



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata
(FISPPA)**

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinico-Dinamica

Tesi di Laurea Magistrale

**IL DISTURBO DI MENTE E LE SUE ACCEZIONI NEL DIRITTO
PENALE, TRA PARADIGMI PSICHIATRICI E TEORIE
PSICOLOGICHE**

**PROPOSTE DI RIFORMA E CONSIDERAZIONI CRITICHE SULLA
REGOLAMENTAZIONE GIURIDICA DELL'INFERMITÀ MENTALE**

**THE MENTAL DISORDER AND ITS MEANINGS IN CRIMINAL LAW, BETWEEN
PSYCHIATRIC PARADIGMS AND PSYCHOLOGICAL THEORIES**

**REFORM PROPOSALS AND CRITICAL CONSIDERATIONS ON THE LEGAL
REGULATION OF MENTAL ILLNESS**

Relatrice

Prof.ssa Cristina Scarpazza

Laureanda: **Giuditta Bregoli**

Matricola: **1230562**

Anno Accademico 2021-2022

*“And because our reason violently deters us from the brink,
therefore do we the more impetuously approach it.”*

Edgar Allan Poe, *The Imp of the Perverse*

INDICE

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO I – IMPUTABILITÀ E DISTURBO DI MENTE NEL DIRITTO PENALE	5
1.1. IL CODICE PENALE	5
1.1.1. Articolo 85 – <i>Capacità d'intendere e di volere</i>	5
1.1.2. Articolo 88 – <i>Vizio totale di mente</i>	6
1.1.3. Articolo 89 – <i>Vizio parziale di mente</i>	8
1.1.4. Articolo 90 – <i>Stati emotivi e passionali</i>	10
1.1.5. Articolo 94 – <i>Ubriachezza abituale</i> e articolo 95 – <i>Cronica intossicazione da alcol o da sostanze stupefacenti</i>	11
1.2. IL CODICE DI PROCEDURE PENALE	15
1.2.1. Articolo 70 – <i>Accertamenti sulla capacità dell'imputato</i>	15
1.3. PROPOSTE DI RIFORMA	17
1.3.1. Il Progetto della Commissione Grosso	18
1.3.2. Il Progetto della Commissione Pisapia	22
1.3.3. La proposta di riforma della Commissione Pellissero	25
1.4. IMPUTABILITÀ E DISTURBI DI PERSONALITÀ	31
CAPITOLO II - IL DISTURBO MENTALE IN MEDICINA E PSICHIATRIA	35
2.1. I PARADIGMI CLASSICI APPLICATI ALLA GIURISPRUDENZA	35
2.2. VALUTAZIONE MEDICA DEL PAZIENTE CON DISTURBI MENTALI	39
2.3. L'APPROCCIO PSICHIATRICO AI DISTURBI MENTALI	45
2.3.1. Il DSM-V e i disturbi di personalità	46
2.3.2. Breve rassegna dei disturbi psicologici e psichiatrici implicati nella commissione dei reati	46
2.3.3. La nozione di Disturbo Grave di Personalità	49
2.4. LA PERIZIA PSICHIATRICA	51
2.4.1. Oggetto della perizia psichiatrica	51
2.4.2. Criticità della perizia psichiatrica	54

CAPITOLO III – PSICOLOGIA E INFERMITÀ MENTALE	59
3.1 L’INFLUENZA DELLE TEORIE PSICOANALITICHE SUL PARADIGMA PSICHIATRICO	59
3.1.1. Il contributo di Freud	59
3.1.2. Ulteriori contributi	61
3.1.3. La psicoanalisi, tra norma e normalità	64
3.2. IL CAMBIO DI PARADIGMA	65
3.2.1. L’avvento del paradigma psicologico	65
3.2.2. L’attuale compromesso	67
3.2.3. Applicazione a livello giuridico – le sentenze della Cassazione	68
3.3. LA CRIMINOLOGIA NARRATIVA	71
CAPITOLO IV – L’APPROCCIO NEUROSCIENTIFICO IN CAMPO FORENSE	73
4.1. L’APPORTO DELLE TECNICHE NEUROSCIENTIFICHE	73
4.2. EVIDENZE EMPIRICHE	75
4.2.1. Anomalie nel lobo frontale	75
4.2.2. Lesioni temporali e antisocialità	76
4.2.3. L’impatto dell’ipoperfusione cerebrale	77
4.2.4. Il ruolo di ippocampo, nucleus accumbens e amigdala nella psicopatia	77
4.2.5. L’influenza del volume della materia grigia nella psicopatia	78
4.3. IL RAPPORTO TRA NEUROSCIENZE E PSICHIATRIA FORENSE	79
4.3.1. Il contributo neuroscientifico alle perizie	79
4.3.2. L’influenza dei bias in fase di diagnosi	80
4.3.3. L’ approccio multidisciplinare e la questione neuroetica	82
4.4. IL RAPPORTO CON LA GIURISPRUDENZA	85
4.4.1. Una collaborazione in via di sviluppo	85
4.4.2. Neuroscienze e imputabilità	86
CONCLUSIONI	89
BIBLIOGRAFIA	91

INTRODUZIONE

Il presente lavoro ha lo scopo di illustrare il rapporto tra imputabilità e disturbi di mente in ambito giuridico in Italia e i contributi che, originariamente la medicina e la psichiatria, e più recentemente la psicologia hanno fornito alla giurisprudenza, in particolare al diritto penale, nella gestione del suddetto rapporto. Si evidenziano le criticità di una considerazione tradizionalista della malattia mentale e il percorso di apertura verso una nozione più ampia di infermità di mente in tribunale.

Nello specifico, il primo capitolo si concentra sul diritto penale italiano, con un excursus degli articoli del Codice penale che regolamentano la gestione dell'imputato che mostri segni di vizio di mente o che versi in condizioni che non gli permettano capacità di intendere e di volere. Nel paragrafo 1.3 vengono illustrate tre proposte di riforma attuali indicative di una volontà di integrare, nella nozione di infermità mentale, i disturbi di personalità, delineando una particolare attenzione da parte del legislatore alle concezioni della dottrina psicologica, nella misura in cui il disturbo sia di una intensità tale da inficiare sulla capacità di intendere e di volere del soggetto e sia connesso eziologicamente al reato commesso. In questo senso, anche il concetto di imputabilità si amplia di ulteriori condizioni che ne regolamentano l'utilizzo.

Il secondo capitolo si concentra sulla visione medica e psichiatrica dell'infermità mentale, dalla concezione medico-organicistica, che riduce l'essere umano e la sua sofferenza agli elementi organici e alle anomalie biologiche, fino ai criteri diagnostici dell'ultima versione del DSM, la quale si fa promotrice di un approccio dimensionale nella diagnosi che mette in rilievo l'importanza del rapporto interpersonale tra psichiatra e paziente. Nel capitolo 2.4 si illustra la modalità di attuazione della perizia psichiatrica e la sua finalità in sede di processo, nonché le criticità ad essa legate.

Nel terzo capitolo, vengo presentati i contributi offerti dalla psicoanalisi, in particolare dalle opere di Freud, alla psichiatria stessa, che hanno favorito il moderno avvicinarsi di questa scienza alla dimensione umana della sofferenza e l'avvento dei paradigmi psicologico e sociologico in ambito giuridico, fino all'attuale concezione multifattoriale integrata di malattia mentale, che si esplica in diverse sentenze della Corte di Cassazione.

L'ultimo capitolo è dedicato ai contributi delle neuroscienze e delle loro tecniche in sede di perizia psichiatrica; mediante gli strumenti sviluppati da questa disciplina, è possibile il raggiungimento di risultati sempre più accurati e soprattutto empirici, elemento che risulta tutt'oggi di notevole importanza in ambito processuale, per una diagnosi il più precisa possibile, dalla quale il giudice possa evincere informazioni importanti per la formulazione del suo verdetto. Segue una presentazione di evidenze empiriche ritrovate dalle neuroscienze del rapporto tra anomalie cerebrali e infermità mentale. In generale, l'aiuto concreto offerto dalle tecniche neuroscientifiche si manifesta nella notevole riduzione di bias ed errori derivanti dall'inaffidabilità intrinseca della valutazione del disturbo mentale e dai pregiudizi logici cui sono soggetti gli esseri umani, non esclusi gli esperti periti. Si delinea l'importanza di un approccio multidisciplinare, che utilizzi i contributi di tutte le discipline citate al fine di raggiungere risultati, e soprattutto esiti giudiziari, coerenti con l'effettiva condizione psicofisica dell'imputato

CAPITOLO I – IMPUTABILITÀ E DISTURBO DI MENTE NEL DIRITTO PENALE

1.1 II CODICE PENALE

Nel Codice penale attualmente in vigore in Italia ci si riferisce al disturbo di mente con il termine “infermità mentale”, una definizione che riecheggia ancora l’influenza della medicina, alla quale il diritto penale ha fatto affidamento per delineare quei casi in cui i soggetti coinvolti a processo presentassero anomalie non soltanto organiche ma anche mentali. Per comprendere l’inquadramento del disturbo mentale nella giurisprudenza, e di conseguenza il concetto di imputabilità, vengono di seguito riportati ed esaminati alcuni articoli presenti nel Codice penale, esplicativi in questo senso.

1.1.1 Articolo 85 – *Capacità d’intendere e di volere*

“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile.

È imputabile chi ha la capacità d’intendere e di volere”.

Per comprendere quanto dichiarato da questo articolo, occorre innanzitutto chiarire cosa si intende per capacità di intendere e capacità di volere. La prima, che rappresenta l’elemento intellettuale, indica la capacità del soggetto di orientarsi nel mondo esterno secondo una percezione non distorta della realtà e, di conseguenza, di comprendere il significato del proprio comportamento e di valutare eventuali ripercussioni sugli altri (Fiandaca & Musco, 2019, p. 326). La capacità di volere, invece, è legata alla sfera della volontà e, quindi, alla possibilità concreta di autodeterminarsi del soggetto, ovvero a determinarsi in modo autonomo tra i motivi coscienti, volendo effettivamente attuare ciò che l’intelletto ha decretato (Dattoli, 2014). Per poter considerare l’imputabilità del soggetto, è necessario che entrambe queste capacità siano presenti. Di conseguenza, la loro assenza esclude l’imputabilità.

Inoltre, è bene precisare che è rilevante, in termini di imputabilità, la condizione del soggetto non soltanto al momento della commissione del fatto, ma anche nelle successive fasi di accertamento del fatto e di esecuzione della pena. Qualora non

sussistano capacità di intendere e di volere in uno di questi tre momenti, le conseguenze sono differenti a seconda della fase in cui si è rilevata la loro assenza: non punibilità dell'autore nel primo caso; sospensione del processo nel secondo; differimento o sospensione dell'esecuzione della pena nel terzo caso.

Se il giudice ritiene che sussista la necessità di accertamento della condizione psichica del soggetto, egli può disporre perizia psichiatrica, come dichiarato dall'art. 79 c.p.p. (si veda paragrafo 1.2.1). Tale decisione è a discrezione esclusiva del giudice di merito, e deve essere accompagnata da rigorose motivazioni nella sentenza.

In definitiva, secondo l'art. 85 c.p. l'imputabilità rappresenta "la sintesi delle condizioni fisico-psichiche che consentono l'ascrizione di responsabilità all'autore di un fatto corrispondente ad una previsione legale, rendendo, pertanto, tale fatto un reato meritevole di pena" (Dattoli, 2014). In questi termini, la capacità di intendere e di volere indica la condizione fisica e mentale di un individuo, il quale, al momento della commissione del fatto, era maggiorenne, "sano" (fisicamente e mentalmente) e in una situazione di "normalità" (Romano & Grasso, 2012). Oltre a determinare o meno la colpevolezza, l'imputabilità è rilevante anche in termini di funzione della pena. Affinchè la pena risulti efficace nel suo intento rieducativo, è necessario che il destinatario sia intellettivamente in grado di coglierne il significato.

1.1.2 Articolo 88 – *Vizio totale di mente*

L'articolo 88 del Codice penale dichiara: "*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.*"

Il presente articolo pone come criterio di distinzione tra soggetto imputabile e non imputabile la capacità di intendere e di volere, che doveva essere presente nel momento in cui ha commesso il fatto penalmente rilevante. L'alterazione della mente nel soggetto non imputabile deve dipendere da un'infermità, fisica o psichica, presente all'attuazione del reato e rilevante in ordine ad esso. Se il soggetto risulta aver commesso il fatto in uno stato mentale tale da escludere la capacità di intendere e di volere, non è imputabile.

Altre anomalie non conseguenti a uno stato di infermità ma riguardanti la personalità e il carattere del soggetto non sono sufficienti a determinare l'infermità mentale, in quanto si tratta di ragioni costituzionali del soggetto e non patologiche. In merito ad una infermità transitoria, l'imputabilità è esclusa se la condizione si manifesta al momento del fatto, mentre occorre eseguire un accertamento se il soggetto è accusato di aver commesso il reato in un eventuale stato di lucidità. Nella sfera della personalità, sono considerate principalmente le monomanie, quale ad esempio la mania di persecuzione; tale orientamento si dispone più favorevolmente nei confronti del reo, considerando il vizio di mente in relazione al momento del compimento del fatto e non allo specifico fatto compiuto.

Analizzando il codice, si riscontra una generale concezione bio-psicologica dell'infermità, in quanto predispone l'accertamento sia di una sussistente malattia mentale sia del conseguente annullamento completo o parziale della capacità di intendere e di volere, in un'ottica consequenziale. Inoltre, il disturbo mentale può originarsi sia in una causa psichica che in una causa fisica, ed esprimersi quindi sia in una malattia mentale psichiatrica, sia in una deficienza psichica, sia in una pura condizione di alterazione organica; sono escluse le anomalie caratteriali collegate all'indole dell'imputato, così come i perturbamenti o i disturbi della coscienza, la mera immoralità o malvagità, che si esprime in mancanza di senso morale nel reo (si veda paragrafo 1.1.4).

Come si vedrà più avanti, i disturbi di personalità sono rilevanti al fine di un riconoscimento di vizio totale o parziale di mente solamente se espressi con una intensità e gravità tali da influenzare effettivamente la capacità di intendere e di volere, e se connessi eziologicamente con lo specifico reato compiuto¹. Presupposto fondamentale, al di là della natura del vizio di mente, è che questo sussistesse al momento del fatto; per tale motivo, l'accertamento tramite perizia psichiatrica risulta fondamentale ai fini del giudizio.

¹ Sezioni Unite Raso (25 gennaio 2005, n. 9163)

1.1.3 Articolo 89 – *Vizio parziale di mente*

L'articolo 89 c.p. dichiara:” *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 [95, 108 2, 148, 219; c.p.p. 70, 305, 507].*”

Se l'art. 88 si esprime in merito al vizio totale di mente, il successivo articolo regola la gestione di un vizio parziale di mente. La differenza tra queste due condizioni risulta puramente quantitativa, in quanto si considera rilevante il grado dell'alterazione mentale: nel vizio totale di mente la capacità di intendere e di volere viene completamente sopraffatta e annullata dall'infermità, mentre è limitata o notevolmente ridotta nel vizio parziale di mente. Tuttavia, una differenziazione netta tra queste due condizioni risulta difficile da lineare dal punto di vista clinico. In entrambi i casi, si deve parlare di una degenerazione della capacità volitiva e intellettuale del soggetto in relazione ad una condizione patologica grave.

Il vizio parziale di mente viene considerato a tutti gli effetti una circostanza attenuante ed è regolamentata con le eventuali aggravanti come disposto dall'art. 69 c.p.; inoltre, tra le attenuanti espresse nell'art. 62 c.p., risulta solitamente accettata una compatibilità della seminfermità di mente con la provocazione, dal momento che il soggetto con vizio parziale potrebbe percepire un fatto ingiusto compiuto da altri e reagirvi.

Per quanto concerne gli artt. 88 e 89 c.p., nella dottrina si è sviluppato un dibattito inerente al riconoscimento di un pluralismo esplicativo del concetto di infermità, nonostante le nuove scoperte delle neuroscienze sembrino confermare il paradigma medico-organicistico (Bertolino, 2020). Già dagli anni Novanta, l'orientamento della giurisprudenza si era indirizzato verso un concetto di infermità che si differenziava da quello tecnico e specifico di malattia (Bertolino, 1990). Tale cambio di rotta è indicativo di una generale propensione ad accettare l'idea che al legislatore moderno “interessa non la classificazione del disturbo psichico in una specifica categoria nosografica, ma la sua attitudine ad incidere, nel caso concreto, sulla capacità di intendere e di volere del soggetto agente” (Pulitanò, 2019, p. 332). In questo modo, si valorizza la disciplina dell'art. 85 c.p., che impone la responsabilità penale solo in presenza effettiva di capacità di intendere e volere del soggetto (Romano & Grasso, 2012, p. 7). Ne deriva il

riconoscimento della possibile rilevanza di quelle anomalie psichiche che tradizionalmente non rientrano nel concetto rigido di malattia mentale. Infatti, non vi sarebbe ragione “di non includere nelle infermità di cui all’art. 88, come potenzialmente rilevanti ai fini dell’esclusione della capacità di intendere e di volere, anche quelle anomalie psichiche che, pur diverse dalle malattie psichiatriche in senso stretto, siano nondimeno riconducibili a loro volta alla psicopatologia clinica” (Romano, 2012, p. 33). Secondo Fiandaca e Musco (2019, p. 354), “Considerata nel suo significato letterale, l’“infermità” è concetto più ampio perché ricomprende nel suo ambito anche disturbi psichici di carattere non strettamente patologico: ne consegue che, ove si tenga ferma la distinzione tra i due termini, l’istituto dell’“imputabilità” subisce o può subire un’estensione applicativa”. Pertanto, accanto alle psicosi, vengono riportate tra le infermità di cui agli artt. 88 e 89, anche le psicopatie, le nevrosi, i disturbi degli impulsi, i quali, se di particolare intensità e gravità, possono pregiudicare totalmente o parzialmente la capacità intellettuale e volitiva del soggetto; esse sono, infatti, manifestazioni patologiche da considerare deviazioni dalla norma al pari delle psicosi (Palazzo, 2011, p. 443). In definitiva, “nonostante che l’intenzione originaria del legislatore fosse, in linea di principio, quella di negare rilevanza a simili fenomeni, la loro progressiva diffusione – e la mutata sensibilità giuridica, dovuta al consolidarsi del principio di colpevolezza – ha spinto col tempo verso un più ampio riconoscimento della necessità di tenere conto anche di tali tipi di affezione psichica” (De Francesco, 2011, p. 376). Ne deriva che “si dovrà coerentemente ammettere che anche le anomalie della personalità, specie in presenza di condizioni di particolare gravità, possono incidere sulla capacità di intendere e di volere sino ad escluderla del tutto” (Fiandaca & Musco, 2019, p. 355).

In tema di infermità mentale, quindi, la giurisprudenza mantiene tuttora una posizione aperta e non definita in maniera univoca, a causa della presenza, nella scienza psicopatologica forense, di numerose, e spesso contrastanti, teorie esplicative del concetto di infermità e di malattia mentale, le più conosciute delle quali sono il paradigma medico-organicistico, il modello nosografico, le teorie psicologiche e gli assunti più recenti delle neuroscienze. In particolare, il modello nosografico riprende il pensiero del paradigma medico-organicistico, che sintetizza e semplifica l’essere umano in un insieme di elementi organici, dai quali insorgono anche i disturbi psichici, e lo

sviluppa inserendo una procedura di etichettamento del paziente con la diagnosi formulata, dettata dall'interesse per la classificazione delle patologie mentali.

1.1.4 Articolo 90 – *Stati emotivi e passionali*

Dichiara l'art. 90 c.p.: “*Gli stati emotivi o passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità*”.

Secondo quanto sostenuto dal presente articolo, gli stati emotivi o passionali non pregiudicano l'imputabilità, nonostante possano incidere notevolmente sulle facoltà mentali del soggetto. Essi risultano rilevanti solo se inseriti all'interno di uno stato patologico, anche momentaneo, che permetta la degenerazione in un reale squilibrio mentale; quindi, quando costituiscono la manifestazione di una patologia mentale. In altre parole, gli stati emotivi e passionali sono rilevanti “soltanto in presenza di due condizioni essenziali: a) che lo stato di coinvolgimento emozionale si manifesti in una personalità per altro verso già debole; b) che lo stato emotivo o passionale assuma, per particolari caratteristiche, significato e valore di infermità, sia pure transitoria” (Fiandaca & Musco, 2019, p. 357). Pertanto, nell'ottica di ampliamento del concetto di infermità, risultano esclusi nella disciplina dell'art. 90 c.p. gli stati emotivi e passionali sintomatici di una alterazione patologica della mente e dunque riconducibili al vizio di mente (Bertolino, 2020).

A questo punto, occorre chiedersi se sia ancora giustificata nel Codice penale la presenza dell'art. 90, a confronto con i principi del diritto penale moderno, primo fra tutti con quello, costituzionalmente garantito, di colpevolezza, e con le recenti considerazioni in ambito psicologico e psichiatrico, dove si evince un generale accordo nel ritenere uno stato episodico potenzialmente idoneo ad incidere sulle capacità intellettive e volitive del soggetto (Collica, 2007). Secondo l'orientamento prettamente giuridico, dove la nozione di infermità prescinde dalla presenza o meno di una condizione patologica a livello psichico, l'attenzione è rivolta agli effetti di quegli stati emotivi e passionali; sarà la loro stessa intensità a rilevare, tale da “eliminare o attenuare le capacità intellettive e volitive²” o, più nello specifico, tale “da far insorgere,

² Cass., Sez. I, 3 dicembre 1990, in Riv. Pen., 1991, p. 369

sia pure episodicamente, una compromissione della coscienza la quale, ancorché non definibile secondo precise categorie cliniche, assuma, per particolari caratteristiche, significato di malattia³”.

