



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA**

**Dipartimento di Psicologia Generale**

**Corso di Laurea Magistrale in  
Neuroscienze e riabilitazione neuropsicologica**

**Tesi di Laurea Magistrale**

**Una check-list a supporto della valutazione dell'imputabilità: validazione  
con applicazione a casi forensi**

**A checklist to insanity assessment support: validation with application to forensic  
cases**

***Relatrice***

**Prof.ssa Cristina Scarpazza**

***Laureanda: Laura Merigo***

***Matricola: 2053339***

**Anno Accademico 2022/2023**



# INDICE

## INTRODUZIONE

### CAPITOLO 1: IMPUTABILITÀ

- 1.1 Casistiche di imputabilità e non
- 1.2 La valutazione dell'imputabilità

### CAPITOLO 2: INFERMITÀ

- 2.1 Sentenza Raso
- 2.2 Nesso di causa
- 2.3 Criminogenesi e criminodinamica
- 2.4 Capacità specifiche

### CAPITOLO 3: LA VALUTAZIONE DELL'INFERMITÀ

- 3.1 Inter-rater reliability
- 3.2 Gli strumenti di valutazione
- 3.3 Caso Breivik

### CAPITOLO 4: LA VALIDAZIONE DELLA CHECK- LIST CREATA PER LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ SPECIFICHE

- 4.1 Obiettivo
- 4.2 Metodo
  - 4.2.1 Selezione dei casi reali
  - 4.2.3 Procedura
  - 4.2.4 Applicazione della check-list
- 4.3 Procedura
- 4.4 Risultati
  - 4.4.1 Caso 1: n. 224/2021 P.M., n. 420/2021 G.I.P.
  - 4.4.2 Caso 2: n. 1411/20 RGNR, n. 4/20 RG
  - 4.4.3 Caso 3: Proc. Pen. n. 40458/2019 R.G.N.R.; Proc. Pen. n. 24541/2019 R.G. G.I.P.

4.4.4 Caso 4: Proc. pen. N. 1/20 R.G. Corte d'Assise - N. 789/19/21  
R.G.N.R.

4.4.5 Caso 5: 3825/18 RG, 2112/18 RGGIP

## CAPITOLO 5: DISCUSSIONE

### 5.1 Limiti

## CONCLUSIONI

## BIBLIOGRAFIA

## INTRODUZIONE

Il compito del perito nel valutare le capacità intellettive e volitive rappresenta una questione complessa e delicata, poiché coinvolge la determinazione della responsabilità penale di un individuo in base alla sua condizione mentale.

Nel corso degli anni, diverse scuole di pensiero e approcci hanno cercato di fornire linee guida per una valutazione accurata dell'imputabilità (Pace, 2013), ma spesso si sono riscontrate valutazioni contrastanti da parte degli esperti coinvolti.

Una delle sfide principali in questo contesto è l'identificazione di criteri oggettivi e riproducibili per la valutazione delle capacità mentali e della responsabilità di un individuo nel momento in cui ha commesso un reato, questo perché le valutazioni soggettive (che oggi vengono utilizzate per la maggiore) dei consulenti di parte e del perito possono variare, creando incertezza e controversie nei processi legali.

Al fine di affrontare questa problematica, nella presente ricerca si propone la validazione di una check-list che funge da guida per fornire una valutazione che si basa sulle capacità specifiche del periziando, tenendo in considerazione sia il nesso causale fra la malattia mentale e il fatto reato, andando ad indagare sia la criminogenesi che la criminodinamica del fatto stesso, integrando anche l'anamnesi del soggetto con un approccio qualitativo e quantitativo.

Attraverso l'analisi di cinque casi reali e l'utilizzo dei fascicoli giudiziari completi, tre rater hanno compilato in modo indipendente la check-list qualitativa e quantitativa e risultati ottenuti sono stati confrontati con le conclusioni dei consulenti di parte e del perito, evidenziando le differenze e le eventuali discrepanze tra le valutazioni.

L'obiettivo di questa ricerca è quello di valutare l'efficacia e l'affidabilità della check-list nel fornire una valutazione più obiettiva e coerente dell'imputabilità, rispetto alle valutazioni soggettive degli esperti coinvolti.

Attraverso questa ricerca, si auspica di fornire un contributo significativo al campo della valutazione dell'imputabilità, promuovendo un approccio basato su criteri oggettivi e riproducibili, al fine di garantire una maggiore giustizia e coerenza nelle decisioni legali riguardanti l'imputabilità delle persone con disturbi mentali.

In questo scritto i primi tre capitoli sono dedicati alla letteratura in tema di imputabilità, spiegano infatti i costrutti teorici alla base della creazione della check-list (capacità specifiche, nesso di causa e criminogenesi/criminodinamica) e il metodo utilizzato per la sua validazione (inter-rater reliability), ponendo accento sui problemi della valutazione dell'infermità in campo forense. Nel quarto capitolo possiamo trovare invece la parte pratica della validazione, viene infatti spiegato l'obiettivo della stessa e i risultati ottenuti dalla nostra analisi. Concludendo, si ha la discussione sulle evidenze trovate con questa ricerca e i limiti annessi.

## CAPITOLO 1: IMPUTABILITÀ

L'art. 40 c.p. sancisce che “*Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione...*” quindi che ci debba essere un nesso causale esclusivo e diretto fra l'azione commessa e il fatto reato, e che nel caso esso non ci sia allora la persona non può essere ritenuta colpevole. Una persona che viene ritenuta colpevole è, agli occhi della giustizia, imputabile.

L'imputabilità è, per la legge, il presupposto della colpevolezza, e quindi ciò che rende possibile la ‘rimproverabilità’ del fatto (Militello, 2005).

Nell'art. 40 c.p. viene quindi sottolineato che la causalità è necessaria per giudicare una persona imputabile, ma è solo con l'art. 42 c.p. che si introducono i concetti di coscienza e volontà come presupposti per l'imputabilità: l'articolo infatti determina che nessuno può essere punito per un'azione o omissione prevista dalla legge come reato se non l'ha commessa con coscienza e volontà. Allo stesso modo, nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come delitto se non l'ha commesso con dolo, salvo i casi di delitto preterintenzionale o colposo espressamente previsti dalla legge.

Con l'introduzione del concetto di *coscienza e volontà*, questo articolo stabilisce che la responsabilità penale è legata a questi due concetti nell'azione o omissione commessa. In assenza di questi elementi, nessuno può essere ritenuto responsabile.

I concetti di coscienza e volontà vengono poi ripresi nell'art. 85 c.p. dove sono utilizzati come prerequisiti definenti l'imputabilità: secondo la legislazione italiana infatti è imputabile chi ha capacità di intendere e di volere (art. 85 c.p.), e quindi di coscienza e volontà, definiti però non più come due semplici concetti ma come due capacità dell'individuo la cui presenza è necessaria per parlare di imputabilità.

Per capacità di intendere, ovvero la componente intellettuale, ci si riferisce alla capacità del soggetto di prendere coscienza che il fatto commesso è illecito e quindi di rendersi conto che il suo comportamento è in contrasto con i valori morali e normativi della società (Sammicheli e Donzella, 2004), mentre per capacità di volere si intende la pianificazione

delle proprie azioni in base alle proprie intenzioni, tenendo conto della situazione e il loro svolgimento logico e in caso inibirle, quindi riuscire a *“fare altrimenti”* (Gulotta, 2020). Queste due capacità sono necessarie per definire l'imputabilità ma non sono caratteristiche del soggetto: è per questo che vanno considerate in base al fatto reato e quindi una persona può essere considerata imputabile per un'azione ma non per un'altra.

## **1.1 Casistiche di imputabilità e non**

### **Quando il soggetto non è imputabile**

È l'art. 88 del Codice Penale che determina la non imputabilità sulla base del parametro di normalità descritto nell'art. 85: considera infatti vizio di mente, determinato da una infermità, lo stato di mente in cui è esclusa la capacità di intendere e di volere (Sammicheli e Donzella, 2004).

Per questo, nel Codice penale viene definito che *non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere* (art. 88 c.p.). Inoltre, si hanno delle attenuanti sulla condanna per *chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere* (art. 89 c.p.).

Chi commette un reato, secondo la legislazione italiana, può essere considerato non imputabile in questi casi: nel momento in cui abbia un disturbo psichiatrico conclamato che è riconducibile alla psicosi (infermità mentale, art. 88 c.p.) se soffre di incolpevole o accidentale ubriachezza o intossicazione da sostanze (art. 91/1 e 93 c.p.) oppure se soffre di un'intossicazione cronica da alcool o sostanze (art. 95 c.p.). Quest'ultimo articolo viene approfondito dalla sentenza della Cassazione (Cass. Pen., sez V, 29 ottobre 2002, n. 7363, in Cass. pen., 2004, 2400) che definisce l'intossicazione cronica da alcool e sostanze come caratterizzato dalla *«permanenza e dalla irreversibilità di guarigione e, cioè, da condizioni psichiche irreversibili, che si connotano per la impossibilità di guarigione del soggetto e, cioè, da condizioni psichiche che permangono indipendentemente dal rinnovarsi dell'assunzione o meno delle sostanze stupefacenti, condizioni che, in ogni caso, debbono essere valutate con riferimento al momento in cui il fatto-reato è stato commesso»*.



La precisazione viene fatta perché l'intossicazione cronica deve essere differenziata da quella abituale: quest'ultima ha infatti carattere transitorio e non lede le capacità necessarie a determinare la non imputabilità, stabilendo un'aggravante che porta a un aumento della pena (Pace, 2013). Anche chi è sordomuto viene considerato non imputabile, ma solo nei casi questa condizione abbia portato a una condizione di infermità mentale (Gulotta, 2020).

Nel Codice Penale viene anche presa in considerazione l'incapacità derivante dall'immaturità delle capacità volitive e intellettive dovuta all'età, si tiene quindi conto dell'età e delle capacità cognitive di una persona nell'individuare la sua responsabilità penale.

L'articolo 97 del Codice Penale stabilisce una presunzione assoluta (*iuris et de iure*) di incapacità per i minori di 14 anni e per questo sono considerati incapaci di intendere e volere ai fini penali (non imputabili). Tuttavia, una volta raggiunta la maggiore età, il legislatore presuppone che una persona abbia capacità di intendere e volere, quando questa è esclusa sono gli articoli 88 e 89 del Codice Penale stabiliscono le pene da applicare (Pace, 2013).

Quando viene valutata la capacità di intendere e di volere, il perito deve indagare non solo la sua assenza o la sua presenza ma anche le abilità residue del soggetto in maniera qualitativa e quantitativa, questo perché il legislatore presuppone che ci siano anche casi in cui l'individuo ha capacità volitive e intellettive grandemente scemate (art. 89 c.p.).

Questo avviene nel caso di persone minori dai 14 ai 18 anni in cui la valutazione della maturità del minore viene rimessa al giudice che decide la sua imputabilità in base al reato commesso (art. 98 c.p.) (Pace, 2013), quando si ha un'incompleta intossicazione da alcool o sostanze in maniera accidentale o incolpevole (art. 91/2 e 93 c.p.) oppure quando si ha un'intossicazione cronica da sostanze o alcool che porti alla seminfermità mentale (art. 95 c.p.) e quando una persona è affetta da sordomutismo che possa portare a seminfermità mentale (art. 96 c.p.).

### **Quando il soggetto è imputabile**

L'imputabilità non è esclusa invece in casi in cui sono coinvolti stati emotivi o passionali (art. 90 c.p.), chi si è messo in stato d'incapacità d'intendere o di volere al fine di commettere il reato, o di prepararsi una scusa (art. 87 c.p.), chi è in stato ubriachezza o intossicazione da stupefacenti volontaria o colposa (art. 92/1 e 93 c.p.) e sordomutismo da cui non deriva infermità mentale (art. 96 c.p.).

## **1.2 La valutazione dell'imputabilità**

La valutazione dell'imputabilità, per la letteratura psichiatrico forense, avviene di solito attraverso tre diversi modelli di accertamento della stessa (Sammicheli e Donzella, 2004):

1. *Il metodo psicopatologico puro*: si incentra l'attenzione sulla condizione psicopatologica, andando ad analizzarne la gravità e considerandola poi l'unico presupposto per la valutazione dell'imputabilità, senza tenere in considerazione il nesso causale fra psicopatologia e reato.
2. *Il metodo normativo puro*: viene presa in considerazione la mancanza di capacità di intendere e di volere al momento del fatto-reato, senza andare a valutare se effettivamente è presente una malattia mentale.
3. *Il metodo psicopatologico normativo*: si ha un accertamento psichiatrico a due livelli, dove si ha una diagnosi di malattia mentale unita però alla valutazione delle capacità volitive e intellettive al momento del fatto reato.

In Italia viene utilizzato in maniera preponderante il terzo metodo, questo permette al perito di andare ad analizzare il caso specifico valutando sia la presenza (o assenza) di capacità volitive e intellettive in generale e nel momento del fatto reato. Si prende quindi in considerazione un aspetto psicologico e un aspetto normativo/ giuridico.

È solo da poco però che si sta cominciando a capire quale sia la differenza fra cervello "sano" e mente "alterata", di conseguenza è anche difficile porre un limite fra salute mentale e vizio di mente (Magro, 2019).

## CAPITOLO 2: INFERMITÀ

Un soggetto, davanti alla legge, è sempre considerato sano e responsabile per la commissione di un crimine fino a prova contraria (Fornari, 2016).

L'infermità mentale, in giurisprudenza, determina la non perseguibilità del soggetto per specifiche circostanze legate alla sua condizione psicopatologica. Si basa, nei paesi occidentali, sulla presenza o l'assenza di capacità cognitive e volontà al momento del crimine.

In Italia si hanno tre articoli del Codice Penale che definiscono la responsabilità criminale, in base anche al nesso di causa fra psicopatologia e fatto reato: il soggetto può essere **non responsabile** *“Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità d'intendere o di volere”* (art. 88 c.p), con una **responsabilità diminuita “grandemente”** *Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità d'intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita”* o **responsabile pienamente** del fatto commesso.

I periti possono essere consultati durante il processo ma il giudice può decidere di deliberare anche contro le loro perizie.

Gli standard per l'infermità mentale si basano, nei paesi anglo-americani, sulla regola di M'Naghten che si basa su componenti cognitive e descrive come l'imputato affetto da una psicopatologia non è imputabile se *“non conosce la natura e la qualità degli atti che sta compiendo, e anche se lo sapesse non capisce che la cosa è considerata sbagliata”* (Parmigiani et. Al, 2019).

L'altro standard che viene utilizzato è l'*American Law Institute (ALI) standard*, che comprende **sia componenti di tipo comportamentale che componenti cognitive** e si basa su *“a person is not responsible for criminal conduct if at the time of such conduct as a result of mental disease or defect he lacks substantial capacity either to appreciate the criminality (wrongfulness) of his conduct or to conform his conduct to the requirements of the law”*. In questo caso l'imputato però potrà essere definito *“non colpevole per infermità mentale”* o *“colpevole ma non responsabile dell'atto criminoso”*. (Parmigiani et. Al, 2019)

Nella concezione tradizionale dell'infermità mentale, questa viene descritta come un insieme di malattie cerebrali con un substrato organico o biologico, il che implica che il disturbo psichico debba presentare sintomi specifici e documentabili per essere considerato una malattia mentale e quindi una causa di infermità (Pace, 2013).

Un altro approccio tradizionalista sottolinea invece la necessità di un processo morboso causale per la definizione di vizio di mente, che deve essere clinicamente accertabile (Collica, 2005).

