,4
omicidio/tent omicidio extrafam	9	28,1	28,1	62,5
maltratt a scopo estorsiv	4	12,5	12,5	75,0
Validi altri (resistenza PU, stalking, lesioni personali)	2	6,3	6,3	81,3
reati patrim (furti e rapine)	6	18,8	18,8	100,0
Totale	32	100,0	100,0	

Per l'analisi statistica si è invece distinto il campione in due macrocategorie: “reati contro la persona” e “reati contro il patrimonio” (Tabella 10A). Ovviamente, essendo quest'ultime costituite dall'integrazione di sub-campioni simili per tipologia di reato così come sopra indicati, la macrocategoria di “reati contro la persona” è risultata quella più corposa.

Anche in questo caso è stato utilizzato il test t di Student per campioni indipendenti, ed è risultata significativa la differenza tra le medie di pericolosità sociale del sub-campione dei “reati contro il patrimonio” e del sub-campione “reati contro la persona” ($t(30) = -3,283$ con $P \text{ value} = 0,003$) (Tabella 10B).

Il valore della media dei punteggi ottenuti all'HCR-20 dai soggetti inclusi nel sub-campione dei “reati contro il patrimonio” ($M = 27,50$; $ds = 5,836$) è risultato in questo caso significativamente elevato rispetto alla media dei punteggi del sub-campione dei “reati contro la persona” ($M = 18,50$; $ds = 7,695$), per quanto questo campione abbia una numerosità più del doppio rispetto all'altro. Peraltro, essendo contenuto il valore della deviazione standard nel campione di soggetti autori di reati contro il patrimonio, si considera la media di tale campione più affidabile rispetto alla media del campione di soggetti autori di reati contro la persona, in cui la deviazione standard è più elevata.

Tab. 10A - Statistiche di gruppo (Reato)

	Reato	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Total_HCR20	reati contro la persona	22	18,50	7,695	1,641
	reati contro il patrimonio	10	27,50	5,836	1,845

Tab. 10B - Test per campioni indipendenti (Reato)

	Test di Levene di uguaglianza delle varianze		Test t di uguaglianza delle medie							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2- code)	Diff. fra medie	Diff. errore standard	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%		
								Inferiore	Superiore	
Total HCR20	Assumi varianze uguali	2,015	,166	-3,283	30	,003	-9,000	2,741	-14,599	-3,401
	Non assumere varianze uguali			-3,645	22,756	,001	-9,000	2,469	-14,111	-3,889

Si vuole tuttavia segnalare che la classificazione dei soggetti del campione in considerazione della tipologia di reato commesso ha risentito, in corso di indagine, di due differenti ordini di problematicità: in primo luogo derivanti da inesatte o meglio frammentarie indicazioni, in alcuni casi, del reato commesso dal soggetto e dunque del modo in cui lo stesso veniva stato rubricato da un punto di vista normativo; in secondo luogo derivanti dal fatto che, per gli stessi soggetti di cui sopra o per altri ancora, si poteva intendere la presenza non solo di più reati, ma anche di categorie miste a seconda delle motivazioni criminogenetiche, delle dinamiche o della tipologia vittimologica che li caratterizzava.

Si prenda ad esempio il reato “maltrattamenti a scopo estorsivo”: la riflessione operata sulla *finalità* di tale condotta ha orientato ad includere questa sotto-categoria tra i reati contro il patrimonio al fine di svolgere l’analisi statistica sopra discussa. Tuttavia, già da un punto di vista concettuale, e più ancora clinico e prettamente psichiatrico-forense, non si può trascurare

che tale condotta venga operata a danni di familiari o soggetti appartenenti alla prossimità affettiva dell'autore (generalmente genitori, mogli/mariti o conviventi more uxorio). Questo, oltre a rendere "ibrido" tale reato in una sua eventuale classificazione per macrocategorie, rappresenta la frequente realtà di molte valutazioni peritali nelle quali la necessità del rigore scientifico deve incontrarsi con considerazioni di maggiore o minore gravità del fatto sulla base di disamine di natura vittimologica. L'incontro di questi due percorsi avrà delle conseguenze in termini di valutazione dell'imputabilità del soggetto e della sua pericolosità sociale, che al momento opportuno orienteranno anche le valutazioni della remissione della Misura di Sicurezza detentivo psichiatrica e dunque la dimissibilità del soggetto dall'OPG.

Il quarto indicatore considerato è stato infatti la durata dell'internato e dunque gli anni di permanenza in OPG.

Il campione è stato suddiviso in quattro sottogruppi: ≤ 2 anni di permanenza; 3/5 anni di permanenza; 6/8 anni di permanenza e ≥ 9 anni di permanenza.

L'analisi della correlazione con l'indice di pericolosità ha ottenuto un discreto valore del coefficiente di correlazione di Spearman ($r_s = 0,208$ con P value = 0,253) (Tabella 11), che tuttavia non ha dimostrato significatività statistica: si potrebbe ipotizzare che aumentando la numerosità campionaria possa risultarne una correlazione significativa.

Tab. 11 – Anni Permanenza in OPG/Durata Internato

		Total_HCR20	Anni Permanenza OPG
Rho di Spearman	Total_HCR20	1,000	,208
			,253
		32	32
	Anni Permanenza OPG	,208	1,000
		,253	.
		32	32

Il quinto valore considerato è quello relativo alla diagnosi.

I soggetti inclusi a campione, in concordanza con la tematica generale del corso in cui tale ricerca si inserisce, avevano diagnosi incluse nelle patologie dello spettro psicotico, secondo i vari sottotipi con le quali esse vengono differenziate.

I riscontri della letteratura in merito alla specifica incidenza delle varie categorie diagnostiche sulla messa in atto di comportamenti violenti e/o di natura criminosa hanno già indicato che psicosi e schizofrenia, tra la nosografia delle patologie mentali e di personalità, prevalgono in tal senso.

È altresì noto che la doppia diagnosi relativa all'uso di sostanze stupefacenti sia da considerarsi un importante fattore di rischio.

Posto che l'analisi delle frequenze del campione coinvolto ad indagine ha visto una maggiore distribuzione dei soggetti nella categoria diagnostica della "schizofrenia", subito seguita dalla categoria diagnostica della "doppia diagnosi TSD" (Tabella 12), si è voluto distinguere il campione generale in due sub-campioni sulla base della presenza o dell'assenza di doppia diagnosi (Tabella 12A), al fine di porre un confronto tra i livelli di pericolosità.

Il test t di Student per campioni indipendenti ha mostrato un'associazione significativa del sub-campione "con doppia diagnosi" con l'indice elevato di pericolosità, rispetto al sub-campione dei soggetti "senza doppia diagnosi" ($t(30) = -2,096$ con $P \text{ value} = 0,045$) (Tabella 12B).

Tab. 12 - Diagnosi

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi				
ritardo mentali	2	6,3	6,3	6,3
schizofrenia	15	46,9	46,9	53,1
doppia diagnosi TSD	12	37,5	37,5	90,6
doppia diagnosi ALCOL	3	9,4	9,4	100,0
Totale	32	100,0	100,0	

Tab. 12A - Statistiche di gruppo (Presenza/Assenza Doppia Diagnosi TSD)

	Diagnosi	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Total_HCR20	senza doppia diagnosi	17	18,59	7,787	1,889
	con doppia diagnosi	15	24,40	7,872	2,033

Tab. 12B - Test per campioni indipendenti (Presenza/Assenza Doppia Diagnosi TSD)

	Test di Levene di uguaglianza delle varianze		Test t di uguaglianza delle medie							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-code)	Diff. fra medie	Differenza errore standard	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%		
								Inferiore	Superiore	
Total HCR20										
Assumi varianze uguali	,007	,935	-2,096	30	,045	-5,812	2,773	-11,474	-	,149
Non assumere varianze uguali			-2,095	29,420	,045	-5,812	2,775	-11,483	-	,141

Infine, il sesto valore considerato è quello relativo alla presenza o meno di precedenti trattamenti psichiatrici cui il soggetto sia stato sottoposto in epoche pregresse rispetto all'internato in OPG.

Il campione è stato quindi distinto in “senza precedenti trattamenti psichiatrici” e “con precedenti trattamenti psichiatrici”: l'analisi delle frequenze mostra come sia più numeroso il sub-campione “con precedenti trattamenti psichiatrici”, per 24 soggetti sul totale di 32 (Tabella 13).

Usando il test t di Student per campioni indipendenti, è emerso un maggiore livello di pericolosità del gruppo che aveva ricevuto precedenti trattamenti psichiatrici (M = 23,17; d.s. = 6,98) rispetto al gruppo che non aveva ricevuto precedenti trattamenti psichiatrici prima dell'ingresso in OPG (M = 15,75; d.s. = 9,68), ad un livello statisticamente significativo (t (30) = -2,361 con P value = 0,025) (Tabella 13A).

Tab. 13 - Statistiche di gruppo (Precedenti Trattamenti Psichiatrici)

	Precedenti Trattamenti Psichiatrici	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Total_HCR20	no	8	15,75	9,677	3,421
	si	24	23,17	6,982	1,425

Tab. 13A - Test per campioni indipendenti (Precedenti Trattamenti Psichiatrici)

	Test di Levene di uguaglianza delle varianze		Test t di uguaglianza delle medie							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-code)	Diff. fra medie	Diff. errore standard	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%		
								Inferiore	Superiore	
Total_HCR 20	3,184	,085	-2,361	30	,025	-7,417	3,142	-13,833	-1,000	
Assumi varianze uguali Non assumere varianze uguali			-2,001	9,553	,075	-7,417	3,706	-15,728	,894	

Chiarite le principali correlazioni e associazioni individuate per la valutazione dell'indice di pericolosità, si è provveduto alla valutazione della coerenza interna del test HCR-20 allo scopo di valutare l'affidabilità dello strumento nel produrre una misura del costrutto per il quale esso viene applicato.