Per quanto riguarda, invece, le reazioni a corto circuito, ovvero quegli episodi di perdita di coscienza o di discontrollo, sono discordanti i pareri della disciplina. Da una parte, vi è chi afferma che esse sono irrilevanti ai fini dell’infermità mentale, in quanto situazioni non patologiche, ma di natura episodica, che “non sembrano compatibili con il sistema positivo” (Romano & Grasso, 2012, p. 49). Altri, invece, sostengono che queste situazioni di momentanea infermità rientrino pienamente nel concetto della stessa (Gulotta, 1987; Collica, 2007); in tale senso, “qualsiasi condizione morbosa, anche se non ben definibile clinicamente, può essere idonea a configurare il vizio di mente, sempre che, però, la sua intensità sia tale da escludere o diminuire le capacità intellettive o volitive” (Mantovani, 2017, p. 663.).

1.1.5 Articolo 94 – *Ubriachezza abituale* e articolo 95 – *Cronica intossicazione da alcol o da sostanze stupefacenti*

Gli articoli predisposti a disciplinare quei casi in cui vi sia una condizione di uso o abuso di alcol e sostanze sono il 91, 92, 93, 94 e 95 del Codice Penale. Mentre i primi tre si riferiscono all’assunzione di alcol e stupefacenti avvenuta al momento della commissione del fatto⁴, gli articoli 94 e 95 prendono in considerazione la continuità di abuso dal punto di vista temporale, e giungono a conclusioni diametralmente opposte, a seconda che la condizione dell’imputato rientri nell’ubriachezza abituale o nell’intossicazione cronica.

³ Cass., Sez. I, 11 maggio 1987, in Cass. Pen., 1989, p. 805

⁴ Art. 91: “*Ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore – Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva la capacità di intendere o di volere, a cagione di piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore. Se l’ubriachezza non era piena, ma era tuttavia tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, la pena è diminuita*”.

Art. 92: “*Ubriachezza volontaria o colposa ovvero preordinata – L’ubriachezza non derivata da caso fortuito o da forza maggiore non esclude né diminuisce l’imputabilità. Se l’ubriachezza era preordinata al fine di commettere il reato, o di prepararsi una scusa, la pena è aumentata*”.

Art. 93: “*Fatto commesso sotto l’azione di sostanze stupefacenti – Le disposizioni dei due articoli precedenti si applicano anche quando il fatto è reato commesso sotto l’azione di sostanze stupefacenti*”.

Nell'articolo 94 si legge: *“Quando il reato è commesso in stato di ubriachezza, e questa è abituale, la pena è aumentata. Agli effetti della legge penale, è considerato ubriaco abituale chi è dedito all'uso di bevande alcoliche e in stato frequente di ubriachezza. L'aggravamento di pena stabilito nella prima parte di questo articolo si applica anche quando il reato è commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all'uso di tali sostanze.*

Afferma, invece, l'articolo 95: *“Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli artt. 88 e 89 [206, 219, 222].”*

Come si evince dalla lettura, l'articolo 94 si incentra su una condizione di ubriachezza abituale; tale circostanza costituisce aggravante e conseguente aumento di pena. L'articolo 95, invece, fa riferimento a uno stato di cronica intossicazione, dove non vi è possibilità di imputazione. Data la notevole differenza di trattamento del caso, si è posta necessaria una definizione delle due circostanze: con sentenza 9 aprile 1998, n. 114⁵, la Corte Costituzionale definisce la cronica intossicazione quale dato irreversibile, dove i fenomeni tossici persistono in maniera stabile anche dopo l'eliminazione dell'alcol assunto; conseguentemente, il soggetto versa in uno stato di permanente compromissione totale o parziale della capacità di intendere e di volere. Con il termine “ubriachezza abituale”, invece, si intende quella condizione in cui lo stato alterato dovuto all'assunzione di alcol e sostanze è transitorio e scompare nei momenti di astinenza, in cui l'individuo torna in pieno possesso della propria capacità di intendere e di volere.

⁵ Considerato in diritto al punto 6 : “Non può infatti negarsi che, ad onta delle incertezze espresse nella dottrina medico-legale e delle richieste di innovazioni legislative fortemente presenti nella dottrina penalistica, la giurisprudenza ordinaria, segnatamente la giurisprudenza di legittimità, si è attestata da alcuni decenni e senza apprezzabili divergenze su una interpretazione che si presenta con caratteri di certezza e di uniformità nella identificazione dei requisiti della cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti. Secondo tale giurisprudenza, per potersi correttamente invocare lo stato di intossicazione cronica occorre una alterazione non transitoria dell'equilibrio biochimico del soggetto tale da determinare un vero e proprio stato patologico psicofisico dell'imputato e, dunque, una corrispondente e non transitoria alterazione dei processi intellettivi e volitivi. Ciò significa che l'accertamento dell'imputabilità vien fatto ruotare in ogni caso attorno ad un concetto di "infermità" necessariamente riconducibile, sul piano gnoseologico, ai mutevoli contributi dell'esperienza clinica, cercando in tal modo di dissolvere proprio quei rischi di aperta contraddizione tra scienza e norma sui quali il giudice a quo ha fondato le proprie censure.”

Pertanto, quando al giudice si presenta un caso di cronica intossicazione da alcol o sostanze stupefacenti, egli, seguendo quanto prescritto dall'articolo 95, prosegue con il proscioglimento dell'imputato o consistente diminuzione della pena.

Tuttavia, dal momento che una distinzione netta tra le due condizioni non risulta facilmente formulabile, viene introdotto un ulteriore criterio di differenziazione: se l'ubriachezza o l'alterazione psicotropa abituale comporta una dipendenza puramente psichica, l'intossicazione cronica determina una dipendenza sia psichica che fisica, e la conseguente perdita della capacità di autodeterminazione. Ciò comporta l'annullamento o la diminuzione della pena anche nel caso in cui il fatto in questione sia stato compiuto in presenza di una crisi di astinenza e non soltanto in seguito all'assunzione di sostanze e alcol, dal momento che, in un soggetto in cronica intossicazione, anche questa condizione altera significativamente la capacità di intendere e di volere.

Tuttavia, le recenti evidenze neurobiologiche inerenti alla dipendenza da alcol e sostanze stupefacenti comporterebbero una rivisitazione di questi articoli. Come prima evidenziato, per la giurisprudenza il dato rilevante per la distinzione tra intossicazione cronica e intossicazione abituale è rappresentato dalla patologicità della prima, attestata dalla presenza di alterazioni permanenti di tipo organico a livello cerebrale⁶ e di natura biochimica⁷. Tali alterazioni rendono, per la disciplina, lo stato di intossicazione cronica equiparabile ad una vera e propria malattia mentale⁸, con il rimando al modello medico-organicistico. Tuttavia, questa prospettiva esula dal moderno concetto ampliato e pluralistico di infermità mentale e dagli apporti recenti delle neuroscienze, che rendono ancora più fondate le critiche rivolte alla norma degli articoli 94 e 95 c.p.: nel caso, infatti, di gravi disordini da dipendenza di sostanze, anche in assenza di danni organici o neurobiologici, le capacità intellettive e volitive del soggetto possono essere parzialmente o totalmente compromesse (Bertolino, 2020). Da ciò si evince la problematicità di differenziare tra abitualità e cronicità, con l'aggravante che la prima non solo viene esclusa dall'applicazione della disciplina degli artt. 88 e 89 c.p., ma comporta, anzi, un'aggravante, con conseguente aumento di pena. Si rende, pertanto, necessaria una rivisitazione degli artt. 94 e 95 c.p., che consideri i recenti apporti

⁶ Cass. Pen., 3 maggio 2018, n. 25252, in CED n. 273389

⁷ Cass. Pen., 4 aprile 1995, n. 3633, in CED n. 201497

⁸ Cass. Pen., 1 ottobre 2007, n. 35872, in CED n. 237284

scientifici e consenta l'applicazione della disciplina nel rispetto di un concetto più inclusivo di infermità mentale.

1.2 IL CODICE DI PROCEDURA PENALE

1.2.1 Articolo 70 – *Accertamenti sulla capacità dell'imputato*

Nell'articolo 70 del Codice di Procedura Penale si legge: “1. *Quando non deve essere pronunciata sentenza di proscioglimento o di non luogo a procedere e vi è ragione di ritenere che, per infermità mentale [sopravvenuta al fatto]⁹, l'imputato non è in grado di partecipare coscientemente al processo, il giudice, se occorre, dispone, anche di ufficio, perizia¹⁰.*

2. *Durante il tempo occorrente per l'espletamento della perizia il giudice assume, a richiesta del difensore, le prove che possono condurre al proscioglimento dell'imputato, e, quando vi è pericolo nel ritardo, ogni altra prova richiesta dalle parti.*

3. *Se la necessità di provvedere risulta durante le indagini preliminari, la perizia è disposta dal giudice a richiesta di parte con le forme previste per l'incidente probatorio. Nel frattempo, restano sospesi i termini per le indagini preliminari e il pubblico ministero compie i soli atti che non richiedono la partecipazione cosciente della persona sottoposta alle indagini. Quando vi è pericolo nel ritardo, possono essere assunte le prove nei casi previsti dall'articolo 392.*

Il presupposto fondamentale del presente articolo è costituito dalla necessità che il soggetto partecipi in maniera cosciente al processo, in modo tale da poter esercitare le facoltà e i diritti dell'imputato. Si tratta quindi di verificare la capacità processuale dell'imputato; essa consiste nella capacità del soggetto di essere parte attiva del processo, e consente la sua legittimazione a diventare imputato. Uno degli impedimenti a tale condizione è costituito dall'infermità mentale del soggetto, presente sia precedentemente che sopravvenuta alla commissione del reato. In questo contesto, l'infermità mentale non è rilevante tanto per indicare l'assenza di lucidità mentale al

⁹ Si veda la sentenza. n. 340 del 20 luglio 1992 con cui la Corte Costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 70, primo comma, del codice di procedura penale limitatamente alle parole "sopravvenuta al fatto", sostenendo che il procedimento può essere sospeso anche se il vizio di mente sia subentrato successivamente perché ciò che rileva è la capacità di comprendere e effettuare scelte consapevoli.

¹⁰ Salvo non debba essere pronunciata sentenza di non luogo a procedere o di proscioglimento, il giudice può ritenere che l'imputato sia infermo di mente anche in base a documenti o perizie già esistenti, non dovendo necessariamente richiedere una nuova perizia.

momento del fatto, quanto per negare l'idoneità del soggetto a partecipare coscientemente al processo ed esercitare opportunamente i propri diritti.

Per formulare il giudizio di capacità processuale del soggetto, il giudice può avvalersi di perizie e documenti già esistenti, oppure disporre una nuova perizia; in questo caso, nel corso dell'espletamento della perizia, il giudice può raccogliere unicamente le prove che possono condurre al proscioglimento dell'imputato e, qualora vi fosse pericolo di ritardo, ogni altra prova richiesta dalle parti. Se la necessità di una perizia si manifesta durante le indagini preliminari, come descritto nel comma 3, la perizia stessa è istituita mediante la forma dell'incidente probatorio, esulando il soggetto dalla partecipazione attiva al processo; se vi è pericolo di ritardo, possono essere assunte le prove del caso come regolamentato nell'articolo 392 c.p.p.; restano sospesi i termini per le indagini preliminari.

1.3 PROPOSTE DI RIFORMA

La disciplina psichiatrica è giunta ad ammettere un paradigma integrato di tipo bio-psico-sociale, che prende in considerazione non solo il punto di vista della medicina, ma anche le affermazioni della psicologia e della sociologia. Questi tre ambiti sono coinvolti nella definizione di malattia mentale. Seguendo tale orientamento, la giurisprudenza della Corte di Cassazione si è espressa in modo tendenzialmente uniforme, fin dalla sentenza delle Sezioni Unite Raso (25 gennaio 2005, n. 9163), nel concordare che il concetto di infermità differisca da quello di malattia mentale in quanto comprende anche i disturbi di personalità, qualora si manifestino in maniera determinante nella commissione del reato e si evidenzi un nesso causale tra il disturbo e il fatto. Nello specifico, la sentenza afferma che

“deve trattarsi di un disturbo idoneo a determinare una situazione di assetto psichico incontrollabile ed ingestibile che, incolpevolmente, rende l'agente incapace di esercitare il dovuto controllo dei propri atti, di conseguentemente indirizzarli, di percepire il disvalore sociale del fatto, di autonomamente, liberamente autodeterminarsi [...]”.

Al contrario, la sentenza esclude

“altre “anomalie caratteriali”, “disarmonie della personalità”, “alterazioni di tipo caratteriale”, “deviazioni del carattere e del sentimento”, legate alla indole del soggetto che, pur attenendo alla sfera del processo psichico di determinazione, non si rivestano, tuttavia, delle connotazioni testé indicate e non attingano, quindi, a quel rilievo di incisività sulla capacità di autodeterminazione del soggetto agente, nei termini e nella misura voluta dalla norma [...]”.

Le recenti sentenze della Corte di Cassazione evidenziano un orientamento della giurisprudenza che riconosce, talvolta, alle condizioni appena citate la medesima rilevanza dei disturbi della personalità¹¹.

Risulta, inoltre, necessario sottolineare come si stia costituendo un ulteriore paradigma che supera definitivamente la dicotomia tra disturbi mentali a base organica e disturbi mentali “atipici”, quali le nevrosi, le psicopatie e i disturbi della personalità. In

¹¹ Cass. Pen., sez. II, 20 novembre 2018, n. 188, in Dejure; Cass. pen., sez. II, 2 dicembre 2008, n. 2774, in Dejure; Cass. Pen., sez. I, 31 marzo 2016, n. 26779, in Dejure; Cass. pen., sez. VI, 27 aprile 2018, n. 30733, in Dejure

particolare, le neuroscienze cognitive e comportamentali hanno individuato correlazioni tra le connessioni neuronali e i comportamenti umani, permettendo di riscontrare una base genetica anche nei disturbi mentali prima citati (Collica, 2018). Tali ricerche, focalizzate sulle componenti cerebrali, genetiche e biochimiche del comportamento umano, hanno utilizzato tecniche quali la risonanza magnetica funzionale, che permettono di esplorare la struttura del cervello e di documentarne eventuali anomalie. (Grandi, 2016)

Queste nuove scoperte e concezioni si riflettono nella giurisprudenza con alcune delle più recenti proposte di riforma operate dal legislatore del codice penale, volte all'ampliamento del concetto di infermità e all'inserimento in essa dei disturbi aspecifici. Nei successivi paragrafi vengono presi in esame tre differenti progetti, esemplificativi di questa corrente di cambiamento.

1.3.1 Il Progetto della Commissione Grosso

Allegato alla Relazione del 15 luglio 1999 sull'imputabilità, elaborato dalla Sottocommissione composta da Pisa, Corbi, Pulitanò, Randazzo, Seminars, Zagrebelsky, Zancan, l'approccio legislativo proposto dal progetto di riforma del codice penale elaborato dalla Commissione, presieduta dal Prof. Avv. Carlo Federico Grosso e nominata nell'ottobre 1998 dal Ministro della Giustizia, Giovanni Flik, dichiara l'intenzione di non ampliare ma nemmeno bloccare rigidamente "le situazioni di possibile rilevanza ai fini dell'imputabilità".

Nel settembre del 2000 viene formulata una proposta preliminare di articolato, che ha ricevuto differenti critiche tali da richiedere un adeguamento. La prima proposta, all'art. 96, nominato "Non imputabilità per infermità", dichiara che

"non è imputabile chi, per infermità o per altra grave anomalia, ovvero per ubriachezza o intossicazione da sostanze stupefacenti, nel momento in cui ha commesso il fatto era in condizioni di mente tali da escludere la possibilità di comprendere l'illiceità del fatto o di agire in conformità a tale valutazione".

Al contrario, l'imputabilità sussiste qualora il soggetto si sia reso in condizioni di incapacità al fine di commettere il reato o di predisporre una scusa (co. 2) e qualora si

sia messo in stato di incapacità con inosservanza di una regola cautelare rispetto al fatto realizzato, e quest'ultimo sia avvenuto a causa dello stato di incapacità procurato.

L'articolo 100 delinea l'ipotesi di capacità ridotta, operando una distinzione dall'incapacità piena basata sulla diversità di incidenza che l'infermità o altra grave anomalia ha sulla capacità di comprendere l'illiceità del fatto, in modo da ridurla "grandemente"¹². Il presupposto da cui partire per redimere le difficoltà poste dall'odierna disciplina dell'imputabilità consiste nell'individuare le situazioni che non permettono di muovere all'agente accusa di colpevolezza¹³. Le condizioni soggettive che non permettono l'assoggettabilità alla pena vengono individuate, nella relazione preliminare del 15 luglio 1999, mediante l'utilizzo di "concetti aperti", che permettano l'adeguamento continuo al costante aggiornamento delle conoscenze scientifiche sulle situazioni di "non normalità psichica"; in tal modo, il legislatore si esprime verso la ricerca di un costante e fondamentale accordo tra il giudice e gli esperti "aprendo spazi di possibile rilevanza dei diversi paradigmi cui nel dibattito scientifico sia riconosciuta serietà e consistenza". In quest'ottica, introdurre accanto al termine di infermità la definizione più ampia di "grave anomalia psichica" rende, per la Commissione,

"più sicura la strada per una possibile rilevanza quali cause di esclusione dell'imputabilità di situazioni oggi problematiche come la nevrosi o psicopatie, o stati momentanei di profondo disturbo emotivo, che fossero tali da togliere la base ad un ragionevole rimprovero di colpevolezza".

Al fine di rientrare nel novero di quelle situazioni di possibile rilevanza per l'esclusione dell'imputabilità, la Relazione preliminare individua nel carattere abnorme il criterio di distinzione di tali situazioni; questo parametro indica la compromissione della comprensione e la conseguente impossibilità dell'autore di individuare il significato della propria condotta.

¹² Per le ipotesi di capacità (grandemente) ridotta è prevista una riduzione di pena con la possibilità per il giudice di applicare un qualsiasi provvedimento che sia necessario al superamento delle condizioni di ridotta capacità esistenti al tempo del fatto (art. 100, co. 3 e 4). Altra possibilità è quella di pronunciare una condanna senza pena qualora, per la modesta gravità del fatto o per essere venute meno le condizioni di capacità ridotta che lo hanno determinato non sussistano esigenze di prevenzione speciale e generale tali da richiedere trattamenti finalizzati al superamento delle stesse (art. 102).

¹³ 81 La Relazione preliminare del 15 luglio 1999 chiarisce infatti che prima della capacità di pena, l'imputabilità implica la possibilità di muovere un rimprovero di colpevolezza, ravvisabile laddove vi sia quella necessaria compenetrazione psicologica tra fatto e autore.

Precisata tale condizione, il legislatore delinea l'effetto che si deve produrre affinché si possa ritenere valida la non imputabilità nei confronti del soggetto. La definizione di "incapacità di intendere e di volere" risulta, secondo la Commissione, vaga e insufficiente, dal momento che, secondo le concezioni psicologiche moderne, la psiche umana è indivisibile e intelligenza e volontà si influenzano reciprocamente (Introna, 1999). A sua sostituzione si introduce una più specifica definizione: "possibilità di comprendere l'illiceità del fatto o di agire in conformità a tale valutazione"; tale espressione viene mutuata da altri codici europei, in particolare il codice penale tedesco, il codice penale spagnolo e il codice penale portoghese, i quali parlano di capacità di comprendere il contenuto illecito del fatto e di agire in conformità a tale rappresentazione (Palumbo, 2020).

Non risulta difficile comprendere le successive critiche mosse da chi già aveva ritenuto l'introduzione del concetto di anomalia (Progetto Pagliaro e Progetto Riz) una superflua duplicazione del concetto di infermità, dal momento che risultava generico come il precedente (Bertolino, 2001). Un'osservazione interessante suggerisce di precisare il carattere psichico dell'anomalia, in modo tale da non lasciare ampio margine di interpretazione, con il rischio di attribuire possibile rilevanza anche alle anomalie non psichiche (Fiandaca, 2002).

Tenendo fede all'impostazione di fondo e prendendo in considerazione le critiche e le indicazioni emerse dal dibattito avviato dopo la stesura del progetto preliminare del 1999, la Commissione ha deciso di sostituire il concetto di "altra grava anomalia" e introdurre la più specifica espressione di "altro grave disturbo della personalità"¹⁴.

Risulta necessario precisare che generalmente i disturbi della personalità, a cui si fa riferimento nell'articolo, si manifestano mediante una marcata devianza dalle comuni aspettative del vivere sociale, esprimendo un difetto cognitivo della realtà che si delinea nell'affettività, nel funzionamento interpersonale e nel controllo degli impulsi. Nello specifico, la conoscenza della differenza, in psichiatria e psicologia, tra tratti e disturbi della personalità risulta di notevole importanza per una corretta applicazione della disciplina. Infatti:

¹⁴ Art. 94 dell'Articolato proposto dalla Commissione Grosso il 26 maggio 2001.

“I tratti della personalità sono modi costanti di percepire, rappresentarsi e pensare nei confronti dell'ambiente e di se stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e interpersonali importanti. I Disturbi di personalità si costituiscono quando i tratti della personalità sono rigidi e non adattativi e causano quindi una significativa compromissione del funzionamento sociale e lavorativo, oppure una sofferenza soggettiva” (Fornari, 2005, p. 2).