Nel corso del Novecento, grazie a Freud, il concetto di infermità si è ampliato per includere non solo le psicosi organiche, ma anche altri disturbi psichici derivanti dalla realtà inconscia predominante, come ad esempio le psicopatie e i disturbi dell'affettività (Pace, 2013). Successivamente, negli anni Settanta del Novecento, è emersa una visione sociologica dei disturbi psicologici, secondo cui tali disturbi avevano un'origine sociale e dipendevano dalle relazioni che l'individuo aveva con l'ambiente, a differenza delle cause organiche o psicologiche (Pace, 2013).

Questa evoluzione concettuale ha portato a un approccio più olistico nella comprensione e nel trattamento dei disturbi mentali, considerando una gamma più ampia di fattori eziologici.

Si è riconosciuto l'influsso dell'inconscio e dei conflitti interni nella formazione dei disturbi psichici, superando la precedente enfasi sulle psicosi organiche.

Inoltre, la prospettiva sociologica ha evidenziato l'importanza dei fattori sociali e ambientali nel determinare i disturbi mentali, spostando l'attenzione dalle sole cause organiche o psicologiche.

Tuttavia, va sottolineato che le cause dei disturbi mentali sono spesso complesse e multifattoriali, coinvolgendo aspetti biologici, psicologici, sociali e ambientali. Pertanto, l'approccio olistico e la considerazione di diverse prospettive sono fondamentali per una comprensione completa dei disturbi psichici e per un trattamento adeguato.

Attualmente si cerca di considerare tutte le variabili, sia biologiche che psicologiche che anche sociali e relazionali perché tutte queste determinano l'insorgere di una psicopatologia.

La nozione di infermità mentale è quindi più ampia rispetto a quella di malattia psichiatrica, il che può risultare disorientante per la giurisprudenza, specialmente perché

richiede l'analisi del singolo caso e la valutazione della consapevolezza del soggetto nel momento del reato commesso.

Per questo motivo l'inclusione di nevrosi, psicopatie e disturbi di personalità risulta necessaria.

Dal punto di vista legale però, almeno fino al 2005, c'erano due diversi indirizzi per quanto riguarda l'inclusione dei disturbi di personalità come cause di infermità: da una parte, c'era chi diceva che le anomalie che potevano essere considerate causa di infermità erano solo le malattie mentali a base organica (come i danni cerebrali, le psicosi acute o croniche etc...), e chi invece sosteneva che non essendo tutte le malattie mentali inquadrate nosograficamente anche i soggetti con nevrosi o psicopatie potevano classificarsi per l'infermità nel caso in cui i sintomi fossero molto intensi o comunque così complessi da poter ricondurre a una psicopatia.

## **2.1 La sentenza ‘Raso’**

Per dirimere le controversie circa le malattie mentali che escludono o di diminuiscono la capacità di intendere e di volere, le Sezioni Unite con la sentenza dell'8 marzo 2005, n.9163 stabiliscono che *“Anche i disturbi della personalità, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini dell'art. 88 e 89 c.p. sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; mentre, per converso non assumono rilievo ai fini dell'imputabilità le altre “anomalie caratteriali” e gli “stati emotivi e passionali”, che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulle capacità di autodeterminazione del soggetto agente; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo”*.

Questo perché, prima di tutto, viene contestato che l'infermità di cui si parla negli art. 88 e 89 c.p. è definita solo come *''infermità''* e non *''infermità psichica''*, di cui parla l'art. 222 c.p.<sup>1</sup>

Si inferisce quindi che *''il tale stato di mente''* descritto negli art. 88 e 89 non sia una condizione stabile da rilevare ma più ciò che ha escluso o diminuito la capacità di intendere e di volere in quel particolare momento. La sentenza delle Sezioni Unite comprende per questo anche quei disturbi di personalità, nevrosi o psicopatie che per la loro intensità, gravità e consistenza hanno influenzato le capacità volitive e intellettive al momento del fatto reato escludendole o diminuendole (Pace, 2013). Questa sentenza ha fondamento su basi teoriche come il DSM-V creato dall'American Psychiatric Association.

I disturbi di personalità di cui si parla nella sentenza n.9163 fanno parte della grande categoria delle psicopatie, diverse dalle psicosi che sono riconosciute come vere e proprie malattie mentali anche dalla Suprema Corte (Cass., Sez. VI, n. 24614/2003; id., Sez. I n. 659/1997).

I disturbi di personalità vengono definiti quindi come un *'' modello costante di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente dalle aspettative di cultura dell'individuo''* e *''i tratti di personalità vengono diagnosticati come Disturbo della Personalità solo quando sono inflexibili, non adattivi, persistenti, e causano una compromissione sociale significativa o sofferenza soggettiva''*.

Le parole **''inflexibile''** e **''maladattivo''** descrivono un po' quelli che sono i presupposti per classificare i disturbi della personalità come cause di infermità: essi devono essere per la giurisprudenza così intensi e gravi da ledere le capacità volitive e intellettive del soggetto. Il disturbo deve infatti determinare una situazione dove la psiche

---

<sup>1</sup> Nel caso di proscioglimento per **infermità psichica**, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, e' sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio 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 e' comunicata all'Autorita' di pubblica sicurezza.

è incontrollabile e conseguentemente rende il soggetto incapace di controllare cognitivamente il proprio atto, non ne percepisce il disvalore sociale e quindi non riesce ad autodeterminarsi (Pace, 2013).

Non si tengono invece in considerazione, come cause di infermità, le anomalie caratteriali, le disarmonie della personalità, le alterazioni caratteriali e le deviazioni del carattere e del sentimento che siano legate alla sola indole del soggetto e quindi non inficiano alla capacità di autodeterminarsi del soggetto. Anche gli stati emotivi e passionali non sono di rilievo per escludere o diminuire la capacità di intendere e di volere.

La Suprema Corte inoltre stabilisce che l'imputabilità di un soggetto affetto da disturbo della personalità dovrebbe essere valutata in base al nesso eziologico fra il disturbo e il fatto reato, ma anche che il disturbo stesso causalmente collegato al reato *“al momento in cui il soggetto ha commesso il fatto reato”*. Tuttavia, ciò non esclude la possibilità che questa capacità debba essere valutata anche in relazione alle caratteristiche soggettive che hanno potuto influenzare il soggetto a compiere l'azione e al collegamento causale tra una malattia mentale e il reato stesso.

## **2.2 Il nesso di causa**

Già la sentenza Raso ha preso in considerazione questo importante tassello; tuttavia, anche nel Codice Penale viene sottolineato che è *“fondamentale stabilire una correlazione significativa fra il funzionamento mentale patologico e il reato commesso”* (Fornari, 2016). La diagnosi è infatti importante per la valutazione forense ma non è sufficiente a espletare il compito del perito (Fornari, 2016): egli, infatti, deve determinare se il soggetto è affetto da un disturbo psichiatrico, se il disturbo può aver influenzato le sue capacità volitive e intellettive e se si ha nesso di causa fra la patologia rilevata e il fatto reato (Scarpazza et al. 2021b).

La determinazione dell'imputabilità di un individuo richiede l'esistenza di un nesso di causa che dimostri che il reato commesso sia una diretta conseguenza della malattia mentale. (Scarpazza et al., 2021b).

Per esempio, una persona con psicosi post- partum potrebbe uccidere suo figlio in un delirio, dichiarando che sono state le voci nella sua testa a dirle di farlo, e sarebbe giudicata ipoteticamente non imputabile, non sarebbe invece lo stesso se la donna rubasse da un negozio: le psicosi non portano all'atto del rubare, per questo la donna sarebbe considerata imputabile.

Se esiste un nesso di causa tra la malattia mentale e il reato commesso, il crimine può essere considerato come un atto patologico, siccome la malattia impedisce alla persona di considerare alternative di azione diverse o di scegliere tra di esse (Meynen, 2010), riducendo la capacità critica, analitica e decisionale, o portando il soggetto a percepire l'azione criminosa come legittima e inevitabile (Ciccione & Ferracuti, 1995).

Nel contesto della valutazione del vizio di mente, viene utilizzato il modello del criterio INUS (Insufficient Necessary Cause That is Unnecessary but Sufficient for the crime) (Anckarsäter, Radovic, Svennerlind, Höglund, & Radovic, 2009). Questo modello può essere illustrato pensando a un incendio causato dall'accensione di un fiammifero. Accendere il fiammifero viene considerato una causa INUS dell'incendio perché il fiammifero da solo non è sufficiente a scatenarlo (sono necessarie altre condizioni, come ossigeno e foglie secche, ciascuna delle quali è una causa insufficiente ma necessaria); tuttavia, quando queste condizioni sono combinate, diventano una causa sufficiente per l'incendio, anche se l'incendio potrebbe essere scatenato anche da altri fattori, quindi l'insieme di fiammifero, ossigeno e foglie secche è una condizione sufficiente ma non necessaria.

Applicando questa logica alla malattia mentale, essa può essere considerata una causa INUS del reato, poiché ogni sintomo che la compone, se considerato singolarmente, è necessario ma insufficiente per il reato (come il fiammifero), mentre l'insieme dei sintomi costituisce una causa sufficiente ma non necessaria, poiché il reato potrebbe essere causato anche da altri fattori oltre alla malattia (Mackie, 1965).

La giurisprudenza sottolinea anche, sul tema dell'imputabilità, la temporalità dell'azione: la persona, anche che abbia diagnosi di malattia mentale "*permanente*", deve essere giudicata in base al momento in cui ha compiuto il reato. Non basta quindi una diagnosi di scompenso per ritenere una persona non imputabile ma bisogna analizzare le circostanze del fatto-reato.



Nell'ambito della valutazione forense, sia il processo di comprensione (la parte dinamica della perizia) che il processo di classificazione (la parte statica) sono importanti quando si affronta il *"problema della criminogenesi e della criminodinamica"*. Il perito deve essere in grado di ricostruire le motivazioni del reato e attribuirvi un significato, ma allo stesso tempo deve anche classificarle all'interno di una categoria psichiatrica (Fornari, 2016).

### **2.3 Criminogenesi e criminodinamica**

Già precedentemente abbiamo sottolineato, attraverso il testo di Sammicheli e Donzella (2004) la necessità di una diagnosi che valuti l'infermità non solo dal punto di vista clinico, ma anche dal punto di vista normativo.

Secondo Fornari (2016), la criminogenesi e la criminodinamica rappresentano una dimensione funzionale della perizia che è complementare, ma distinta, dalla dimensione categoriale (la diagnosi). L'indagine di questi due fattori consente di analizzare lo stato mentale dell'imputato al momento del reato e di verificare se la condizione psicopatologica era tale da configurare un vizio di mente.

Pertanto, la modalità d'azione è un elemento fondamentale da esaminare nelle valutazioni sull'imputabilità, insieme alla motivazione che ha spinto l'individuo a compiere l'atto criminoso.

Il perito, infatti, non deve andare ad indagare solo le capacità del soggetto in maniera generica, al fine di compiere una diagnosi di assenza o presenza di psicopatologia, deve anche guardare la situazione dal punto di vista della complessità del fatto reato, comprendendo la genesi e la dinamica dello stesso (Fornari, 2016).

Studiando la criminogenesi e la criminodinamica del reato, possiamo infatti fare fede alla legislazione che implica che la valutazione dell'imputabilità sia fatta tenendo conto dello stato mentale del soggetto **al momento** del fatto reato e per questo poter determinare se il soggetto, anche con diagnosi permanente di malattia mentale, aveva capacità volitive e intellettive intatte in modo transitorio.

## 2.4 Capacità specifiche

Il perito, durante le sue valutazioni, deve andare a misurare le capacità generiche del periziando attraverso batterie di test formali. Queste capacità sono considerate permanenti e vengono valutate oggettivamente.

Nella valutazione dell'imputabilità vengono prese in considerazione le abilità che consentono all'individuo di mantenere un comportamento adeguato in un contesto sociale, dette anche intelligenza sociale (Stracciari et. Al, 2010).

Queste sono capacità specifiche dell'individuo che sono importanti perché la loro presenza (o assenza) determina se egli fosse in grado di intendere e di volere al momento del fatto-reato.

La giurisprudenza, infatti, delinea la capacità di distinguere fra il bene e il male (pensiero morale), la capacità di prevedere le conseguenze delle proprie azioni (progettualità), l'essere empatici, la capacità di fare altrimenti (ragionamento controfattuale incluse nella capacità di intendere, che è uno dei due costrutti su cui si fonda proprio l'imputabilità (Stracciari et. Al, 2010).

Molte malattie mentali, infatti, possono essere sintomatologicamente carenti di queste capacità e quindi influenzare il grado di autodeterminazione dell'individuo e quindi dell'imputabilità.

Prendiamo per esempio individui che hanno psicopatie congenite (disturbi della personalità) i sintomi prodotti da queste patologie sono comportamenti che mancano di empatia, moralità e mentalizzazione (Blair, 2007) anche avendo un funzionamento cognitivo nella norma.

Un caso giudiziario efficace per spiegare questo tema è quello di un '*missionary killer*' affiliato all'ordine nazista, che è stato condannato per gli omicidi di omosessuali, preti e prostitute.

Egli aveva un Qi di 120, quindi molto alto, ma presentava bassissimi punteggi nei test di intelligenza sociale: non riusciva ad attribuire emozioni alle altre persone, per esempio al test scenari morali di Greene et al. (2001) attribuiva a una madre con un bambino che stava per essere accoltellata l'emozione dell'imbarazzo e considerava l'accoltellamento stesso meno grave a livello morale rispetto a un parcheggio in doppia fila.

Anche persone con diagnosi di schizofrenia hanno mancanza di intelligenza sociale che è all'origine di disadattamento psicosociale (Shamay-Isoory et al. 2007; Bora, Gökçen e Veznedaroglu 2008), come le persone con disturbo dello spettro autistico che mancano totalmente di mentalizzazione (Baron-Cohen e Wheelwright, 2004).

Si pone un accento, fra queste capacità, su quella di empatizzare, ovvero “*riconoscere, comprendere e far propri i sentimenti altrui e di avere risposte emotive appropriate alla situazione di sofferenza dell'altro*” (Stracciari et. Al. 2010) perché la capacità in questione ci permette di avere dei comportamenti socialmente accettabili capendo la sofferenza dell'altro e quindi non volendo andare a ledere la persona con cui ci si sta relazionando.

Un soggetto affetto da una malattia mentale che porta a una riduzione o assenza di empatia potrebbe quindi non capire, durante un atto criminoso, le emozioni delle vittime e quindi non riuscirebbe a fermarsi neanche davanti alla paura o alla sofferenza, limitando anche la capacità di pensiero controfattuale (capacità di *'fare altrimenti'*) (Stracciari et. Al, 2010).

Tutte le categorie diagnostiche prima citate hanno come sintomatologia anche la mancanza di empatia, e questo viene anche confermato dagli studi di neuroimaging che identificano anomalie strutturali e funzionali nella corteccia pre-frontale, l'insula, il polo temporale sinistro, il cingolo anteriore e posteriore e l'amigdala, sedi strutturali alla base della capacità empatica (individui con psicopatia congenita hanno alterazioni significative del volume dell'amigdala, come studiato da Tiihonen, Hodgins e Vaurio).

Un altro caso rilevante riguardo questa tematica è quello di Stevanin, un uomo condannato per l'omicidio di cinque prostitute, che dopo sesso violento venivano uccise e tagliate in pezzi.

Egli era stato ritenuto semi incapace di intendere e di volere dopo aver riscontrato una lesione al lobo frontale che teoricamente era la causa del suo comportamento criminale, portandolo a non riuscire a inibire il suo comportamento troppo violento e soprattutto a non provare alcun tipo di emozione per la sofferenza delle donne che uccideva.

Tuttavia, durante il processo viene scoperto che gli stessi procedimenti che venivano fatti durante il sesso con le prostitute, identificati come genesi dell'atto criminale e della sua disinibizione del comportamento, venivano anche svolti con la fidanzata, con cui si riusciva però a fermarsi nel momento in cui l'azione diventava troppo violenta.