Il valore dell'Alfa di Cronbach è risultato molto elevato ($\alpha = 0,899$) (Tabella 14), dunque il test è da considerarsi valido nella misura dell'indice di pericolosità dei soggetti appartenenti al campione di indagine.

Tab. 14 - Statistiche di affidabilità (HCR-20)

Alfa di Cronbach	Alfa di Cronbach's basata su item standardizzati	N di item
,899	,903	20

In particolare, è possibile notare come, tra i 20 item che compongono la scala, quelli che si mostrano indicativi ai fini di una buona coerenza interna dello strumento, seppur con

valore infinitesimale, sono gli item H5 (*Substance Use Problems*) e l'item C3 (*Active Symptoms of Major Mental Illness*) (Tabella 14A). Ciò si dimostra in linea con quanto indicato dalla letteratura in merito all'influenza di questi elementi nella storia clinica del soggetto, tanto nell'aspetto anamnestico che in quello clinico effettuato all'atto della valutazione (che considera, ricordiamo, il periodo di sei mesi antecedente alla codifica).

Tabella 14A – Statistiche di Affidabilità per item HCR-20

	Media Scala se l'item è escluso	Varianza Scala se l'item è escluso	Correlazione del totale item corretta	Alfa di Cronbach se l'item è escluso
H1	19,94	60,899	,595	,892
H2	20,06	65,222	,303	,899
H3	19,81	60,867	,515	,895
H4	19,94	59,673	,590	,892
H5	20,59	61,862	,380	,900
H6	19,38	66,048	,464	,898
H7	21,16	64,652	,535	,896
H8	20,28	62,209	,417	,898
H9	20,75	60,323	,599	,892
H10	19,75	61,742	,508	,895
C1	19,91	63,249	,443	,896
C2	20,63	62,500	,495	,895
C3	20,38	63,855	,314	,900
C4	20,56	60,319	,639	,891
C5	20,53	60,386	,697	,890
R1	20,25	58,065	,759	,887
R2	20,50	61,161	,634	,891
R3	20,06	60,190	,540	,894
R4	20,25	60,258	,647	,891
R5	20,22	59,789	,630	,891

Si è voluto poi valutare la coerenza interna dello strumento effettuando l'analisi delle sottoscale H, C ed R che lo compongono (Tabella 14B). Nei limiti consentiti dalla valutazione statistica, che risente della numerosità degli item delle componenti esaminate (ovvero 10 fattori per la sottoscala H, e la metà per le sottoscale C ed R), il valore dell'Alfa di Cronbach ha dimostrato una migliore affidabilità nel misurare l'indice di pericolosità da parte della sottoscala R ($\alpha = 0,828$) rispetto alle sottoscale H ($\alpha = 0,812$) e C ($\alpha = 0,780$) (Tabella 14).

Da un punto di vista clinico è tuttavia da ricordare che il giudizio o la codifica di alcuni item della sottoscala R dipende dalla codifica in ottica previsionale di alcuni item delle altre due sottoscale.

Tab. 14B– Statistiche di Affidabilità per Sottoscale HCR-20					
Statistiche di affidabilità - Sottoscala H			Statistiche di affidabilità - Sottoscala C		
Alfa di Cronbach	Alfa di Cronbach's basata su item standardizzati	N di item	Alfa di Cronbach	Alfa di Cronbach's basata su item standardizzati	N di item
,812	,822	10	,780	,783	5
Statistiche di affidabilità – Sottoscala R					
Alfa di Cronbach	Alfa di Cronbach's basata su item standardizzati	N di item			
,828	,829	5			

Infine, a conclusione dell'analisi statistica sopra esposta, si ritiene opportuno precisare che nel campione considerato nel presente lavoro la media dei punteggi ottenuti alla somministrazione dell'HCR-20 è pari a 21,31 (Tabella 14C).

Considerando gli studi di letteratura per i quali si è posto a 27 il punteggio di cut off, si nota dunque come il nostro campione si collochi ad un livello inferiore di punteggio, e possa quindi essere considerato a basso rischio di comportamenti violenti.

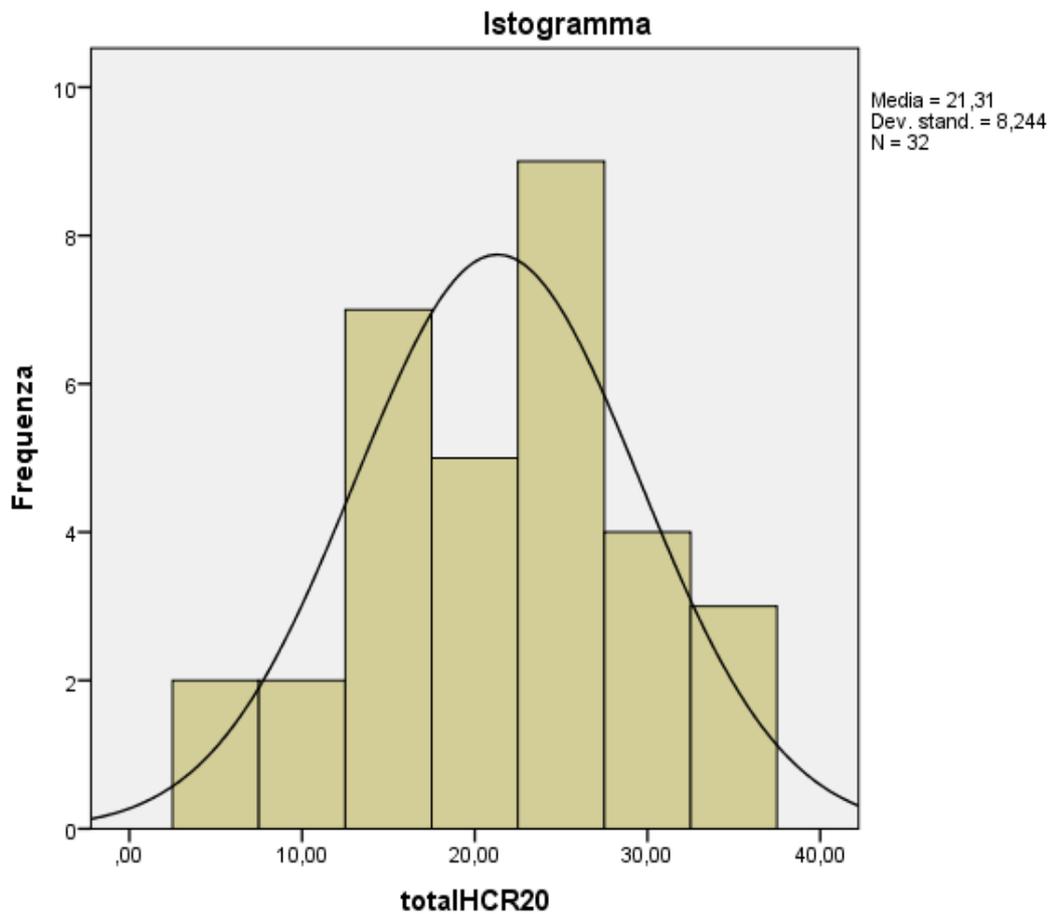
Tale risultato è peraltro corroborato dalla distribuzione statistica del campione, indicante il 68.8% dei soggetti al di sotto del valore di cut off, e solo il rimanente 31.2% del

campione che incontra i valori predittivi di pericolosità indicati dagli standard internazionali (Figura 1).

Tab. 14C - Statistiche descrittive – Total HCR-20

	N	Intervallo	Minimo	Massimo	Media	Deviazione std.
Total HCR20	32	31,00	5,00	36,00	21,3125	8,24401
Validi (listwise)	32					

Fig. 1 – Punteggi HCR-20



Si è provveduto poi ad effettuare le stesse correlazioni ed associazioni in considerazione del punteggio ottenuto dai soggetti alla Scala PCL-R, così da valutare quali elementi possano avere influenza sul grado di psicopatia dei soggetti in indagine.

Naturalmente, la somministrazione della PCL-R, per il campione qui considerato, era attinente nella misura in cui il punteggio di questa scala concorre alla codifica dell'item H7 della scala HCR-20. Non ci si aspettava infatti, e così è stato, che i soggetti inclusi in questa indagine potessero ottenere punteggi elevati alla codifica della PCL-R.

Gli elementi che compongono il costrutto di psicopatia, così come inteso da Hare, trovano ristretti e/o relativi margini di aderenza con la psicodinamica di soggetti psicotici o schizofrenici. Senza dilungarci troppo, né citare concetti già noti, citiamo a titolo di esempio quanto sia diverso il senso dell'impoverimento emotivo tra uno schizofrenico ed uno psicopatico (per il primo effetto di una profonda estraneità relazionale e disabilità sociale, per il secondo effetto di una mancanza di empatia sostanziata dal fatto di considerare se stesso al di sopra di ogni norma di condotta sociale); o quanto sia diversa la percezione della realtà (delirata per lo schizofrenico, utilitaristica per lo psicopatico).