La riformulazione della proposta, pur soddisfacendo sia le esigenze di classificazione sia le richieste di elasticità, non si è rivelata sufficiente ad evitare ulteriori nuove critiche da chi ritiene che il riferimento ai disturbi della personalità sia “riduttivo e ampliativo allo stesso tempo. Troppo riduttivo in quanto si presta a ricomprendere le sole psicopatie [...]. Troppo ampliativo, perché consente di ricomprendere una serie di anomalie psichiche non altrimenti classificabili [...]” (Bertolino, 2001, p. 864)

Secondo Palumbo (2020), quell'attenzione alla valutazione del grado di incidenza del disturbo sulla capacità di comprendere il significato dell'azione rende meno incisiva qualsiasi osservazione. Inoltre, come si legge nello stesso articolo 94 dell'Articolato proposto dalla Commissione Grosso nel 2001, la formula “comprensione della illiceità del fatto” viene sostituita con l'espressione “comprensione del significato del fatto”. Infatti, come osservato dallo stesso Presidente della Commissione, la formula prima adoperata non si riferiva alla coscienza dell'illiceità penale dell'azione, irrilevante a norma dell'art. 5 c.p., ma alla consapevolezza dell'offensività della stessa¹⁵.

Da evidenziare la constatazione che la prima formula proposta risultasse più in accordo con il principio di colpevolezza; la notevole varietà di reati di mera creazione legislativa, rispetto ai quali non è riscontrabile in maniera immediata il disvalore, richiede “il possesso di facoltà di giudizio tutt'altro che elementari” (Fiandaca, 2006, p. 261). Al contrario, considerare il concetto di significato può rivelarsi foriero di indeterminatezza, in quanto non risulta chiaro se il riferimento sia volto al significato naturalistico o al significato socioculturale del fatto. Fiandaca, nello stesso scritto, mette in risalto l'importanza di tale distinzione, in quanto è plausibile, da un punto di vista

¹⁵ In particolare, secondo il Presidente della Commissione “sembrava ovvio che il richiamo del concetto di illiceità non significasse richiamo del concetto di illiceità formale, ma di quella sostanziale”. Così, C. F. Grosso, Intervento al Convegno svoltosi a Foggia, presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli Studi, nei giorni 10 -11 novembre 2000 su «Verso un nuovo codice penale modello per l'Europa. I. La parte generale. II L'imputabilità e le misure di sicurezza».

prettamente psicologico, che uno stesso individuo sia in grado di avere consapevolezza degli elementi della realtà esterna, ma non di valutare le possibili conseguenze dannose del suo agire nell'ambito di quella stessa realtà.

In conclusione, il Progetto Grosso, pur non avendo rinunciato a formule di natura classificatoria, si è rivelato chiarificatore dell'aspetto che più deve interessare il legislatore e il giudice, ovvero se la capacità di intendere e di volere sia o meno compromessa. Si tratta di un assunto cardine anche delle Sezioni Unite Raso, nelle quali si legge che:

“il problema non sembra essere quello del riferimento meramente nominalistico ad una formula piuttosto che ad un'altra, che, da sole, difficilmente possono avere assoluta ed oggettiva capacità descrittiva e chiarificatrice, definitivamente risolutoria; qualificata dottrina medico - legale pure afferma, al riguardo, [...] che al legislatore ed al giudice non interessa "quello che c'è a monte" ma se la capacità di intendere o di volere era (o non era) annullata o grandemente scemata al momento del fatto [...]. Si tratta, invece, di stabilire in concreto, e non in astratto, la rilevanza di alcune tipologie di disturbi mentali, sicché, quanto a quella del "disturbo di personalità" che qui interessa, si tratta di accertare e stabilire come esso si manifesti in concreto, nel soggetto, nel caso singolo: od ove l'accertamento svolto sia indicativo di una situazione di infermità mentale che escluda la rimproverabilità della condotta al soggetto agente, cioè la sua colpevolezza [...]”.

1.3.2 Il Progetto della Commissione Pisapia

La Commissione presieduta dall'On. Giuliano Pisapia, nominata con decreto del Ministro della Giustizia, Clemente Mastella, introduce un successivo tentativo di riforma della parte generale del Codice penale. La bozza dello schema di legge delega viene presentata il 19 novembre 2007.

Per quanto concerne il tema dell'imputabilità, l'articolo 21 prevede che:

“ a) non sia punibile chi ha commesso un fatto previsto dalla legge come reato, se nel momento in cui l'ha commesso non era imputabile; non sia imputabile chi non ha la capacità di intendere o di volere;

b) la capacità di intendere o di volere sia esclusa quando l'agente non era in grado di comprendere il significato del fatto o comunque di agire secondo tale capacità di valutazione;

c) siano considerate causa di esclusione dell'imputabilità: infermità, i gravi disturbi della personalità, la cronica intossicazione da alcool o sostanze stupefacenti, se rilevanti rispetto al fatto commesso”

L'articolo 22, invece, dispone che: *“le pene siano diminuite da un terzo alla metà nei confronti di chi per infermità, gravi disturbi della personalità, cronica intossicazione da alcool, nel momento in cui abbia commesso il fatto fosse in condizioni tali da ridurre grandemente la capacità di intendere o di volere [...]»*

Dalla lettura dei presenti articoli, si evince che il progetto, più fedele all'impostazione vigente, ripropone la definizione di imputabilità mediante il riferimento alla capacità di intendere e di volere, intese come la capacità di comprendere il significato del fatto e di agire conseguentemente, in un'ottica di comprensione del significato offensivo dell'azione e non di antigiuridicità del fatto.

Come precedentemente proposto dal progetto Grosso, il concetto di infermità è affiancato da quello di “gravi disturbi della personalità” che siano “rilevanti rispetto al fatto commesso”. Questa decisione manifesta l'intento di recepire, quanto al vizio di mente, i principi fissati dalle Sezioni Unite penali (Sezioni Unite Raso, 25 gennaio 2005), procedendo all'abbandono della rigida definizione di infermità in favore di clausole aperte, che permettono di attribuire importanza ai fini giuridici anche ai disturbi della personalità, a determinate condizioni. Di conseguenza, viene definitivamente ampliato il concetto di vizio di mente, che vede inclusi anche i disturbi di personalità, dal momento che la psichiatria li considera, in particolari circostanze, sufficienti a compromettere le capacità intellettive e volitive del soggetto (Collica, 2005).

Le Sezioni Unite Raso specificano nella sentenza che il termine infermità “deve ritenersi, in effetti, assunto secondo una concezione più ampia di quello di malattia”. Pertanto, prosegue, tale formulazione risulta sufficiente a rendere possibile l'inclusione

di quei disturbi psichici che “anche al di fuori delle malattie psichiatriche valgono egualmente ad indiziare l'imputabilità”.

Un ulteriore merito delle Sezioni Unite Raso è quello di aver introdotto la necessità di un nesso causale tra la condizione fisiopsichica dell'autore e il fatto compiuto. Viene richiesto al giudice di “accertare se il fatto trovi o meno la sua genesi e la sua motivazione nel disturbo mentale che in tal guisa assurge ad elemento condizionante della condotta [...]”¹⁶.

A seguito di queste formulazioni, il progetto Pisapia delinea un intervento analogo, istituendo a norma la rilevanza dei disturbi di personalità e riportando la necessaria correlazione causale tra il disturbo e l'azione deviante: attraverso toni meno incisivi dei precedenti, la proposta di riforma indica l'importanza che il disturbo di personalità risulti “rilevante” rispetto al fatto commesso. Non ben determinata rimane l'ipotesi della capacità ridotta; a tale riguardo, non vi è alcuna norma che rimandi alla necessità del rapporto causale tra patologia e reato. Un ulteriore lacuna è rappresentata dal fatto che non vengono disciplinati gli stati emotivi e passionali, per i quali, invece, la sentenza Raso aveva proposto particolari disposizioni¹⁷.

Si intende che, qualora il progetto Pisapia fosse stato accolto, tutti gli aspetti non normati, come quelli sopra citati, sarebbero stati valutati analogamente alla sentenza delle Sezioni Unite Raso.

¹⁶La sentenza delle Sezioni Unite Raso ha posto in rilievo la correlazione necessaria tra il disturbo e l'atto commesso affermando che “è necessario che tra il disturbo mentale e il fatto di reato sussista un nesso eziologico che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo [...]. L'esame e l'accertamento di tale nesso eziologico si appalesa poi necessario al fine di deliberare non solo la sussistenza del disturbo mentale ma le stesse reali componenti connotanti il fatto di reato, sotto il profilo psico-soggettivo del suo autore, attraverso non un approccio astratto e ipotetico ma reale e individualizzato [...]”.

¹⁷ In particolare, vi si afferma che essi non possano aver rilievo, per espressa disposizione normativa di cui all'art. 90 c.p., salvo che “*non si inseriscano, eccezionalmente, per loro peculiarità specifiche, in un più ampio quadro di infermità*» *avente quelle connotazioni specificate per i disturbi della personalità di «[...] consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla capacità di intendere e di volere»*”.

1.3.3 La proposta di riforma della Commissione Pellissero

Nell'art. 16, lett. c), della legge delega presente nella "riforma Orlando" del 23 giugno 2017, n. 103, recante "Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario", si richiede al Governo di attuare una "revisione del rigido modello definitivo dell'infermità, mediante la previsione di clausole aperte, in grado di attribuire rilevanza, in conformità ai consolidati approdi scientifici, ai disturbi della personalità". Il 19 luglio 2017 è stata, dunque, nominata, con decreto del Ministro della Giustizia, Andrea Orlando, una Commissione, presieduta dal Prof. Marco Pellissero, volta all'elaborazione del relativo schema di decreto legislativo, pubblicato il 5 giugno 2018.

Il progetto avanza l'ipotesi di riscrivere l'art. 88 c.p., proponendo tale formulazione: *"non è imputabile chi ha commesso il fatto in ragione di un grave disturbo psichico o della personalità ovvero di un'altra infermità, quando è di intensità tale da escludere, al momento del fatto, la capacità di intendere o di volere"*. Similmente, viene preso in esame l'art. 89 c.p. e riformulato come segue: *"chi ha commesso il fatto in ragione di un grave disturbo psichico o della personalità ovvero di un'altra infermità, quando è di intensità tale da ridurre grandemente la capacità di intendere o di volere al momento del fatto, senza escluderla, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita"*.

Dall'analisi di queste due proposte di riforma, emergono i principali punti di incontro a cui è giunto il dibattito tra la giurisprudenza e le scienze psichiatriche e criminologiche. Come si nota, l'infermità non ha più ruolo chiave, come nei progetti precedenti, ma diviene semplice clausola di chiusura. Questa rilevante modifica è dovuta allo spostamento dell'attenzione del legislatore sui gravi disturbi psichici e della personalità. I primi, secondo Fornari (2005, p. 8) si riferiscono ai disturbi

"caratterizzati dalla compromissione dell'esame di realtà (deliri e allucinazioni, disturbi gravi dell'umore, disturbi cognitivi), ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego), autismo con alterazioni gravi dell'affettività contatto, impulsività incontrollata, comportamento disorganizzato e/o bizzarro e da altri disturbi psicotici o acuti o cronici";

per “gravi disturbi della personalità” si intendono, invece, quei disturbi

“caratterizzati dal funzionamento borderline di personalità con alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale (esplosioni di rabbia, intensa disforia, grave instabilità affettiva e relazionale con tendenza ad avere legami fusionali e a mantenere relazioni simbiotiche, timore dell'abbandono con depressione anaclitica, incapacità di affrontare gli stress), disturbi dell'identità (diffusione e assenza di una chiara identificazione con incapacità di reggere, organizzare ed elaborare la solitudine e di stare con se stessi), ricorso prevalente se non esclusivo all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego), alterazioni transitorie del sentimento di realtà (perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il sé dal non sé; sentimenti di angoscia panica; comportamenti bizzarri e incongrui) o dell'esame di realtà (ideazione paranoide, grave compromissione del tono dell'umore, comportamenti bizzarri e incongrui)”.

Il mantenimento del concetto di infermità, come si legge nella Relazione, è indicativo della volontà di preservare “l'esigenza di poter contare su un ulteriore fattore di elasticità ed inclusività per casi rari o sfuggenti, sia per ammettere [...] disturbi fisici o di natura organica che possono incidere sulle condizioni psichiche presenti al momento della consumazione del reato”. Viene inoltre richiesto un duplice accertamento della rilevanza penale di quelle infermità; in primis, le espressioni “chi ha commesso il fatto in ragione di un grave disturbo” e la presenza di quest'ultimo “al momento del fatto” richiedono la verifica del nesso causale e temporale tra il disturbo e il comportamento deviante. Come affermato dalla stessa Commissione:

“non è sufficiente l'accertamento del disturbo mentale, ma è necessaria l'effettiva e concreta incidenza dello stesso sull'atto delittuoso, considerandone la specifica funzionalità, modalità di manifestazione e sviluppo in relazione al reato commesso e al momento della commissione del fatto”.

Ciò che viene, in definitiva, richiesto all'esperto è di indagare la dinamica funzionale del disturbo, non soffermandosi alla sola dimensione categoriale-diagnostica, ma focalizzando la propria attenzione sulla criminogenesi e la criminodinamica del reato.

Il successivo accertamento da compiersi riguarda l'intensità dell'infermità che sia "tale da escludere, al momento del fatto, la capacità di intendere o di volere", dal momento che non tutti i disturbi compromettono tali capacità.

Per quanto concerne gli stati emotivi passionali, non vi è alcuna modifica alla disciplina dell'irrelevanza espressa nell'art. 90 c.p., ma viene ripreso quanto espresso dalle Sezioni Unite Raso (nota 23).

In definitiva, il progetto della Commissione Pelissero propone un accertamento dell'imputabilità affrancato dalle rigide classificazioni psichiatriche, e rivolto, invece, all'analisi degli effetti di uno stato psichico alterato in relazione alla commissione del reato. Per evitare l'inclusione di un qualsiasi tipo di alterazione mentale, si propone la verifica dinamico-funzionale del disturbo, in modo da evitare errate valutazioni di non imputabilità. La presa di posizione della Commissione sembra dunque rispondere alle recenti acquisizioni delle neuroscienze in tema di disturbi mentali (Bertolino, 2020). La disciplina neuroscientifica offre, in questo senso, un rilevante ausilio, individuando una base genetica e neuronale alla patologia mentale, compresi i disturbi della personalità (Forza, 2010, p. 133). In questo senso, può venire facilmente soddisfatto il criterio della gravità del disturbo, grazie alla concreta individuazione dell'estensione della patologia nel cervello.

Il Caso Bayout è stato significativo per l'applicazione di queste acquisizioni da parte della Corte d'Assise d'Appello di Trieste: a seguito della perizia, che ha mostrato una certa predisposizione genetica dell'imputato ai comportamenti aggressivi, la Corte ha dichiarato possibile operare una riduzione della pena¹⁸, confermando il rilievo delle neuroscienze nelle indagini peritali.

Per riassumere quanto finora analizzato, il progetto della Commissione Pelissero risulta la migliore espressione dell'evoluzione della giurisprudenza nei termini di un accordo aperto con il sapere scientifico, come già accennato nel progetto Grosso ed elevato a

¹⁸ La Corte, nella conclusione della sentenza n.5, in data 18 settembre 2009, dichiara che: «la circostanza emersa nel corso dell'ultima perizia psichiatrica e, vale a dire, che determinati "geni" presenti nel patrimonio cromosomico dell'imputato lo renderebbero particolarmente reattivo in termini di aggressività – e, conseguentemente vulnerabile – in presenza di situazioni di stress induce la Corte a rivalutare la decisione del GUP di non applicare nel massimo la riduzione di pena possibile per il difetto parziale di imputabilità. Proprio l'importanza del deficit riscontrato dai periti con queste nuovissime risultanze frutto dell'indagine genetica portano a ritenere che la riduzione possa effettivamente essere operata nella misura massima di un terzo».

principio nelle dichiarazioni delle Sezioni Unite Raso; nello specifico, questo è valido soprattutto per quello che concerne il concetto di imputabilità e la nuova concezione di infermità, nella sua definizione più ampia. Si viene così a creare una relazione tra la dottrina giuridica e la dottrina scientifica di tipo plastico e collaborativo. (Pulitanò, 2006). Principale nota negativa di questo cambiamento è costituita dalla difficoltà nel distinguere i disturbi degni di rilevanza tra tutti quelli riconosciuti diagnosticamente. A tale proposito, esemplificativa è l'osservazione di Fiandaca (2002, pp. 872-873) riguardo il possibile impatto sulla giurisprudenza di una disciplina del codice che risulti troppo indefinita; l'autore si riferisce, nello specifico, alle possibili ripercussioni in materia di pedofilia e di

“psichismo mafioso negli associati di mafia: i quali avrebbero una personalità psicopatologica in quanto aderenti ad un universo totalizzante che abolisce ogni autonomia di pensiero individuale, vieta qualsiasi forma di comunicazione interpersonale autentica, accentua la logica della contrapposizione amico-nemico, impone una ideologia fondamentalista che induce a considerare come meritevoli di rispetto i soli valori mafiosi e di conseguenza, neutralizza o comunque attutisce fortemente la consapevolezza dell'“illecito” tutte le volte in cui la vittima di reato è soggetto estraneo alla comunità mafiosa”.

In generale, questo cambio di orientamento nella psichiatria e, conseguentemente, nella giurisprudenza riflette l'emergere di una particolare sensibilità caratteristica della moderna società nei confronti della sofferenza dell'individuo e del rispetto del diritto di salute dei cittadini, nel rispetto di quanto dichiarato all'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana¹⁹. Quanto detto si può applicare anche alla logica che sottende ogni manuale diagnostico, primo fra tutti il DSM:

“non sono gli psichiatri o gli psicologi che vogliono classificare le persone dando loro delle etichette mediche; sono al contrario le persone che stanno male che richiedono di vedere riconosciuta la propria sofferenza, di vedere assegnato un nome al proprio disagio e di avere quindi accesso alle cure” (Biondi et al., 2014, p. 59).

¹⁹ Dichiara l'art. 32 Cost.: “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana (5 c.c.)*”

Premesso ciò, si è fatta forte la necessità di individuare i criteri mediante i quali si possa regolamentare l'inclusione (o l'esclusione) nel processo dei disturbi in veste di vizi di mente rilevanti (Ponti, 1994, p.10). Il Progetto Pelissero individua tali criteri nel nesso causale e cronologico tra il disturbo e il reato commesso e nell'effettiva incidenza di quel disturbo sull'autodeterminazione dell'individuo nell'acquisizione della condotta criminale. Quanto detto si traduce nella concreta attenzione all'effetto del disturbo sullo stato di mente del soggetto (Manna, 2006).

Chiarito questo aspetto, il problema si delinea a livello probatorio, dove bisogna appurare l'affidabilità e l'attendibilità dei concetti finora riportati. Il giudice deve effettuare l'accertamento attraverso i criteri di affidabilità del metodo scientifico, di verificabilità, falsificabilità, controllo della comunità scientifica, conoscenza del tasso di errore e accettazione nella comunità degli esperti, come espressamente dichiarato dalla sentenza Daubert della Corte Suprema degli Stati Uniti del 1993; accanto a tali criteri, vi sono quelli di professionalità ed indipendenza dell'esperto, delle finalità per le quali si muove e dell'esclusione di margini di soggettività nella valutazione peritale, come elaborato dalla sentenza Cozzini.²⁰

In questo processo si offrono quali strumento di efficace ausilio in ambito probatorio le tecniche neuroscientifiche, le quali semplificano l'accertamento clinico di un grave disturbo psichico, di un disturbo della personalità o di altra infermità (Bertolino, 2012). Si tratta di un contributo esplicativo, il quale, unitamente a quello clinico, permette di rilevare la scientificità del disturbo e il suo livello di incidenza sulla capacità di intendere e di volere del soggetto. Ne traspare l'indicazione delle Sezioni Unite Raso secondo cui, al momento dell'accertamento "il giudice deve procedere avvalendosi degli strumenti tutti a sua disposizione, l'indispensabile apporto e contributo tecnico, ogni altro elemento di valutazione e di giudizio desumibile dalle acquisizioni processuali".

In definitiva, la questione dell'imputabilità ritrova ancora oggi nella sentenza delle Sezioni Unite Raso il fondamento principale in grado di dirimere il controverso concetto di infermità, asserendo che esso contiene in sé già tutti i disturbi di cui si discute, occorre però verificarne la rilevanza in concreto. A rafforzare tale assunto, è

²⁰ Cass. Pen., sez. IV, 19 settembre 2010, n. 43786, in Dejure

proprio l'art. 85 c.p. nella vigente formulazione, che non si sviluppa attorno al concetto astratto di infermità, quanto piuttosto allo "stato di mente" da essa determinato. In tale senso, "ciò che rileva nella disciplina in esame [...] non è la causa dell'incapacità, ma il suo effetto: non è il carattere astrattamente patologico del disturbo, ma il risultato da esso determinato" (A. Manna, 2006, p. 228). A conferma di questa considerazione, ancora prima della sentenza Raso, è stato affermato che il termine generico di infermità sia stato scelto dal legislatore per evidenziare il fatto che il giudice non debba interessarsi di un eventuale dibattito tra esperti circa la categorizzazione della malattia o del disturbo in esame, quanto piuttosto comprendere se questi ultimi abbiano determinato delle conseguenze a carico della capacità intellettuale e volitiva al momento del fatto (Introna, 1996).

1.4 IMPUTABILITÀ E DISTURBI DI PERSONALITÀ

La giurisprudenza ha avviato un processo di ampliamento del significato di infermità, che si muove parallelo all'attuale stadio delle scienze psichiatriche e prevede l'inclusione nel termine di qualunque disturbo che, incidendo sulla psiche, comprometta totalmente o parzialmente la capacità di intendere e di volere. In quest'ottica, anche i disturbi di personalità possono risultare rilevanti ai fini dell'esclusione di imputabilità.