Questo determina come la lesione non sia una causa diretta del suo comportamento criminale, perché egli è provvisto di controllo del comportamento e decide quando attuarlo e quando no (Stracciari et. Al, 2010).

Un'altra importante componente della capacità di intendere è il pensiero morale: esso infatti sta alla base della M'cNaughton Rule, la regola che codifica la "*mental insanity*" nel sistema giudiziario anglosassone. Si rifà alla capacità di distinguere fra il bene e il male e di identificare il disvalore sociale di un comportamento, che porta quindi gli individui deficitari a non considerare se le azioni che commettono sono etiche o morali per la società in cui vivono (Stracciari et. Al, 2010).

L'ultima componente della capacità di intendere è il ragionamento controfattuale, di cui abbiamo già parlato prima con l'empatia, ovvero la capacità di "fare altrimenti". Le persone infatti, quando compiono un'azione, si prefigurano le conseguenze e pensano a come potrebbero agire immaginandosi un ampio ventaglio di possibilità. Nel caso delle malattie mentali il deficit potrebbe riguardare chi non riesce a proporsi un numero di alternative sufficientemente ampio e per questo si sente costretto a compiere un'azione in un determinato modo "*per forza di cose*" (Stracciari et. Al, 2010).

Una delle domande che potrebbe sorgere durante una perizia riguarda appunto la capacità della persona di prefigurarsi possibilità diverse davanti a una storia che però cambia sempre dei particolari: per esempio, nel caso di duplice omicidio dei genitori risalente al 2019, al periziando viene chiesto se la sua intenzione primaria era quella di uccidere la madre e lui risponde che in realtà ha ucciso lei perché poteva essere un testimone dell'omicidio precedentemente avvenuto del padre, ma che anche se avesse bussato un'altra persona alla porta l'avrebbe uccisa comunque perché gli sembrava **l'unico modo fattibile** per sbarazzarsi dei testimoni.

Abbiamo descritto quindi tutte le componenti specifiche valutabili per determinare l'assenza o la presenza della capacità di intendere, ora ci focalizziamo invece sull'altro costruito che sta alla base dell'imputabilità: la capacità di volere.

Essa è intesa come la capacità di controllo volontario delle proprie azioni, e quindi anche l'inibizione di azioni che vanno contro la moralità o la legalità (Stracciari et. Al, 2010).

Le ricerche in questo campo, infatti, si basano soprattutto sull'inibizione di una risposta già iniziata, ovvero la prova di una bassa impulsività. Tuttavia, ci sono molte condizioni psicopatologiche caratterizzate da alti livelli di impulsività come la psicopatia, la schizofrenia, l'ADHD e i disturbi di personalità del cluster impulsivo che, all'interno del contesto criminale possono portare la persona affetta da malattia mentale a non riuscire a controllare i propri stimoli e di conseguenza commettere reati senza il pieno controllo e consapevolezza. Persone con deficit del controllo delle azioni falliscono infatti test come il go-nogo, che richiede al soggetto di rispondere a determinati stimoli e di trattenere la risposta per altri (Stracciari et. Al, 2010).

Le capacità specifiche sopracitate sono importanti per capire il funzionamento del periziando sia al momento del fatto reato ma anche analizzate nel contesto di vita quotidiana precedente al reato stesso: queste informazioni possono essere infatti comparate e il perito può rilevare se il comportamento del soggetto è patologico nel momento del crimine rispetto al suo funzionamento abituale, viceversa può anche arrivare alla conclusione che nonostante le capacità del periziando nella sua vita di tutti i giorni siano deficitarie, al momento del reato egli era capace di intendere e di volere per come ha utilizzato queste capacità nello specifico momento.

### CAPITOLO 3: LA VALUTAZIONE DELL'INFERMITÀ

Nelle valutazioni forensi il perito analizza le condizioni psicologiche che sottostanno alla *mens rea*, che indica lo stato mentale e l'intento del soggetto a commettere il reato, e il collegamento fra la diminuita (o esclusa) *mens rea* e l'*actus reus*, che corrisponde all'atto fisico di commettere il crimine (Scarpazza et al., 2021).

L'attività dell'esperto perito è affrontata con grande complessità, talvolta viene considerata poco affidabile all'interno delle aule di tribunale ed è per questo che il suo lavoro viene giudicato con molta criticità.

In questo capitolo andremo ad indagare quali sono i fattori che rendono il lavoro del perito così complesso.

Innanzitutto, l'esperto si avvale del colloquio clinico come metodo di analisi e diagnosi. Questa metodologia è fortemente influenzata dalla soggettività del clinico, quindi dalle sue interpretazioni personali e dalle sue conoscenze pregresse. Spesso, infatti, l'analisi dei sintomi e la formulazione della diagnosi può variare a seconda del clinico coinvolto. Questa criticità è sollevata all'interno delle aule di tribunale, dove viene richiesta un'alta precisione e affidabilità nelle valutazioni degli esperti.

Un ulteriore fattore che influisce sulla valutazione forense è la difficoltà nel formulare una diagnosi precisa delle malattie psichiatriche a causa della mancanza di biomarkers (Scarpazza et al., 2021).

Un biomarker, abbreviazione di *biological marker* (marcatore biologico), è una caratteristica misurabile e oggettiva che può essere utilizzata come indicatore di un processo biologico normale o di una condizione patologica. Può essere una sostanza chimica, una molecola, un gene o una caratteristica fisica misurabile, come la temperatura corporea o la pressione sanguigna ed essi possono essere utilizzati per la diagnosi, il monitoraggio e la prognosi di malattie, nonché per valutare l'efficacia di un trattamento. I biomarker forniscono informazioni obiettive sullo stato fisiologico di un organismo o sulle alterazioni che si verificano in risposta a una malattia o a un trattamento.

Nel contesto delle malattie psichiatriche, l'assenza di biomarkers ben definiti rappresenta una sfida significativa per gli esperti nel fornire una diagnosi accurata e oggettiva perché gli esperti si affidano principalmente a criteri clinici, sintomi riportati e osservazioni comportamentali per formulare una diagnosi.

Tuttavia, la mancanza di basi biologiche solide può portare a una maggiore variabilità nelle diagnosi e alla possibilità di errori interpretativi.

A differenza dei disturbi neurologici, dove è possibile identificare alterazioni strutturali o biochimiche specifiche mediante strumenti diagnostici, le malattie psichiatriche non presentano ancora biomarkers chiaramente definiti (Scarpazza et al., 2021). Ad esempio, nelle persone affette da malattia di Alzheimer si osserva un aumento del volume dell'ippocampo e livelli anomali di proteine tau e amiloidi nelle strutture cerebrali (Scarpazza et al., 2021).

Un ulteriore motivo per cui le valutazioni forensi sono estremamente complesse risiede nella possibilità che il soggetto esaminato esageri o simuli i sintomi.

Numerosi studi hanno dimostrato che è difficile determinare se una persona sta mentendo o meno, ed è per questo motivo che sono stati sviluppati test che riescono a identificare la simulazione con un'accuratezza del 96% (Scarpazza et al., 2021b).

Inoltre, i periti sono soggetti a bias cognitivi. Un bias cognitivo è un errore sistematico di pensiero che può influenzare il modo in cui le persone elaborano le informazioni, prendono decisioni o formano giudizi e sono il risultato di semplificazioni e astrazioni che il nostro cervello fa per processare le enormi quantità di informazioni che affrontiamo quotidianamente. Tuttavia, possono portare a conclusioni errate o distorte, anche in ambito forense (Scarpazza et al., 2021b).

Uno dei bias più comuni nella pratica forense è il *bias di conferma*, che consiste nel cercare, utilizzare e interpretare le informazioni in modo da confermare le proprie idee ed al contempo ignorare o minimizzare le informazioni che possono contraddirle.

L'*allegiance effect*, che implica la ricerca di prove scientifiche che confermino la tesi di una delle due parti coinvolte (difesa e accusa), è un elemento sistematico nelle valutazioni forensi.

Per questo motivo, la legislazione italiana prevede la presenza di un consulente *super partes* chiamato *perito*, che viene nominato direttamente dal giudice e che non ha quindi alcun interesse a favorire una delle parti coinvolte (Scarpazza et al., 2021b).

I bias presenti nella pratica diagnostica possono influenzare la valutazione di disturbi psichiatrici, in quanto un esperto potrebbe identificare sintomi in base alla propria conoscenza ed esperienza, generando così differenze rispetto ai sintomi riconosciuti da altri professionisti.

In conclusione, la presenza di diverse interpretazioni per uno stesso sintomo può portare a diagnosi differenti da parte di diversi professionisti, influenzando così la coerenza tra valutazioni multiple (*inter-rater reliability*) e limitando la precisione delle diagnosi di malattia psichiatrica (Scarpazza et al., 2021).

Questa situazione è aggravata dalla mancanza di biomarkers e dall'alta comorbidità tra i disturbi psichiatrici, che rende complesso per lo psichiatra identificare un disturbo specifico senza effettuare una diagnosi differenziale (Scarpazza et al., 2021).

### **3.1 Inter- rater reliability**

I fattori sopra citati dimostrano la difficoltà nell'ottenere un'elevata affidabilità della valutazione forense in ambito psicologico, come viene dimostrato in diversi studi (Scarpazza et al., 2021). Oltre a quelli già esplicitati, si ha un ultimo fattore che è anche quello su cui si basa questo lavoro di tesi: la concordanza fra le parti.

L'inter-rater reliability viene misurata attraverso l'indice K di Cohen, che assume valori tra 0 e 1, dove 0 indica l'assenza di concordanza e 1 la totale concordanza fra gli esperti. Nei casi forensi è stimata fra il 57% e il 100%, con un indice di accordo che varia da 0.28 a 1.0 (Scarpazza et al., 2021). Questi valori, che nella pratica clinica potrebbero sembrare soddisfacenti, non sono invece sufficienti in un'aula di tribunale dove il giudice deve decidere "oltre ogni ragionevole dubbio" (*criterio BARD, beyond any reasonable doubt*) (Scarpazza et al., 2021).

Il problema che emerge è di una gravità considerevole e attualmente mancano approcci risolutivi nell'ambito della consulenza psicologica in ambito forense. Di conseguenza, si propone l'adozione di un approccio multidisciplinare integrato, in cui oltre alla diagnosi clinica derivante da un colloquio psicologico che comprende interviste semi strutturate e



non strutturate, si possano fornire dati basati su evidenze scientifiche mediante una valutazione psicopatologica, neuropsicologica e, quando appropriato, un'analisi mediante fMRI.

L'integrazione di queste diverse prospettive e metodologie potrebbe contribuire a migliorare la precisione e l'affidabilità delle valutazioni forensi in ambito psichiatrico siccome l'uso di strumenti e tecniche più obiettivi, come l'analisi dei dati neurobiologici e funzionali, potrebbe fornire un supporto scientifico più solido alle decisioni giudiziarie, riducendo la variabilità diagnostica e promuovendo una maggiore equità nel sistema legale.

Il compito del perito è quindi di definire una patologia mentale che può diminuire o escludere le capacità volitive e intellettive, tale da qualificare il soggetto che ha commesso il crimine come infermo e consentirgli di appellarsi al vizio di mente totale o parziale.

Tuttavia, l'inter-rater reliability in questo processo è ancora ridotta, principalmente a causa delle ragioni sopra menzionate (assenza di biomarkers e presenza di bias cognitivi), ma anche a causa della complessità delle analisi biologiche necessarie per evidenziare le malattie mentali, che richiedono approcci sofisticati come la VBM, che valuta le differenze *voxel by voxel* nella sostanza grigia tra individui affetti da patologie e individui sani (Scarpazza et al., 2021b).

Inoltre, molti disturbi presentano sintomi sovrapposti. Questo porta diversi esperti a interpretare i dati in modi diversi e a diagnosticare disturbi diversi per uno stesso caso (Scarpazza et al., 2021b). Va sottolineato anche che le descrizioni sintomatiche dei disturbi spesso non sono chiare (Scarpazza et al., 2021b).

Inoltre, l'inter-rater reliability risulta essere bassa a causa dell'impiego frequente da parte degli esperti di interviste non strutturate, che intrinsecamente soffrono di una bassa affidabilità in quanto molto soggettive (Scarpazza et al., 2021b).

In conclusione, l'insieme di queste sfide e limitazioni pone una serie di ostacoli significativi al processo di valutazione forense in ambito psichiatrico, sottolineando la necessità di sviluppare approcci più integrati e strumenti più affidabili per migliorare la precisione e l'oggettività delle diagnosi psichiatriche in contesto legale.

Nella pratica clinica, ancor prima di quella forense, emerge un problema di affidabilità nella formulazione delle diagnosi: se i criteri utilizzati per definire una malattia mentale non possono essere applicati in maniera coerente da due o più clinici, non si può presumere che tutti i pazienti risponderanno allo stesso modo al trattamento o che presenteranno la stessa sintomatologia (Regier et al., 2013).

Questa mancanza di affidabilità nella diagnosi psichiatrica può essere attribuita a diversi fattori, come l'interpretazione soggettiva dei sintomi da parte degli operatori sanitari, l'eterogeneità delle presentazioni cliniche e la mancanza di biomarkers specifici per le malattie mentali.

Questi fattori contribuiscono a una variabilità significativa nelle diagnosi, rendendo difficile ottenere un consenso tra i clinici e influenzando la predittività del trattamento e l'esito terapeutico per i pazienti affetti da disturbi psichiatrici.

La comprensione e la valutazione delle malattie mentali richiedono un approccio più completo e integrato, che possa tener conto della complessità dei fattori biologici, psicologici e sociali che contribuiscono alla manifestazione e alla progressione di tali disturbi. Solo attraverso uno sforzo multidisciplinare e l'utilizzo di metodologie diagnostiche più precise e affidabili si potrà migliorare la coerenza e l'oggettività delle diagnosi psichiatriche, sia in contesto clinico che forense.

Uno studio condotto fra gli Stati Uniti e il Canada ha indagato il grado di concordanza fra esperti rispetto a una diagnosi da DSM-5. I pazienti venivano sottoposti a colloquio clinico in modo indipendente dai due esperti ed essi dovevano definire la presenza o l'assenza di una diagnosi (Regier et al., 2013). I risultati rilevati mostrano come la concordanza fra gli esperti varia molto da diagnosi a diagnosi: il PTSD ha un indice K di 0.69, mentre la depressione solo di 0.23 (Regier et al., 2013).

L'obiettivo primario consiste quindi nel migliorare l'inter-rater reliability tra gli esperti, poiché l'affidabilità di una diagnosi dipende dalla concordanza tra di loro.

Se la concordanza tra gli esperti è scarsa, si genera un bias intrinseco che mette in dubbio l'efficacia del lavoro del perito nel determinare l'esito di un processo giudiziario.

Pertanto, è necessario adottare misure per migliorare l'inter-rater reliability, come l'implementazione di protocolli standardizzati, l'utilizzo di criteri diagnostici ben definiti e la promozione di un continuo scambio di conoscenze e discussioni tra gli esperti. Solo

attraverso tali sforzi sarà possibile ridurre al minimo l'incertezza nella valutazione forense e garantire un processo equo e giusto.

### **3.2 Gli strumenti valutativi**

Per superare queste barriere di tipo teorico, sono già state create delle linee guida e degli strumenti per la valutazione forense come il “*Mental State at the Time of the Offense Screening Evaluation*” (MSE) che va ad indagare lo stato mentale del soggetto al momento del crimine non presupponendo una psicopatologia, il “*Rogers Criminal Responsibility Assessment Scales*” (R-CRAS), il “*Rating scale of criminal responsibility for mentally disordered offenders*” (RSCRs) che propone un’analisi delle componenti volitive e comportamentali del periziando mostrando degli scenari ipotetici attraverso vignette, e la “*Criminal Responsibility Scale*” (CRS) che però indagano, come abbiamo visto, aree della psicologia differenti senza andare ad analizzare tutte le informazioni utili per determinare l’infermità di mente in maniera completa e coerente (Parmigiani et Al, 2019).