Per questo motivo la codifica degli item della PCL-R ha richiesto una più attenta conoscenza della storia di vita del soggetto, e ciò era stata una difficoltà già per la codifica dell'HCR-20.

Ad ogni modo, la codifica della PCL-R è andata a buon fine per 29 soggetti sul totale di 32 del campione complessivo. Più precisamente, per 16 soggetti è avvenuta la codifica avvalendosi sia del colloquio che della consultazione delle fonti collaterali; per 13 soggetti si è proceduto alla sola consultazione delle fonti collaterali, in virtù della mancata disponibilità o impossibilità del soggetto a sostenere l'intervista, o in virtù di impossibilità pratiche (mancata autorizzazione al colloquio con l'internato da parte della Direzione Penitenziaria dell'Istituto ospitante) o tempistiche (il soggetto era stato trasferito di istituto o era stato dimesso in "licenza finale esperimento" all'atto della valutazione) da parte dell'esaminatore.

Si precisa infine che, per ciò che concerne i punteggi totali ottenuti dai soggetti del campione, nessuno ha raggiunto il livello patologico di psicopatia attestato dal cut off di 27 dello studio di validazione italiana. Tenendo peraltro in considerazione che, in quasi tutti i casi, la codifica del punteggio totale è avvenuta in prorating (con le dovute conseguenze nell'innalzamento del livello di psicopatia che ciò determina, di cui già si è discusso), il punteggio più alto è stato 25,9 (1 soggetto) ed il più basso 3,3 (2 soggetti). La statistica descrittiva dei punteggi è così espressa (Tabella 15):

Tab. 15 - Statistiche Descrittive – Total PCL-R

N	Validi	29
	Mancanti	3
Media		12,886
Deviazione std.		6,5401
Minimo		3,3
Massimo		25,9

Si descrivono in sintesi i risultati ottenuti.

In primo luogo, la correlazione tra “l’età al primo fatto-reato” e psicopatia non ha mostrato significatività ($r = -0,004$ con P value = 0,982): non vi è incidenza dell’età all’atto del compimento del primo reato sul punteggio di psicopatia (Tabella 16).

Tab. 16 – Correlazione “Età al primo fatto reato” VS Psicopatia

		Età Primo Reato	Total_PCL_R
Età Primo Reato	Correlazione di Pearson	1	-,004
	Sig. (2-code)		,982
	N	32	29
Total_PCL_R	Correlazione di Pearson	-,004	1
	Sig. (2-code)	,982	
	N	29	29

In merito all’analisi delle frequenze relative alla distribuzione del campione in merito al titolo di studio, essa ha visto una maggiore prevalenza di soggetti per il titolo di licenza media inferiore (Tabella 17).

La disamina della correlazione tra titolo di studio e grado di psicopatia ha evidenziato un risultato non significativo ($r_s = 0,025$ con P value = 0,899) (Tabella 17A).

Pensando alla descrizione degli item 1 e 2 della scala, che riferiscono delle caratteristiche di fascino superficiale, ipertrofia dell’Io ed arroganza possedute dal soggetto psicopatico, questo risultato si considera in linea con quanto indicato e dunque potremmo dire

che, forzando il rapporto di causa-effetto che non ha luogo nel risultato statistico, il titolo di studio non influisce sulla psicopatia.

Tab. 17 – Titolo di Studio

	Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulata
Validi				
elementare	3	10,3	10,3	10,3
licenza_media_inferiore	18	62,1	62,1	72,4
licenza_media_superiore	8	27,6	27,6	100,0
Totale	29	100,0	100,0	

Tab. 17A – Correlazione “Titolo di Studio” VS “Psicopatia”

		TitoloStudio	Total_PCL_R
Rho di Spearman	Coefficiente di correlazione	1,000	,025
	Sig. (2-code)	.	,899
	N	32	29
Total_PCL_R	Coefficiente di correlazione	,025	1,000
	Sig. (2-code)	,899	.
	N	29	29

Il punteggio di psicopatia è stato poi confrontato, al fine di valutare l’associazione, considerando il sub-campione di soggetti autori di “reati contro la persona” ed i soggetti autori di “reati contro il patrimonio”.

La media alla PCL-R dei soggetti del primo sub-campione (M = 10,985; d.s. = 6,15) è risultata significativamente maggiore rispetto a quella dei soggetti del secondo (M = 17,11; d.s. = 5,55) (Tabella 18).

Il test t di Student per campioni indipendenti ha poi dimostrato che i soggetti autori di reato contro il patrimonio mostrano un livello di psicopatia più elevato ($t(27) = -2,553$ con $P \text{ value} = 0,017$) (Tabella 18A).

Tab. 18 – Reato

	Reato	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Total_PCL_R	reati contro la persona	20	10,985	6,1497	1,3751
	reati contro il patrimonio	9	17,111	5,5467	1,8489

Tab. 18A - Test per campioni indipendenti (Reato)

	Test di Levene di uguaglianza delle varianze		Test t di uguaglianza delle medie							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-code)	Diff. fra medie	Diff. errore standard	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%		
								Inferiore	Superiore	
Total PCL-R	,424	,521	-2,553	27	,017	-6,1261	2,3993	-11,0490	-1,2033	
			-2,659	17,096	,016	-6,1261	2,3042	-10,9855	-1,2667	

Sono stati poi confrontati i sub-campioni diagnostici “senza doppia diagnosi” e “con doppia diagnosi” sul punteggio di psicopatia.

La media alla PCL-R dei soggetti del primo sub campione ($M = 11,987$; $d.s. = 6,82$) non è risultata significativamente minore rispetto a quella dei soggetti del secondo ($M = 13,85$; $d.s. = 6,32$) (Tabella 19).

Il test t di Student per campioni indipendenti ($t(27) = -0,761$ con $P \text{ value} = 0,453$) ha dimostrato che la presenza di una doppia diagnosi non si associa a punteggi più o meno elevati di psicopatia (Tabella 19A).

Tab. 19 – Presenza/Assenza di doppia diagnosi TSD

	Diagnosi	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Total_PCL_R	senza doppia diagnosi	15	11,987	6,8288	1,7632
	con doppia diagnosi	14	13,850	6,3223	1,6897

Tab. 19A - Test per campioni indipendenti (Presenza/Assenza di doppia diagnosi TSD)

	Test di Levene di uguaglianza delle varianze		Test t di uguaglianza delle medie							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-code)	Diff. fra medie	Diff. errore standard	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%		
								Inferiore	Superiore	
Total PCL-R	Assumi varianze uguali	,033	,857	-,761	27	,453	-1,8633	2,4489	-6,8880	3,1613
	Non assumere varianze uguali			-,763	26,999	,452	-1,8633	2,4421	-6,8742	3,1475

Ancora, sono stati confrontati i sub-campioni relativi alla presenza o meno di precedenti penali sul punteggio di psicopatia.

La media alla PCL-R dei soggetti del primo sub-campione “senza precedenti penali” (M = 11,99; d.s. = 6,21) non è risultata significativamente minore rispetto a quella dei soggetti del secondo (M = 15,24; d.s. = 7,22) (Tabella 20).

Il test t di Student per campioni indipendenti ha dimostrato che la presenza di precedenti penali non si associa a punteggi più o meno elevati di psicopatologia (t (27) = -1,205 con P value = 0,239) (Tabella 20A).

Tab. 20 – Presenza/Assenza Precedenti Penali

	Precedenti Penali	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Total_PCL_R	Senza precedenti	21	11,990	6,2127	1,3557
	Con precedenti	8	15,237	7,2170	2,5516

Tab. 20A - Test per campioni indipendenti (Presenza/Assenza Precedenti Penali)

	Test di Levene di uguaglianza delle varianze		Test t di uguaglianza delle medie						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-code)	Diff. fra medie	Diff. errore standard	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
								Inferiore	Superiore
Total PCL-R									
Assumi varianze uguali	,395	,535	-1,205	27	,239	-3,2470	2,6956	-8,7780	2,2839
Non assumere varianze uguali			-1,124	11,198	,285	-3,2470	2,8894	-9,5929	3,0988

Sono stati poi confrontati i sub-campioni relativi alla presenza o meno di precedenti trattamenti psichiatrici, prima dell'internato in OPG, sul punteggio di psicopatologia.

La media alla PCL-R dei soggetti del primo sub-campione “senza precedenti trattamenti psichiatrici” (M = 11,32; d.s. = 7,61) non è risultata significativamente minore rispetto a quella dei soggetti del secondo (M = 13,38; d.s. = 6,27) (Tabella 21).

Il test t di Student per campioni indipendenti ha dimostrato che la presenza di precedenti trattamenti psichiatrici non si associa a punteggi più o meno elevati di psicopatologia ($t(27) = -0,717$ con $P \text{ value} = 0,479$) (Tabella 21A).

Tab. 21 – Presenza/Assenza di Precedenti trattamenti psichiatrici

	Precedenti Trattamenti Psichiatrici	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
Total_PCL_R	no	7	11,329	7,6116	2,8769
	si	22	13,382	6,2778	1,3384

Tab. 21A - Test per campioni indipendenti (Presenza/Assenza di Precedenti trattamenti psichiatrici)

	Test di Levene di uguaglianza delle varianze		Test t di uguaglianza delle medie							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-code)	Diff. fra medie	Diff. errore standard	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%		
								Inferiore	Superiore	
Total PCL-R	,803	,378	-,717	27	,479	-2,0532	2,8630	-7,9276	3,8211	
			-,647	8,761	,534	-2,0532	3,1730	-9,2610	5,1545	

Infine, correlando la durata dell'internato con il punteggio di psicopatologia, l'indice di correlazione di Spearman è risultato significativo ($r_s = 0,469$ con $P \text{ value} = 0,010$) (Tabella 22).