La già citata Sentenza delle Sezioni Unite dell'8 marzo 2005 n. 9163 ha avuto, tra gli altri, il merito di operare una ricognizione del rapporto tra scienza psichiatrica e diritto penale, nei termini di una

“necessaria collaborazione tra giustizia penale e scienza; a quest'ultima il giudice non può in ogni caso rinunciare- pena l'impossibilità stessa di esprimere qualsiasi giudizio- e non può che fare riferimento alle acquisizioni scientifiche che, per un verso siano quelle più generalmente accolte, più condivise, finendo col costituire generalizzata prassi applicativa”.

Chiarito il rapporto tra scienza e giurisprudenza, risulta doverosa conseguenza l'inclusione dei disturbi di personalità nel novero delle condizioni di infermità mentale, e il riconoscimento ad essere essi stessi causa idonea ad escludere o diminuire la capacità di intendere e di volere del soggetto. Unica condizione affinché ciò si realizzi è una determinata intensità e gravità nella manifestazione dei suddetti disturbi e un rapporto di causalità con il reato commesso; in questo senso, si legge nella sentenza: “non interessa tanto che la condizione del soggetto sia esattamente catalogabile nel novero delle malattie elencate nei trattati di medicina, quanto che il disturbo abbia in concreto l'attitudine a compromettere gravemente la capacità sia di percepire il disvalore del fatto commesso, sia di recepire il significato del trattamento punitivo”.

Ne traspare l'accostamento della disciplina giuridica al paradigma psichiatrico attuale, che nella genesi e nel condizionamento dell'infermità mentale non considera più solamente le variabili biologiche, ma include anche gli aspetti psicologici, sociali e relazionali che caratterizzano la condizione del soggetto.

Il risultato di maggior rilievo di questo orientamento è lo spostamento di attenzione sul singolo e l'imposizione di una indagine esauriente del caso, per verificare la sussistenza

di uno stato patologico al momento del fatto, senza che questo rientri perentoriamente nel quadro di una malattia psichiatrica in senso stretto ai fini della diminuzione o esclusione della responsabilità (Fidelbo, 2005). Aggiunge Fidelbo che, in ausilio a questa nuova direzione, vengono adottati dal diritto penale italiano tre differenti criteri: la patologicità del disturbo, l'intensità dello stesso o valore di malattia e il nesso eziologico tra infermità e commissione del reato. Di seguito un'analisi dei parametri.

Il primo criterio ritiene rilevante il disturbo psichico, anche non delineabile a livello nosografico, purché sia tale da generare uno stato patologico nel soggetto; infatti: “in materia di imputabilità, la capacità di intendere e di volere può ritenersi esclusa o gravemente diminuita solo in presenza di una infermità mentale che sia conseguenza di un'alterazione patologica insediatasi nel soggetto, anche non stabilmente²¹”. Come si è precedentemente affermato (1.1.4), anche le reazioni “a corto circuito”, possono assumere rilievo in materia di imputabilità, qualora siano il risultato di una condizione di malattia, “incidendo soprattutto sull'attitudine della persona a determinarsi in modo autonomo, con possibilità di optare per la condotta adatta al motivo più ragionevole e di resistere, quindi, agli stimoli degli avvenimenti esterni²²”.

Riferendosi sempre alle parole di Fidelbo, il secondo criterio si riferisce all'intensità del disturbo e alla sua capacità di alterare la capacità di intendere e di volere; in questo senso, vengono incluse anche quelle anomalie psichiche, non classificabili nosograficamente, in grado di compromettere le abilità intellettive e volitive del soggetto. Questa posizione viene consolidata dalla Cassazione, la quale evidenzia come “gli art. 88 e 89 c.p.-[...] postulano l'esistenza di una vera e propria malattia mentale,[...]oppure di anomalie psichiche che, seppur non classificabili secondo precisi schemi nosografici, perché sprovviste di una sicura base organica, siano tali, per la loro intensità, da escludere totalmente o scemare grandemente la capacità di intendere e di volere del colpevole²³”.

Precisa, inoltre, la Cassazione, che

²¹ Cass., sez. VI, 01.03.2004, Martelli, in ced cass., 229136

²² Cass. sez. I,n. 5885/1997; id. Cass. Sez. I, 22.04.1997, Ortolina, in Ced. Cass. N. 207825

²³ Cass., sez. VI, 12.03.2003 Moranzio, in Ced Cass. Rv. 226006

“il concetto di infermità mentale recepito dal nostro codice penale è più ampio rispetto a quello di malattia mentale, di guisa che, non essendo tutte le malattie di mente inquadrare nella classificazione scientifica delle infermità, nella categoria dei malati di mente potrebbero rientrare anche dei soggetti affetti da nevrosi e psicopatie, nel caso che queste si manifestino con elevato grado di intensità e con forme più complesse tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi²⁴”.

Fidelbo (2005) rileva come tale sentenza attui un confronto tra la psicosi, condizione generalmente intesa come malattia, e il disturbo di personalità: “quanto più il disturbo della personalità si avvicina alla psicosi tanto più elevato è il suo grado di gravità e, di conseguenza, attraverso un processo di assimilazione la giurisprudenza è disposta a riconoscere rilievo alle nevrosi e alle psicopatie”. Tuttavia, questa considerazione può funzionare al momento principalmente a livello teorico, in quanto non sono stati ancora formulati dei metodi per valutare clinicamente la gravità del disturbo.

Per quanto concerne il terzo criterio, esso si riferisce alla ricerca di un rapporto tra il disturbo psichico e l'azione dell'imputato. Risulta doveroso attuare un'analisi volta a verificare se la condizione di infermità abbia sostenuto un ruolo motivante rispetto al fatto commesso e a stabilire “se la stessa sia tale da far fondatamente ritenere che quel soggetto, in relazione al fatto compiuto, o non fosse proprio in grado di rendersi conto della illiceità del fatto e di comportarsi in conformità a questa consapevolezza [...], ovvero se avesse al riguardo una capacità grandemente scemata²⁵”.

Ancora, “[...] è [...] necessario accertare l'esistenza di un effettivo rapporto tra il complesso delle anomalie psichiche effettivamente riscontrate nel singolo soggetto e il determinismo dell'azione delittuosa da lui commessa [...]²⁶”.

La giurisprudenza di merito si è espressa, inoltre, sulla considerazione giuridica del disturbo di personalità, affermando che:

“per stabilire la rilevanza sull'imputabilità del disturbo di personalità, sul quale si è inserito un discontrollo episodico [...] è necessario anzitutto accertare se la sintomatologia riscontrata sia indicativa solo di particolari note del carattere o di

²⁴ Cass. sez. I, 09.04.2003, De Nardo, In Ced Cass. Rv. 224809

²⁵ Cass. sez. I, 25.02.1986, Ragno, Giust. Pen., 1987 p. 387

²⁶ Cass. sez. I, 09.04.2003, De Nardo, in CED, Cass., n. 224809

semplici disturbi della sfera neurovegetativa, senza alcun apprezzabile riflesso sulla capacità intellettuale e volitiva del soggetto, ovvero derivi da un'alterazione della psiche di carattere patologico, per quanto momentanea²⁷”.

Nella stessa sede, la Corte aggiunge che: “per potersi affermare la sussistenza di uno scompenso patologico momentaneo, occorrono quanto meno due componenti: elementi clinici (ovviamente documentati) ed una comprensibile psicologia dell'atto (nel senso di una non comprensibilità della condotta rispetto allo stile di vita del soggetto”. L'ampliamento del significato di malattia psichica è sorretto anche dall'introduzione del criterio valutativo, accanto al già esistente criterio diagnostico²⁸.

Questa posizione della giurisprudenza comporta una valutazione accurata degli eventuali presupposti per l'applicazione degli articoli 88 e 89 c.p., che non deve essere influenzata dalle classificazioni scientifiche, ma deve essere eseguita tenendo in forte considerazione i dati clinici e comportamentali quali “rilevatori dell'asserito quadro morboso²⁹”. È bene precisare che non si tratta, in ogni caso, di un orientamento univoco e indiscusso, come si evince da talune posizioni della giurisprudenza che non riconoscono ai disturbi della personalità alcun rilievo in merito alla capacità di intendere e di volere³⁰.

²⁷ Corte di assise di Reggio Emilia, 09.10.1998, n. 2 Bretoni, in riv. It. Med. Leg. 2000 pag. 285.

²⁸ Ass. Padova, 10.04.2001, Molon

²⁹ Tribunale di Piacenza, 31.05.2002, n. 769, Bussi, in Riv. Penale 2004 pag. 561

³⁰ Ass. Foggia, 09.02.2000, Botticelli, in riv. It. Med. Leg., 2002, p. 896

CAPITOLO II: IL DISTURBO MENTALE IN MEDICINA E PSICHIATRIA

2.1 I PARADIGMI CLASSICI APPLICATI ALLA GIURISPRUDENZA

Il primo e più antica modello psichiatrico della malattia mentale si è sviluppato alla fine del 1700 con gli studi di Esquirol, Chiarugi e Pinel e riassumibile con l'affermazione del medico e psichiatra tedesco Griesinger "le malattie mentali sono malattie del cervello" presente nella prima pagina della sua opera *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (1845). Una considerazione di ambito strettamente organico, che fa risiedere tutte le alterazioni della mente nel cervello. Con l'avvenire delle scoperte scientifiche, il crescente valore della certezza e determinatezza e l'esigenza del rispetto delle garanzie, tutti aspetti peculiari del periodo dell'Illuminismo, la stessa psichiatria ha subito una trasformazione, orientandosi verso lo studio di dati certi e decretandosi definitivamente come scienza medica. Diretta conseguenza è la ricerca di cause organiche all'origine del disturbo mentale. Grande spinta al cambiamento, oltre che dalle caratteristiche socioculturali della comunità scientifica del tempo, è stata data dalla concezione medico-positivista, che sosteneva come ogni comportamento umano fosse un problema di fisiologia neuromuscolare. Ne deriva una diffusa convinzione sia nella psichiatria che nel diritto della necessità di isolare l'infermo di mente in strutture quali i manicomi, a causa della sua totale incapacità e pericolosità (Ponti, 1994) e nel rispetto dell'esigenza di sicurezza della società borghese. All'interno di tale paradigma sono distinguibili differenti orientamenti (Bertolino, 1981, p. 194): oltre ad una visione della malattia mentale derivante da causa biologica od organica, tuttora molto diffusa nelle sentenze della Cassazione³¹, è riscontrabile un ulteriore orientamento in cui si tende ad inquadrare il disturbo mentale, rilevante per l'eventuale esclusione dell'imputabilità o limitazione della stessa, in uno schema classificatorio "nosografico". Quest'ultima corrente richiama l'impostazione introdotta in psichiatria da Kraepelin, il quale sottolineava l'importanza di assicurare l'appartenenza della malattia mentale ad una precisa classificazione medica, raggruppando i quadri morbosi che presentano

³¹ Si veda, a titolo esplicativo, Cass., Sez. III, 9 aprile 1998, n. 4279, che dichiara: "Perché ricorra il vizio parziale di mente non basta una qualsiasi deviazione della funzione mentale, ma occorre che la diminuzione delle facoltà intellettive e volitive dipenda da un'alterazione patologica clinicamente accertabile, corrispondente al quadro clinico tipico di una determinata malattia".

comuni cause, forme, sviluppo, decorso, esito e reperto cerebrale. Kraepelin si riferisce ai vari disturbi definendoli come malattie, “delineando così un concetto di malattia mentale intesa come unità morbosa, pur mantenendo come presupposto di base l’orientamento medico” (Bertolino, 1981). I disturbi psichici vengono così inseriti “in quadri morbosi che hanno le stesse cause, le stesse forme psicologiche fondamentali, lo stesso sviluppo e decorso, lo stesso esito e lo stesso reperto cerebrale, che quindi concordano nel quadro generale [...]” (Jaspers, 1913/1964, p. 606.). Ciò rende il malato di mente tale solo se ascrivibile ad una determinata e accertabile malattia fisica del sistema nervoso centrale, nosograficamente inquadrata. Vi sono sentenze della Cassazione che si rifanno a questo principio, per citarne una: “se il disturbo psichico è aspecifico e non corrisponde al quadro-tipo di una data malattia, non esiste uno stato patologico coincidente con il vizio parziale di mente”³². Secondo la logica di queste considerazioni, possono rientrare nel campo di applicazione degli artt. 88 e 89 le psicosi, condizioni patologiche di origine organica, sia per la loro maggiore gravità sia per l’importanza riconosciuta loro al tempo della redazione del codice (Romano & Grasso, 2012). Di conseguenza, rimangono esclusi dal novero tutti i disturbi psichici che la psichiatria non riconosce come patologie, quali le nevrosi, le psicopatie, le deviazioni sessuali ed i disturbi psicopatologici transitori.

Un differente paradigma medico, introdotto da Jaspers in *Psicopatologia generale* (1913/1964) che si può definire “psicopatologico”, svincola il vizio di mente dalla classificazione nosografica, legandolo a un processo morboso dove l’attenzione è rivolta al vissuto del paziente e all’analisi “esperienze interne e del modo in cui esse vengono vissute da ciascun soggetto. Attraverso l’analisi sarebbe, infatti, possibile individuare i disturbi psichici rilevanti, indipendentemente da un loro inquadramento nosografico o da una loro sicura origine organica” (Bertolino, 1981); non viene dimenticata, tuttavia, l’origine di tale processo in un’alterazione patologica comunque clinicamente accertabile. Tale visione rivela l’insufficienza dell’oggettivizzazione del malato di mente e la sua considerazione a semplice organismo disfunzionante, elementi tipici del paradigma biologico e del modello nosografico. In quest’ottica, il vizio di mente è rilevabile quando il disturbo mentale dipende “da una infermità, cioè da uno stato

³² Cass., sez. I, 27 gennaio 1979, in Riv. Pen., 1979, p. 435

patologico che alteri i processi intellettivi o quelli della volontà [...]”³³, escludendo “l’attribuzione di rilevanza alle semplici anomalie caratteriali e della personalità, nonché alle nevrosi e alle psicopatie [...]” (Padovani, 2011, p. 719). Infatti, se per il paradigma medico la psicosi rientra nel novero delle malattie, la psicopatia è, invece, da considerarsi una “mera caratteropatia, una anomalia del carattere, non incidente sulla sfera intellettiva o della volontà e, quindi, non in grado di annullare o di scemare grandemente la capacità di intendere e di volere” (Dolcini & Marinucci, 2011, p. 1401).

Il codice Rocco, nella sua stesura, ha utilizzato il paradigma medico-organicistico come riferimento per delineare la condizione di infermità mentale, la quale assume la connotazione di malattia fisica del sistema nervoso centrale ed è collocabile in precisi schemi nosografici. Tale paradigma ha utilizzato come fondamento esplicativo la scoperta dell’eziopatogenesi luetica, in seguito alla quale “si tenta di spiegare tutte le altre «malattie» psichiche secondo il modello della paralisi progressiva” (Bertolino, 1981). La scelta di utilizzare il modello medico-organicistico fu dettata dalle esigenze del regime, poiché la circoscrizione delle malattie mentali a condizioni organiche evitava un eccessivo ampliamento della non imputabilità, che avrebbe altrimenti limitato grandemente l’applicazione della pena nella sua funzione punitiva.

In seguito, la giurisprudenza ha generalmente mantenuto questo orientamento, come si può evincere da alcune sentenze della Cassazione³⁴, dove si nota la centralità della genesi organico-patologica dell’infermità.

In definitiva, l’indirizzo medico assunto negli anni dalla giurisprudenza prevede un concetto di malattia legato a un substrato organico, ed esclude anomalie prive di riscontro anatomico; solo una concreta alterazione patologica, infatti, potrebbe compromettere le capacità intellettive e volitiva del soggetto e comportare la non imputabilità, come dichiarato dall’articolo 85 del codice penale. Ne consegue, secondo

³³ Cass., sez. I, 17.11.1967, in Riv. Pen., 1969, 127

³⁴ Cass. sez. I, 25.10.1974 La giustizia penale 1975 pag. 610: “L’infermità mentale, ai sensi degli artt. 88 e 89 c.p. deve dipendere esclusivamente da una causa patologica, tale da alterare i processi intellettivi o volitivi, con annientamento o grande diminuzione della capacità di intendere e di volere”.
O ancora, Cass., sez. I, 8.11.1977 La Giustizia penale 1978, pag. 361: “Ai fini della sussistenza del vizio parziale o totale di mente, la infermità mentale deve dipendere sempre da una causa patologica tale da alterare i processi di intelligenza o della volontà, con esclusione, ovvero notevole diminuzione, della capacità di intendere e di volere”

questo indirizzo, che “in tema di imputabilità, la malattia di mente rilevante per la sua esclusione o riduzione è solo quella medico-legale, dipendente da uno stato patologico serio che comporti una degenerazione della sfera intellettiva o volitiva dell’agente³⁵”.

Come si vedrà più avanti, l’approccio della psichiatria forense considera il termine “infermità” indicativo dei risvolti del disturbo mentale sul funzionamento psichico del soggetto e sul suo comportamento (Fornari, 2005, p. 5).

³⁵ Cass. sez. I, 25.03. 2004, Egger, in ced. cass., rv. 227926

2.2 VALUTAZIONE MEDICA DEL PAZIENTE CON DISTURBI MENTALI

First (2022), sulla piattaforma online del manuale MSD, uno dei più autorevoli strumenti di informazione e aggiornamento in ambito medico a livello internazionale, descrive il processo di valutazione medica di pazienti che manifestano disturbi mentali. Il metodo di valutazione varia a seconda della circostanza in cui viene effettuata, se i disturbi costituiscono un'emergenza o siano oggetto di controllo di una visita programmata. Tuttavia, ciò che non varia, in qualsiasi contesto clinico si presenti il paziente con disturbi di natura mentale, dall'assistenza di base alle unità di emergenza, è l'obiettivo primario della valutazione: essa, infatti, si propone strumento per identificare tre possibili condizioni:

- Patologie fisiche che riproducono i disturbi mentali
- Patologie fisiche causate da disturbi mentali o dal loro trattamento
- Patologie fisiche che accompagnano i disturbi mentali

In caso di diagnosi d'emergenza, il medico può porre attenzione principalmente sull'anamnesi, sui sintomi e sulle anomalie di comportamento più immediati, così da giungere più velocemente ad una decisione risolutiva per la gestione del caso.

La valutazione medica, che si articola in anamnesi, esami e spesso indagini di imaging del cervello e analisi di laboratorio, viene effettuata in tre possibili e differenti condizioni: nuova insorgenza di sintomi mentali; sintomi qualitativamente diversi o inaspettati in un paziente con un disturbo mentale noto o stabile; disturbi mentali che iniziano in età inaspettata. L'obiettivo della valutazione medica non è la formulazione di una diagnosi specifica psichiatrica, quanto piuttosto diagnosticare condizioni organiche sottostanti e concomitanti il disturbo mentale.

I disturbi mentali presentati dal paziente possono essere precedenti, coesistenti o susseguenti una condizione organica patologica, in un intreccio di causalità ed effetti. Da un disturbo mentale si può sviluppare un disturbo fisico non correlato (p.es., meningite, chetoacidosi diabetica) che può provocare il peggioramento del disturbo mentale preesistente o l'insorgenza di nuovi disturbi mentali. Pertanto, il medico non deve presumere che tutti i sintomi mentali del paziente con un disturbo mentale conclamato siano causati dal disturbo stesso, ma deve assumere un atteggiamento

preventivo e ipotizzare l'esistenza di cause organiche per tali sintomi mentali, soprattutto in pazienti che non sono in grado di descrivere la propria condizione fisica perché affetti da psicosi o demenza.

Numerosi sintomi che riproducono specifici disturbi mentali sono determinati da disturbi organici (si veda tabella 1), mentre alcune patologie provocano alterazione dell'umore e dei livelli di energia, senza arrivare a ricostruire un disturbo di natura mentale vero e proprio.

Nella valutazione medica, il professionista è chiamato a controllare l'eventuale terapia in uso del paziente, in quanto è noto che determinati farmaci causino disturbi mentali; le classi di farmaci più comuni sono:

- Farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale (p. es., anticonvulsivanti, antidepressivi, antipsicotici, sedativi/ipnotici, stimolanti)
- Anticolinergici (p. es., antistaminici)
- Corticosteroidi

Sono stati presi in considerazione anche altri farmaci utilizzati in protocolli terapeutici che comprendono alcune classi normalmente non considerate (p. es., antibiotici, antipertensivi). Un'altra causa di insorgenza di disturbi mentali è l'abuso di sostanze, in particolare alcol, anfetamine, cannabis, cocaina, allucinogeni e fenciclidina. Inoltre, l'astinenza da alcol, barbiturici o benzodiazepine può portare a sintomi mentali (p.es., ansia) oltre ai canonici sintomi organici di astinenza.

In alcuni pazienti che si presentano per cure psichiatriche il medico può riscontrare disturbi fisici non diagnosticati, i quali, pur non essendo causa dei loro sintomi mentali, richiedono una valutazione ed un trattamento a parte. Tali disturbi possono essere non correlati (p. es., ipertensione, angina) o causati dalla malattia mentale (p. es., malnutrizione causata dalla mancanza di motivazione nel mangiare, derivante da schizofrenia cronica) o dal trattamento della stessa (p. es., ipotiroidismo causato dal litio, iperlipidemia secondaria ad antipsicotici atipici).