A livello giudiziale il giudizio di incapace di intendere e di volere è considerato molto spesso usato in maniera impropria perché sembra un metodo per eludere la pena, per questo le valutazioni forensi perdono di affidabilità. Ma non è questo l’unico motivo: le valutazioni psicologiche forensi sono state oggetto di una recente metanalisi che mostra come i valutatori forensi non sono d’accordo fra di loro per il 25-35% del tempo (Guarnera et Al, 2017).

Questo è dovuto soprattutto ai metodi di valutazione non standardizzati, ma anche al fatto che i sintomi psichiatrici sono molto variabili, cosa che può portare due esperti ad arrivare a diagnosi diverse per uno stesso caso (Parmigiani et. Al, 2019). Un altro problema che porta le valutazioni psicologiche a non essere utilizzate in maniera standard durante casi giudiziali che coinvolgono persone con diagnosi di psicopatologia è l’assenza di marker biologici che possono guidare la valutazione forense e la bassa affidabilità degli strumenti per farla. Inoltre, bisogna tenere conto che le diagnosi psichiatriche si svolgono su una linea longitudinale di sintomi psichiatrici non sempre ben definiti che rende la diagnosi stessa non precisa (Parmigiani et. Al, 2019)

Per questo sarebbe utile uno strumento valido per guidare gli esperti in questo difficile compito, tenendo conto anche di differenti giurisdizioni in cui essa può essere usata, soprattutto per la presenza di due tipi di errori procedurali:

- una persona che ha effettivamente una malattia mentale che ha pregiudicato il suo comportamento nel momento dell'atto reato e che invece viene considerato responsabile del crimine che ha commesso e per questo mandato in carcere senza poter essere curato, oppure;
- una persona sana che viene considerata incapace di intendere e di volere al momento dell'atto reato e per questo non viene condannato anche se è responsabile del crimine. Entra inoltre in un sistema psichiatrico e utilizza risorse limitate.

Questo nuovo strumento potrebbe essere utile per sostenere il principio “*la legge è uguale per tutti*” che viene applicato in tutta l’UE, inoltre consentirebbe agli esperti di condividere dati empirici fra le diverse giurisdizioni e discipline, per non dimenticare che potrebbe dare maggior affidabilità e consistenza alle valutazioni psicologico – forensi (Parmigiani et. Al, 2019).

La *Defendant’s Insanity Assessment Support Scale (DIASS)* è stata creata da Parmigiani et. Al per dirimere le controversie presenti sul giudizio di infermità mentale e che può essere utile per supportare, strutturare e guidare una valutazione di infermità anche fra differenti giurisdizioni per migliorare l’affidabilità e la coerenza della valutazione stessa. Dopo aver analizzato tutta la documentazione legale e sanitaria è infatti utile per valutare questi quattro tipologie di sintomi psicopatologici: disordini del pensiero, disturbi percettivi, alterazioni dell’umore e disfunzioni cognitive. Si basa su un approccio funzionale ed è compatibile con le neuroscienze (grazie alla parte comportamentale che necessita di dati neuroscientifici per essere più affidabile).

Si divide quattro macrocategorie per un totale di 9 item: la comprensione del crimine e la valutazione del crimine (componente epistemica); il ragionamento e il controllo dell’azione motoria volontaria (componente comportamentale). In questa scala si ha l’introduzione della componente del *comportamento* che, soprattutto per quanto riguarda la parte del controllo inibitorio e delle funzioni esecutive, gioca un ruolo molto importante

nelle valutazioni forensi (anche se non tutti i sistemi legali la ritengono utile per una valutazione di infermità). Alla fine dei nove item si ha una parte riservata ai giudizi finali definiti con *‘intatti’*, *‘parzialmente compromessi’* e *‘compromessi’*. La scala viene revisionata da esperti in tre diversi campi: psichiatria forense, filosofia e giurisprudenza (Parmigiani et. Al, 2019).

La DIASS come strumento di assessment forense introduce molte innovazioni, ma presenta alcune limitazioni che ne compromettono l'efficacia per una valutazione multidisciplinare: il numero limitato di item non consente di indagare tutte le aree della psicologia coinvolte nel momento del reato, limitando così l'analisi a un livello superficiale. Ciò comporta una scarsa considerazione di informazioni specifiche come l'anamnesi del paziente, la familiarità con il disturbo e le precedenti psicopatologie, rendendo l'applicabilità della DIASS limitata a casi gravi in cui la psicopatologia non rende il giudizio controverso. Inoltre, l'attenzione si concentra esclusivamente sulle capacità specifiche legate al reato, senza fornire indicazioni sulla vita quotidiana dell'imputato.

Infine, la DIASS non fornisce un punteggio quantitativo sul grado di responsabilità criminale del soggetto, elemento che potrebbe influenzare la decisione del giudice.

### **3.3 Caso Breivik**

Il caso di Breivik rappresenta uno dei casi più significativi riguardo alla valutazione dell'infermità mentale. Nel 2011, in Norvegia, un uomo ha commesso un atto di estrema violenza uccidendo 77 persone (Melle, 2013).

Testimoni oculari hanno riportato che l'individuo continuava a sparare sulle sue vittime, mentre intimava a coloro che si nascondevano di uscire, affermando di essere un poliziotto. Inoltre, rideva e urlava durante l'azione del fuoco.

Dopo circa 50 minuti, si è consegnato alla polizia dichiarando di essere un comandante del movimento anticomunista norvegese, ed è stato immediatamente arrestato (Melle, 2013).

Nell'anamnesi raccolta è emerso che sin dall'infanzia l'individuo era stato problematico, e si era ipotizzato che potesse sviluppare una grave psicopatologia con la crescita (Melle, 2013). Da adolescente era ossessionato dalla palestra e ha abbandonato la scuola poco prima degli esami finali.

Successivamente, ha avviato un'attività di vendita di diplomi falsi che tuttavia ha fallito. Quando è stato costretto a tornare a vivere con la madre, gli amici hanno dichiarato che il suo comportamento è cambiato e si è isolato, dedicandosi ai giochi online.

Ha iniziato a scrivere il suo Manifesto, in cui esprimeva posizioni contrarie all'Islam e al comunismo, affermando di far parte di un'associazione chiamata "*Knights Templar*" di cui gli investigatori non hanno potuto confermare l'esistenza.

In Norvegia, una persona è considerata non imputabile in tre casi: se è psicotica ( "*come definito dai manuali diagnostici*" ), se era incosciente al momento del reato o se soffre di un ritardo grave (Melle, 2013).

Inoltre, il sistema giudiziario norvegese non segue strettamente la regola di M'Naughten<sup>2</sup>, come avviene in molti paesi europei, incluso l'Italia.

Al momento dell'arresto, l'individuo è stato sottoposto a due diverse valutazioni psichiatriche forensi. Una di esse lo ha dichiarato incapace di intendere e volere, diagnosticandogli una psicosi, mentre l'altra ha descritto la sua condizione come un disturbo della personalità, rendendolo di fatto imputabile (Melle, 2013).

I primi due psichiatri che lo hanno visitato hanno trascorso complessivamente 36 ore in colloquio con lui, ed hanno somministrato interviste strutturate come la SCID-I<sup>3</sup> (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) e la PANSS<sup>4</sup> (Positive and Negative Syndrome Scale).

I due psichiatri hanno concluso che l'individuo era affetto da una psicosi, ma ritenevano necessarie ulteriori valutazioni.

Alla diagnosi i due psichiatri sono arrivati grazie all'analisi dei pensieri espressi durante i colloqui: l'individuo si considerava un grande comandante, paragonandosi a Nicola di Russia, e riteneva di poter assumere il potere del regno di Norvegia con un colpo di stato.

---

<sup>2</sup> Determina la non imputabilità solo nel caso in cui il soggetto non sapeva cosa stava facendo oppure, anche se lo sapeva, non sapeva che questa cosa era sbagliata

<sup>3</sup> Per diagnosticare i disturbi di personalità dell'asse I e II descritti nel DSM-5

<sup>4</sup> Per valutare i sintomi positivi e negativi nella schizofrenia

Credeva di far parte di un'organizzazione che svolgeva funzioni di tribunale militare, fungendo da giuria, giudice ed esecutore (i "Cavalieri Templari"), e che era lui a decidere il destino dei norvegesi. Era convinto che gli atti compiuti facessero parte di una terza guerra mondiale, che avrebbe comportato una pulizia etnica in Norvegia per ridurre malattie e divorzi. Il linguaggio era confuso, alternando parole comuni a termini da lui inventati, che egli definiva "il suo linguaggio". Ha definito il suo crimine come *"l'esecuzione dei traditori"* ed è diventato molto agitato quando si parlava del Manifesto. Assumeva dosi elevate di anabolizzanti, accompagnati da grandi quantità di caffeina e aspirina, che potrebbero aver peggiorato i sintomi della psicopatologia, sebbene non ne siano state la causa diretta.

I deliri di grandiosità conducono quindi a una diagnosi di schizofrenia di tipo paranoide. Tuttavia, questa diagnosi è stata presentata in tribunale solo sei mesi dopo l'arresto, periodo in cui l'opinione pubblica sul soggetto ha continuato a deteriorarsi.

Successivamente la diagnosi è stata illegalmente pubblicata sui giornali norvegesi, consentendo a molti psichiatri di analizzare le conclusioni della perizia e formulare le proprie diagnosi cliniche. Alcuni hanno sostenuto che non potesse trattarsi di schizofrenia, poiché non erano presenti allucinazioni uditive o disorganizzazione delle sue azioni.

Il caso ha suscitato molta attenzione e lo stesso individuo ha dichiarato di non voler essere considerato incapace di intendere e volere, in quanto il suo intento era chiaro ed evidente. Affermava di aver agito in modo del tutto consapevole, con l'obiettivo di creare un processo mediatico che avesse un forte impatto sulla società norvegese.

Di conseguenza, è stata richiesta una seconda valutazione psichiatrica a sei mesi dalla prima. Due psichiatri, seguendo lo stesso protocollo delle prime visite, hanno notato che non c'erano segni evidenti di allucinazioni o deliri significativi.

L'individuo risultava più ponderato nel parlare di sé stesso e del suo ruolo all'interno della società, mentre l'isolamento di cui gli amici avevano parlato era attribuibile al suo ritiro sociale durante la preparazione dell'attacco terroristico.

Con queste premesse, è stata formulata una diagnosi di grave disturbo di personalità narcisistico combinato con pseudologia fantastica, senza che vi fossero elementi psicotici

né al momento degli incontri né nel momento in cui ha commesso il reato, rendendolo quindi completamente imputabile.

Il processo si è concluso con il verdetto di piena imputabilità, condannando Breivik a 21 anni di prigione, che rappresenta la massima pena detentiva in Norvegia. È stata presa in considerazione solo la seconda valutazione psichiatrica, cercando in tutti i modi di screditare la prima.

Si è sottolineato che i deliri del soggetto erano logici, non impossibili o irrealistici, e quindi non rientravano nella categoria dei sintomi caratteristici di una malattia mentale grave (come deliri persistenti di tipo culturalmente inappropriato e completamente impossibile, ad esempio credere di poter controllare il clima o comunicare con alieni provenienti da un altro mondo<sup>5</sup>).

Il caso Breivik è diventato rilevante nella pratica forense perché evidenzia come la discrepanza tra gli esperti possa influenzare l'opinione sulla valutazione clinica stessa. In questo caso, la significativa differenza di valutazione dei sintomi da parte degli psichiatri ha suscitato scalpore, creando addirittura un caso mediatico e mettendo in discussione l'efficacia della pratica clinica.

Questo ha portato le persone a interrogarsi sulle regole che definiscono il concetto di imputabilità, quando e in che misura sia applicabile e cosa significhi veramente essere considerati non imputabili per infermità mentale, soprattutto considerando che tali valutazioni continuano a basarsi su giudizi soggettivi (Melle, 2013).

---

<sup>5</sup> Definizione presa dal manuale ICD-10



## **CAPITOLO 4: LA VALIDAZIONE DELLA CHECK- LIST CREATA PER LA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ SPECIFICHE LEGATE ALL'IMPUTABILITÀ**

### **4.1 Obiettivo**

L'imputabilità viene definita attraverso un'analisi delle capacità specifiche e generiche dell'individuo soggetto a perizia e questo studio si concentrerà sulla validazione di una check-list per la valutazione dell'imputabilità che misura in modo qualitativo e quantitativo le abilità specifiche dell'individuo.

Come precedentemente discusso, la valutazione delle capacità generiche avviene mediante l'uso di test formali che possono essere somministrati al soggetto in un momento successivo al reato stesso. Tuttavia, la valutazione delle capacità specifiche richiede informazioni che possono essere ottenute solo tramite l'osservazione dei comportamenti quotidiani, l'analisi della criminogenesi e criminodinamica degli eventi e l'anamnesi del soggetto.

Attualmente, gli strumenti utilizzati per la valutazione delle capacità specifiche non sono sufficientemente esaustivi e non comprendono tutti gli aspetti da considerare per determinare l'imputabilità di un individuo.

Per questo motivo, è stata sviluppata una check-list che, affiancata da altri strumenti come colloqui clinici e test neuropsicologici e psicopatologici, offre un'indagine oggettiva e chiara degli elementi giuridici rilevanti per valutare le capacità specifiche del soggetto in relazione al reato commesso.

Il perito può utilizzare la check-list come una guida per organizzare tutte le informazioni ottenute dalla documentazione e considerarle nell'ambito dell'imputabilità, indagando tutte le aree fondamentali che costituiscono la base della valutazione dell'imputabilità stessa.

Questo studio si propone di validare la checklist. La validazione della check-list proposta consiste nell'esaminare la coerenza delle valutazioni effettuate dagli esperti nel campo dell'imputabilità. L'obiettivo è quello di assicurarsi che la check-list sia uno strumento valido e affidabile per valutare le capacità specifiche del soggetto in relazione al reato commesso.

A differenza delle validazioni di strumenti precedenti (es DIASS, Parmigiani et al. 2018), nelle quali era stato richiesto ai raters di basare il proprio giudizio su un riassunto del caso, riassunto lungo un paio di facciate, per validare questo strumento è stato richiesto ai raters di esaminare tutte le informazioni disponibili, inclusi documenti originali del caso, di analizzare la criminodinamica e l'anamnesi del soggetto, e infine applicare la check-list per valutare le capacità specifiche del soggetto in relazione al reato.

Successivamente, è stato esaminato l'accordo tra gli esperti nelle valutazioni effettuate utilizzando la check-list, proponendo poi un confronto con le conclusioni reali fornite in aula di tribunale.

Un accordo elevato tra gli esperti indica un buon inter rater agreement delle valutazioni effettuate utilizzando la check-list.

## **4.2 Metodo**

### *4.2.1 Selezione dei casi reali*

I casi reali sono stati selezionati a partire da un pool di casi disponibili per i quali tutta la documentazione originale fosse disponibile. I casi sono stati selezionati utilizzando i seguenti criteri:

- a) la documentazione originale del caso doveva essere disponibile integralmente;
- b) i casi dovevano avere disponibile le conclusioni finali del perito, del CTP della difesa e del CTP del PM;
- c) tra i casi disponibili sono stati selezionati quelli caratterizzati da meno accordo sulle conclusioni tra i tre esperti coinvolti.

Vista la mole di documentazione per ogni caso, è stato scelto di selezionare 5 casi.