Considerando le storie di vita dei soggetti avuti a campione, e venendo a conoscenza in corso di indagine delle difficoltà di volta in volta inerenti la loro dimissibilità, pur sempre tenendo conto che non è da leggersi nel dato statistico una concausalità così espressa, questo

risultato si vuole ipotizzare come la corrispondenza tra l'aumento degli anni di permanenza in OPG e l'aumento del punteggio alla PCL-R.

Tab. 22 – Correlazione “Durata Internato” VS “Psicopatia”

		Total PCL-R	Anni Permanenza OPG
Rho di Spearman	Total	1,000	,469*
	PCL-R	.	,010
		N	29
	Anni Permanenza	,469*	1,000
	OPG	,010	.
		N	29

*. La correlazione è significativa al livello 0,05 (2-code).

CONCLUSIONI

Riprendendo in sintesi gli obiettivi di questo lavoro, ricordiamo come la conduzione del lavoro di ricerca avesse le seguenti finalità:

1. la valutazione del nesso di causalità tra malattia mentale e rischio di condotte violente e/o criminose: review della letteratura al fine di valutare l'attuale stato delle conoscenze scientifiche e quali indicazioni vengano fornite in merito ai criteri che possono spiegare tale rapporto di causalità;
2. la riflessione sui percorsi di cura e trattamento di malati di mente autori di reato, alla luce delle recenti disposizioni normative in materia di sanità penitenziaria;
3. l'affermazione dell'utilità degli strumenti utilizzati in questa ricerca, che già in altri contesti scientifici si sono fortemente affermati per il potere predittivo di valutare a livello qualitativo e quantitativo il rischio di adozione di condotte violente e/o criminose, attraverso il tentativo di darne una validazione italiana, considerando una popolazione rappresentativa.

Per quanto concerne il primo obiettivo, la review della letteratura consultata ha mostrato come venga da sempre considerata critica la possibilità di formulare un giudizio predittivo sulla pericolosità sociale di pazienti psichiatrici.

Coloro che, nella disputa concettuale e scientifica, si pongono come fermi sostenitori dell'idea di imprevedibilità posta sull'argomento, citano generalmente quanto riferito da Ennis e Litwack secondo i quali *“quando uno psichiatra si accinge a formulare un giudizio di pericolosità, ha le stesse probabilità di successo di una persona che si affidi al lancio di una moneta per prendere una decisione”* (Ennis B.J. & Litwack T.R., 1974; in Catanesi R., Carabellese F., Grattagliano I., 2009). Come per dire che, essendo la questione del tutto aleatoria, a nulla vale riflettere sul concetto di malattia mentale; sulle implicazioni che essa può avere sulle capacità critico-cognitive e dell'agire comportamentale; sulla possibilità di individuare in modo scientifico i fattori di rischio che, in interazione con la patologia, la innescano come fosse una bomba ad orologeria.

D'altro canto, vi sono anche molti operatori psichiatrico-forensi che all'opposto cercano di guardare alla questione con quell'obiettività che sempre deve essere necessaria se non si vuol finire imbrigliati in sterili campanilismi ideologici.

Essi accolgono e promuovono i riscontri che già da tempo la letteratura ha fornito per spiegare la significatività della correlazione statistica tra malattia di mente (in particolare gravi disturbi quali schizofrenia e psicosi) ed adozione di condotte violente e/o criminose,

laddove essa non viene del tutto negata, ma di fatto specificata nella sussistenza in termini di: presenza di doppia diagnosi (Gunn, 1977; Soyka M., Albus M., Kathmann N. et al., 1993; Soyka M., 2000; Boles S., Johnson P., 2001; Fazel S., Gulati G., Linsell L., et al. 2009; Fazel S., Langstrom N., Hjern A., et al., 2009); presenza di condizioni di rischio da rintracciare nella storia di vita individuale a livello premorbo - quali incuria e/o abusi infantili, condotte antisociali della famiglia di origine, disagiato status socio-economico - e a livello contestuale in termini di *stressful life events* - quali separazione e divorzio, perdita del lavoro (Elbogen E. & Johnson S., 2009; Van Dorn R., Volavka J., & Johnson N., 2012); nonché presenza di alcuni elementi che già a livello generale incidono nel rendere complicato il trattamento della malattia mentale, quali ad esempio il numero e la frequenza di ricoveri ospedalieri (Brennan P., Mednick S., Hodgins S., 2000) e dunque la scarsa adesione al trattamento (Monahan J., 1997; Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P.S., et al., 2000), o ancora la mancanza di insight di malattia.

In pratica, il “trend” più attuale adottato come tentativo di risolvere la diatriba di cui sopra risiede nella valutazione dei fattori di rischio, ed in essa si colloca la risposta al primo obiettivo della presente ricerca.

Il presente lavoro ha infatti desiderato porsi in linea con questa tendenza, ed in alcuni casi sono state confermate le nozioni già acquisite. Riprendendo in sintesi i risultati ottenuti, la presente ricerca ha riscontrato che:

- l'età - ed in particolare la giovane età che è considerata uno dei primi fattori di rischio per la recidiva criminosa - non mostra influenze in termini di incremento della pericolosità sociale;
- la presenza di precedenti penali - per quanto in questo campione fosse specificata per pochi soggetti - ha una maggiore influenza sul rischio di pericolosità rispetto al fatto di non avere precedenti;
- coloro che commettono reati contro la persona - tipologia criminosa che spesso caratterizza le condotte aggressive di soggetti affetti da patologie quali psicosi e schizofrenia, e che infatti in questa indagine erano in numero doppio rispetto a coloro che avevano commesso reati contro il patrimonio - hanno in misura minore di quest'ultimi un rischio elevato di pericolosità sociale;
- all'aumentare della durata dell'internato aumenta il rischio di pericolosità, per quanto ciò avvenga in misura moderata, ed al cospetto di un campione ridotto (e si considera in tal caso necessario approfondire il rapporto di causalità così da poter

meglio delineare quale, tra i summenzionati, sia il fattore scatenante e quale il risultato);

- la comorbidità tra diagnosi di psicosi/schizofrenia ed uso di sostanze si associa in maniera significativa con un elevato grado di pericolosità;
- la presenza di precedenti trattamenti psichiatrici prima dell'internato in OPG - o più correttamente il fallimento di precedenti tentativi di cura - si associa in maniera significativa con un elevato grado di pericolosità.

È a questo punto doveroso ammettere che i risultati ottenuti in questa indagine, causa la ridotta numerosità del campione considerato, potrebbero subire variazioni laddove la numerosità campionaria divenisse più ampia: per quanto non ci si possa esprimere sul modo in cui essi potrebbero variare, ovvero rafforzando o meno le correlazioni/associazioni evidenziate, si è consapevoli della possibilità di riscontrare differenze.

Sono stati già spiegati i motivi per i quali il campione considerato ha subito una corposa diminuzione rispetto alle iniziali previsioni, ed in questa occasione si ravvisa l'utilità di richiamarne giusto uno, ritenuto tra tutti il più importante: la necessità di poter disporre di informazioni quanto più possibile complete relative all'anamnesi individuale (informazioni inerenti lo sviluppo affettivo-emotivo, morale e personologico del soggetto; ma anche le scelte inerenti l'istruzione e la vita lavorativa), clinica (la diagnosi psicopatologica, la sintomatologia manifestata ed in atto) e più specificatamente criminologica (l'adozione di condotte devianti e/o illecite, eventuali vittimizzazioni subite).

La compilazione del protocollo anagrafico-clinico dell'HCR-20 e della PCL-R, laddove tali strumenti vengano utilizzati a fini forensi, diviene di essenziale importanza per indagare la qualità e la gravità che alcuni fattori possono avere nel rischio di adozione, e/o reiterazione, di condotte violente e/o criminose.

Questi strumenti, infatti, assolvono al compito di tradurre da un punto di vista quantitativo un "rischio" che già da un punto di vista qualitativo, e specificatamente clinico-forense, l'esaminatore può produrre. Inoltre, come qualsivoglia indagine standardizzata, il risultato cui essi conducono consente di confrontare tra loro più soggetti della stessa popolazione campione, scelti sulla base di simili criteri di per sé indicativi di ciò che si desidera misurare, al fine di stabilire dei livelli di gravità (più propriamente, in questo caso, di "pericolosità") che consentano di orientare in modo più appropriato e personalizzato le proposte e le strategie di cura, tutela, recupero e risocializzazione.

Nel caso dell'indagine qui condotta, sottolineando la difficoltà inerente il reperimento di dati completi sui soggetti esaminati, si desidera sottolineare come proprio tali dati

detengano una rilevante importanza nel lavoro assistenziale e custodiale svolto nei confronti della popolazione in esame.