Tabella 1*Esempi di sintomi mentali dovuti a condizioni organiche (First, 2022)*

SINTOMO MENTALE	DISTURBO ORGANICO
Confusione, delirium, disorientamento	Arterite cerebrale, compresa quella provocata dal lupus eritematoso sistemico Infezione del sistema nervoso centrale (p. es., encefalite, meningite, toxoplasmosi) Crisi parziali complesse Disidratazione Overdose, compresa l'overdose di farmaci da prescrizione Alterazioni elettrolitiche Febbre Ipoglicemia Ipotermia Ipossia Insufficienza epatica Lesioni espansive (p. es., tumore, ematoma) Insufficienza renale Sepsi Disturbi tiroidei (p. es., ipotiroidismo) Infarto vascolare Deficit di vitamine
Deficit delle facoltà cognitive, instabilità comportamentale	Malattia di Alzheimer e altri disturbi cerebrali degenerativi HIV/AIDS Malattia di Lyme Lesioni espansive Sclerosi multipla Neurosifilide Morbo di Parkinson Ematoma subdurale Lupus eritematoso sistemico Malattie tiroidee Infarto vascolare Deficit di vitamine
Depressione	Neoplasia cerebrale Trattamenti contro il cancro, tra cui l'interferone Sindrome di Cushing Malattie demenziali Malattia di Huntington Ipotiroidismo Sclerosi multipla Morbo di Parkinson Lupus eritematoso sistemico

	<p>Apnea del sonno Ictus Trauma cranico</p>
Euforia, mania	<p>Sclerosi laterale amiotrofica Neoplasia cerebrale Abuso di stimolanti sul sistema nervoso centrale Sindrome di Cushing Malattie demenziali Malattia di Huntington Ipertiroidismo Sclerosi multipla Morbo di Parkinson Ictus Trauma cranico</p>
Insonnia	<p>Disturbi del ritmo circadiano del sonno Dispnea o ipossia Malattia da reflusso gastroesofageo Ipertiroidismo Sindromi dolorose Disturbo da movimenti periodici degli arti o sindrome delle gambe senza riposo</p>
Irritabilità	<p>Sclerosi multipla Astinenza da oppiacei Deficit di vitamina B12</p>
Deterioramento della memoria	<p>Abuso di alcol Malattie cerebrovascolari Criptococcosi Malattie demenziali HIV/AIDS Malattia di Huntington Ipercalcemia Ipotiroidismo Abuso di inalanti Sclerosi multipla Neurosifilide Carenza di niacina Morbo di Parkinson Malattia da prioni Lupus eritematoso sistemico Deficit di tiamina Trauma cranico</p>
Cambiamento della personalità	<p>Malattie cerebrovascolari Malattia demenziale Epilessia HIV/AIDS Iperadrenocorticismo Ipoadrenocorticismo Ipotiroidismo</p>

	Lesioni espansive Sclerosi multipla Lupus eritematoso sistemico Trauma cranico
Psicosi (allucinazioni, deliri)	Encefalite autoimmune Neoplasia cerebrale Malattie cerebrovascolari Infezioni del sistema nervoso centrale Danno al nervo ottico o vestibolococleare Sordità Malattie demenziali Epilessia Alterazioni del fluido o elettrolitiche Malattia di Huntington Iperadrenocorticismo Ipercapnia Iperparatiroidismo Ipertiroidismo Ipoadrenocorticismo Ipoglicemia Ipoparatiroidismo Ipotiroidismo Ipossia Eemicrania Sclerosi multipla Lupus eritematoso sistemico Abuso di sostanze Sifilide

Da questa analisi si evince l'importanza di una valutazione medica del paziente, al fine di comprendere l'origine della manifestazione del disturbo mentale. Se non vengono riscontrate cause organiche, si procede considerando il disturbo come sintomo di pure alterazioni psichiche, e le conseguenze a livello giuridico possono variare a seconda dell'orientamento assunto dagli esperti e dal giudice nel considerare tali anomalie.

2.3 L'APPROCCIO PSICHIATRICO AI DISTURBI MENTALI

Nella scienza psichiatrica per formulare una diagnosi sono presenti differenti approcci, così esposti da Fornari nel *Trattato di Psichiatria Forense* (2015, p. 45):

- a) L'approccio classificatorio classico: le categorie nosografiche si definiscono per sommatoria di segni e sintomi; vengono distinte le insufficienze mentali, le perversioni sessuali, le nevrosi e le psicopatie, le reazioni abnormi e gli sviluppi di personalità, e le psicosi;
- b) L'approccio categoriale o alfa numerico: nel DSM 5 al modello categoriale si affianca un approccio funzionale e valutazioni dimensionali che “misurano” e “quantificano”;
- c) L'approccio strutturale: attua un'analisi di come si sia organizzata stabilmente l'identità personale, con rimando alla teoria freudiana sulle relazioni tra Io, Es e Super Io, la formazione di meccanismi di difesa, le relazioni oggettuali e la gestione dell'aggressività; questo approccio prende in esame la struttura dell'Io, l'eventuale diffusione del senso di identità, la condizione dell'esame di realtà, le modalità di gestione dell'aggressività e della sessualità e l'utilizzo di meccanismi di difesa primari e secondari;
- d) L'approccio neurobiologico: si focalizza sullo studio dell'eventuale presenza di alterazioni nell'attività cerebrale, utilizzando specifici strumenti, quali questionari, PET, SPECT, fMRI; l'intento è di stabilire correlazioni significative tra lesioni del cervello e disturbi mentali;
- e) L'approccio dimensionale: prevede la costruzione di contenitori in cui collocare sintomi e segni; questo modello prevede che ogni dimensione psicopatologica possa essere riportata a uno specifico meccanismo patofisiologico e a un conseguente intervento terapeutico particolare;

Fornari illustra, inoltre, le principali differenze che intercorrono tra una psichiatria di tipo nosografico e una psichiatria definita “comprensiva” (si veda tabella 2)

Tabella 2

(Fornari, 2015, p. 44):

PSICHIATRIA NOSOGRAFICA	PSICHIATRIA COMPRENSIVA	
Psichiatria descrittiva Le classificazioni L'obiettività Cosa ha e perché soffre (o fa soffrire): la ricerca della/e causa/e	Psichiatria fenomenologica La soggettività Chi è e come mai soffre (o fa soffrire): la ricerca delle ragioni	Psichiatria psicodinamica Il divenire Come si strutturano una nevrosi, una psicosi o un disturbo di personalità
<i>Avere</i> una nevrosi o una psicosi Il <i>metodo</i> : la neutralità, l'obiettività e la misurabilità L' <i>oggetto di interesse</i> : il bios Il <i>modello di riferimento</i> : le scienze naturali Gli <i>strumenti</i> : il laboratorio, le misurazioni strumentali	<i>Essere</i> un nevrotico o uno psicotico Il <i>metodo</i> : l'intuizione, la comprensione, l'ascolto, il conferimento di significati L' <i>oggetto di interesse</i> : la sofferenza umana Il <i>modello di riferimento</i> : le scienze umane Gli <i>strumenti</i> : la narrazione che cerca di cogliere il senso nascosto del sintomo nella sua consonanza o dissonanza intra -e intersoggettiva	
L' <i>intervento</i> : farmacologico	L' <i>intervento</i> : psico e socioterapeutico	

2.3.1 IL DSM-V e i disturbi di personalità

Dagli anni 2000 circa, è stato ravvisato un aumento dell'utilizzo e della formulazione di strumenti diagnostici che mettano in rilievo l'importanza del colloquio e della relazione tra paziente e operatore. In questo senso, la quinta versione del DSM ha visto un superamento degli Assi e della diagnosi categoriale per orientarsi verso una diagnosi dimensionale, fondata su una relazione interpersonale che considera l'importanza della storia del paziente e della relazione di attaccamento primario, con particolare attenzione alla ricerca del trauma e della sua mancata elaborazione (De Mari, 2018, p. 9).

Questo approccio risulta evidente dalla definizione formulata nel DSM-V del disturbo mentale:

“una sindrome caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, della regolazione delle emozioni o del comportamento di un individuo, che riflette una disfunzione dei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un livello

significativo di disagio o di disabilità in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti”.

Riguardo i criteri diagnostici generali per il disturbo di personalità, il DSM-V dichiara:

“La caratteristica essenziale di un disturbo di personalità sono le compromissioni del funzionamento di personalità (area del sé e interpersonale) e la presenza di tratti di personalità patologici. Per diagnosticare un disturbo di personalità, devono essere soddisfatti i seguenti criteri:

- A. Compromissioni significative nel funzionamento del sé (identità o autodirezionalità) e nel funzionamento interpersonale (empatia o intimità)
- B. Uno o più domini di personalità o tratti specifici patologici
- C. Le compromissioni nel funzionamento di personalità e nell’espressione di un tratto di personalità dell’individuo sono relativamente stabili nel tempo e coerenti nelle diverse situazioni
- D. Le compromissioni nel funzionamento di personalità e nell’espressione di un tratto di personalità dell’individuo non sono dovute esclusivamente agli effetti fisiologici diretti di una sostanza (es. sostanza di abuso, farmaco) oppure di una condizione medica generale (es. grave trauma cranico).

Tra i disturbi di personalità annoverati nel DSM-V, risulta di particolare interesse per la presente trattazione il disturbo antisociale di personalità, per il suo riscontro in numerosi soggetti autori di reato. Di seguito, i criteri diagnostici 301.7 (F60.2) del DSM-V:

- A. Un pattern pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri, che si manifesta fin dall’età di 15 anni, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
 - 1. Incapacità di conformarsi alle norme sociali per quanto riguarda il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di atti passibili di arresto.
 - 2. Disonestà, come indicato dal mentire ripetutamente, usare falsi nomi o truffare gli altri, per profitto o per piacere personale.
 - 3. Impulsività o incapacità di pianificare
 - 4. Irritabilità e aggressività, come indicato da ripetuti scontri o aggressioni fisiche.

5. Noncuranza sconsiderata della sicurezza propria e degli altri.
 6. Irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere un'attività lavorativa continuativa o di far fronte a obblighi finanziari.
 7. Mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo aver danneggiato, maltrattato o derubato un altro.
- B. L'individuo ha almeno 18 anni
- C. Presenza di un disturbo della condotta con esordio prima dei 15 anni di età
- D. Il comportamento antisociale non si manifesta esclusivamente durante il decorso della schizofrenia o del disturbo bipolare.

Ulteriori strumenti per valutare la personalità del soggetto sono (De Mari, 2018, p. 12):

1. PCL E PCL-R: valuta il rischio di recidiva e quindi la pericolosità sociale → tutto viene valutato nel colloquio e il terapeuta deve assumere un atteggiamento "friendly"; si fa distinzione tra antisocialità e psicopatia (profonde differenze nella struttura di personalità)
2. HCR-20 (evoluzione di PCL-R)
3. Colloquio OPD (Diagnosi Psicodinamica Operazionalizzata): crea dei costrutti psicodinamici osservabili e integra la diagnosi fenomenologica con quella descrittiva

2.3.2 Breve rassegna dei disturbi psicologici e psichiatrici implicati nella commissione dei reati

Tra le condizioni più a rischio di devianza vi sono (De Mari, 2018, p. 221):

1. La tossicodipendenza: costituisce una predisposizione a delinquere per una questione di necessità e per tutta una serie di reati che possono essere commessi sotto l'effetto di sostanze e che nella maggior parte dei casi l'autore non ricorda nemmeno di aver commesso, una volta tornato sobrio.
2. I disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline, dipendente): è in questa categoria diagnostica che rientrano la maggior parte dei rei. L'antisociale, in particolare, è un soggetto che compie reati, ma allo stesso tempo è ben

inserito socialmente e può essere anche una persona empatica; la devianza si impianta su una struttura di personalità più strutturata, più orientata nel senso degli affetti rispetto allo psicopatico. Il suo problema è relativo al rispetto della norma, in quanto non riesce a stare dentro le regole.

3. La psicopatia: quel tipo di personalità che maggiormente si sottrae alla sua individuazione, che commette i crimini più efferati e che è il meno disponibile e sensibile a qualsiasi forma di trattamento terapeutico. La psicopatia è un tipo di atteggiamento che non troviamo solo nei serial killer, ma in tutte quelle situazioni legate al possesso, alla prevaricazione, alla manipolazione e al legare un piacere perverso a tutto questo. Lo psicopatico gode nel fare del male a qualcun altro, ha una totale completa indifferenza emotiva e può provare un erotismo perverso, che si può manifestare in sadomasochismo, ma anche mobbing sul lavoro. Gli psicopatici possono essere accattivanti e seduttivi perché hanno un'intelligenza più sviluppata della norma insieme alla capacità di comprendere i punti deboli delle persone per poterli attaccare. Lo psicopatico in realtà ha dei grossi deficit di personalità: il rapporto con la realtà, la relazione, sono molto compromessi.
4. I disturbi depressivi: problematiche legate alla separazione (fase orale). Le forme bipolari sono quelle in cui il rischio suicidario e omicidario è più alto.

2.3.3 La nozione di Disturbo Grave di Personalità

Come si è visto nel capitolo precedente, la sentenza n. 9163 delle Sezioni Unite ha permesso di integrare nel concetto di infermità anche i disturbi di personalità, purché siano di intensità e gravità tale da compromettere la capacità di intendere e di volere.

Si rende necessaria, pertanto, una distinzione di quello che si intende, in psichiatria, per disturbo grave di personalità, e come esso si distingue dalla sua versione classica e dal disturbo psicotico. Fornari, nell'articolo "*I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto di infermità?*" (2005, p. 8) riassume così:

1. Disturbo di personalità: l'immagine del proprio Sé è stabile; è mantenuta l'unitarietà dell'Io; sono assenti: comportamenti autodistruttivi, impulsività,

preoccupazioni di abbandono, oscillazioni dell'umore in senso disforico-depressivo, sentimenti cronici di vuoto, rabbia immotivata e intensa o difficoltà a controllare la rabbia; così pure sono assenti quel tipico atteggiamento bisognoso e quella tipica mancanza di stencità proprie del funzionamento borderline di personalità; mancano sentimenti di colpa, di respicenza e di rimorso; il soggetto è persona incapace di stabilire una autentica relazione con l'Altro da Sé; il comportamento è organizzato.

2. Disturbo grave di personalità: esso è caratterizzato dal funzionamento Borderline di Personalità con alterazioni del funzionamento affettivo-relazionale (esplosioni di rabbia, intensa disforia, grave instabilità affettiva e relazionale con tendenza ad avere legami fusionali e a mantenere relazioni simbiotiche, timore dell'abbandono con depressione anaclitica, incapacità di affrontare gli stress), disturbi dell'identità (diffusione e assenza di una chiara identificazione con incapacità di reggere, organizzare ed elaborare la solitudine e di stare con se stessi), ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego), alterazioni transitorie del sentimento di realtà (perdita dei confini tra mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non Sé; sentimenti di angoscia panica; comportamenti bizzarri e incongrui) o dell'esame di realtà, (ideazione paranoide, gravi compromissione del tono dell'umore, comportamenti bizzarri e incongrui).
3. Disturbo psicotico: è caratterizzato dalla compromissione dell'esame di realtà (deliri e allucinazioni, disturbi gravi dell'umore, disturbi cognitivi), ricorso all'utilizzazione di meccanismi primari di difesa (scissione, identificazione proiettiva, negazione, idealizzazione, svalutazione, diniego), autismo con alterazioni gravi dell'affettività contatto, impulsività incontrollata, comportamento disorganizzato e/o bizzarro e da altri disturbi psicotici o acuti o cronici.

2.4 LA PERIZIA PSICHIATRICA

2.4.1 Oggetto della perizia psichiatrica

La normativa che concerne l'attività peritale è regolata nel libro III (*Prove*), titolo II (*Mezzi di prova*), capo VI, artt. 220-233 c.p.p.

Precisa l'art. 220 *Oggetto della perizia*:

“1. La perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche.

2. Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, *non* sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche.”

Nella disciplina giuridica, la perizia si delinea come “uno strumento tecnico per l'interpretazione e la soluzione di tutti i problemi e le questioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche e artistiche”³⁶.

Pertanto, la perizia consiste in una valutazione tecnica finalizzata alla formulazione di un giudizio diagnostico-valutativo, rivolta a minori e adulti, che siano autori di reato, vittime, testimoni, imputati, condannati o internati; il perito delinea la condizione mentale del soggetto relativamente al reato (commesso o subito) in uno specifico momento del suo *iter* giudiziario (Fornari, 2015). Il codice di procedura italiano, al secondo comma dell'articolo 220³⁷, esplicita il divieto della perizia psicologica rivolta all'imputato; questa norma non è valida, tuttavia, per quanto concerne i minorenni³⁸ e per gli accertamenti disposti, in fase di cognizione e in fase esecutiva, a favore della vittima e dei testimoni³⁹. La nomina del perito è regolamentata dall'articolo 221 c.p.p. - *Nomina del perito*:

³⁶ Cass. Pen., sez. IV, 18.2.1994

³⁷ Art. 220 c.p.p. comma 2: “*Salvo quanto previsto ai fini dell'esecuzione della pena o della misura di sicurezza, non sono ammesse perizie per stabilire l'abitudine o la professionalità nel reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell'imputato e in genere le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche.*”

³⁸ art. 9, d.p.r. 22.9.1988, n.448

³⁹ art. 80, l.26.7.1975, n.354

“1. Il giudice nomina il perito scegliendolo tra gli iscritti negli appositi albi o tra persone fornite di particolare competenza nella specifica disciplina. Quando la perizia è dichiarata nulla, il giudice cura, ove possibile, che il nuovo incarico sia affidato ad altro perito.

2. Il giudice affida l'espletamento della perizia a più persone quando le indagini e le valutazioni risultano di notevole complessità ovvero richiedono distinte conoscenze in differenti discipline.

3. Il perito ha l'obbligo di prestare il suo ufficio, salvo che ricorra uno dei motivi di astensione previsti dall'articolo 36.”

Fornari (2015, p. 14), propone un modello di quesito peritale nella fase di cognizione del soggetto autore di reato:

“accertino i periti (omissis)

- Quali sono le attuali condizioni di mente di (nome e cognome);
- Dicano se esse siano o no compatibili con il protrarsi del regime di custodia cautelare in atto (se si tratta di persona detenuta) e con la sua capacità di partecipare coscientemente al processo;
- In caso di risposta negativa, se sia necessario disporre il ricovero provvisorio presso idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, ovvero gli arresti domiciliari (anche eventualmente presso case di cura, ovvero comunità specializzate);
- Valutino se versasse o no, al momento dei fatti e con riferimento agli stessi, in stato d'infermità di mente tale da escludere o scemare grandemente la sua capacità di intendere o di volere;
- Ricostruiscano criminogenesi e criminodinamica del reato addebitato al soggetto ed esaminino il funzionamento mentale dello stesso, sotto il profilo psicopatologico;
- Accertino infine se (nome e cognome) sia da considerare persona socialmente pericolosa sotto il profilo psichiatrico e se detta pericolosità (se accertata) sia elevata o attenuata, indicando possibilmente tempi, luoghi e modalità di

esecuzione dei relativi provvedimenti (internamento o libertà vigilata presso un DSM)”.

L’articolo 679 c.p.p. – *Misure di sicurezza* decreta il rinnovo della perizia nella fase di esecuzione, per l’applicazione, il mantenimento, la revoca o la trasformazione dell’eventuale misura di sicurezza applicata:

“1. *Quando una misura di sicurezza diversa dalla confisca è stata, fuori dei casi previsti nell’articolo 312, ordinata con sentenza, o deve essere ordinata successivamente, il magistrato di sorveglianza, su richiesta del pubblico ministero o di ufficio, accerta se l’interessato è persona socialmente pericolosa e adotta i provvedimenti conseguenti, premessa, ove occorra, la dichiarazione di abitudine o professionalità nel reato. Provvede altresì, su richiesta del pubblico ministero, dell’interessato, del suo difensore o di ufficio, su ogni questione relativa nonché sulla revoca della dichiarazione di tendenza a delinquere.*

2. *Il magistrato di sorveglianza sovrintende alla esecuzione delle misure di sicurezza personali.”*

I quesiti peritali nella fase di esecuzione possono essere i seguenti (Fornari, 2015, p. 14):

- il periziato presenta o meno, allo stato, disturbi mentali in fase di scompenso? Quali sono le sue attuali condizioni di mente e quale evoluzione esse hanno avuto?
- Si sta sviluppando, è presente o è ancora assente consapevolezza di malattia (*insight*)?
- Quale è l’atteggiamento verso le terapie che gli vengono praticate (*adherence*) e ad altri interventi?
- Quale è la sua risposta a quelle che gli vengono praticate?
- Sono esse adeguate sotto il profilo qualitativo e del *range* terapeutico?
- Sono presenti segni di disorganizzazione cognitiva e impoverimento ideomotorio e relazionale?
- In conclusione, il paziente presenta o meno, allo stato, un rischio psichiatrico di grado elevato (*high risk*) o attenuato (*low risk*)?”