### *4.2.2 Selezione dei raters*

Tre laureandi o laureati della facoltà di psicologia di Padova sono stati selezionati per fare i rater e applicare la checklist ai cinque casi di imputabilità. I raters sono stati selezionati con i seguenti criteri:

- a) studenti che avessero svolto il tirocinio nell'ambito forense;
- b) studenti che avessero seguito almeno un caso di imputabilità prima di svolgere questo lavoro.

#### *4.2.3 Procedura*

Ai tre raters è stata consegnata tutta la documentazione selezionata. Per ogni fascicolo processuale erano presenti anche la perizia e le due consulenze di parte. Ai tre raters è stato chiesto di leggere tutta la documentazione processuale, incluse le relazioni psichiatriche originali. E' stato tuttavia chiesto ai raters di leggere le relazioni psichiatriche originali solamente fino alla descrizione del periziando durante le operazioni peritali, escludendo invece la lettura dell'analisi delle considerazioni psichiatrico forensi per evitare di essere influenzati, nelle proprie valutazioni, dalle valutazioni originali dei colleghi coinvolti.

#### *4.2.4 Applicazione della checklist*

La check-list è stata realizzata in precedenza tenendo conto della letteratura in tema di imputabilità e infermità mentale.

È composta da 92 item divisi in cinque macrocategorie: anamnesi, capacità specifiche precedenti al fatto reato, criminogenesi, criminodinamica e nesso di causa. Queste corrispondono alle aree fondamentali per valutare il vizio di mente, ovvero la storia clinica; le capacità nella vita quotidiana e quelle presenti al momento del reato, il movente e il nesso causale fra la diagnosi clinica e il fatto reato.

Sono state inserite infatti sia domande che indagano la familiarità con disturbi neurologici e/o psichiatrici o presenza di disturbi (item da 1 a 9) ma anche domande che rilevano la presenza di maltrattamenti o abusi, uso di sostanze stupefacenti e alcool.

Gli item successivi (dal 10 al 37) si concentrano sulle capacità specifiche presenti prima del reato che sono utili per analizzare il comportamento del soggetto nella vita quotidiana. Nella terza parte (item dal 38 al 45) si va ad indagare la criminogenesi, necessaria per capire il nesso causale fra diagnosi del soggetto e origine del fatto reato: se il movente è

razionale oppure no, se è ben definito, la scelta della vittima e tutti i fattori scatenanti che hanno portato il periziando a commettere il reato.

Vengono poi analizzate le capacità specifiche al momento del fatto reato attraverso la criminodinamica (item dal 46 al 91) per capire la dinamica del reato e quanto la condizione patologica abbia su di essa.

Gli ultimi item (92 e 93) sono dedicati all'analisi del nesso di causa che lega il reato alla psicopatologia (se esso è presente).

Per analizzare i fascicoli gli esperti hanno utilizzato due tipi di check-list, una qualitativa (Tabella 1) e una quantitativa (Tabella 2).

La check-list qualitativa presuppone risposte aperte che favoriscono una riflessione più approfondita sulla documentazione letta.

Caso: \_\_\_\_\_

#### **ANAMNESI**

- 1.** Esiste familiarità per disturbi psichiatrici?
  - Se sì, quali disturbi?
  - Se sì, chi in famiglia ne soffre?
- 2.** Esiste familiarità per disturbi neurologici potenzialmente ereditabili?
  - Se sì, quali disturbi?
  - Se sì, chi in famiglia ne soffre/ha sofferto?
- 3.** Nella sua storia clinica precedente alla commissione del fatto reato ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia psichiatrica da parte di un clinico?
  - Se sì, quale? (specificare indicatori diagnostici presenti)
  - Da quanto tempo?
  - C'è documentazione disponibile?
  - Assume (o assumeva) farmacoterapia?
  - Se sì, che tipo di farmaci assume?
  - La condizione ha un impatto sul funzionamento sociale, personale e lavorativo del periziando? (indagare se da quando ha la malattia lavora di meno, esce di meno, ha meno autostima etc.).
  - Ha svolto un percorso di psicoterapia per trattare la malattia? Se sì, di che tipo e per quanto tempo?

- 4.** Nella sua storia clinica precedente alla commissione del fatto reato ha mai ricevuto una diagnosi di una malattia neurologica da parte di un medico?
- Se sì, quale? (specificare indicatori diagnostici presenti)
  - Da quanto tempo?
  - C'è documentazione disponibile?
  - Assume (o assumeva) farmacoterapia?
  - Se sì, che tipo di farmaci assume?
  - La malattia ha un impatto sul funzionamento sociale, personale e lavorativo del periziando? (indagare se da quando ha la malattia lavora di meno, esce di meno, ha meno autostima etc.)
  - Ha svolto un percorso di trattamento per la malattia? Se sì, di che tipo e per quanto tempo?
- 5.** Nella sua storia clinica precedente alla commissione del fatto reato è mai stato vittima di traumi cranici, ictus o altri insulti cerebrali?
- Se sì, quale (per trauma cranico specificare la gravità secondo la classificazione GCS)?
  - Quando si è verificato l'evento?
  - C'è documentazione disponibile?
  - Assume farmacoterapia?
  - Se sì, che tipo di farmaci assume?
  - L'evento ha un impatto sul funzionamento sociale, personale e lavorativo del periziando? (indagare se da quando è stato vittima dell'evento lavora di meno, esce di meno, ha meno autostima etc.)
- 6.** Ha mai subito maltrattamenti o abusi durante il periodo infantile/adolescenziale?
- Se sì:
- Da parte di chi?
  - Quanti anni aveva?
  - Quanto sono durati?
- 7.** Sono stati riscontrati ulteriori aspetti rilevanti nell'infanzia/adolescenza (o nella vita) del soggetto? Se sì, quali?
- 8.** Nella sua vita, ha fatto uso regolare di droghe o alcool?
- Se sì, di che tipo di sostanze?

- Se sì, da quanto tempo?

- Se sì, con che frequenza?

9. L'eventuale quadro psicopatologico è ancora presente al momento della valutazione?

**CAPACITÀ SPECIFICHE PRIMA DELLA COMMISSIONE DELL'EVENTO  
REATO**

10. Il periziando mostra capacità critica e di giudizio? Se sì, mostra tale capacità in tutti gli ambiti della sua vita o solo in determinati contesti? Nel caso, quali?

11. Mostra capacità di pensiero astratto (costruire un ragionamento complesso che include ipotesi e un processo di selezione)? Se sì, mostra tale capacità in tutti gli ambiti della sua vita o solo in determinati contesti? Nel caso, quali?

12. Sa mettere in atto azioni logicamente coerenti nella sua quotidianità?

13. Possiede un'immagine della realtà integra e realistica?

14. È capace di rappresentarsi varie alternative comportamentali (percorsi mentali alternativi) per raggiungere un obiettivo o una decisione?

15. Mostra un pensiero eccessivamente rigido ed inflessibile?

16. Presenta pensieri pervasivi o fissazioni?

17. Sa verificare mentalmente che le scelte comportamentali prese siano efficaci nel raggiungere gli obiettivi che desidera?

18. E' in grado di comprendere gli elementi salienti delle situazioni che gli si presentano?

19. È in grado di distinguere tra comportamenti normativi e violazioni?

20. Sa distinguere giusto e sbagliato?

21. Comprende le violazioni morali?

22. Comprende le violazioni legali?

23. Sa distinguere tra violazioni morali e convenzionali?

24. Sa prevedere le conseguenze delle sue azioni?

25. Sa considerare i vari risultati che possono scaturire dalle sue azioni/scelte?

26. E' in grado di adattare il proprio comportamento sulla base dei feedback che gli vengono dati? Sa imparare dai propri errori?

27. Possiede una buona capacità di problem-solving?

28. Possiede una buona capacità decisionale?

29. Risulta essere una persona facilmente manipolabile?

30. Sa mettere in atto comportamenti che siano in linea con le proprie intenzioni?

31. Sa inibire un impulso in situazioni emotivamente “neutre” (es. shopping compulsivo, fumo, etc.)?
32. Sa inibire i propri impulsi in situazioni emotivamente pregnanti (es. litigi)?
33. Mostra buone capacità relazionali?
34. È capace di provare empatia nei confronti delle altre persone?
35. Sa modulare il proprio comportamento in base alle emozioni delle altre persone?
36. È capace di descrivere e comprendere i propri stati mentali (introspezione)?
37. Possiede capacità di mentalizzazione, ovvero di comprensione degli stati mentali altrui?

### **CRIMINOGENESI**

38. Esiste un movente chiaro e ben definito?
39. Il movente è razionale?
40. Il movente è patologico?
  - Se sì, è connesso alla patologia presentata o ad una patologia rilevante in termini infermità di mente?
41. La vittima è stata scelta per un motivo (o poteva essere chiunque)?
42. Esistono, nella storia del soggetto, dei fattori familiari che possono aver contribuito alla genesi del reato?
  - Se sì, quali?
43. Esistono, nella storia del soggetto, fattori sociali/ambientali che possono aver contribuito alla genesi del reato?
  - Se sì, quali?
44. Esistono, nella storia del soggetto, ulteriori fattori predisponenti che possono aver contribuito alla genesi del reato?
  - Se sì, quali?
45. Sono identificabili uno o più fattori scatenanti del comportamento reato?
  - Se sì, quale/i?

### **CRIMINODINAMICA**

46. L'evento è chiaramente identificabile come reato o può essere facilmente scambiato per un comportamento normale?
47. Il comportamento reato per essere realizzato richiede evidenti pianificazioni?
48. Come ricorda i fatti in sé?

49. Come ricorda quanto successo dopo il fatto?
50. Il periziando ha mostrato capacità critica e di giudizio nel commettere il fatto reato?
51. L'eventuale incapacità di critica e giudizio è in linea con la psicopatologia presentata?
52. Ha mostrato capacità di pensiero astratto (costruire un ragionamento complesso che includa ipotesi e un processo di selezione)?
53. L'eventuale incapacità di pensiero astratto è in linea con la psicopatologia presentata?
54. È stato capace di rappresentarsi un ventaglio di alternative comportamentali, quindi percorsi mentali alternativi, per raggiungere il medesimo obiettivo?
55. Ha verificato mentalmente che la scelta comportamentale fosse realmente efficace nel raggiungere l'obiettivo?
56. Successivamente al fatto commesso ha verificato di aver effettivamente raggiunto i suoi obiettivi?
57. Ha considerato esiti differenti della scelta comportamentale assunta?
58. L'eventuale incapacità di rappresentarsi una varietà di alternative comportamentali è in linea con la psicopatologia presentata?
59. Ha mostrato un'eccessiva rigidità e inflessibilità di pensiero?
60. Dopo il fatto reato ha mantenuto questa rigidità di pensiero tale da non considerare significati, interpretazioni o scenari alternativi alle sue azioni?
61. Riesce a considerare le possibili interpretazioni delle sue azioni da parte di terzi?
62. L'eventuale rigidità di pensiero è in linea con la psicopatologia presentata?
63. Era in grado di comprendere gli elementi salienti della situazione?
64. Il comportamento reato è stato messo in atto interpretando erroneamente la situazione?
65. L'eventuale incapacità di comprendere gli elementi salienti della situazione è in linea con la patologia presentata?
66. Comprendeva la violazione legale?
67. Capiva che le azioni commesse erano contrarie ai valori morali comuni?
68. Percepiva che le azioni commesse erano contrarie ai propri valori morali precedenti/abituati?
69. Capiva razionalmente che ciò che stava facendo era sbagliato? Lo capisce al momento della valutazione?
70. Ha cercato di nascondere il fatto commesso?



71. Si è preoccupato di non farsi vedere nel commettere il fatto reato?
72. Ha ammesso/confessato il crimine mostrando di aver compreso la gravità del fatto?
73. Mostra senso di colpa?
  - Se no, non lo mostra perché non si sente in colpa o perché non capisce la gravità di quello che ha fatto?
74. Il significato che il soggetto attribuisce al crimine commesso coincide con quello attribuito dalla legge?
75. L'eventuale incapacità di comprendere il valore del proprio comportamento è in linea con la psicopatologia presentata?
76. Il comportamento reato è stato messo in atto avendo previsto chiaramente ciò che sarebbe successo?
77. Aveva previsto le conseguenze legali delle azioni che ha compiuto?
78. L'eventuale incapacità di prevedere gli esiti o le conseguenze delle proprie azioni è in linea con la psicopatologia presentata?
79. Il reato commesso è stato preceduto da una fase di pianificazione?
80. C'è stata una premeditazione?
81. Ha avuto un atteggiamento predatorio nei confronti della/e sua/e vittima/e?
82. Le dinamiche dell'azione criminosa sono organizzate?
83. Il fatto reato costituiva il fine delle sue azioni?
84. L'intenzione del periziando era in linea con l'azione criminosa messa in atto?
85. Il comportamento reato è stato messo in atto volendo causare le ulteriori conseguenze effettivamente realizzate (al di là del reato stesso)?
86. Ha saputo controllare il proprio comportamento a seconda delle sue intenzioni?
87. L'eventuale incapacità di controllare il proprio comportamento è in linea con la psicopatologia presentata?
88. Comprendeva le emozioni/gli stati mentali delle vittime?
89. Ha modulato il proprio comportamento in relazione alle emozioni delle vittime?
90. L'eventuale incapacità di comprendere le emozioni delle vittime è in linea con la psicopatologia presentata?
91. Vi è evidenza di uno scompenso che permane nel periodo immediatamente successivo al fatto?

#### **NESSO DI CAUSA**

**92. La condizione psicopatologica può aver determinato causalmente il fatto reato?**

**Tabella 1.** La check-list, versione qualitativa.

La check-list quantitativa è una versione semplificata della check-list qualitativa, che riporta solo la dicitura "imputabile" e "non imputabile".

Il rater deve segnare la risposta nella casella "nel soggetto" nel caso in cui l'item suggerisca l'imputabilità o la non imputabilità del periziando.

Una volta completata la check-list qualitativa, le risposte vengono riportate nella check-list quantitativa.

Successivamente, viene effettuato il conteggio delle caselle selezionate per l'imputabilità e quelle selezionate per la non imputabilità e questa somma viene tradotta in una percentuale: si divide la somma degli item per ciascuna categoria per il numero totale di item compilati.

È importante considerare che è normale non riuscire a compilare la check-list per intero nel caso in cui la checklist venga applicata ex post (retrospettivamente, come in questo caso), poiché potrebbero mancare informazioni nei fascicoli giudiziari che impediscano di rispondere a determinati item.

Il risultato ottenuto rappresenterà la percentuale di imputabilità e non imputabilità del soggetto valutato, e fornirà un'indicazione del grado in cui la persona è considerata capace di intendere e di volere.