Nel presente lavoro di ricerca, laddove incerta era la rilevazione di alcuni dei fattori di rischio che sostanziano la scala dell'HCR-20 e della PCL-R, nel rispetto delle indicazioni fornite all'uso dei test si è ovviato all'omissione di risposta compilando i protocolli di concerto con le opinioni degli operatori che quotidianamente si occupano dell'utenza che costituisce il campione di indagine, così da giungere ad individuali giudizi in merito al grado di pericolosità posseduta dal singolo. Considerando poi il campione nel suo complesso, si è notato come il grado di pericolosità ottenuto sia inferiore rispetto al punteggio di cut off riportato in letteratura. Più precisamente: la media dei punteggi ottenuti alla somministrazione dell'HCR-20 si è attestata al punteggio di 21.31, e dunque inferiore al punteggio di cut off di 27 che per la comunità scientifica attesta una significatività nel grado di pericolosità; solo il 31.2% del nostro campione di indagine ha incontrato i valori predittivi di pericolosità indicati dagli standard internazionali, mentre 68.8% dei soggetti coinvolti detiene un basso rischio di comportamenti violenti.

Ci si è dunque trovati al cospetto di un paradosso, stante il considerare socialmente pericolosi un gruppo di internati negli OPG, che si sono invece attestati in un basso grado di rischio di pericolosità.

Tale paradosso non lede in sé la validità predittiva cui si può giungere con l'uso di questi strumenti, ma richiamando il terzo obiettivo posto per questa indagine, apre la strada al dubbio che sia forse il concetto stesso di pericolosità sociale, per come oggi viene inteso nel nostro contesto scientifico e normativo, a risultare inadatto o anacronistico.

Di fatto, pur ammettendo di non essere riusciti ad assolvere in pieno al compito di dare una validazione italiana all'HCR-20, come già detto utilizzata nell'originale versione canadese, non si fa che rafforzare il concetto di quanto sia necessario giungere ad un'adeguata conoscenza di tale strumento, attraverso l'adattamento, nel nostro contesto culturale, dei criteri inerenti la sua composizione.

Per quanto sopra espresso, a margine della questione inerente la possibilità o meno di esprimere un giudizio in termini previsionali sulla pericolosità sociale, una prima riflessione deve essere posta alla multiformità delle espressioni degli atti criminosi, che potrebbero orientare la valutazione della pericolosità sociale e le annesse discriminanti in merito alla sua gravità.

Considerando troppo ampia l'estensione, per tipologia e gravità di reato, sottesa al giudizio di pericolosità espresso all'Art. 203 c.p., richiamante una generica commissione di

“*nuovi fatti previsti dalla legge come reati*”, alcuni Autori hanno infatti suggerito di applicare le misure di sicurezza “*ai soli malati che si sono resi autori di attentati contro la vita e l’incolumità del prossimo*” (Ponti e Merzagora, 1993).

In effetti, è difficile collocare sullo stesso livello di gravità un omicidio, uno stupro ed il disturbo della pubblica quiete, che nel campione dei soggetti della presente indagine era la tipologia di reato più frequente; dunque si riconosce in tale suggerimento il vantaggio di avvicinare il concetto di pericolosità ad un criterio “giuridico” più specifico.

Tuttavia, poiché esso mantiene la valutazione della pericolosità sul piano di una necessità in ordine al malato di mente, forse non può considerarsi esaustivo.

Una seconda riflessione deve essere invece posta al considerare dunque vacillante l’attuale assetto normativo atto ad interpretare la questione dell’infermità e della pericolosità sociale.

Il giudizio di pericolosità viene richiesto nel momento in cui un soggetto con (presunta) malattia mentale commette un fatto-reato. Se tale reato non avesse avuto luogo, quella stessa persona, e la sua malattia mentale, non avrebbero avuto motivo di incorrere in questa indagine. Per cui, se ciò che sostanzia la valutazione della responsabilità giuridica è un fatto-reato, perché tale non rimane anche per la valutazione della pericolosità sociale? Se per quest’ultima il nocciolo della questione è, come sappiamo, la garanzia della sicurezza sociale, come si può privilegiare la minaccia ad essa data dal comportamento di un malato di mente rispetto a quella di un soggetto (presunto) non malato di mente, se entrambe fondate sull’indiscusso valore dell’unicità ed irripetibilità individuale?

Dunque forse l’accertamento della pericolosità sociale andrebbe esteso anche a coloro che deliberatamente, consapevolmente ed in modo ben pianificato mettono in atto una condotta criminosa, e ancor di più a coloro che non agiscono così una volta sola, bensì reiterandola. Si verrebbe così effettivamente a superare quel “processo di *criminalizzazione* dei malati di mente e contestuale *psichiatrizzazione* dei criminali” (Richardson, 2009), sicuramente inopportuno alla luce dei risultati della letteratura, e finalmente ad ammettere che il problema non è nella presenza dell’infermità mentale in sé per sé, quanto nelle risposte che essa riceve da parte del territorio.

In tal senso, la consultazione delle fonti collaterali e la conoscenza diretta dei soggetti inclusi a campione non ha fatto che rendere atto della frequenza con la quale il fallimento di precedenti trattamenti psichiatrici o assistenziali provenienti dal territorio sia divenuto un fattore precipitante per situazioni già critiche.

Considerando che l'odierna criminologia intende la devianza secondo l'effetto concausale che fattori antropologici, sociali e contestuali possono avere su quelli psicologici individuali; e considerando altresì che l'odierna psichiatria ha finalmente abbandonato quella visione di cronicità ed irrecuperabilità della malattia mentale che per lungo tempo ha caratterizzato la sua storia, alla luce di quanto sopra si pone essenziale, parallelamente alla questione della prevedibilità dei fattori di rischio, quella relativa alla necessità di intervenire precocemente sugli stessi.

Individuare quali elementi influiscano in termini precipitanti sulla malattia mentale e sul rischio di condotte aggressive e/o criminose è un'indagine certamente essenziale, ma a poco vale se ad essa non si affianca l'impegno nel far sì che tali fattori non sortiscano il loro effetto (Catanesi R., Carabellese F., Grattagliano I., 2009).

E quindi, avviandoci verso la conclusione richiamando in questa sede per necessità dialettiche il secondo obiettivo di tale ricerca, si mostra necessario dare lettura al processo di *sanitarizzazione* posto dalle ultime disposizioni normative in tema di sanità penitenziaria.

Il 25 gennaio 2012 il Senato ha approvato l'emendamento contenente le "disposizioni per il definitivo superamento degli OPG" incluso nel cosiddetto "Decreto svuota carceri". Tale emendamento stabilisce la dimissione dagli OPG di coloro che "*hanno cessato di essere socialmente pericolosi*", e la loro presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale territoriale, con apposito stanziamento di fondi a finanziamento delle attività da svolgere. Come controparte, ovvero in relazione alla sussistenza di pericolosità sociale, il Decreto stabilisce la sostituzione della misura di sicurezza del ricovero in OPG con la presa in carico ed ubicazione dei soggetti pericolosi in apposite strutture sanitarie che detengano specifici criteri strutturali ed organizzativi, con gestione in ogni caso sanitaria, cui associare eventuale attività di vigilanza e controllo secondo necessità attinenti alla tipologia di utenza.

Si denomina quest'ultima nuova tipologia di residenze psichiatriche nelle cosiddette Residenze Psichiatriche ad Alta Sorveglianza; ed è proprio in merito a tali strutture che si accende il dibattito della comunità scientifica.

Denominatore comune di coloro che si oppongono alla loro istituzione, che già di fatto la normativa ha stabilito, e ancor più al loro specifico significato in antitesi all'attuale veste degli OPG, e di coloro che si dicono invece favorevoli all'abolizione di quest'ultimi, definendoli oltraggiosi per la morale civile in relazione al trattamento sanitario adottato verso la vita umana, risiede in una critica sostanziale: l'arretratezza o inadeguatezza del concetto di pericolosità sociale di autore di reato non imputabile in quanto affetto da malattia mentale, e

di conseguenza l'attuale concezione inerente la valutazione dell'imputabilità, e dunque l'assetto normativo che ad oggi specifica la concezione ed il trattamento dei "folli rei".

A poco vale istituire nuove strutture in cui detenere e trattare malati mentali autori di reato se non si modifica il concetto stesso di pericolosità sociale, se non si definiscono – o non si trova accordo in merito alla loro definizione – i criteri che sostanziano il concetto di "pericolosità" da un punto di vista clinico e normativo, nonché ciò che concerne la sua sussistenza e durata, da cui dipende la prosecuzione del percorso inerente le misure di sicurezza.

Da quanto sopra espresso, ne deriva l'interrogativo inerente il senso di istituire nuove strutture, in apparenza differenziate dagli OPG, ma in sostanza simili se si considerano anche elementi di natura organizzativa e contingente: rimarrà comunque per queste strutture la finalità di gestire una misura di sicurezza detentiva, che non le pone quindi in antitesi rispetto agli OPG né alle strutture psichiatriche territoriali, ed in particolare ai Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), che pure usano sistemi di contenzione fisica, isolamento e videosorveglianza per i propri utenti, che sono "solo" malati psichiatrici gravi e non già anche autori di reato.

Per tutto quanto sopra, è opinione di chi scrive intendere la dismissione degli OPG come un atto di coraggio, in cui finalmente la società assolve alla presa in carico di soggetti il cui comportamento sia stato lesivo per la collettività stessa, il suo benessere e la sua serenità. Ciò tuttavia necessita di un'inversione di rotta, di un passaggio dal predominio del concetto di "sicurezza/rischio di pericolosità" all'affermazione del concetto di "difficoltà soggettiva", che può divenire - e lo è in molti casi - l'anticamera di forme patologiche conclamate.