In definitiva, la perizia psichiatrica rivolta all'autore di reato si propone di indagare:

- a. Lo stato mentale dell'imputato al momento della commissione del fatto;
- b. Se è accertato il vizio di mente, il perito deve valutare anche il grado di pericolosità sociale del soggetto;
- c. Le condizioni di mente dell'imputato o dell'indagato in ogni stato e grado del processo;

2.4.2 Criticità della perizia psichiatrica

La perizia si configura come un fondamentale ausilio al giudice per decretare sull'imputabilità del soggetto, sulla sua pericolosità sociale e sull'eventuale applicazione delle misure di sicurezza. La natura della perizia richiede che la stessa si fondi su dichiarazioni razionali e oggettive, e in questo senso si rivelano le criticità dell'attuale sistema, prima fra tutte la nomina del perito (Collica, 2007, p. 171). Come regolamentato dall'art. 221 c.p.p., la nomina viene effettuata scegliendo tra gli esperti iscritti all'albo e l'eventuale perizia collegiale è disposta qualora le valutazioni risultino di notevole complessità o richiedano conoscenze in differenti discipline (comma 2); tuttavia, data la problematicità di formulare un giudizio di imputabilità, quest'ultima soluzione dovrebbe istituirsi a regola, a maggior ragione considerando la natura plurifattoriale dell'infermità mentale assodata dalle più recenti posizioni della giurisprudenza e delle scienze psichiatriche. Un ulteriore punto critico nell'istituzione della perizia è dato dall'incongruenza temporale tra il momento in cui il soggetto è sottoposto a perizia e il momento della commissione del fatto, in cui deve essere valutato lo stato psichico (Bertolino, 2020, p. 459). Il problema è stato affrontato in maniera approfondita dal Gup del Tribunale di Milano, in data 24 ottobre 2003, cit. p. 477, che afferma come tale incongruenza temporale obblighi "il giudice, le parti e i consulenti ad argomentazioni che in qualche modo hanno carattere più presuntivo di quanto sarebbe scientificamente auspicabile". La soluzione per arginare questa problematica si potrebbe configurare nella valutazione del soggetto nell'immediatezza della commissione del fatto; tuttavia, questa proposta genera un paradosso qualora sia ancora lontana dall'essere dimostrata la responsabilità della persona e gli indizi a suo carico non siano sufficientemente gravi (Collica, 2007, p. 173). Conseguenza ancora più

grave è il possibile conflitto con il principio di presunzione d'innocenza (art. 27 della Costituzione) e con il divieto di trattamenti sanitari obbligatori previsti dalla legge (art. 32 della Costituzione). La proposta Siniscalchi del 20 febbraio 2002 n. 2375, si esprime in questo senso con il mantenimento della perizia nella fase iniziale del processo, ma stabilendo che quanto emerso non venga utilizzato dal giudice allo scopo di attribuire il reato all'imputato.

Un'ulteriore difficoltà nel raggiungimento di un risultato di perizia soddisfacente può essere rappresentata dalla finalità dell'operato del perito, il quale non è chiamato a curare il soggetto ma deve limitarsi a delineare al giudice la sua condizione psichica; di conseguenza il periziando può considerare l'esperto quale persona che detiene le fila del suo destino ed essere spinto a simulare l'infermità, nella tutela dei propri interessi difensivi (Ponti, 1994). Non è obiettivo del presente lavoro ampliare la tematica della simulazione di infermità di mente, ma risulta interessante evidenziare l'efficacia di batterie di test psicologici per la sua identificazione, come riportato da Schretlen nel suo articolo (1988).

Non bisogna inoltre dimenticare che ogni perito opera in uno specifico contesto, seguendo le indicazioni dell'orientamento che lui stesso ha abbracciato; di conseguenza, la sua valutazione può mutare a seconda del paradigma psichiatrico di malattia mentale scelto, che può arrivare a "stravolgere anche i più obiettivi dati scientifici" (Centonze, 2005, p. 276). In questo senso, la conclusione di un perito può essere smentita da un altro che opera in un differente paradigma o contesto culturale; inoltre, la soggettività stessa del perito può influire sulla formulazione di una diagnosi, in varie combinazioni possibili: periti diversi possono individuare sintomi diversi e, conseguentemente giungere a diagnosi che differiscono tra loro, anche notevolmente; allo stesso modo, una interpretazione differente del medesimo sintomo conduce a resoconti peritali diversi e delinea una criminogenesi e una criminodinamica del reato differente.

Un ulteriore ostacolo per il raggiungimento di una perizia valida è rappresentato dal setting in cui la stessa viene effettuata: il carcere, con le sue rigide restrizioni, e l'incontro "inautentico, coatto, artificioso" tra perito e periziando dovuto alle esigenze procedurali in ambito penale, che hanno la precedenza su quelle di cura (Fornari & Coda, 2000, p. 1177).

Merita, infine, un'analisi la formula generale che viene solitamente utilizzata nel conferire l'incarico di perizia allo psichiatra, e le sue ripercussioni. Essa richiede che l'esperto "valutato l'imputato e presa conoscenza degli atti e fatte tutte le acquisizioni e gli accertamenti che riterrà opportuni" stabilisca "se, al momento dei fatti per cui si procede, egli fosse capace di intendere e di volere, oppure se le capacità fossero totalmente o grandemente scemate" (Collica, 2007, p. 190), nonché la criminogenesi e la criminodinamica del reato. A questo proposito, Ponti (1987, p. 602) asserisce che il compito del perito consiste nel "comunicare e far capire al giudice ciò che la sua sensibilità professionale gli ha fatto intendere della realtà di quell'uomo [...] ma lascerà al giudice il compito di utilizzare quelle conoscenze nel modo che meglio di lui saprà fare". Così viene effettuata una separazione tra l'aspetto cognitivo, rimesso al perito, e l'aspetto valutativo, di competenza del giudice. Tuttavia, vi è chi ritiene che tale distinzione non possa sussistere, dal momento che risulta naturale un intreccio tra questi due aspetti dell'indagine, assodato che, comunque, la decisione finale si rimette unicamente al giudice (Fiandaca, 2002). Non bisogna dimenticare che per circa un secolo la giurisprudenza è rimasta vincolata ad una visione della malattia mentale secondo cui le capacità intellettive e volitive possono essere intaccate solo da lesioni del cervello, e pertanto la dottrina richiedeva un riscontro solamente delle stesse; da tale giudizio diagnostico si formulava automaticamente il giudizio di imputabilità. Ad oggi, questa prospettiva risulta generalmente superata, ma la decisione di richiedere anche una valutazione psicologica in sede di perizia resta tuttora rimessa alla discrezionalità dei giudici (Carrieri & Catanesi, 2001). Come dichiarato da Coda (2001, p. 383), "l'apertura alla dimensione del comprendere psicologico può aiutare a collocare in una luce più appropriata reati apparentemente incomprensibili proprio a causa della loro efferatezza"; da ciò l'auspicio dell'inserimento, nella formula giudiziale di nomina del perito, prima di tutto di una valutazione globale della personalità del soggetto, rilevabile tramite l'anamnesi e lo studio psicologico retrospettivo dell'imputato (Collica, 2007). Nella stessa sede, Collica aggiunge che si potrebbe limitare l'indagine alla capacità di intendere, dal momento che le attuali conoscenze in campo psichiatrico, criminologico e medico-legale possono risultare illuminanti sul grado di consapevolezza del soggetto, sulla sua percezione del significato dell'atto, la valutazione delle sue conseguenze e il disvalore dello stesso; per quanto riguarda la capacità di volere, la si può valutare nel

limite della capacità di autocontrollo, mediante una diagnosi di tipo funzionale e l'ausilio dei recenti approdi delle neuroscienze.

Forte di quanto sostenuto dalla sentenza delle Sezioni Unite Raso, la perizia attualmente valida in Italia attua anche una valutazione del grado di incidenza del disturbo sulla criminogenesi e sulla criminodinamica del reato, che prevede l'analisi dei condizionamenti patologici sull'agire e l'eventuale presenza di un nesso eziologico tra il tipo di disturbo diagnosticato e il reato commesso. Tuttavia, questa concezione non è ancora ufficializzata a livello codicistico, in quanto, come disposto dall'art. 85 c.p., il vizio di mente non è rilevante in relazione al fatto, bensì al momento della sua commissione. Nell'ottica di un cambiamento di prospettiva, sono state formulate dalla Cassazione varie sentenze, che prendono in considerazione il rapporto tra il disturbo psichico e il fatto⁴⁰. La ricostruzione criminodinamica del delitto e l'analisi del ruolo che il disturbo mentale rilevato ha avuto nella genesi del delitto rappresentano l'unione tra l'aspetto psicopatologico e quello normativo inerenti al giudizio di imputabilità, auspicabile per una positiva cooperazione tra giudici ed esperti (Collica, 2007). In questo modo, al perito è richiesto di confrontare i dati clinici con gli elementi degli atti processuali e decreta l'assunzione della perizia di un significato criminologico, superando la staticità della diagnosi per orientarsi verso l'aspetto dinamico della comprensione, che privilegia l'ascolto alle classificazioni e categorizzazioni.

In definitiva, lo sviluppo della scienza psichiatrica ha permesso di modificare la concezione riduzionista della malattia mentale propria del paradigma medico-organicistico, arricchendola di una visione più ampia e particolareggiata dei diversi disturbi della mente che possono affliggere l'essere umano e costruendo un ponte concettuale tra la medicina e la psicologia, tra uno studio empirico della sofferenza umana e uno studio teorico della stessa.

⁴⁰ A titolo esemplificativo, Cass. sez. I, 9 aprile 2003, in CED Cassazione, n. 224809: “è, comunque, necessario accertare l'esistenza di un effettivo rapporto tra il complesso delle anomalie psichiche effettivamente riscontrate nel singolo soggetto e il determinismo dell'azione delittuosa da lui commessa, chiarendo se tale complesso di anomalie psichiche, al quale è riconosciuto valore di malattia, abbia avuto un rapporto motivante con il fatto delittuoso commesso”.

CAPITOLO III – PSICOLOGIA E INFERMITÀ MENTALE

3.1 L'INFLUENZA DELLE TEORIE PSICOANALITICHE SUL PARADIGMA PSICHIATRICO

3.1.1 Il contributo di Freud

Con l'avvento delle teorie psicoanalitiche di Freud, la psichiatria si è aperta verso il modello definito psicologico-dinamico, distinto dal modello medico-biologico nel suo oggetto: cercare di individuare “nei fenomeni interiori della vita psichica, delle uniformità stabilite e verificabili, e delle correlazioni di causa e di effetto, in altre parole, delle leggi che regolano gli avvenimenti psichici” (Gilberti & Rossi, 2009, p. 64). Peculiarità del modello psicologico è la valorizzazione dei fattori interpersonali nella genesi del disturbo mentale, relegando in seconda posizione i fattori biologici. Secondo la dottrina psicoanalitica, l'origine delle malattie mentali si ritrova nel conflitto psicologico fra le tre componenti della struttura psichica: Io, Es e Super-io (Freud, 1923/1989). Secondo tale teoria, l'Io, che corrisponde all'inconscio nella prima formulazione delle topiche, rappresenta la nostra individualità, di cui siamo coscientemente consapevoli. L'Es, invece, che si colloca a livello inconscio, è la sede delle pulsioni, dei bisogni e dei desideri, e spinge per soddisfarli, senza imposizione di limiti. Sempre a livello inconscio è posizionato il Super Io, costituito dalle norme che vengono apprese e interiorizzate fin dall'infanzia; esso svolge una funzione regolatrice delle istanze provenienti dall'Es e il rapporto del soggetto con le regole sociali riguarda, dal punto di vista psicoanalitico, le dinamiche intrapsichiche relative al Super Io. Ne deriva che il soggetto deviante non provi alcun senso di colpa nel trasgredire la norma, in quanto, nel corso dello sviluppo psico-affettivo, non ha elaborato un Super Io bastevole per arginare le pulsioni dell'Es: non possiede le risorse necessarie, quindi, per mentalizzare la frustrazione e conseguentemente attua comportamenti devianti per soddisfare l'Es. Come precedentemente affermato, l'Io risulta la sede della capacità volitiva e intellettuale del soggetto; da ciò l'interesse della giurisprudenza per l'esclusione o la limitazione dell'imputabilità, che in quest'ottica viene determinata dall'eventuale alterazione dell'autonomia dell'Io (Gulotta, 1987). Ne consegue, in termini generali, il recupero della soggettività dell'uomo, considerato non più come persona-corpo ma come persona-psyche; tale soggettività era assente, invece, nel

modello medico che delineava una concezione oggettivizzante del malato (Greco & Catanesi, 1988).

Le malattie mentali vengono così riesaminate in ottica psico-dinamica e considerate “disarmonie dell’apparato psichico, in cui le fantasie inconscie raggiungono un tale potere che la realtà psicologica diventa per il soggetto più significativa della realtà esterna. Quando questa realtà inconscia prevale sul mondo reale, si manifesta la malattia mentale” (Bertolino, 1981, p. 201). Risultato di questa concezione è la potenziale idoneità di qualsiasi disturbo morboso dell’attività psichica ad escludere la capacità di intendere e di volere; al contrario, una malattia clinicamente accertata non determina automaticamente alterazione delle facoltà psichiche, dal momento che può risultare una libertà di decisione residuale durante la commissione del reato.

Un ulteriore contributo significativo offerto dagli scritti di Freud si ritrova nell’opera *Delinquenti per senso di colpa* (1916/1978), la cui teoria risulta particolarmente interessante in ottica forense: i soggetti che avevano attuato reati prima della pubertà sarebbero stato guidati alla commissione dell’atto dalla ricerca di una punizione come sollievo ad un forte senso di colpa; quest’ultimo si sarebbe generato da un irrisolto conflitto edipico, come risposta al desiderio di uccidere il padre e avere rapporti sessuali con la madre. Per quanto concerne i criminali adulti, Freud li distingue in due categorie: i soggetti manifestanti un disturbo antisociale di personalità, perennemente in lotta con la società e i soggetti psicopatici, privi di alcun senso morale. In particolare, la psicopatia si caratterizza per una mancanza di empatia e di rimorso, per una forte anaffettività, egocentrismo e piacere nella sofferenza altrui; tale condizione rende lo psicopatico particolarmente propenso verso la devianza e gli atti aggressivi più violenti; da notare, inoltre, la messa in atto di simulazioni di emozioni, al fine di ottenere un’apparenza di normalità (De Mari, 2018).

Nello scritto *Tre saggi sulla teoria sessuale* (1905/1977), Freud delinea le tappe dello sviluppo psicosessuale. In questo scritto il bambino è descritto come “perverso polimorfo”: egli non ha vincoli morali ed è guidato dal bisogno di sperimentare quanto il mondo gli offre, provandone piacere. Analizzando di seguito le tappe di sviluppo, risulta chiara l’analogia tra la perversione nell’adulto e le caratteristiche descritte da Freud:

1. Fase orale: nella prima fase di vita la bocca rappresenta la sede del piacere; qui compare per la prima volta il tema dell'aggressività (il bambino morde il seno quando è arrabbiato o affamato) in relazione alla presenza o assenza della madre. Si possono delineare facilmente le problematiche legate a questa fase: un alterato rapporto con il cibo, il fumo, il consumo di alcol e droghe, una difficoltà a separarsi dalle figure di riferimento e a gestire la propria vita in maniera autonoma, la difficoltà/impossibilità a gestire le frustrazioni;
2. Fase anale: l'interesse è concentrato sul controllo degli orifizi sfinterici, a seguito della scoperta della loro natura di zone erogene; in questa fase vengono imposti i primi divieti e allo stesso tempo il bambino impara a trasgredire e sperimentare una forma di aggressività che ha delle conseguenze percepibili: trasgredire dà la possibilità di condizionare il mondo esterno, nello specifico accontentare o meno le figure genitoriali. Nell'età adulta, criticità in questa fase si riflettono in un controllo e discontrollo emotivo, in perversioni e tratti ossessivi per controllare una realtà persecutoria;
3. Fase fallica-genitale: si apre con la scoperta angosciosa da parte del bambino/a della diversità tra maschio e femmina, determinata dalla presenza o assenza del pene. Tale scoperta conduce alla dinamica edipica classica per cui si stabilisce un'identificazione con il genitore dello stesso sesso e un'attrazione per quello di sesso opposto. Si aggiunge, inoltre, la scoperta del piacere toccando i propri genitali, che costituisce per il bambino un turbamento a cui non riesce a dare significato. È il primo momento in cui si forma un abbozzo di quella identità di genere che poi si imporrà in adolescenza, con tutte le conseguenze del caso.

3.1.2 Ulteriori contributi

Alexander e Staub nello scritto *Il delinquente, il suo giudice e il pubblico* (1929/1948), descrivono cinque forme di delinquenza:

1. Nevrotica: conseguente a conflitti nevrotici fra Super Io e istanze antisociali;
2. Fantasmatica: le pulsioni istintuali e antisociali più forti vengono dislocate a livello fantasmatico (es. identificazione criminale di un film);

3. Colposa: imprudenza, negligenza e atti mancati sono dislocazioni dell'aggressività, che risulta controllata ad altri livelli dal Super Io;
4. Occasionale e affettiva: delitti commessi quando forti pressioni emotive allentano il controllo del Super Io o quando condizioni favorevoli suggerirebbero il delitto, essendo scarse le possibilità di essere scoperto;
5. Normale: manca controllo di Super Io ed eventualità di senso di colpa e quindi l'Io può permettersi di esprimere le pulsioni antisociali.

Il sociologo tedesco Mannheim in *Ideologia e utopia* (1929/1999) sostiene che l'attuazione di un delitto può essere dettata da un complesso di inferiorità, nel tentativo di attirare l'attenzione pubblica su di sé; per molti individui l'atto deviante può sembrare l'unico strumento per conquistare l'attenzione e alimentare la fragile stima in se stessi.

Nel 1967 lo psicoanalista Reik scrive il libro *L'impulso a confessare*, dove condivide la tesi di Freud per la quale il soggetto autore di reato ricerca una punizione ed è quindi mosso ad una confessione per ottenerla e liberare la propria coscienza dal senso di colpa. In tal senso, l'autore sottolinea che eventi di dimenticanza o trascuratezza da parte del soggetto lasciano trapelare indizi utili per la sua individuazione e la sua conseguente condanna.

De Leo & Patrizi (1992) identificano nell'azione un "costrutto" la cui analisi potrebbe permettere di spiegare la dinamica di un crimine, in un'ottica che tenga conto di tutti i fattori implicati, da quelli psicologici a quelli familiari, sociali e culturali.

Pavan (2003) delinea il concetto di "crisi psicologica" riallacciandosi alla teoria dello sviluppo psicosessuale di Freud: nell'adolescenza le credenze sviluppate durante l'infanzia vengono messe in discussione dalla realtà esterna, causando un turbamento tale da condurre ad una situazione di crisi. Da qui vi sono tre possibili strade da percorrere: superare la crisi con gli strumenti a disposizione; se tali strumenti non si dimostrano sufficienti, richiedere un aiuto esterno; oppure rinunciare e regredire alla fase precedente, sviluppando una sintomatologia inerente alla fase anale o alla fase orale. Nelle situazioni più complicate, in cui la regressione è giunta alle fasi più precoci, può verificarsi la rottura dell'equilibrio psichico, che si manifesta in differenti modalità,

dalla più blanda patologia nevrotica alla più grave psicotica. In alternativa, la personalità può strutturarsi attorno ad un deficit e superare solo apparentemente la crisi, con una stabilità viziata da un disturbo di personalità; tale disturbo è strutturale e la personalità si caratterizza nei tratti di una particolare forma di sofferenza psichica, la cui manifestazione avviene in maniera meno evidente.

Per quanto concerne, invece, il sistema penale e le sue criticità, un giudizio diretto è stato formulato da Gulotta (2005), il quale afferma che la pena susseguente alla commissione di un reato è volta a rafforzare l'azione del Super Io e non interviene per ovviare alle mancanze di alcune funzioni dell'Io, mediante un'adeguata terapia.

Sul rapporto tra autore di reato e vittima, risulta interessante il contributo di De Masi (2012), nel quale dichiara che il legame tra le due figure è spesso guidato da un circuito sadomasochistico. Il reo prova un sentimento di odio che risulta estremamente spiacevole e intollerabile, sia esso derivato da un'ingiustizia subita o da una ferita narcisistica. Di conseguenza, la recriminazione e il rancore suscitano una violenza incontenibile, che si esterna nell'atto criminale efferato. Con l'uccisione della vittima, l'omicida si convince di svincolarsi dal legame negativo con l'oggetto. Sono, pertanto, ragioni interne che guidano la violenza, volta ad eliminare uno stato mentale insopportabile; la sensazione di sollievo che ne deriva non è dettata dall'essersi liberato della persona fisica, ma dall'essersi affrancato da quello stato mentale.

In generale, l'approccio psicoanalitico è tuttora considerato in maniera critica in ambito medico e criminologico; questa posizione nasce dalla perplessità di considerare le teorie psicoanalitiche come unico strumento diagnostico e terapeutico. Il quesito che si pone è se le dinamiche intrapsichiche siano sufficienti a interpretare il comportamento aggressivo e criminale o se occorrono integrazioni da altre discipline. In criminologia, infatti, è assodata la necessità di una collaborazione tra diversi approcci, da quello sociale, volto alla spiegazione del crimine, e giuridico, per regolamentare l'applicazione della pena, fino alla collaborazione tra comportamentismo, costruttivismo e psicoanalisi in ambito riabilitativo (De Mari, 2018).

3.1.3 La psicoanalisi, tra norma e normalità

Come si è visto nel precedente capitolo, il paradigma medico assume dei parametri specifici per classificare la condizione di salute del soggetto e lo stato di “normalità” è definito da un range minimo-massimo, all’interno del quale l’organismo risulta funzionare a livelli ottimali. Questo per quanto riguarda la salute fisico-organica. In ambito mentale, il concetto di normalità si complica in quanto i parametri di riferimento sono individuali, peculiari per ogni soggetto; i processi cognitivi, lo stato di coscienza, l’orientamento spazio-tempo-persona, il tono dell’umore, la funzionalità in ambito familiare, sociale, scolastico o lavorativo non sono standardizzabili e si possono valutare in funzione di un equilibrio tra di essi, che si individua nell’ottenimento di un certo grado soggettivo di funzionalità. Per proteggere tale equilibrio, vengono attivati i meccanismi di difesa, i quali attenuano o evitano possibili conflitti, al pari del sistema immunitario in ambito medico-organico (De Mari, 2018). Qualora tali meccanismi non risultino efficaci nel regolare una condizione di disequilibrio, insorge la patologia.

Riguardo al concetto di norma, Pisapia (2000) illustra come la stessa, facendosi portavoce del modo corretto di comportarsi per gli individui inseriti in una data società, si riveli di conseguenza fautrice di aspettative reciproche tra i componenti dello stesso gruppo, nonché struttura di riferimento per l’interpretazione della realtà circostante.