Caso:					
ITEM	NON IMPUTABILE	Nel sogg etto	IMPUTABILE	Nel sogg etto	VALUTAZI ONE DI SICUREZZA Documentato /Riferito dall'imputato
<b>ANAMNESI</b>					

1.	Esiste una familiarità per disturbi psichiatrici		Non esiste una familiarità per disturbi psichiatrici		
2.	Esiste una familiarità per disturbi neurologici potenzialmente ereditabili		Non esiste una familiarità per disturbi neurologici		
3.	È presente nella storia clinica una diagnosi di malattia psichiatrica rilevante per il funzionamento del soggetto.		Non è presente nella storia clinica una diagnosi di malattia psichiatrica rilevante per il funzionamento del soggetto.		
4.	È presente una diagnosi di malattia neurologica rilevante per il funzionamento del soggetto.		Non è presente una diagnosi di malattia neurologica rilevante per il funzionamento del soggetto.		
5.	Sono presenti nella storia clinica traumi cranici, ictus o altri insulti cerebrali rilevante per il funzionamento del soggetto.		Non sono presenti nella storia clinica traumi cranici, ictus o altri insulti cerebrali rilevante per il funzionamento del soggetto.		
6.	Ha subito maltrattamenti o abusi durante il periodo infantile/adolescenziale che		Non ha subito maltrattamenti o abusi durante il periodo infantile/adolescenziale. e. Ha subito		

	hanno avuto un impatto sullo sviluppo delle capacità del soggetto/che hanno contribuito alla diagnosi di malattia psichiatrica		maltrattamenti che però non hanno rilevanza per quanto riguarda le capacità del soggetto o la sua condizione mentale		
7.	Esistono aspetti rilevanti per lo sviluppo delle capacità del soggetto o che hanno rilevanza nella diagnosi del oggetto		Non esistono aspetti rilevanti per lo sviluppo delle capacità del soggetto o che hanno rilevanza nella diagnosi del soggetto		
8.	Ha fatto uso regolare di droghe o alcol tanto da poter ipotizzare un'intossicazione <u>cronica</u> da alcol o sostanze stupefacenti; oppure ha fatto un uso di alcol e/o sostanze stupefacenti in linea con la patologia psichiatrica presentata		Non ha mai fatto uso regolare di droghe o alcol o ha fatto uso regolare di droghe o alcol in modo <u>abituale</u> ma non cronico		

9.	È tuttora presente un quadro psicopatologico rilevante o che conferma le diagnosi precedenti e che quindi è probabile fosse presente anche al momento del fatto reato		Non vi è alcun quadro psicopatologico rilevante per le capacità del soggetto		
<b>CAPACITÀ SPECIFICHE PRIMA DELLA COMMISSIONE DELL'EVENTO REATO</b>					
10.	Non mostra capacità critica e di giudizio o mostra capacità critica e di giudizio in contesti limitati della sua vita		Mostra capacità critica e di giudizio		
11.	Non mostra capacità di pensiero astratto o la mostra in contesti limitati della sua vita		Mostra capacità di pensiero astratto nella maggior parte dei contesti		
12.	Non sa mettere in atto azioni logicamente coerenti		Sa mettere in atto azioni logicamente coerenti		
13.	Non possiede un'immagine della realtà integra e realistica		Possiede un'immagine della realtà integra e realistica		
14.	Non è capace di rappresentarsi varie		È capace di rappresentarsi varie		

	alternative comportamentali		alternative comportamentali		
<b>15.</b>	Mostra un pensiero eccessivamente rigido ed inflessibile		Non mostra un pensiero eccessivamente rigido ed inflessibile		
<b>16.</b>	Presenta pensieri pervasivi o fissazioni		Non presenta pensieri pervasivi o fissazioni		
<b>17.</b>	Non sa verificare mentalmente che le scelte comportamentali prese quotidianamente siano efficaci nel raggiungere gli obiettivi che desidera		Sa verificare mentalmente che le scelte comportamentali prese quotidianamente siano efficaci nel raggiungere gli obiettivi che desidera		
<b>18.</b>	Non sa comprendere gli elementi salienti delle situazioni		È in grado di comprendere gli elementi salienti delle situazioni		
<b>19.</b>	Non è in grado di distinguere tra comportamenti normativi e violazioni		È in grado di distinguere tra comportamenti normativi e violazioni		
<b>20.</b>	Non sa distinguere giusto e sbagliato		Sa distinguere giusto e sbagliato		
<b>21.</b>	Non comprende le violazioni morali		Comprende le violazioni morali		

<b>22.</b>	Non comprende le violazioni legali		Comprende le violazioni legali		
<b>23.</b>	Non sa distinguere tra violazioni morali e convenzionali		Sa distinguere tra violazioni morali e convenzionali		
<b>24.</b>	Non sa prevedere le conseguenze delle sue azioni		Sa prevedere le conseguenze delle sue azioni		
<b>25.</b>	Non sa considerare i vari risultati che possono scaturire dalle sue azioni/scelte		Sa considerare i vari risultati che possono scaturire dalle sue azioni/scelte		
<b>26.</b>	Non è in grado di adattare il proprio comportamento sulla base dei feedback che gli vengono dati e non sa imparare dai propri errori		E' in grado di adattare il proprio comportamento sulla base dei feedback che gli vengono dati e impara dai propri errori		
<b>27.</b>	Non ha una buona capacità di problem-solving o la presenta in ambiti limitati della sua vita		Presenta una buona capacità di problem-solving		
<b>28.</b>	Non presenta una buona capacità decisionale o la presenta in ambiti limitati della sua vita		Presenta una buona capacità decisionale		

29.	Risulta essere una persona facilmente manipolabile		Non risulta essere una persona facilmente manipolabile		
30.	Non sa mettere in atto comportamenti che siano in linea con le proprie intenzioni		Sa mettere in atto comportamenti che siano in linea con le proprie intenzioni		
31.	Non sa inibire un impulso in situazioni emotivamente “neutre”		Sa inibire un impulso in situazioni emotivamente “neutre”		
32.	Non sa inibire i propri impulsi in situazioni emotivamente pregnanti.		Sa inibire i propri impulsi in situazioni emotivamente pregnanti.		
33.	Non mostra buone capacità relazionali		Mostra buone capacità relazionali		
34.	Non è capace di provare empatia nei confronti delle altre persone		È capace di provare empatia nei confronti delle altre persone		
35.	Non sa modulare il proprio comportamento in base alle emozioni delle altre persone		Sa modulare il proprio comportamento in base alle emozioni delle altre persone		
36.	Non è in grado di descrivere o		È in grado di descrivere e		



	comprendere i propri stati mentali, non possiede una buona capacità di introspezione		comprendere i propri stati mentali, possiede una buona capacità di introspezione		
37.	Non possiede una buona capacità di mentalizzazione		Possiede una buona capacità di mentalizzazione		
<b>CRIMINOGENESI</b>					
38.	Non c'è un movente o il movente è disorganizzato e poco chiaro		Il movente è chiaro e ben definito		
39.	Il movente non è razionale		Il movente è razionale		
40.	Il movente è patologico e connesso alla patologia presentata		Il movente non è patologico o è patologico ma non connesso alla patologia presentata/non connesso ad una patologia rilevante in termini infermità di mente		
41.	La vittima poteva essere chiunque		La vittima è stata scelta per un motivo		
42.	Esistono fattori familiari rilevanti che possono aver contribuito alla genesi del reato		Non esistono fattori familiari rilevanti che possono aver contribuito alla genesi del reato		

43.	Esistono fattori sociali/ambientali rilevanti che possono aver contribuito alla genesi del reato		Non esistono fattori sociali/ambientali rilevanti che possono aver contribuito alla genesi del reato		
44.	Esistono ulteriori fattori predisponenti rilevanti che possono aver contribuito alla genesi del reato		Non esistono ulteriori fattori predisponenti rilevanti che possono aver contribuito alla genesi del reato		
45.	Sono identificabili uno o più fattori scatenanti il comportamento reato connessi al quadro psicopatologico del soggetto		Non sono identificabili uno o più fattori scatenanti il comportamento reato o sono identificabili dei fattori non rilevanti rispetto al quadro psicopatologico del soggetto		
<b>CRIMINODINAMICA</b>					
46.	L'evento può essere facilmente scambiato per un comportamento normale		L'evento è chiaramente identificabile come reato		
47.	Il comportamento reato per essere realizzato non richiede evidenti pianificazioni		Il comportamento reato per essere realizzato richiede evidenti pianificazioni		

<b>48.</b>	Ricorda male i fatti		Ricorda bene i fatti		
<b>49.</b>	Ricorda male quanto successo dopo il fatto		Ricorda bene quanto successo dopo il fatto		
<b>50.</b>	Il periziando non ha mostrato capacità critica e di giudizio nel commettere il fatto reato		Il periziando ha mostrato capacità critica e di giudizio nel commettere il fatto reato		
<b>51.</b>	L'incapacità di critica e giudizio è in linea con la psicopatologia		L'incapacità di critica e giudizio non è in linea con la psicopatologia		
<b>52.</b>	Non ha mostrato capacità di pensiero astratto		Ha mostrato capacità di pensiero astratto		
<b>53.</b>	L'incapacità di pensiero astratto è in linea con la psicopatologia presentata		L'incapacità di pensiero astratto non è in linea con la psicopatologia presentata		
<b>54.</b>	Non è stato capace di rappresentarsi un ventaglio di alternative comportamentali per raggiungere il medesimo obiettivo		È stato capace di rappresentarsi un ventaglio di alternative comportamentali per raggiungere il medesimo obiettivo		
<b>55.</b>	Non ha verificato mentalmente che la		Ha verificato mentalmente che la		

	scelta comportamentale fosse realmente efficace nel raggiungere l'obiettivo		scelta comportamentale fosse realmente efficace nel raggiungere l'obiettivo		
<b>56.</b>	Successivamente al fatto commesso non ha verificato di aver effettivamente raggiunto i suoi obiettivi		Successivamente al fatto commesso ha verificato di aver effettivamente raggiunto i suoi obiettivi		
<b>57.</b>	Non ha considerato esiti differenti della scelta comportamentale assunta		Ha considerato esiti differenti della scelta comportamentale assunta		
<b>58.</b>	L'incapacità di rappresentarsi una varietà di alternative comportamentali è in linea con la psicopatologia presentata		L'incapacità di rappresentarsi una varietà di alternative comportamentali non è in linea con la psicopatologia presentata		
<b>59.</b>	Ha mostrato un'eccessiva rigidità e inflessibilità di pensiero		Non ha mostrato un'eccessiva rigidità e inflessibilità di pensiero		
<b>60.</b>	Ha mantenuto questa rigidità di pensiero e continua a non		Non ha mantenuto questa rigidità di pensiero e riesce a		

	considerare significati, interpretazioni o scenari alternativi		considerare significati, interpretazioni o scenari alternativi		
<b>61.</b>	Non riesce a considerare le possibili interpretazioni delle sue azioni da parte di terzi		Riesce a considerare le possibili interpretazioni delle sue azioni da parte di terzi		
<b>62.</b>	La rigidità di pensiero è in linea con la psicopatologia presentata		La rigidità di pensiero non è in linea con la psicopatologia presentata		
<b>63.</b>	Non era in grado di comprendere gli elementi salienti della situazione		Era in grado di comprendere gli elementi salienti della situazione		
<b>64.</b>	Il comportamento reato è stato messo in atto interpretando erroneamente la situazione		Il comportamento reato non è stato messo in atto interpretando erroneamente la situazione		
<b>65.</b>	L'incapacità di comprendere gli elementi salienti della situazione è in linea con la patologia presentata		L'incapacità di comprendere gli elementi salienti della situazione non è in linea con la patologia presentata		
<b>66.</b>	Non comprendeva la violazione legale		Comprendeva la violazione legale		

67.	Non capiva che le azioni commesse erano contrarie ai valori morali comuni		Capiva che le azioni commesse erano contrarie ai valori morali comuni		
68.	Non percepiva che le azioni commesse erano contrarie ai propri valori morali precedenti/abituati		Percepiva che le azioni commesse erano contrarie ai propri valori morali precedenti/abituati		
69.	Non capisce razionalmente che ciò che ha fatto è sbagliato		Capisce razionalmente che ciò che ha fatto è sbagliato		
70.	Non ha cercato di nascondere il fatto commesso perché non ne ha compreso il valore		Ha cercato di nascondere il fatto commesso o lo non tenta di nascondere, in entrambi i casi perché ne ha compreso il valore		
71.	Non si è preoccupato di non farsi vedere nel commettere il fatto reato		Si è preoccupato di non farsi vedere nel commettere il fatto reato		
72.	Non ha ammesso/confessato il crimine o lo ha ammesso senza mostrare di aver		Ha ammesso/confessato il crimine mostrando di aver compreso la gravità del fatto o tenta		

	compreso la gravità del fatto		di negarlo per lo stesso motivo		
73.	Non mostra senso di colpa perché non capisce la gravità di ciò che ha fatto		Mostra senso di colpa o non lo mostra perché non si sente in colpa pur avendo compreso la gravità di ciò che ha fatto		
74.	Il significato che il soggetto attribuisce al crimine commesso non coincide con quello attribuito dalla legge		Il significato che il soggetto attribuisce al crimine commesso coincide con quello attribuito dalla legge		
75.	L'incapacità di comprendere il valore del proprio comportamento è in linea con la psicopatologia presentata		L'incapacità di comprendere il valore del proprio comportamento non è in linea con la psicopatologia presentata		
76.	Il comportamento reato non è stato messo in atto avendo previsto chiaramente ciò che sarebbe successo		Il comportamento reato è stato messo in atto avendo previsto chiaramente ciò che sarebbe successo		
77.	Non aveva previsto le conseguenze legali delle azioni che ha compiuto		Aveva previsto le conseguenze legali delle azioni che ha compiuto		

<b>78.</b>	L'incapacità di prevedere gli esiti o le conseguenze delle proprie azioni è in linea con la psicopatologia presentata		L'incapacità di prevedere gli esiti o le conseguenze delle proprie azioni non è in linea con la psicopatologia presentata		
<b>79.</b>	Il reato non è stato preceduto da una fase di pianificazione		Il reato è stato preceduto da una fase di pianificazione		
<b>80.</b>	Non c'è stata una premeditazione		C'è stata una premeditazione		
<b>81.</b>	Non ha avuto un atteggiamento predatorio nei confronti della/e sua/e vittima/e		Ha avuto un atteggiamento predatorio nei confronti della/e sua/e vittima/e		
<b>82.</b>	Le dinamiche dell'azione criminosa non sono organizzate (appaiono disorganizzate e caotiche)		Le dinamiche dell'azione criminosa sono organizzate		
<b>83.</b>	Il fatto reato non costituiva il fine delle sue azioni		Il fatto reato costituiva il fine delle sue azioni		
<b>84.</b>	L'intenzione del periziando non era in linea con l'azione		L'intenzione del periziando era in linea con l'azione criminosa messa in atto		



	criminosa messa in atto				
<b>85.</b>	Il comportamento reato non è stato messo in atto volendo causare le ulteriori conseguenze realizzate (al di là del reato stesso)?		Il comportamento reato è stato messo in atto volendo causare le ulteriori conseguenze realizzate (al di là del reato stesso)?		
<b>86.</b>	Non ha saputo controllare il proprio comportamento a seconda delle proprie intenzioni		Ha saputo controllare il proprio comportamento a seconda delle proprie intenzioni		
<b>87.</b>	L'incapacità di controllare il proprio comportamento è in linea con la psicopatologia presentata		L'incapacità di controllare il proprio comportamento non è in linea con la psicopatologia presentata		
<b>88.</b>	Non comprendeva le emozioni/gli stati mentali delle vittime		Comprendeva le emozioni/gli stati mentali delle vittime		
<b>89.</b>	Non ha modulato il proprio comportamento in relazione alle emozioni delle vittime		Ha modulato il proprio comportamento in relazione alle emozioni delle vittime		

<b>90.</b>	L'incapacità di comprendere le emozioni delle vittime è in linea con la psicopatologia presentata		L'incapacità di comprendere le emozioni delle vittime non è in linea con la psicopatologia presentata		
<b>91.</b>	Vi è evidenza di uno scompenso che permane nel periodo immediatamente successivo al fatto		Non vi è evidenza di uno scompenso che permane nel periodo immediatamente successivo al fatto		
<b>NESSO DI CAUSA</b>					
<b>92.</b>	La diagnosi psicopatologica e il fatto reato sono connessi causalmente tra loro		La diagnosi psicopatologica e il fatto reato non sono connessi causalmente tra loro		

**Tabella 2.** La check-list, versione quantitativa

#### **4.3 Procedura**

I tre esperti compilano sia il modello qualitativo che il modello quantitativo delle check-list utilizzando i fascicoli giudiziari completi dei cinque casi selezionati. Successivamente, si analizzano le percentuali di imputabilità ottenute da ciascuna check-list quantitativa e si valuta il grado di accordo tra i tre esperti.