Non potrà dirsi tale, né tanto meno evoluta, una collettività che accetti ancora di fare della malattia mentale l'emblema della pericolosità, ed in tal senso la riformulazione del sistema del doppio binario che sostanzia l'attuale ordinamento penitenziario si mostra essere un intervento a carattere di urgenza. La comunità scientifica ha ormai da tempo demolito quel pregiudizio ideologico che stabilisce una relazione di causa-effetto tra infermità mentale e maggiore predisposizione al rischio di atti devianti (reati), sottolineando come sia necessario definire quali fattori di rischio, insiti nella soggettività prima ancora che nella patologia, si collegano a tale rischio.

Tuttavia, poiché il giudizio va espresso sul fatto reato, e non sulla persona che l'ha commesso, o ancor più non sulla presunzione di patologia che egli detiene, nell'auspicio che si manifesti una trasformazione culturale che consenta al concetto di pericolosità sociale di

evolvere verso intonazioni più dinamiche e meno stigmatizzanti delle attuali, si colloca il senso di questo lavoro.

Se tale è il senso del nuovo corso di riforma della sanità penitenziaria, non c'è che da augurarsi che sia quello giusto.

INDICE DELLE TABELLE

CAPITOLO PRIMO	
Schema 1 – Accertamento su imputabilità e pericolosità sociale	Pag. 14
CAPITOLO TERZO	
Paragrafo 3.1. - Note introduttive e descrizione del campione	
Tab. 1 – Titolo di Studio	Pag. 45
Tab. 2 – Età di Ingresso in OPG	Pag. 46
Tab. 3 – Anni di Permanenza in OPG	Pag. 46
Tab. 4 – Presenza di Precedenti Penali	Pag. 46
Tab. 5 – Reato	Pag. 47
Tab. 6 – Diagnosi	Pag. 47
Tab. 7 – Precedenti Trattamenti Psichiatrici (prima di OPG)	Pag. 48
Fig. 2 – Fattori “Psicopatia” nella PCL-R	Pag. 76
CAPITOLO TERZO	
Paragrafo 3.3. – Metodi e risultati	
Tab. 8 – Correlazione “Età al primo reato” (a intervalli) VS “Pericolosità”	Pag. 86
Tab. 8A – Correlazione “Età al primo reato” (ordinale) VS “Pericolosità”	Pag. 87
Tab. 9 – Statistiche di gruppo (Precedenti Penali)	Pag. 87
Tab. 9A – Test per campioni indipendenti (Precedenti Penali)	Pag. 89
Tab. 10 – Reato (tipologie)	Pag. 90
Tab. 10A – Statistiche di gruppo (Reato)	Pag. 91
Tab. 10B – Test per campioni indipendenti (Reato)	Pag. 91
Tab. 11 – Anni Permanenza in OPG/Durata Internato	Pag. 92
Tab. 12 – Diagnosi	Pag. 93
Tab. 12A – Statistiche di gruppo (Presenza/Assenza Doppia Diagnosi TSD)	Pag. 93
Tab. 12B – Test per campioni indipendenti (Presenza/Assenza Doppia Diagnosi TSD)	Pag. 94
Tab. 13 – Statistiche di gruppo (Precedenti Trattamenti Psichiatrici)	Pag. 94
Tab. 13A - Test per campioni indipendenti (Precedenti Trattamenti Psichiatrici)	Pag. 95
Tab. 14 – Statistiche di affidabilità (HCR-20)	Pag. 95
Tab. 14A – Statistiche di Affidabilità per item HCR-20	Pag. 96
Tab. 14B – Statistiche di Affidabilità per Sottoscale HCR-20	Pag. 97
Tab. 14C – Statistiche descrittive – Total HCR-20	Pag. 97
Fig. 1 – Punteggi HCR-20	Pag. 98
Tab. 15 – Statistiche Descrittive – Total PCL-R	Pag. 99
Tab. 16 – Correlazione “Età al primo fatto reato” VS “Psicopatia”	Pag. 100
Tab. 17 – Titolo di Studio	Pag. 100
Tab. 17A – Correlazione “Titolo di Studio” VS “Psicopatia”	Pag. 101
Tab. 18 – Reato	Pag. 101
Tab. 18A – Test per campioni indipendenti (Reato)	Pag. 102
Tab. 19 – Presenza/Assenza di doppia diagnosi TSD	Pag. 102
Tab. 19A – Test per campioni indipendenti (Presenza/Assenza di doppia diagnosi TSD)	Pag. 103
Tab. 20 – Presenza/Assenza Precedenti Penali	Pag. 103
Tab. 20A – Test per campioni indipendenti (Presenza/Assenza Precedenti Penali)	Pag. 104
Tab. 21 – Presenza/Assenza di Precedenti Trattamenti Psichiatrici	Pag. 104
Tab. 21A – Test per campioni indipendenti (Presenza/Assenza Precedenti Trattam. Psych.)	Pag. 105
Tab. 22 – Correlazione “Durata Internato” VS “Psicopatia”	Pag. 105

BIBLIOGRAFIA

- **AA.VV.**, *Relazione a S.E. il Ministro dell'Interno sulla ispezione dei manicomi del Regno*, in Scartabellati A. (2001), *L'umanità inutile*, Franco Angeli, Milano
- **Abbate L., Capri P., Ferracuti F.** (1990), *La diagnosi psicologica in Criminologia e Psichiatria Forense. I Testi Psicologici*, in Ferracuti F. (a cura di) (1990), *Trattato di Criminologia, Medicina Criminologica e Psichiatria Forense*, Vol. XIII, Giuffrè, Milano
- **Algeri G., Ponticelli L.**, 1888, *Il Manicomio Criminale dell'Ambrogiana presso Montelupo Fiorentino*, Tipografia delle Mantellate, Roma; in "Rivista di Discipline Carcerarie", anno XVIII - Fasc. 1-2
- **American Psychiatric Association** (2001), *DSM-IV-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision*, Elsevier Masson, Milano
- **Andreoli V.** (2002), *Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani*, Ufficio Studi e Ricerche – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
- **Babini V.** (2009), *Liberi tutti. Manicomi e psichiatri in Italia: una storia del Novecento*, Il Mulino, Bologna
- **Basaglia F.** (1967), *Che cos'è la Psichiatria*, Einaudi, Torino
- **Basaglia F.** (1971), *L'istituzione negata*, Einaudi, Torino
- **Belfrage H.**, Implementing the HCR-20 scheme for risk assessment in a forensic psychiatric hospital: Integrating research and clinical practice, *Journal of Forensic Psychiatry*, 1998, 9(2):328-338
- **Belfrage H., Fransson G., & Strand S.**, Prediction of violence using the HCR-20: A prospective study in two maximum-security correctional institutions, *Journal of Forensic Psychiatry*, 2000, 11(1):167-175
- **Biondi M.**, (2005), *La dimensione aggressività-violenza (A-V)*, in Pancheri P. (a cura di) (2005), *Psicopatologia dell'aggressività e della violenza*, Scientific Press, Firenze
- **Boles S., Johnson P.**, Violence among comorbid and noncomorbid severely mentally ill adults: a pilot study, *Subst Abuse*, 2001, 22:167-173
- **Borzacchiello A.**, *I luoghi della follia. L'invenzione del manicomio criminale*, in http://www.museocriminologico.it/Approfondimenti/pdf/manicomio_criminale.pdf
- **Brennan P.A., Mednick S.A., Hodgins S.**, Major mental disorders and criminal violence in a danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*, 2000; 57(5):494-500
- **Brugnoli G.** (2005), *Il comportamento criminale violento è un disturbo psicopatologico?*, in Pancheri P. (a cura di) (2005), *Psicopatologia dell'aggressività e della violenza*, Scientific Press, Firenze, pag. 465 – 504
- **Capri P., Lanotte A., Mariani S.** (2011), *Il Metodo Rorschach*, EUR, Roma