Collocando il concetto di norma in ambito psicoanalitico, esso è già stato riscontrato nella descrizione della fase anale in merito alle tappe dello sviluppo psicosessuale di matrice freudiana (3.1.1); in questa tappa il bambino interiorizza le regole e i divieti dettati dai genitori, ponendo le fondamenta del Super Io e strutturando la futura socializzazione. Se il meccanismo di acquisizione e interiorizzazione risulta disfunzionale, l’individuo può sviluppare delle difficoltà nell’osservazione delle norme e nella gestione dell’aggressività, che non trova più dei limiti alla sua manifestazione, sviluppando una tendenza a trasgredire che si palesa nei comportamenti devianti. Il modello psicoanalitico, pertanto, si dimostra efficace nella spiegazione di questi ultimi, permettendo di risalire all’origine della devianza. Per questo motivo, l’approccio psicoanalitico risulta efficace anche in ambito riabilitativo, dove è richiesto dal magistrato il raggiungimento, da parte del detenuto, di una revisione critica del reato. Occorre una minuziosa analisi retrospettiva di tutte le dinamiche che hanno avuto luogo

a livello psichico nel soggetto per arrivare all'obiettivo imposto, affrontando di volta in volta i meccanismi di difesa che si sono instaurati e hanno contribuito alla formazione di una personalità caratterizzata da un forte disequilibrio.

3.2 IL CAMBIO DI PARADIGMA

3.2.1 L'avvento del paradigma psicologico

Con la riscoperta degli studi freudiani, successiva alla fine della Seconda guerra mondiale, la concezione medica dell'infermità mentale entra in crisi e si verifica l'avvento del paradigma psicologico. Secondo tale approccio, l'infermità consiste in una disarmonia dell'apparato psichico, dovuta al sopravvento della fantasia inconscia sul mondo reale; il soggetto non è più in grado di distinguere ciò che è reale da ciò che non lo è e prevalgono le dinamiche interne sul suo agire. La malattia mentale, quindi, si delinea come un conflitto psicologico derivante da impulsi interni all'uomo e stimoli esterni (Bertolino, 2009).

Con il paradigma psicologico si avvia un lento e progressivo processo di demedicalizzazione della malattia mentale, dal momento che quest'ultima, secondo le teorie psicoanalitiche, vede la propria genesi nella struttura della personalità e prende forma da conflitti affettivi ed emotivi irrisolti e rimossi dal paziente (Dattoli, 2014, p. 126). Il soggetto si configura come un essere unico e particolare, da comprendere mediante un approccio idiografico; tale approccio risulta radicalmente opposto a quello nomotetico, in base al quale l'obiettivo dell'analisi della malattia mentale è l'individuazione di regolarità da generalizzare a livello interindividuale (Bertolino, 2009).

Conseguentemente, il concetto di infermità si amplia e include, oltre alle appurate psicosi organiche, anche le psicopatie e i disturbi dell'affettività; si evidenziano, inoltre, i limiti del precedente paradigma medico-organicistico, dal momento che l'indagine non può più limitarsi all'uomo come corpo, ma deve rivolgersi anche all'uomo come psiche, e deve essere attuata con gli strumenti che la psicoanalisi offre. In questa ottica, la giurisprudenza ritiene opportuno precisare che il concetto di malattia mentale debba "essere valutato in concreto e non con riferimento a classificazioni scientifiche enunciante in astratto, perché le malattie mentali hanno portata diversa sui singoli organismi, ed agiscono quindi in modo più o meno penetrante sulle facoltà intellettive e volitive"⁴¹.

Un esempio di applicazione di tale paradigma si ritrova nella sentenza della Corte di Assise di Milano in riferimento al caso di omicidio attuato da una madre nei confronti della figlia, in cui, applicando l'art. 85 c.p., si è ritenuta la madre non imputabile "per momentaneo discontrollo delle funzioni superiori dell'Io", poiché soggetta a "turbe della personalità inerenti alla sfera degli affetti ed alla percezione del proprio corpo" derivanti da una crisi postpartum⁴². È necessario precisare che l'ampliamento del concetto di infermità non comporta un conseguente ampliamento dei casi di non imputabilità, in quanto resta valido il criterio della valutazione della capacità di intendere e di volere del soggetto e l'analisi del rapporto tra l'anomalia psichica e il reato commesso.

Un grande limite del paradigma psicologico è rappresentato dalla sua impossibilità a spiegare malattie di origine sociale; questa lacuna viene colmata con l'avvento del paradigma sociologico, che prevede un'indagine sull'infermità mentale non finalizzata all'individuazione di cause organiche o psicologiche, ma orientata all'analisi dei condizionamenti sociali che possono aver influito sulla stessa (Padovani, 2011). In quest'ottica, Bertolino precisa che l'uomo viene qui definito come "un ente sociale" e in quanto tale si relaziona costantemente con il prossimo; conseguentemente il comportamento deviante non è più generato da una dinamica interna, ma deriva dalle "relazioni interpersonali che legano l'individuo alla struttura sociale in cui vive" e anche le scienze psichiatriche si devono adeguare ad una forma di "psichiatria sociale che

⁴¹ Cass., sez. III, 29.10.1970, in Riv. Pen., 1972, 463

⁴² Corte di Assise di Milano, sentenza 26.05.1987, Passerini, in Archivio Penale 1988, pag. 606 ss.

distrugga il concetto tradizionale di malattia” (M. Bertolino, 1981, p. 207). Da queste considerazioni deriva il rinomato movimento dell’antipsichiatria, che lotta contro la discriminazione nei confronti del malato di mente, il quale era visto fino ad allora come soggetto diverso e pericoloso e non poteva, per questo, rimanere inserito nella rete sociale.

Grazie all’integrazione concettuale offerta dai paradigmi psicologici e sociologici, si è giunti all’attuale concezione multifattoriale integrata di malattia mentale, che considera quest’ultima il risultato dell’azione di differenti componenti, quali il patrimonio genetico, la costituzione fisica e organica, la storia e le esperienze di vita, l’ambiente familiare e la persona modalità di reazione (Ponti, 1994). L’infermità mentale, pertanto, non può più essere racchiusa in criteri nosografici rigidi, dal momento che la stessa giurisprudenza, sulla base delle norme sull’imputabilità, impone di considerare qualsiasi condizione che preveda una compromissione della capacità intellettuale e volitiva, anche in assenza di anomalie organiche (Mantovani, 2017).

In definitiva, il merito della psicoanalisi è stato quello di aver introdotto cause psicologiche nella genesi di un disturbo e, conseguentemente, aver mutato il modo di intendere la malattia mentale. In questo modo, il malato “veniva a riacquistare [...] una propria dimensione umana [...], il pazzo non fu più inteso come un individuo radicalmente diverso dagli altri, ma come un uomo che soffre e che non ha retto ai conflitti della vita” (Ponti & Merzagora, 1993, p. 7).

3.2.2 L’attuale compromesso

Attualmente, si è assistito all’affermazione di un paradigma integrato dell’infermità mentale, come già evidenziato da Bertolino (1990). La psichiatria ha selezionato gli elementi più convincenti dei vari paradigmi che si sono susseguiti, proponendo un modello “bio-psico-sociale”, un modello che “comporta una visione complessa ed articolata della realtà psichica che, senza negare gli aspetti psico-biologici della malattia, valorizza lo spessore sociale di ciascun individuo” (Greco & Catanese, 1988, p. 8). Questa nuova concezione ammette l’influenza tanto di variabili biologiche quanto di fattori “che vanno da quelli psicologici a quelli situazionali, socioculturali e

transculturali” nella genesi della malattia mentale (Fornari, 2001, p. 521). Il disagio psichico viene, perciò, analizzato su piani differenti, fra loro correlabili. A tal proposito, Bertolino parla di meccanismo sistemico di causalità circolare, sottolineando che tutti i fattori citati sono egualmente coinvolti e rivestono contemporaneamente ruolo di causa e di effetto, con diversa incidenza a seconda delle circostanze (Bertolino, 1998). Questa prospettiva si riflette anche in ambito terapeutico, dove si istituiscono strategie di tipo “multimodale” (Gilberti & Rossi, 2009, p. 121).

3.2.3 Applicazione a livello giuridico – le sentenze della Cassazione

A livello giuridico, si possono individuare differenti sentenze della Cassazione che anticipano le dichiarazioni delle Sezioni Unite del 2005 e propendono per una concezione ampliata di infermità mentale, optando per il paradigma psicologico:

“il concetto di infermità mentale recepito dal nostro codice penale è più ampio rispetto a quello di malattia mentale, di guisa che, non essendo tutte le malattie di mente inquadrate nella classificazione scientifica delle infermità, nella categoria dei malati di mente potrebbero rientrare anche dei soggetti affetti da nevrosi e psicopatie, nel caso che queste si manifestino con elevato grado di intensità e con forme più complesse tanto da integrare gli estremi di una vera e propria psicosi. In tal caso – al fine della esclusione o della riduzione della imputabilità – è, comunque, necessario accertare l’esistenza di un effettivo rapporto tra il complesso delle anomalie psichiche effettivamente riscontrate nel singolo soggetto e il determinismo dell’azione delittuosa da lui commessa, chiarendo se tale complesso di anomalie psichiche, al quale viene riconosciuto il valore di malattia, abbia avuto un rapporto motivante con il fatto delittuoso commesso”⁴³.

Ne consegue anche un’apertura nei confronti delle reazioni “a corto circuito”, le quali possono:

“costituire, in determinate situazioni, manifestazioni di una vera e propria malattia che compromette la capacità di intendere e di volere, incidendo soprattutto sull’attitudine della persona a determinarsi in modo autonomo, con possibilità di optare per la condotta

⁴³ Cass. Pen., 24 aprile 2003, n. 19532, in CED n. 224809.

adatta al motivo più ragionevole e, quindi, di resistere agli stimoli degli avvenimenti esterni: tali situazioni devono essere peraltro individuate sulla base degli schemi logici, normativi e scientifici che valgono a distinguere lo stato emotivo e passionale dalla infermità mentale”⁴⁴.

La Cassazione si esprime anche nei confronti degli stati emotivi e passionali, i quali:

“possono considerarsi come una forma di infermità, suscettiva di esercitare la sua influenza sulla imputabilità, anche se il perturbamento psichico conseguito allo stato anomalo del soggetto non sia riconducibile ad una catalogata forma di malattia mentale”⁴⁵.

Successivamente alla Sentenza Raso, la giurisprudenza amplia ulteriormente le condizioni rilevanti ai fini della non imputabilità, come si può evincere dalla seguente sentenza che ha per oggetto un “disturbo acuto da stress”:

“Ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, il disturbo della personalità, di consistenza, intensità e gravità, tale da incidere sulla capacità di intendere e volere, a differenza delle anomalie del carattere, può essere preso in esame anche se non rientrante nel concetto di infermità mentale quando si traduca in uno status patologico in grado di escludere o scemare grandemente la capacità. Tale può essere anche uno stato emotivo e passionale, dovuto allo stress conseguente alla crisi del rapporto coniugale, che determini una compromissione della capacità di volere e si associ ad uno status patologico anche se di natura transeunte”⁴⁶.

Non vi è, tuttavia, una costanza nell’applicazione del principio di diritto delle Sezioni Unite: può accadere che un disturbo antisociale della personalità venga riconosciuto nei termini di infermità, tale da compromettere la capacità di intendere e di volere⁴⁷, mentre viene negata nel caso di una personalità borderline⁴⁸, di una forma di “dipendenza da internet”⁴⁹, di una gelosia esasperata e paranoica⁵⁰, fino a escludere anche una sindrome

⁴⁴ Cass. Pen., 17 giugno 1997, n. 5885, in CED n. 207825

⁴⁵ Cass. pen., 27 novembre 1972, n. 739, in CED n. 122472

⁴⁶ Cass. Pen., 12 gennaio 2006, n. 1038, in CED n. 233278.

⁴⁷ Cass. Pen., 8 marzo 2006, n. 8282, in CED n. 233228

⁴⁸ Cass. Pen., 12 novembre 2009, n. 43285, in CED n. 245253.

⁴⁹ Cass. Pen., 14 gennaio 2014, n. 1161, in CED n. 257923.

⁵⁰ Cass. Pen., 13 giugno 2013, n. 40286, a meno che “non dipenda da un effettivo stato morboso psichiatrico”.

ansioso-depressiva⁵¹. Ancora, possono essere inclusi nel concetto di infermità i disturbi di personalità e “tutte quelle anomalie psichiche non inquadrabili nel ristretto novero delle malattie” a condizione che siano rispettati i criteri di intensità e nesso eziologico, mentre non vengono considerate rilevanti “altre anomalie caratteriali o alterazioni o disarmonie della personalità prive dei caratteri predetti [...]”⁵².

Da quanto si evince dalle sentenze sopra riportate, il principio di diritto formulato dalle Sezioni Unite Raso ha spostato l'accertamento del vizio di mente sul piano psicologico-normativo, inerente all'analisi degli effetti del disturbo diagnosticato sulle capacità intellettive e volitive del soggetto. Si mantiene, tuttavia la problematicità nel determinare il pregiudizio su tali capacità, accentuata dalla rinuncia al criterio rigido della diagnosi che rende più difficilmente dimostrabile la compromissione (M. Bertolino, 2020).

⁵¹ Cass. Pen., 25 novembre 2008, n. 44045, in CED n. 241804.

⁵² Cass. Pen., 8 agosto 2019, n. 35842, in CED n. 276616.

3.3 LA CRIMINOLOGIA NARRATIVA

In Italia si è sviluppata, soprattutto nell'ambito della scuola criminologica genovese, un'attività di ricerca sulla dimensione narrativa del delitto da un punto di vista psicodinamico, i cui principali esponenti sono Adolfo Francia e Alfredo Verde, con lo scopo di creare una nuova criminologia narrativa italiana che non si concentri solamente sulle narrative del reo ma includa anche una riflessione sulle narrative incorporate nell'attività delle istruzioni di controllo (Verde & Bongiorno Gallegra, 2008).

Francia (2010) teorizza la possibilità di istituire una criminologia narrativa anche in ambito psichiatrico forense, che si concentri sulla costruzione di una storia del reo, in contrasto con la tendenza a ridurre la criminologia ad una psicopatologia forense che si fonda sui manuali DSM e si limita alla diagnosi (Verde, 2018, pp. 35-67).

Concettualizzazioni vengono fatte anche per quanto concerne l'attività di polizia, dove il *criminal profiling* si delinea come ricostruzione narrativa della personalità del soggetto autore di reato, con l'obbiettivo di individuarlo mediante la "messa in trama" degli indizi che lo stesso ha disseminato sulla scena del crimine (Verde & Nurra, 2010).

Nel suo incontro con la *narrative criminology* anglosassone, la criminologia narrativa italiana si trova in accordo con il superamento dell'approccio quantitativo, che generalizza e anonimizza i soggetti, prediligendo la riflessione sulla storia unica e personale dell'autore di reato (Gadd & Jefferson, 2007). Inoltre, in questo nuovo approccio, le narrative risultano particolarmente rilevanti per la loro capacità di motivare il comportamento deviante in esame (Presser, 2016).

CAPITOLO IV – L’APPROCCIO NEUROSCIENTIFICO IN CAMPO FORENSE

4.1 L’APPORTO DELLE TECNICHE NEUROSCIENTIFICHE

La ricerca neuroscientifica è un settore in costante sviluppo, con una elaborazione continua di tecniche innovative che permettano di raggiungere risultati il più accurati possibile. Due esempi di metodi neuroscientifici sono le valutazioni neuropsicologiche e i compiti comportamentali basati sul tempo di reazione, i quali forniscono una prova oggettiva del funzionamento del cervello, eludendo la necessità di un’autovalutazione del paziente, diffusa nell’approccio psichiatrico e psicologico (Scarpazza et al., 2021). Grazie alla precisione dei dati ed alla solida base empirica su cui gli stessi si fondano, le neuroscienze rivelano una natura transdisciplinare, offrendo contributi essenziali in diversi campi, inclusa la giurisprudenza. In sede di processo, in particolare nella fase diagnostica, sono diverse le tecniche neuroscientifiche a cui si affidano i periti al fine di ottenere prove empiriche affidabili per la formulazione del quadro clinico dell’imputato, quali, ad esempio, la tecnica del neuroimaging e della Voxel Based Morphometry (VBM). Il neuroimaging risulta uno strumento estremamente affidabile non soltanto per verificare con accuratezza l’eventuale presenza di una patologia cerebrale, ma anche per distinguere la natura dei disturbi, sia essa neurologica o psichiatrica (Crossley et al., 2015); in questo modo, si permette il delinearsi di una diagnosi precisa, che fornisca al giudice informazioni oggettive sulla condizione dell’imputato.

Un ulteriore aspetto di interesse della tecnica del neuroimaging riguarda l’effetto dei suoi referti sulla valutazione: McCabe e Castel (2008) affermano che l’uso, in sede di esposizione di una ricerca, di immagini cerebrali che rappresentano il livello di attività cerebrale, influenzano maggiormente la valutazione del merito scientifico di tale ricerca, rispetto a presentazioni identiche ma che non includono immagini, un grafico a barre o una mappa topografica. L’utilità di questa considerazione si può ritrovare in sede di processo, quando al giudice vengono fornite delle prove visive di quanto riportato dal perito nel suo referto: l’opera di convincimento della presenza o assenza di una infermità mentale risulta facilitata e non è dubbia la scientificità del risultato.

Il vantaggio concreto dell'applicazione delle tecniche neuroscientifiche in campo forense, pertanto, è costituito dalla possibilità che esse offrono di migliorare la precisione nella valutazione della malattia mentale e di raggiungere un verdetto il più coerente possibile con la realtà individuale dell'imputato.

4.2 EVIDENZE EMPIRICHE

Uno studio di Sajous-Turner et al. (2020) ha evidenziato che nei criminali colpevoli di omicidio vi è una riduzione di materia grigia nelle aree cerebrali adibite all'elaborazione affettiva, alla cognizione sociale e al controllo strategico del comportamento; le aree individuate sono la corteccia prefrontale orbitofrontale/ventromediale, la corteccia temporale anteriore, l'insula, la corteccia cingolata mediale prefrontale/anteriore e la corteccia cingolata precuneo/posteriore. Diversi studi, che verranno di seguito riportati, evidenziano quanto finora sostenuto sull'apporto che le neuroscienze possono offrire alla comprensione della genesi del comportamento violento e, di conseguenza, alla sua regolamentazione in ambito giuridico.

4.2.1 Anomalie nel lobo frontale

Uno dei marcatori neurobiologici più evidenti e comuni negli individui che manifestano un comportamento antisociale è la riduzione nella struttura e nella funzione del lobo frontale. Lo studio di Yang e Raine (2009) mette in evidenza la significatività di menomazioni strutturali e funzionali prefrontali negli individui antisociali; i risultati ottenuti mostrano una riduzione della corteccia prefrontale particolarmente marcata nella corteccia orbitofrontale destra, nella corteccia cingolata anteriore destra e nella corteccia prefrontale dorsolaterale sinistra, evidenziando la necessità di ulteriori studi di imaging longitudinali, nonché un approfondimento anche per gli individui antisociali di genere femminile e una valutazione delle potenziali variabili di mediazione, i.e. impulsività e regolazione emotiva. Tuttavia, precisa Séguin (2009), le lesioni frontali probabilmente non sono sufficienti per causare aggressione fisica o violenza nel comportamento del soggetto, sebbene spesso siano causa di gravi deficienze a livello psicosociale. Inoltre, in molte condizioni associate ad uno stile di vita antisociale, quali abuso di alcol e droghe e gioco d'azzardo, sono riscontrabili menomazioni nel processo decisionale; questi sembrano originarsi dalle aree più ventrali dei lobi frontali e comportano inoltre menomazioni nell'elaborazione delle emozioni. Ne deriverebbe che gli individui affetti da tali lesioni siano privati di fondamentali informazioni emotive che compromettono la loro capacità di prendere decisioni adattive.

4.2.2 Lesioni temporali e antisocialità

Altri studi si sono concentrati sulla riduzione strutturale e funzionale del lobo temporale. Gregory et al. (2012) hanno analizzato l'influenza di menomazioni in questa area nella manifestazione della psicopatia. Il volume ridotto della materia grigia all'interno delle aree implicate nei processi empatici, nel ragionamento morale e nell'elaborazione di emozioni prosociali, quali senso di colpa e imbarazzo, può contribuire alle profonde anomalie del comportamento sociale osservato nella psicopatia. Inoltre, la prova di forti differenze strutturali nel cervello di uomini persistentemente violenti con e senza psicopatia accresce l'evidenza che la psicopatia rappresenti un fenotipo distinto; questa conoscenza può semplificare le future ricerche sull'eziologia del comportamento violento persistente.

Lo studio di Tiihonen et al. (2008) riporta la prima prova che i criminali persistentemente violenti che soddisfano i criteri diagnostici per l'ASPD sono caratterizzati da un'anatomia anormale del cervello quando confrontati con uomini in salute; in tutti i 26 soggetti del campione la volumetria dei lobi indica che hanno un volume di materia grigia marcatamente più ampio nel cervelletto destro e un volume più ampio di materia bianca nei lobi parietali destro e sinistro, nei lobi occipitali destro e sinistro e nel cervelletto sinistro. Le differenze in queste aree risultano ancora più evidenti comparando i criminali con uomini in salute e uomini affetti da psicopatia. La VBM ha rivelato che i criminali violenti mostrano aree simmetriche e bilaterali di atrofia della materia grigia nel giro postcentrale, nella corteccia frontopolare e nella corteccia orbitofrontale e una perdita di volume unilaterale nella corteccia cingolata posteriore sinistra e nell'insula destra, quando confrontati con uomini sani; tali riduzioni nel volume risultano ancora più marcate tra i sottogruppi di criminali con una diagnosi di psicopatia.