I risultati ottenuti dalle check-list vengono confrontati anche con le conclusioni dei consulenti di parte e del perito.

Poiché sono stati selezionati casi in cui gli esperti delle diverse parti e il perito avevano fornito valutazioni contrastanti durante il processo, è di grande importanza confrontare il grado di concordanza proveniente dalla check-list con la scarsa concordanza delle valutazioni in sede peritale.

Questo confronto permette di valutare l'efficacia della check-list nel fornire una valutazione più obiettiva e coerente dell'imputabilità del soggetto rispetto alle valutazioni soggettive dei consulenti di parte e del perito.

Inoltre, evidenzia la necessità di strumenti come la check-list per migliorare l'affidabilità e la coerenza delle valutazioni in campo forense.

#### 4.4 Risultati

##### 4.4.1 Caso 1: n. 224/2021 P.M., n. 420/2021 G.I.P.

Il primo caso si riferisce al caso di un uomo di 32 anni, con grave disturbo di personalità e che nella sua vita aveva abusato cronicamente di steroidi anabolizzanti, accusato di aver ucciso i genitori. Il caso è stato valutato in modo molto contrastante dal perito e dai consulenti delle parti perchè mentre il perito ritiene che il periziando fosse capace di intendere e volere durante l'omicidio della madre e nell'occultamento dei cadaveri, i consulenti tecnici di parte (difesa) sostengono che il periziando fosse incapace di volere completamente durante il primo delitto e in uno stato di vizio parziale di mente durante l'omicidio della madre. I consulenti tecnici di parte del PM e delle parti civili ritengono invece che il periziando fosse pienamente capace di intendere e volere in tutti i reati commessi.

E' invece interessante notare che quando viene applicata la checklist l'accordo tra le parti aumenta. In particolare, la percentuale di probabilità di non imputabilità è pressoché identica tra i tre raters coinvolti e la conclusione a cui sono arrivati per quanto riguarda il nesso di causa è identica, ovvero che il disturbo di personalità cluster B con aspetti narcisistici, antisociali, istrionici e passivo-aggressivi potrebbe essere in nesso di causa con il reato.

	<b>IMPUTABILE</b>	<b>NON IMPUTABILE</b>	<b>Conclusioni reali</b>
<b>S1</b>	22/75 - 29%	53/75 - 70%	Perito: Vizio parziale
<b>S2</b>	24/75 - 32%	51/75 - 68%	CTP PM: Pienamente imputabile
<b>S3</b>	23/73 - 32%	50/73 - 68%	CTP Difesa: Vizio totale

#### 4.4.2 Caso 2: n. 1411/20 RGNR, n. 4/20 RG

Il secondo caso riguarda un uomo di 34 anni con diagnosi di ritardo mentale moderato, descritto da molti testimoni come una persona estremamente bizzarra e particolare che è accusato di aver ucciso una donna e aver tentato lo stupro.

Il perito conclude per una piena imputabilità del periziando nonostante una disabilità intellettiva lieve. Tuttavia, i consulenti tecnici del PM e delle parti civili sostengono che la disabilità intellettiva moderata del periziando influisca sulla sua capacità di intendere, mantenendo però intatta la capacità di volere. Anche in questo caso, le valutazioni sono divergenti.

La concordanza fra le parti è invece molto alta quando viene applicata la check-list: la percentuale di non imputabilità varia solo di alcuni punti percentuali fra i rater, inoltre tutti e tre definiscono che *“il fatto reato potrebbe essere connesso alla disfunzione delle abilità di comprensione ed interpretazione della realtà sociale, tradotta in un’inappropriatezza nell’agire e tipica della diagnosi di disabilità intellettiva di grado moderato. Possiamo quindi indicare la psicopatologia come una condizione che l’ha portato ad agire”*.

	<b>IMPUTABILE</b>	<b>NON IMPUTABILE</b>	<b>Conclusioni reali</b>
<b>S1</b>	23/67 - 34%	44/67 - 66%	Perito: Pienamente imputabile
<b>S2</b>	16/78 – 21%	62/78 – 79%	CTP difesa: Vizio parziale
<b>S3</b>	17/55 – 31%	38/55 – 69%	

**Tabella 5.** Esito check-list quantitativa e conclusioni reali

#### 4.4.3 Caso 3: Proc. Pen. n. 40458/2019 R.G.N.R.; Proc. Pen. n. 24541/2019 R.G. G.I.P.

Nel terzo caso prendiamo in considerazione il reato commesso da un ragazzo di 25 anni. Egli è accusato di aver abusato e molestato sessualmente alcune bambine sotto i 14 anni nel maneggio in cui lavorava.

Il perito conclude per una piena imputabilità del periziando nonostante una disabilità intellettiva lieve. Tuttavia, i consulenti tecnici del PM e delle parti civili sostengono che la disabilità intellettiva moderata del periziando influisca sulla sua capacità di intendere,

mantenendo però intatta la capacità di volere. Anche in questo caso, le valutazioni sono divergenti.

La check-list fornisce concordanza fra gli esperti nel ritenere il periziando imputabile e in questo caso non sussiste nesso di causa tra la disabilità intellettiva lieve o moderata e i fatti reati commessi.

	<b>IMPUTABILE</b>	<b>NON IMPUTABILE</b>	<b>Conclusioni reali</b>
<b>S1</b>	44/64 – 69%	20/64 – 31%	Perito: Pienamente imputabile
<b>S2</b>	44/73 – 60%	29/73 – 40%	CTP PM: Vizio parziale
<b>S3</b>	58/65 – 89%	7/65 – 11%	CTP difesa: Vizio totale
			CTP parte civile: Pienamente imputabile

**Tabella 6.** Esito check-list quantitativa e conclusioni reali

#### 4.4.4 Caso 4: Proc. pen. N. 1/20 R.G. Corte d'Assise - N. 789/19/21 R.G.N.R.

Questo caso riguarda un uomo, militare nell'Aeronautica, imputato per aver ucciso a colpi di pistola l'ex marito della donna con cui aveva una storia.

Il perito ritiene che il periziando non presenti infermità rilevanti, mentre i consulenti tecnici delle parti civili affermano che il periziando non versasse in condizioni di infermità di mente tali da scemare grandemente o abolire totalmente la sua capacità di intendere e volere. Le conclusioni dei consulenti tecnici di parte civile invece sembrano essere più in linea con l'assenza di infermità rilevanti secondo il perito.

La check-list mostra alta concordanza fra gli esperti anche in questo caso, infatti tutti e tre i rater propendono per l'imputabilità e sono tutti d'accordo nell'affermare che, partendo dal presupposto che il periziando non abbia alcuna diagnosi di psicopatologia, non sussiste neanche un nesso di causa che può giustificare il fatto-reato.

	<b>IMPUTABILE</b>	<b>NON IMPUTABILE</b>	<b>Conclusioni reali</b>
<b>S1</b>	61/75 -81.3%	14/75 - 18.5%	Perito: Pienamente imputabile
<b>S2</b>	56/77 – 73%	22/77 – 27%	CTP parte civile: Pienamente imputabile
<b>S3</b>	66/71 – 93%	5/74 – 7%	CTP difesa: Vizio totale

**Tabella 6.** Esito check-list quantitativa e conclusioni reali

#### 4.4.5 Caso 5: 3825/18 RG, 2112/18 RGGIP

Nel quinto caso l'imputato è un uomo con diagnosi di disturbo dello spettro autistico ipotizzata dai test fatti in sede di valutazione.

è imputato per aver procurato lesioni a più vittime attraverso la spedizione di chiavette USB esplosive e tramite una sostanza urticante; entrambi i mezzi utilizzati sono stati creati dal periziando stesso.

Le conclusioni delle perizie differiscono notevolmente. La prima perizia afferma che il periziando era capace di intendere e volere con una strutturazione anomala della personalità, mentre la seconda perizia rileva un disturbo psicopatologico grave che riflette un vizio di mente parziale. Il consulente tecnico di parte (difesa) sostiene che il periziando fosse affetto da un disturbo delirante che escludeva totalmente la sua capacità di intendere e volere. Ancora una volta, vi è una discrepanza significativa nelle valutazioni.

La check-list mostra in questo caso una variazione notevole nelle percentuali di imputabilità tra gli esperti, siccome solo due rater su tre propendono per la non imputabilità. Il nesso causale viene spiegato in questo modo da due rater su tre: *“Le azioni del periziando sono state motivate dalla necessità estrema di silenzio e tranquillità, aspetto in linea con i criteri diagnostici del disturbo dello spettro autistico. Le sue azioni non prevedevano le conseguenze negative di tal tipo sulle vittime, perché incapace di prevedere gli esiti sugli stati mentali altrui, caratteristica psicopatologica dello spettro autistico e del disturbo di personalità schizoide, che impedisce al soggetto di mettersi nei panni altrui, inoltre non si prevedevano*

*alternative comportamentali, incapacità specifica su tematiche di interazione sociale e quindi sempre in linea con i risultati dei test di personalità. Infine, il modo con cui mette in atto il crimine sono coerenti con l'assoluta necessità di evitare qualsivoglia contatto personale con gli altri, quindi ancora connessa al disturbo dello spettro autistico''.*

	<b>IMPUTABILE</b>	<b>NON IMPUTABILE</b>	<b>Conclusioni reali</b>
<b>S1</b>	55/74 74%	19/74 - 26%	Perito 1: Pienamente imputabile
<b>S2</b>	22/79 – 34	52/79 – 66%	Perito 2: Vizio parziale
<b>S3</b>	29/74 – 38%	48/74 – 62%	CTP difesa: Vizio totale

**Tabella 7.** Esito check-list quantitativa e conclusioni reali

## CAPITOLO 5: DISCUSSIONE

Il lavoro svolto propone la validazione di una check-list composta da 92 item, creata con l'intento di fare da guida e dirimere i problemi attuali che riguardano la valutazione psicologica in ambito forense.

Per la validazione, viene valutata la coerenza fra i risultati di tre esperti che hanno dovuto compilare le check-list relative a cinque casi reali.

Questi casi sono stati scelti appositamente perché hanno suscitato, all'interno delle aule di tribunale, pareri contrastanti da parte dei periti. L'obiettivo dello studio è invece osservare se questo strumento valutativo può fornire dei risultati più coerenti fra di loro.

I tre esperti hanno valutato i casi attraverso le check-list analizzando i fascicoli dei cinque casi dall'inizio alla fine, compilando la check-list in maniera precisa e inserendo informazioni utili alla valutazione dell'imputabilità.

Per questa analisi qualitativa, vengono prese in considerazione le percentuali ottenute in maniera quantitativa e messe a confronto in tabelle riassuntive. I risultati sono coerenti fra di loro, infatti, su cinque casi solo uno mostra una bassa coerenza fra le parti a livello di risultati (Caso 5: 3825/18 RG, 2112/18 RGGIP), con due esperti che si trovano in comune accordo e il terzo che invece propende per la valutazione contraria.

Le percentuali variano tutte di qualche punto ma in quattro casi su cinque emergono percentuali che propendono chiaramente per una delle due condizioni (imputabile o non imputabile). Per essere più precisi, in due casi presi in esame i rater hanno ottenuto risultati percentuali che propendevano verso l'imputabilità, al contrario, nei due casi rimanenti i risultati tendevano di più verso la non imputabilità.

È necessario tenere in considerazione che i risultati variano in base al completamento degli item: gli esperti non hanno compilato lo stesso numero di item perché leggendo i fascicoli possono aver trovato rilevante un'informazione o deciso di scartarne un'altra, ritenuta invece rilevante per un secondo esperto. Questo porta la percentuale a non essere uguale per tutti gli esperti. Tuttavia, il fatto che tutti e tre i valutatori abbiano, in quattro casi su cinque, un'opinione coerente con quella degli altri fa pensare che la check-list possa essere una guida necessaria e utile per la valutazione psicologica in ambito forense. I risultati ottenuti nelle check-list vengono poi confrontati, come possiamo vedere dalle tabelle proposte nei risultati, con le conclusioni reali proposte dai periti e dai consulenti di parte ed è interessante notare che le check-list hanno mostrato coerenza e concordanza



interna nei risultati, suggerendo una maggiore oggettività e standardizzazione rispetto alle valutazioni soggettive degli esperti. Si vede infatti che le valutazioni proposte in aula di tribunale erano fra di loro discordanti, cosa che invece non accade al completamento della check-list.

In generale, le conclusioni dei consulenti tecnici di parte e del perito presentano una notevole discordanza nelle valutazioni dell'imputabilità nei casi presi in esame, cosa che invece non accade nell'80% delle check -list compilate (4/5).

Le check-list quantitative e qualitative utilizzate hanno fornito quindi una valutazione più oggettiva e standardizzata dell'imputabilità, consentendo di confrontare in modo sistematico le risposte degli esperti, offrendo una prospettiva più coerente e basata su dati concreti e contribuendo a identificare le discrepanze nelle valutazioni e a fornire un quadro più obiettivo dell'imputabilità.

La discrepanza tra i risultati delle check-list e le conclusioni dei consulenti tecnici e del perito evidenzia l'importanza di una valutazione più accurata e oggettiva dell'imputabilità in ambito forense.

La check-list può rappresentare uno strumento utile per fornire una valutazione più coerente e standardizzata, riducendo l'influenza di opinioni personali e soggettive.

Lo strumento potrebbe quindi essere utile per minimizzare i problemi presenti nella pratica forense, che rendono ancor oggi il tasso di errore dei giudizi molto alto: questo non rispecchia i criteri di scientificità che devono essere seguiti durante le procedure forensi in particolare, ma anche in generale nella pratica clinica e psicologica.

I criteri di scientificità sono definiti dalla sentenza della Corte suprema degli Stati Uniti *Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals* (1993), ripresa poi in Italia dalla sentenza *Cozzini*, che ha identificato una serie di criteri che i giudici dovrebbero seguire nel determinare se la prova (tra cui rientra anche la perizia forense) è ammissibile.

I c.d. criteri *Daubert* stabiliscono che, per essere utilizzabile, una prova debba essere:

- Verificabile, perché una teoria è scientifica solo se controllabile mediante esperimenti;
- Il metodo deve essere falsificabile;
- Il metodo sia sottoposto a peer review, e cioè al controllo da parte della comunità scientifica e dagli esperti del settore;

- Il tasso di errore conosciuto o potenziale sia reso noto, dal momento che la sua conoscenza permette di pesare il valore di una decisione (Guarnera & Murrie, 2017).

Utilizzando questi criteri ci si aspetterebbe che le prove prese in considerazione siano solo quelle "scientifiche" perché andrebbero a soddisfare appieno i criteri stessi.

Di conseguenza, se misurassimo statisticamente la media dei valori, risulterebbe un'alta inter-rater reliability; tuttavia, studi come quello svolto da Gowensmith et al. (2013) ha evidenziato come solo nel 55,1% dei casi i diversi valutatori avessero un'opinione concorde. Anche Scarpazza et al. (2021) definiscono che nei casi forensi l'accordo è stimato con una percentuale fra il 57% e il 100%. Nella pratica clinica questi valori sarebbero considerati accettabili ma nella pratica forense essi non sono sufficienti per il giudice che deve decidere "oltre ogni ragionevole dubbio".

I risultati di questo lavoro hanno quindi dimostrato che la check-list può avere un impatto positivo nella pratica forense perché consente di migliorare l'accordo e la coerenza delle valutazioni degli esperti sulla questione dell'imputabilità. L'adozione di uno strumento standardizzato come la check-list può contribuire a ridurre la soggettività e l'incertezza nelle valutazioni, fornendo un quadro più obiettivo e basato su criteri scientifici.