- **Catanesi R., Carabellese F., Grattagliano I.,** *Cura e controllo. Come cambia la pericolosità sociale psichiatrica*, Giorn Ital Psicopat, 2009, 15:64-74
- **Castel R. (1976),** *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*; TRAD. IT. (1980), *L'ordine psichiatrico. L'epoca d'oro dell'alienismo*, Feltrinelli, Milano
- **Cawood J.S., & Corcoran M.H.,** (2009). *Violence assessment and intervention: The practitioner's handbook-2nd edition*. CRC Press
- **Checov A.,** (2007) *Racconti*, BUR Rizzoli, Milano
- **Cleckley H. (1955),** *The Mask of Sanity. An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*, 3rd Ed., Mosby & Co., St. Louis, MO – in Palermo G., (2011) *Psychopathic Aggression: Will or Determinism*, Rassegna Italiana di Criminologia, Anno V – n. 4
- **Cleckley H. (1976),** *The Mask of Sanity. An attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality*, 5th Ed., Mosby & Co., St. Louis, MO
- **Cocchi A., Meneghelli A. (2004),** *L'intervento precoce tra pratica e ricerca*, Centro Scientifico Editore, Torino
- **Daffern M., & Howells K.,** The prediction of imminent aggression and self-harm in personality disordered patients of a high security hospital using the HCR-20 Clinical Scale and the Dynamic Appraisal of Situational Aggression, *The International Journal of Forensic Mental Health*, 2007, 6(2):137-143
- **Coid J., Yang M., Ullrich S. et al.,** Gender Differences in Structured Risk Assessment: Comparing the Accuracy of Five Instruments, *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 2009, 77(2):337-348
- **Daversa M.T.,** Early environmental predictors of the affective and interpersonal constructs of psychopathy, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2010, 54, 6-21
- **Dolan M., & Khawaja A.,** The HCR-20 and post-discharge outcome in male patients discharged from medium security in the UK, *Aggressive Behavior*, 2004, 30(6): 469-483
- **Douglas K.S., Webster C., Hart S.D., Eaves D., Ogloff J.R.P. (2001),** *HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide*, Simon Fraser University, Burnaby:BC
- **Elbogen E.B., & Johnson S.C.,** The intricate link between violence and mental disorder, *Arch Gen Psychiatry*, 2009, 66(2):152-161
- **Ennis, B.J., & Litwack, T.R.,** Psychiatry and the presumption of expertise. Flipping coins in the Courtroom, *California Law Review*, 1974, 62(3):693-752
- **Fassino S., Leombruni P., et al.,** Mood, eating attitudes, and anger in obese women with and without Binge Eating Disorder, *J Psychosom Res*, 2003, 54(6):559-566
- **Fava M., Rosenbaum J., et al.,** Anger attacks in depressed outpatients, *Psychopharmacol Bull*, 1991, 27:275-279

- **Fazel S., Gulati G., Linsell L., Geddes J.R., Grann M.,** Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 2009, 6(8): e1000120
- **Fazel S., Langstrom N., Hjern A., Grann M., Lichtenstein P,** Schizophrenia, substance abuse, and violent crime, *JAMA*, 2009, 301(19):2016-2023
- **Fazel S., & Yu R.,** Psychotic Disorders and Repeat Offending: Systematic Review and Meta-analysis, *Schizophr Bull*, 2011, 37(4):800-810
- **Fornari U.,** (2008), *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET, Torino
- **Fornaro M.** (2004), *Aggressività*, Centro Scientifico Editore, Torino
- **Fujii D.E.M., Tokioka A.B., Lichten A.I., & Hishinuma E.,** Ethnic differences in prediction of violence risk with the HCR-20 among psychiatric inpatients, *Psychiatric Services*, 2005, 56(6)
- **Glenn A.L., & Raine A.,** Psychopathy and instrumental aggression: evolutionary, neurobiological and legal perspectives, *International Journal of Law and Psychiatry*, 2009, 32:253-258
- **Gray N.S., Taylor J., & Snowden R.J.,** Predicting violent reconvictions using the HCR-20, *The British Journal of Psychiatry*, 2008, 192(5):384-387
- **Gray N.S., Taylor J., & Snowden R.J.,** Predicting violence using structured professional judgment in patients with different mental and behavioral disorders, *Psychiatry Research*, 2011, 187(1-2):248-253
- **Gunn J., Nicol R., Gristwood J., Foggitt R.,** Long term prisoners, *British Journal of Criminology*, 1973, 13:331-340
- **Gunn J.,** Criminal behaviour and mental disorder, *British Journal of Psychiatry*, 1977, 130: 317-329.
- **Guy L.S., Douglas K.S., & Hendry M.C.,** The role of psychopathic personality disorder in violence risk assessments using the HCR-20, *Journal of Personality Disorders*, 2010, 24(5):551-580
- **Hafner H., & Boker W.,** Mentally disordered violent offenders, *Social Psychiatry*, 1973, 8:220-229
- **Hare R.D.** (1993), *Without Conscience. The Disturbing World Of The Psychopaths Among Us*, The Guilford Press, New York; TRAD. ITA. (a cura di Caretti V., Schimmenti A.) (2009), *La Psicopatia. Valutazione diagnostica e ricerca empirica*, Ed. Astrolabio – Ubaldini, Roma
- **Hare R.D.** (2003), *Hare's Psychopathy Checklist Revised (PCL-R), Technical Manual*, (2nd ed.), Multi-Health Systems Inc., Toronto, ON; (adattamento italiano a cura di Caretti V., Manzi G.S., Schimmenti A., Seragusa L., 2012, Giunti Organizzazioni Speciali, Firenze)

- **Henry C., Mitropoulou V., et al.**, Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences, *J Psychiatr Res*, 2001, 35:307-312
- **Hildebrand M., de Ruiter C., & Nijman H.**, PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital, *Journal of Interpersonal Violence*, 2004, 19(1):13-29
- **Iaria A., Simonetti C.E.**, (2003), *Aspetti della storia del S. Maria della Pietà dall'Unità al '900: leggi e regolamenti*, in *L'Ospedale S. Maria della Pietà*, Vol. III, Edizioni Dedalo
- **"I nuovi vestiti degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (a proposito di una legge molto "pericolosa")**, Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo Franco Basaglia - ONLUS, in <http://www.confbasaglia.org>
- **Juth N. & Lorentizon F.**, The concept of free will and forensic psychiatry, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 2010, 33:1-6
- **Korn M.L., Kotler M., Molcho A., et al.**, Suicide and violence associated with panic attacks, *Biol Psychiatry*, 1992, 31:607-612
- **Link B.G. & Stueve C.A.**, *Psychotic symptoms and the violent /illegal behavior of mental patients compared to community controls*, in Monahan J., Steadman H. (Eds.) (1994) *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*, Chicago, University of Chicago Press, pp. 137-159
- **Lorenzi P., Pazzagli A.**, (2006), *Le psicosi bianche*, Franco Angeli, Milano
- **Maier G.J., Van Rybroek G.J.** (1995), *Managing countertransference reactions to aggressive patients*, In: Eichelman B.S., Hartwig A.C., *Patient's Violence and the Clinician*, American Psychiatric Press Inc., Washington DC
- **McGorry P.D., Jackson H.** (2001), *Riconoscere e affrontare le psicosi all'esordio*, Centro Scientifico editore, Torino
- **McGregor K., Castle D., & Dolan M.**, Schizophrenia spectrum disorders, substance misuse, and the four-facet model of psychopathy: the relationship to violence, *Schizophr Res.*, 2012, 136(1-3):116-121
- **McNiel D.E. & Binder R.**, The relationship between acute psychiatric symptoms, diagnosis and short-term risk of violence, *Hospital and Community Psychiatry*, 1994, 45:133-137
- **Millar D.G.**, Hostile emotion and obsessional neurosis, *Psychol Med*, 1983, 13:813-819
- **Mohan J.**, *Clinical and actuarial predictions of violence*, in Faigman D., Kaye D., Saxe M. (1997), *Modern scientific evidence: the law and science of expert testimony*, New York, West

- **Mohanan J., Steadman H.J., Appelbaum P.S., et al.**, Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk, *Br J Psychiatry*, 2000, 176:312-319
- **Monahan J.**, Risk assessment of violence among the mentally disordered: generating useful knowledge, *International Journal of Law and Psychiatry*, 1988, 11:249-257
- **Nicholls T.L.** (2004), *Violence risk assessments with female NCRMD acquittees: Validity of the HCR-20 and PCL-SV*, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, Vol 64(8-B), pp. 4055
- **Overall J.E. & Hollister L.E.**, Phenomenological classification of depressive disorders, *J Clin Psychol*, 1980, 36:372-377
- **Palermo G.**, Psychopathic Aggression: Will or Determinism, *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2011, Anno V – n. 4
- **Palermo G.B.** (2010), Environmental correlates of aggressive behavior, *Journal of Forensic Psychology Practice*, 2010, 10:300-324
- **Pasquini M., Picardi A., Biondi M, et al.**, Analisi psicopatologica dimensionale del disturbo ossessivo-compulsivo: appartiene realmente ai disturbi d’ansia, *Riv Psichiat*, 2003, 38:86-91
- **Pasquini M., Picardi A., Biondi M, et al.**, Relevance of anger and irritabilità in outpatients with major depressive disorder, *Psychopathology*, 2004, 37:155-160
- **Pham T.H. & Saloppè X.**, PCL-R psychopathy and its relation to DSM Axis I and II disorders in a sample of male forensic patients in a Belgian security hospital, *The International Journal of Forensic Mental Health*, 2010, 9(3), pp. 205-214
- **Ponti G., Merzagora I.** (1993), *Psichiatria e Giustizia*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- **Popolo R., Salvatore G., Lysaker P.H.** (2012), *Schizofrenia e terapia cognitiva*, Ed. Alpes Italia, Roma
- **Porter S., Birt A.R., & Boer D.P.**, Investigation of the criminal and conditional release profiles of Canadian federal offenders as a function of psychopathy and age, *Law and Human Behavior*, 2001, 25:647-661
- **Posternak M.A. & Zimmerman M.**, Anger and aggression in psychiatric outpatients, *J Clin Psychiatry*, 2002, 63:665-672
- **Richardson T.H.**, Conceptual and methodological challenges in examining the relationship between mental illness and violent behavior and crime, in *Internet Journal of Criminology*, 2009 in <http://www.internetjournalofcriminology.com/Richardson%20-%20Mental%20Illness%20Violent%20Behaviour%20and%20Crime.pdf>
- **Riggs Garcia-Mansilla A.**, Can we assess risk for violence in women? Predictive accuracy of the HCR-20, *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 2011, 72(2-B):1164