Infatti, uno dei problemi che lede alla scientificità della valutazione dell'infermità riguarda la concordanza fra esperti: come abbiamo già accennato, gli esperti non sono sempre d'accordo sulla diagnosi da proporre in tribunale.

Questo è dovuto alla mancanza di biomarker, ovvero dei marcatori che possono definire una certa malattia e portare a una diagnosi affidabile, e la presenza di bias cognitivi. Un bias cognitivo è un errore sistematico di pensiero che può influenzare il modo in cui le persone elaborano le informazioni, prendono decisioni o formano giudizi e sono il risultato di semplificazioni e astrazioni che il nostro cervello fa per processare le enormi quantità di informazioni che affrontiamo quotidianamente. Tuttavia, possono portare a conclusioni errate o distorte, anche in ambito forense (Scarpazza et al., 2021b). Prendiamo come esempio il bias di conferma e l'allegiance effect, molto presenti nella pratica forense: il primo consiste nel cercare, utilizzare e interpretare le informazioni in modo da confermare le proprie idee ed al contempo ignorare o minimizzare le informazioni che possono contraddirle, mentre il secondo presuppone che il perito dia un

parere che si accorda alla teoria della difesa o dell'accusa, in base a chi lo interpella (Scarpazza et Al., 2021; Dattilo et Al, 2006).

I bias presenti nella pratica diagnostica possono influenzare la valutazione di disturbi psichiatrici, in quanto un esperto potrebbe identificare sintomi in base alla propria conoscenza ed esperienza, generando così differenze rispetto ai sintomi riconosciuti da altri professionisti.

I risultati di questo lavoro ci portano a definire la check-list strumento standardizzato che fornisce un set di criteri obiettivi per la valutazione, andando a ridurre l'influenza dei bias cognitivi. Ha infatti una struttura chiara per il processo decisionale e determina una serie di passaggi specifici e aspetti pertinenti alla valutazione dell'imputabilità. Questa struttura aiuta a ridurre la tendenza a basarsi su valutazioni intuitive o euristiche che possono essere influenzate dai bias cognitivi.

La standardizzazione può aiutare a minimizzare la variabilità e l'arbitrarietà nelle valutazioni, aumentando così l'obiettività complessiva.

Questi risultati ci portano anche a pensare che la check-list sia un buon strumento compilativo per la valutazione dell'imputabilità, perché disincentiva le opinioni soggettive dell'esperto fornendo invece una guida alla compilazione oggettiva in base agli elementi del caso. La stessa può anche essere inserita all'interno di un approccio multidisciplinare che, attraverso il colloquio clinico e l'uso delle neuroscienze fornirà al perito i mezzi per la produzione di una valutazione oggettiva e affidabile (Scarpazza et Al., 2021).

Lo strumento in oggetto, infatti, fornisce un raccoglitore di informazioni che porta ad avere un quadro completo del periziando, e può essere adattato al caso specifico anche grazie alla sua esaustività: i 92 item ricalcano tutta la storia del soggetto che ha commesso reato e possono essere completati oppure no in base alle necessità richieste.

I risultati ottenuti dimostrano anche che la compilazione delle check-list aumenta l'intersoggettività (più persone concordano sui significati e sulla definizione di una situazione), la concordanza fra le parti. Come già definito, su cinque casi presi in considerazione, solo in uno è stata riscontrata una discordanza, mentre negli altri quattro i tre sperimentatori hanno fornito valutazioni di imputabilità o di non imputabilità che erano tutte nella stessa direzione.

Questo indica che l'uso della check-list ha favorito un maggiore accordo tra i partecipanti nello stabilire l'imputabilità o la non imputabilità delle situazioni considerate.

La compilazione della check-list potrebbe quindi essere utile ai periti per portare in tribunale dei dati maggiormente affidabili e precisi, aumentando anche la fiducia nel compito del perito e nelle sue valutazioni, che verrebbero prese in considerazione maggiormente perché oggettive.

Infatti, se diversi esperti utilizzano lo stesso strumento e i risultati che vengono proposti sono simili, se non uguali, l'indice di precisione e affidabilità si alza.

L'adozione di strumenti standardizzati come la check-list è quindi necessaria per migliorare le valutazioni peritali, renderle più oggettive e dirimere le controversie insorte fra i diversi periti, mostrando una maggiore fiducia nei risultati delle valutazioni, una maggiore coerenza nelle decisioni prese sulla base di tali valutazioni e una maggiore trasparenza nel processo decisionale.

La check-list, in conclusione, potrebbe anche essere utile come metodo standardizzato per la valutazione dell'imputabilità, rendendo tutte le valutazioni eque e accurate, facilitando la comprensione e la comunicazione dei risultati tra gli esperti, il sistema legale e altre parti interessate.

I risultati che sono stati ottenuti attraverso questo lavoro mostrano che la check-list conferma i suggerimenti dati da Scarpazza e colleghi nel loro paper del 2021 per migliorare l'affidabilità e l'oggettività delle valutazioni in ambito psichiatrico-forense: la check-list, essendo uno strumento standardizzato, segue la logica scientifica che ancor oggi manca nelle valutazioni dei periti. Questo strumento infatti permette al perito di seguire un processo di completamento che va a coprire tutti gli aspetti del fatto reato, con domande precise che limitano la soggettività. Viene anche suggerito di raccogliere più prove convergenti, come è stato fatto in questo lavoro: più soggetti hanno lavorato al suo svolgimento e i casi presi in esame sono stati molteplici (5). La check-list, come abbiamo già detto, è stata anche utile a ridurre i bias cognitivi: la sua struttura chiara limita l'insorgenza di valutazioni intuitive.

È stato dimostrato quindi che questo strumento di valutazione può essere inserito in un approccio multimodale e trans-disciplinare basato su una maggiore oggettività data dalla convergenza fra le prove.

Questo aiuterebbe anche il giudice a prendere una decisione razionale, giustificata e basata su dati scientifici affidabili (Guarnera & Murrie, 2017)

In conclusione, questo studio ha dimostrato come la check-list può ricoprire due diverse funzioni: sia fornire prove ulteriori rispetto a quelle rilevate con altri metodi che migliorare l'affidabilità della valutazione psicologica in campo forense, dando oggettività e accuratezza ai dati rilevati dal perito.

## 5.1 Limiti

Questo lavoro presenta alcuni limiti.

È importante notare che non è stato possibile calcolare un vero e proprio cut-off di imputabilità basato sulle percentuali di concordanza: non esiste infatti una soglia numerica definita per l'imputabilità e la mancanza di linee guida chiare può rendere difficile la valutazione oggettiva e potrebbe portare a una maggiore soggettività nella conclusione finale.

Tuttavia, possiamo confrontare le percentuali ottenute e osservare se divergono in misura sufficiente da suggerire una maggiore inclinazione verso una condizione rispetto all'altra. Nel procedimento penale, infatti, la regola dell' *"al di là di ogni ragionevole dubbio"* è applicata ma la letteratura scientifica non fornisce ancora una definizione quantitativa precisa di cosa costituisca un "grandemente scemato" o una capacità "totalmente abolita" e quindi non esistono regole standardizzate per stabilire una soglia numerica definitiva per l'imputabilità.

Pertanto, nella valutazione dell'imputabilità, è fondamentale considerare attentamente tutte le evidenze e le valutazioni degli esperti coinvolti, tenendo conto del contesto specifico del caso e delle leggi vigenti. Un dialogo e una cooperazione tra le parti coinvolte possono contribuire a una migliore comprensione e valutazione dell'imputabilità, nonostante la mancanza di una soglia numerica definita.

Un altro limite da presentare riguarda la numerosità di casi analizzati per la validazione: la copiosità dei fascicoli ha reso impossibile utilizzare più di cinque casi che sono stati analizzati in tutte le loro parti.

Inoltre, lo studio che viene proposto è stato svolto in maniera retrospettiva: i rater infatti non hanno applicato le check-list al momento del fatto, ma solo successivamente e per questo non sono in grado di dare una risposta a tutti gli items, provocando una variazioni nei risultati percentuali.

In conclusione, bisogna prendere anche in considerazione che ogni caso è unico e presenta caratteristiche specifiche che devono essere prese in considerazione nella valutazione dell'imputabilità. Le check-list potrebbero non essere in grado di catturare pienamente tutte le sfumature e le complessità del caso, limitando così la precisione della valutazione. Si propone quindi, in una prospettiva futura, di applicare la check-list a casi reali nel momento della perizia vera e propria e aumentare il numero di casi utilizzati, in modo da rendere la validazione ancora più accurata.

## CONCLUSIONI

Negli ultimi anni, c'è stata una crescente preoccupazione nel campo forense per migliorare l'affidabilità delle valutazioni degli esperti riguardo all'imputabilità. Una delle sfide principali è stata la concordanza fra gli esperti nel formulare tali valutazioni.

Al fine di affrontare questa problematica, è stato proposto l'utilizzo di strumenti standardizzati come la checklist presa in considerazione in questo lavoro.

La presente ricerca ha dimostrato che l'uso di una check-list sviluppata in base alla letteratura e finalizzata alla valutazione dello stato mentale del periziando durante il reato può contribuire a migliorare l'accordo tra le diverse parti coinvolte in tribunale.

Attraverso l'applicazione di questa check-list a cinque casi reali, valutati da tre diversi esperti in base ai fascicoli del tribunale, si è riscontrata un'elevata coerenza tra i risultati ottenuti dai tre sperimentatori. Nonostante le piccole differenze nelle percentuali, i risultati complessivi degli esperti hanno indicato in modo coerente la presenza o l'assenza di infermità mentale. Ciò suggerisce che, anche in assenza di un cut-off definito per determinare l'imputabilità, lo strumento è utile per discriminare soggetti imputabili da soggetti non imputabili.

L'adozione di strumenti standardizzati come le checklist può contribuire a migliorare l'affidabilità e l'oggettività delle valutazioni di imputabilità, fornendo un quadro strutturato e comune di criteri da considerare. L'aumento dell'intersoggettività, ottenuto tramite l'utilizzo di tali strumenti, può ridurre il rischio di valutazioni influenzate da pregiudizi personali o interpretazioni soggettive dei dati.

Tuttavia, è importante sottolineare che le checklist devono essere utilizzate come supporto e guida per gli esperti, e non come sostituti della loro esperienza e competenza. È fondamentale considerare le specificità di ogni caso e integrare sempre la valutazione professionale e approfondita degli esperti nel processo decisionale, utilizzando un approccio multidisciplinare in cui la check-list può avere però un posto importante.

Per sviluppare questo lavoro sono stati utilizzati solo cinque casi reali, questo perché la copiosità dei materiali non ha permesso un campione più grande. Dunque, sarebbe utile in futuro utilizzare più casi per poter rendere la validazione precisa e affidabile.

## BIBLIOGRAFIA

Anckarsäter, H., Radovic, S., Svennerlind, C., Höglund, P., & Radovic, F. (2009). Mental disorder is a cause of crime: The cornerstone of forensic psychiatry. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32(6), 342–347. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2009.09.002>

Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An Investigation of Adults with Asperger Syndrome or High Functioning Autism, and Normal Sex Differences. In *Journal of Autism and Developmental Disorders* (Vol. 34, Issue 2).

Bora, E., Gökçen, S., & Veznedaroglu, B. (2008). Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 160(1), 23–29. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.05.017>

Ciccone, J. R., & Ferracuti, S. (1995). Comparative Forensic Psychiatry: II. The Perizia and. *Bull Am Acad Psychiatry Law*, 23(3), 453.

Dattilio, F. M., Commons, M. L., Adams, K. M., Gutheil, T. G., & Sadoff, R. L. (2006). A Pilot Rasch Scaling of Lawyers' Perceptions of Expert Bias. In *J Am Acad Psychiatry Law* (Vol. 34).

Fornari, U. (2016). *Trattato di psichiatria forense* (UTET, Ed.; 2016th ed.).

Gowensmith, W. N., Murrie, D. C., & Boccaccini, M. T. (2013). How reliable are forensic evaluations of legal sanity?. *Law and Human Behavior*, 37(2), 98.

Guarnera, L. A., Murrie, D. C., & Boccaccini, M. T. (2017). Why do forensic experts disagree? Sources of unreliability and bias in forensic psychology evaluations. *Translational Issues in Psychological Science*, 3(2), 143–152. <https://doi.org/10.1037/tps0000114>

Gulotta, G. (2011). *Compendio di psicologia giuridico-forense, criminale e investigativa*.



Mackie, J. L. (1965). Causes and Conditions. In *Source: American Philosophical Quarterly* (Vol. 2, Issue 4).

Magro, M. B. (2019). La mente sana e la mente alterata. Uno studio neuroscientifico sulla capacità di intendere e di volere e sul vizio di mente. *Archivio penale* (3), 1-33

Murrie, D. C., Boccaccini, M. T., Guarnera, L. A., & Rufino, K. A. (2013). Are Forensic Experts Biased by the Side That Retained Them? *Psychological Science*, 24(10), 1889–1897. <https://doi.org/10.1177/0956797613481812>

Pace, L. (n.d.). *Crimen et Delictum, V (April 2013) International Journal of Criminological and Investigative Sciences 92 L'evoluzione dei concetti di imputabilità, infermità mentale e disturbi della personalità nella giurisprudenza della Suprema Corte di Cassazione.*

Parmigiani, G., Mandarelli, G., Meynen, G., Carabellese, F., & Ferracuti, S. (2019). Translating clinical findings to the legal norm: the Defendant's Insanity Assessment Support Scale (DIASS). *Translational Psychiatry*, 9(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0628-x>

Parmigiani, G., Mandarelli, G., Roma, P., & Ferracuti, S. (2022). Validation of a new instrument to guide and support insanity evaluations: the defendant's insanity assessment support scale (DIASS). *Translational Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01871-8>

Regier, D. A., William Narrow, M. P. H. E., Diana Clarke, M. P. H. E., Kraemer, H. C., Janet Kuramoto, S., Emily Kuhl, M. H. S. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 Field Trials in the United States and Canada, Part II: Test-Retest Reliability of Selected Categorical Diagnoses. In *Am J Psychiatry* (Vol. 170). [www.dsm5.org](http://www.dsm5.org)

Sammicheli, L., & Donzella, G. I RAPPORTI TRA IMPUTABILITÀ E INFERMITÀ MENTALE.

Scarpazza, C., Miolla, A., Zampieri, I., Melis, G., Sartori, G., Ferracuti, S., & Pietrini, P. (2021b). Translational Application of a Neuro-Scientific Multi-Modal Approach Into Forensic Psychiatric Evaluation: Why and How? *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.597918>

Scarpazza, C., Zampieri, I., Miolla, A., Melis, G., Pietrini, P., & Sartori, G. (2021). A multidisciplinary approach to insanity assessment as a way to reduce cognitive biases. In *Forensic Science International* (Vol. 319). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110652>

Shamay-Tsoory, S. G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., Medlovich, S., Harari, H., & Levkovitz, Y. (2007). Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, 149(1–3), 11–23. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2005.10.018>

Stracciari, A., Bianchi, A., & Sartori, G. (2010). *Neuropsicologia Forense*. Il mulino.

Tinsley, H. E. A., & Weiss, D. J. (n.d.). Interrater Reliability and Agreement of Subjective Judgments. In *Journal of Counseling Pi 1975* (Vol. 22, Issue 4).

## **SITOGRAFIA**

Wikipedia (2023), *Intersoggettività*, <https://it.wikipedia.org/wiki/Intersoggettività>

## **SENTENZE**

*Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals Inc.*, 509 U.S. 579 (1993).

Cassazione Penale, Sez. 4, 13 dicembre 2010, n. 43786.

*Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals Inc.*, 509 U.S. 579 (1993).

Corte di Cassazione - Sezioni Unite Penale, Sentenza del 8 marzo 2005, n. 9163