- **Russo G.**, Follow-up of 91 mentally ill criminals discharged from the maximum security hospital in Barcellona P.G., *International Journal of Law and Psychiatry*, 1994, 17:279-301
- **Sanza M.** (1999), *Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria*, Centro Scientifico Editore, Torino
- **Saporito F.** (1908), *Il Manicomio Criminale e i suoi inquilini*, in “Rivista di discipline carcerarie”
- **Schaap G., Lammers S., & de Vogel V.**, Risk assessment in female forensic psychiatric patients: A quasi-prospective study into the validity of the HCR-20 and PCL-R, *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 2009, 20(3):354-365
- **Snowden R. J., Gray N.S., Taylor J., & MacCulloch M.J.**, Actuarial prediction of violent recidivism in mentally disordered offenders, *Psychological Medicine*, 2007, 37:1539-1549
- **Skodol A.E.** (2000), *Psicopatologia e crimini violenti*, Centro Scientifico Editore, Torino
- **Soyka M.**, Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour, *Br J Psychiatry*, 2000, 176:345-350
- **Soyka M., Albus M., Kathmann N. et al.**, Prevalence of Alcohol and drug abuse in schizophrenic inpatients, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 1993, 242:362-372
- **Stadtland C., & Nedopil N.**, Psychiatric disorders and the prognosis for criminal recidivism, *Der Nervenarzt*, 2005, 76(11):1402-1411
- **Steinert T., Hamann K.**, External Validity of Studies on Aggressive Behavior in Patients with Schizophrenia: Systematic Review, *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 2012, 8:74-80.
- **Strachan C.E.**, *The assessment of psychopathy in female offenders*, Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 1995, 55(8-B):3634
- **Strand S., & Belfrage H.**, Comparison of HCR-20 scores in violent mentally disordered men and women: Gender differences and similarities, *Psychology, Crime & Law*, 2001, 7(1):71-79
- **Strand S., Belfrage H., Fransson G., & Levander S.**, Clinical and risk management factors in risk prediction of mentally disordered offenders-more important than historical data? A retrospective study of 40 mentally disordered offenders assessed with the HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme, *Legal and Criminological Psychology*, 1999, 4(1):67-76
- **Swanson J.W., Holzer C.E. & Ganju V.K. & Jono R.T.**, Violence and psychiatric disorders in the community: evidence from the epidemiological catchment area, *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, 42:761-770
- **Taylor P.J. & Gunn J.**, Violence and psychosis. 1-Risk of violence among psychotic men, *British Medical Journal*, 1984, 288:1945-1949

- **Tengström A.**, Long-term predictive validity of historical factors in two risk assessment instruments in a group of violent offenders with schizophrenia, *Nordic Journal of Psychiatry*, 2001, 55(4):243-249
- **Thamakosit W.**, Validity of the HCR-20: Violence Risk Assessment Scheme (Thai version), *Journal of Mental Health of Thailand*, 2007, 15(2)
- **Traverso G.**, (2006), *Responsabilità, imputabilità e perizia psichiatrica*, in Volterra V. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria Forense, Criminologia ed Etica Psichiatrica*, Ed. Masson, Milano
- **Van Dorn, R., Volavka, J., & Johnson, N.**, Mental disorder and violence: Is there a relationship beyond substance use?, *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 2012, 47(3):487-503.
- **Walsh E., Fahy T.**, Violence in society: Contribution of mental illness is low, *BMJ* 2002; (325):507–508
- **Walters G.D.**, Predicting institutional adjustment and recidivism with the psychopathy checklist factor scores: A meta-analysis, *Law and Human Behavior*, 2003, 27(5):541-558
- **Webster C.D, Eaves D., & Hart S.D.**, (1997). *Historical Clinical Risk-20: Assessing Risk for Violence, Version 2*. Burnaby:BC
- **Webster C.D.**, Müller-Isberner R. & Fransson G., Violence risk assessment: Using structured clinical guides professionally, *The International Journal of Forensic Mental Health*, 2002, 1(2):185-193
- **Wright P., & Webster C.D.**, Implementing structured professional judgment risk assessment schemes: An example of institutional change, *The International Journal of Forensic Mental Health*, 2011, 10(1):1-6.

RINGRAZIAMENTI

Lo svolgimento di questo lavoro di ricerca e la stesura della Tesi qui presente trovano molti ringraziamenti da fare.

I primi, i più cari e rilevanti, vanno alle persone più importanti della mia vita perché con affetto e pazienza mi hanno sostenuto ed incoraggiato nei momenti sereni (pochi ma intensi) ed in quelli meno (mio malgrado, più numerosi) di questi passati tre anni: mia madre e mia sorella, mio marito Claudio e la mia “nuova” famiglia, le mie due stelle di lassù.

Un sentito ringraziamento va a Colei che, sempre con sollecitudine e cortesia, ha non solo consentito l’inizio di questo mio cammino, ma l’ha peraltro seguito lungo il suo corso: la Dott.ssa Grazia De Carli della Direzione Generale Detenuti e Trattamento – Settore Misure di Sicurezza – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia.

Con sincera gratitudine mi rivolgo a tutti coloro che, con coscienza, impegno e responsabilità, dirigono gli Istituti in cui questa indagine ha avuto sede, ed ovvero, così come ho avuto il piacere di conoscerli:

- per la Direzione dell’OPG di Castiglione delle Stiviere, il Dott. Antonino Calogero (verso il quale vanto di avere un rapporto di amicizia, oltre che professionale, di lunga data), egregiamente affiancato dai Dottori Ettore Straticò e Filippo Franconi per la sessione maschile, e dalle Dottoresse Cristina Benazzi e Stefania Forconi per la sezione femminile;

- per la Direzione dell’OPG di Reggio Emilia, il Dott. Paolo Madonna e della Dott.ssa Valeria Calevro;

- per la Direzione dell’OPG di Montelupo Fiorentino, la Dott.ssa Antonella Tuoni ed il Dott. Franco Scarpa, anch’egli amico di vecchia data. Al loro ringraziamento desidero aggiungere quello per la Dott.ssa Concetta Prestia, preziosa risorsa della Direzione dell’Istituto; per la Dott.ssa Benedetta Vittoria, giovane e promettente nuova leva dell’odierno desiderio di fare ricerca in criminologia; per l’Isp. Andrea Rosselli ed i colleghi Sandro Bruscoli, Francesco Sorgente e Giuseppe Gallea della Matricola dell’OPG, che mi hanno sempre accolto con un cordiale sorriso e con la massima disponibilità; per i colleghi psicologi e psichiatri Dottori Antonella Lettieri, Luca Bigalli, Donatella Donati e Tommasa Agueci, che mi hanno concesso parte del proprio tempo e delle proprie conoscenze nella valutazione clinica degli internati intervistati; per le altre preziose figure professionali dell’OPG, Educatori ed Infermieri di tutti i reparti;

- per la Direzione dell’OPG di Napoli Secondigliano, il Dott. Stefano Martone ed il Dott. Michele Pennino: quest’ultimo ha un posto di merito nei miei pensieri poiché è stato il

primo a volermi concedere fiducia nella realizzazione di questa ricerca, e con lui ho poi condiviso ulteriori curiosità scientifiche che un giorno riuscirò ad indagare. Al suo fianco, ringrazio chi collabora al coordinamento della direzione sanitaria dell'OPG: la collega psichiatra Dott.ssa Concessa Perrotta, il Capo Infermiere Ciro, ed ancora Peppe. Un ringraziamento va anche al Dott. Giuseppe Genovese, alla Dott.ssa Rosaria Guadagno ed all'Isp. Familia.

- per la Direzione dell'OPG di Aversa, il Dott. Adolfo Ferraro, che molti anni fa – e certamente lui non può averne memoria – ho incontrato all'inizio della mia attività professionale, e che invece, *mea culpa*, non ho potuto risalutare per lo svolgimento della presente ricerca;

- per la Direzione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, il Dott. Nunziante Rosania ed il prezioso Dott. Ignazio Capizzi che, complici della stessa appartenenza territoriale, mi hanno accolto con disponibilità anche durante il mese di agosto. Al loro fianco, ringrazio tutti coloro che curano l'area sanitaria ed in particolare il Dott. Antonino Levita, che anche a distanza mi hanno concesso la loro preziosa collaborazione.

Porgo inoltre un ringraziamento a quanti, anche con un piccolo gesto – ma la cortesia e l'amicizia si testano nei momenti critici ed urgenti –, mi hanno confortato ed aiutato: all'Isp. Dott. Angelo Mattei, "*mio ex allievo*"...ma per fortuna attuale amico, e preziosa risorsa dell'Amministrazione Penitenziaria; alla Dott.ssa Luana De Vita, psicologa, psicoterapeuta, criminologa...e nel tempo libero, massima esperta dei programmi di elaborazione statistica; alla Dott.ssa Antonella Carli, che è preziosa presenza del nostro dipartimento universitario e, per nostra fortuna... "*le sa proprio tutte!*".

Ancora, un ringraziamento va a coloro che, a vario titolo, mi hanno aspettato con pazienza. Tra questi, "menzione di riguardo" va al Prof. Vincenzo Mastronardi, per la paziente tolleranza con la quale ha atteso una mia piena ripresa delle attività professionali che da anni condividiamo.

Infine, un saluto al Coordinatore del Corso di Dottorato Dott. Paolo Fiori Nastro ed ai miei colleghi di corso: è stato un piacere condividere con Voi questa avventura!