Anomalie frontali e temporali si ritrovano anche in pazienti affetti da schizofrenia che manifestano comportamenti aggressivi. Studi di neuroimaging più recenti hanno esplorato l'interrelazione tra violenza e funzioni cerebrali in individui schizofrenici e i risultati ottenuti sembrano indicare che nei pazienti schizofrenici con aggressività o violenza persistente alcune funzioni o aree cerebrali, in particolare la corteccia frontale

e prefrontale, sono compromesse in maniera più grave rispetto a pazienti schizofrenici che non manifestano comportamenti aggressivi o violenti (Soyka, 2011).

Anche nei pazienti psicotici è stata riscontrata una riduzione del volume della materia grigia frontale, temporale, parietale e cerebellare con l'inizio della psicosi. Attraverso tecniche avanzate di neuroimaging ottimizzate per rilevare cambiamenti volumetrici regionali, i risultati dello studio di Borgwardt et al. (2008) suggeriscono differenti marcatori di imaging di stato e tratto della psicosi; la perdita di volume di materia grigia nelle aree orbitofrontali e frontotemporali è associata all'inizio della psicosi. Tali aree del cervello risultano di particolare importanza nella comprensione della neurobiologia dello sviluppo della psicosi.

4.2.3 L'impatto dell'ipoperfusione cerebrale

Un altro aspetto correlato all'aggressività impulsiva, ai disturbi impulsivi della personalità e al comportamento criminale violento è il ridotto metabolismo del glucosio parietale. Hirono et al. (2000) hanno studiato i comportamenti aggressivi nei pazienti affetti da demenza e l'ipoperfusione cerebrale regionale tramite SPECT, dimostrando un'associazione tra l'aggressività e la diminuita perfusione nella corteccia temporale anteriore sinistra. I risultati ottenuti supportano l'ipotesi di un coinvolgimento della corteccia temporale anteriore nei comportamenti aggressivi, a prescindere dall'origine del disturbo. Pertanto, la riduzione del flusso sanguigno prefrontale potrebbe corrispondere a disfunzioni esecutive e a un debole controllo degli impulsi, mentre anomalie nei lobi temporali possono essere connessi a comportamenti violenti e aggressività (Söderström et al., 2000). Queste scoperte potrebbero predire lo sviluppo dell'aggressività e l'efficacia degli interventi terapeutici utilizzati per i pazienti con disfunzionalità in questa regione cerebrale.

4.2.4 Il ruolo di ippocampo, nucleus accumbens e amigdala nella psicopatologia

Negli ultimi anni l'attenzione delle neuroscienze si è rivolta anche a regioni cerebrali più piccole, quali l'ippocampo, il nucleus accumbens e l'amigdala. È stato effettuato un confronto sul volume dell'ippocampo e la sua morfologia tra criminali abitualmente

violenti con psicopatia di differente gravità e individui normali; le mappe della superficie hanno rilevato una distribuzione peculiare di anomalie nei criminali, che consistono in un ampliamento dei bordi laterali nel corpo e nella coda dell'ippocampo, con una depressione lungo l'asse longitudinale della linea mediana. Inoltre, nel piano coronale, l'ippocampo appare in una forma convessa doppia; questo modello strutturale è simile sia sul lato destro che sul lato sinistro ed è più pronunciato nel sottogruppo con un grado di psicopatia più grave (Boccardi et al., 2010).

Un altro studio di Boccardi et al. ha rilevato una peculiare morfologia striatale caratterizzata da una grave ipotrofia del nucleus accumbens nei criminali con psicopatia. Nonostante occorran ulteriori accertamenti, questa scoperta è coerente con le caratteristiche cliniche e neuropsicologiche della psicopatia, così come la ben conosciuta insensibilità a trattamenti e correzioni di questi soggetti. I correlati psicobiologici della psicopatia indicano il coinvolgimento della rete paralimbica, un insieme di strutture cerebrali che connettono le informazioni emotive alle strutture che processano l'informazione cognitiva e controllano il comportamento. Tuttavia, le indagini scientifiche non sono ancora arrivate a conclusioni definitive su questa condizione, e il trasferimento di questo tipo di dati nella pratica quotidiana, soprattutto a livello giuridico, potrebbe non essere semplice (Boccardi et al., 2013).

Per quanto riguarda l'amigdala, i tre subnuclei laterale, centrale e basolaterale contribuiscono alle differenti morfologie dell'amigdala nella psicopatia; inoltre, i volumi globali dell'amigdala, solitamente adeguati alle dimensioni del cervello, sono più grandi nei pazienti affetti da psicopatia e si può riscontrare, attraverso mappature locali, una morfologia alternativa, costituita da effetti sia di ingrandimento che di riduzione (Boccardi et al., 2011).

4.2.5 L'influenza del volume della materia grigia nella psicopatia

Il volume della materia grigia (GMV) nelle regioni cerebrali risultate rilevanti per il comportamento criminale è correlato con i tratti psicopatici e con il rischio di recidiva della violenza. Nello studio di Leutgeb et al. (2015) il gruppo di criminali ha mostrato un minore GMV nella corteccia prefrontale e un maggiore GMV nelle regioni

cerebellari e nelle strutture dei gangli basali rispetto al gruppo di controllo; tra i criminali vi è inoltre una correlazione negativa tra il GMV prefrontale e la psicopatia e una correlazione positiva del GMV cerebellare con la psicopatia e con il rischio di recidiva della violenza. L'antisocialità si correla positivamente con il GMV dei gangli basali e dell'area motoria supplementare, mentre il GMV dell'amigdala si correla negativamente con il rischio di recidiva della violenza. Per quanto riguarda le aree paralimbiche, quali la corteccia orbitofrontale e l'insula, il loro GMV si correla positivamente sia con l'antisocialità che con il rischio di recidiva della violenza.

4.3 IL RAPPORTO TRA NEUROSCIENZE E PSICHIATRIA FORENSE

4.3.1 Il contributo neuroscientifico alle perizie

Come si evince dai risultati degli studi precedentemente esposti, l'apporto delle neuroscienze risulta di grande ausilio nella valutazione della condizione mentale dell'imputato, in particolare per quanto riguarda la sua capacità di intendere e di volere; come emerso dai capitoli precedenti, la giurisprudenza richiede l'individuazione di un nesso causale tra la condizione psichica e l'azione criminale in oggetto, e tale individuazione è affidata alle mani degli esperti psichiatri. In questo processo diagnostico si possono inserire le neuroscienze, che evidenziano l'importanza dei biomarcatori, ovvero quelle caratteristiche misurabili di un individuo, indicative di fattori di rischio per una malattia, della sua progressione in caso la malattia si fosse già palesata o dei cambiamenti associati ad un determinato trattamento (Perlis, 2011). In particolare, i biomarcatori "diagnostici" sono test biologici utilizzati per verificare l'eventuale presenza e natura di una malattia (Prata et al., 2014), i quali in sede di perizia possono risultare estremamente utili per ridurre l'intersoggettività tra i diversi consulenti ed esperti. Se si limita la ricerca criminologica agli aspetti comportamentali e

ambientali che sottostanno all'azione criminale, si giunge ad una comprensione solo parziale della genesi della criminalità e si delinea un profilo diagnostico incompleto del soggetto imputato, che non tiene conto delle influenze neurobiologiche sul comportamento (Focquaert, 2019, p. 2).

Ad ogni modo, come ricordano Gilbert e Focquaert (2015) in conclusione al loro articolo riguardante la pedofilia acquisita, “la decisione di giustificare pienamente o parzialmente un individuo dovrebbe tenere conto di tutte le informazioni pertinenti, delle prove sia neurobiologiche che di altra natura, e dovrebbe procedere con un'attenta analisi caso per caso”.

È bene precisare che la disciplina neuroscientifica non si pone l'obiettivo di invadere la psichiatria e la psicologia con un concetto di disturbo mentale che si fondi strettamente sul cervello, anzi, essa è finalizzata allo sviluppo di un metodo scientifico per la valutazione della malattia mentale, che permetterebbe la riduzione, in sede di processo, delle controversie e degli errori causati dall'inaffidabilità intrinseca della valutazione del disturbo mentale e dai pregiudizi logici cui sono soggetti gli esseri umani (Scarpazza et al., 2021). Infatti, per alcuni disturbi comuni, quali la depressione maggiore e il disturbo d'ansia generalizzato, la marcata eterogeneità dei pazienti che soddisfano i criteri diagnostici e la loro comorbilità con altri disturbi sono associati a livelli inferiori di affidabilità (Regier et al., 2013).

4.3.2 L'influenza dei bias in fase di diagnosi

Studi recenti dimostrano come la psichiatria forense e i suoi esperti siano soggetti a differenti tipi di bias nel corso del processo diagnostico, minando l'affidabilità delle conclusioni che vengono riportate al giudice in sede di processo (Dror & Murrie, 2018). Le neuroscienze risultano degli strumenti efficaci per arginare tale problematica, rafforzando i risultati della valutazione psichiatrica e riducendo l'incertezza in campo forense; inoltre, la disciplina neuroscientifica, qualora sia inserita in un approccio multidisciplinare e integrato che preveda il colloquio clinico sia strutturato che non strutturato, la valutazione psicopatologica e la valutazione neuropsicologica, permette di migliorare la comprensione delle azioni individuali e ridurre fortemente i bias a livello di osservazione, che sorgono dall'influenza inconscia del ricercatore sull'esperimento a

causa di pregiudizi cognitivi e possono alterare la modalità con cui viene condotto l'esperimento e la registrazione dei risultati. (Sartori et al., 2020).

Per quanto concerne gli effetti del bias di conferma, essi si possono estendere al sistema giuridico quando la credenza sulla probabilità che l'imputato sia colpevole ha un impatto sul processo decisionale (Tversky & Kahneman, 1974). Il bias di conferma forense, infatti, indica gli effetti causati dalle convinzioni preesistenti di un individuo, dalle sue aspettative, dalle motivazioni e dal contesto situazionale sul processo di raccolta e interpretazione delle prove durante un procedimento penale; ne consegue la tendenza a cercare o interpretare le informazioni in modo da confermare le proprie credenze (Kassin et al., 2013). Cooper e Meterko (2019) nella loro revisione identificano una serie di studi che forniscono le prove dell'influenza del bias di conferma sulle conclusioni degli analisti forensi. Risulta frequente l'incidenza di pregiudizi cognitivi anche nell'interpretazione dei risultati di neuroimaging, in particolare in ambito forense; a tal proposito, Scarpazza et. al. (2018) propongono una serie di linee guida da seguire per ridurre al minimo lo sviluppo di tali pregiudizi e per favorire il corretto utilizzo della tecnica di neuroimaging in tribunale.

Tutto questo ad indicare la vulnerabilità della natura umana nella gestione e nel confronto diretto con il crimine e la necessità di integrare i risultati delle interviste cliniche non strutturate con i dati di test neuropsicologici e psicopatologici standardizzati e oggettivi svolti con l'ausilio di computer (Miller et al., 2001), dal momento che "l'uso del computer può spesso migliorare la standardizzazione di un test perché le condizioni in cui il test stesso è somministrato possono essere regolate in modo più preciso" (Miller, 2000, p. 784). L'ostacolo principale all'introduzione di un approccio neuroscientifico nella giurisprudenza è costituito dal bias cognitivo di negazione degli stessi scienziati: essi sono influenzati da informazioni contestuali irrilevanti (Kassin et al., 2013) e generalmente si considerano insensibili a tali pregiudizi, come evidenziato dallo studio di Kukucka et al. (2017): gli intervistati ritenevano i propri giudizi quasi infallibili, e il 37% di essi si autoconferiva un'accuratezza di giudizio del 100%; inoltre, mentre la maggior parte degli intervistati riconosceva il pregiudizio cognitivo quale motivo di preoccupazione in altri ambiti forensi, solo una minoranza ha considerato vulnerabile il proprio campo di lavoro, e in numero ancora minore consideravano se stessi vulnerabili. Questi risultati suggeriscono

che molti esaminatori sono caratterizzati da un “bias blind spot”, ovvero tendono a riconoscere i pregiudizi negli altri e negano l’esistenza di quegli stessi pregiudizi in sé stessi (Pronin, et al., 2002).

Sulla base della ricerca nella scienza forense, si possono sviluppare differenti protocolli di gestione del contesto per ridurre al minimo gli impatti dei bias e le informazioni contestuali irrilevanti. Per esempio, lo smascheramento lineare sequenziale (LSU) controlla la sequenza e la tempistica nel fornire informazioni (Dror et al. 2015). Innumerevoli decisioni vengono prese per ogni specifico colloquio, sia formalmente che informalmente, ad ogni passaggio del processo investigativo; ciò può influenzare come procederà un caso che si poggia sulla testimonianza di un testimone, una vittima o un sospettato. Il campo dell’intervista investigativa dovrebbe sviluppare dei protocolli di gestione del contesto basati sulla ricerca di prove per ridurre al minimo i bias nel processo di decisione. Dopotutto, questa “scena del crimine psicologica” (la memoria dell’intervistato) è molto vulnerabile alla contaminazione, con conseguenze che possono mettere a rischio la giustizia. Se questi problemi non sono isolati nel processo giuridico, possono facilmente causare una cascata di bias che ostacolano la buona amministrazione della giustizia (Huang & Bull, 2020).

4.3.3 L’ approccio multidisciplinare e la questione neuroetica

Introducendo le neuroscienze in ambito forense si corregge una metodologia di diagnosi inaffidabile, arricchendola con un approccio multidisciplinare basato sul principio di convergenza delle prove e volto a migliorare la procedura e i risultati dell’indagine forense, ridurre la durata dei processi penali e indirizzare il giudice alla corretta formulazione di un giudizio di imputabilità o non imputabilità. La tipologia di approccio multidisciplinare proposta da Scarpazza et al. (2020), include, oltre al classico colloquio clinico non strutturato e alla valutazione psichiatrica mediante intervista semi-strutturata, una valutazione psicopatologica, una valutazione neuropsicologica e, se necessario, usufruire della risonanza magnetica cerebrale (MRI) per un quadro più chiaro e completo della condizione organica del cervello dell’imputato.

Infatti, la bassa accuratezza della valutazione del disturbo mentale basata sull’intervista, accompagnata con la presenza pervasiva di errori logici, spesso rende la valutazione

stessa una inattendibile e soggettiva opinione che può risultare in esiti legali ingiusti e arbitrari per l'imputato, così come in una diminuita fiducia nell'esperto psicologo all'interno del sistema legale. Mentre l'applicazione di una valutazione multidisciplinare non risolverà il problema dell'alto tasso di errore in ogni singola disciplina, è una soluzione imperfetta per superare i limiti intrinseci di ogni disciplina e per mitigare l'effetto di questi problemi sull'opinione riguardo il disturbo mentale (Scarpazza et al., 2020). L'adozione di un approccio che includa le neuroscienze nello studio del comportamento umano e, in misura ancora maggiore, nella formulazione di una diagnosi in ambito forense, comporta alcune implicazioni neuroetiche, individuate da Farah (2012) e di seguito riportate:

1. Allo stesso modo della genetica, le neuroscienze riguardano l'essenza biologica degli individui e offrono una gamma di possibili tecniche per predire e controllare il comportamento umano;
2. La recente capacità delle neuroscienze di spiegare e influenzare il comportamento umano si è dimostrata interessante per numerose aree di applicazione al di fuori della tradizionale realtà biomedica, inclusa l'educazione, l'economia e la giurisprudenza;
3. Il neuroimaging si è sviluppato fino a fornire informazioni affidabili sui tratti e stati mentali degli individui almeno in alcuni contesti circoscritti;
4. La sfida etica, legale e sociale posta dallo sviluppo del neuroimaging è quella di usare responsabilmente le informazioni fornite dall'imaging, tutelando la privacy e resistendo ad affermazioni esagerate basate sulla connotazione scientifica del neuroimaging;
5. Le neurotecnologie, incluse sostanze e stimolazioni cerebrali non invasive, possono essere usate per migliorare la normale funzione del cervello;
6. Il potenziamento del cervello fa scaturire numerose questioni etiche, legali e sociali connesse alla sicurezza, alla libertà, alla correttezza e all'autenticità personale;
7. Le neuroscienze supportano una visione fisicalista dell'essere umano, secondo la quale i pensieri, le sensazioni e le azioni derivano da meccanismi fisici. Questa corrente di pensiero non si concilia facilmente con le nozioni tradizionali della responsabilità morale, della spiritualità e dell'intenzione.

L'autrice, che sostiene l'approccio multidisciplinare, invita a prestare attenzione all'utilizzo responsabile delle neurotecnologie e soprattutto evidenzia la differente posizione teorica delle neuroscienze rispetto al concetto di responsabilità morale; quest'ultimo punto risulta estremamente importante per una considerazione consapevole delle neuroscienze in ambito forense, ma non implica l'impossibilità del loro contributo alla perizia psichiatrica e alla diagnosi dell'imputato.

4.4 IL RAPPORTO CON LA GIURISPRUDENZA

4.4.1 Una collaborazione in via di sviluppo

Lo sviluppo della disciplina neuroscientifica ha permesso di ampliare la comprensione della biologia umana e di come essa influenzi il comportamento; la neurocriminologia, ad esempio, applica le tecniche delle neuroscienze nello studio del comportamento criminale, con la finalità di raggiungere non solo una comprensione di esso, ma anche la sua prevenzione (Glenn & Raine, 2014).

In generale, sia la giurisprudenza sia le neuroscienze si stanno esponendo per promuovere relazioni collaborative. La neuroscienza ha un ruolo da svolgere, ovvero informare l'ambiente giuridico dell'utilità e dei limiti delle nuove conoscenze acquisite sul funzionamento del cervello, aiutando il sistema legale a fare inferenze giuridicamente e scientificamente valide sulle relazioni tra prove neuroscientifiche e comportamenti particolari. Per questo motivo le neuroscienze possono contribuire notevolmente alla pratica forense e devono tutelarsi dall'utilizzo inadeguato delle loro conoscenze in aula: le prove neuroscientifiche da sole non dovrebbero essere presentate al fine di raggiungere un verdetto di imputabilità o non imputabilità (Fozdar, 2016). La collaborazione tra giurisprudenza e neuroscienze, pertanto, è ancora alla fase iniziale e sono diversi i punti fondamentali da approfondire e sviluppare per rafforzare il rapporto lavorativo tra professionisti giuridici e ricercatori: a livello preventivo, elaborare programmi biologici efficaci per la prevenzione della criminalità e della recidiva che offrano una accuratezza socialmente accettabile e includano predittori neurobiologici; a livello diagnostico, includere le emozioni accanto alla cognizione nella concettualizzazione legale della responsabilità e considerare l'adozione di un concetto dimensionale di responsabilità penale; infine, risulta fondamentale discutere l'implicazione neuroetica della ricerca neurocriminologica che include la medicalizzazione del crimine e comporta stigma ed etichettature (Glenn & Raine, 2014).

Un punto focale delle critiche rivolte all'introduzione delle neuroscienze nel diritto penale è l'interpretazione dei risultati neurobiologici quali giustificazioni del comportamento criminale, originato esclusivamente da anomalie nell'organo cerebrale. L'errore di questo pensiero risiede nell'interpretazione dei risultati neuroscientifici in

ottica causale: la biologia e i geni dell'individuo lo hanno portato a commettere il reato. Questa considerazione è influenzata dalla necessità vigente nel sistema penale di un nesso di causalità tra il disturbo mentale e il comportamento criminale; tuttavia l'obiettivo dell'inclusione delle neuroscienze in ambito giuridico è volto al raggiungimento di una descrizione il più obiettiva possibile della malattia mentale dell'imputato, fornendo evidenze scientifiche delle basi biologiche dello stato patologico, ma senza che esse siano interpretate quali giustificazioni del reato (Rigoni et al., 2010).

4.4.2 Neuroscienze e imputabilità

Con l'aumentare della comprensione di come la biologia influisca nello sviluppo del comportamento patologico e disadattivo si fa avanti anche una più ampia interpretazione del concetto di imputabilità (Anderson & Kiehl, 2020). Un aspetto da considerare è l'impatto dello sviluppo della genetica sullo studio del comportamento criminale e le sue conseguenze a livello sociale e giuridico. Se il comportamento fosse determinato dai geni, questo comporterebbe l'annullamento parziale se non totale del libero arbitrio, rendendo le persone non imputabili delle loro azioni e privando il sistema penale della propria condizione necessaria; quello che si evince dagli studi in letteratura, invece, è che la combinazione di particolari alleli può influenzare il rischio di una tendenza alla violenza e al comportamento criminale, in combinazione con fattori ambientali avversi (Iofrida et al., 2014).

Poiché la psichiatria forense per sua stessa natura deve funzionare nel quadro della legge e poiché la legge ha un grande interesse nella natura della responsabilità, aree importanti dell'attività psichiatrica forense, come la neuropsichiatria forense, devono occuparsi della natura della responsabilità. Per fare ciò, sia la professione psichiatrica forense che il sistema di giustizia penale si sforzano di tenere conto delle componenti informative di natura psicologica (cioè sia comportamentale che mentalistica) o neurobiologica (Silva, 2009).

Un fattore importante, quando si considera la responsabilità, è l'intenzione dell'individuo e la pianificazione del crimine. Nella psicopatia, associata ad un

aumentato rischio di aggressione sia strumentale che reattiva, si verifica una combinazione di diminuzione di emozioni di colpa e paura e aumento della propensione alla rabbia, con conseguente aumento del rischio di comportamenti antisociali basati su di essa e manifestati in uno stato di diminuita responsabilità (Blair, 2008). L'utilizzo in campo forense dell'approccio neuroscientifico, basato su evidenze empiriche costantemente aggiornate e riferito a modelli cognitivi/biologici/comportamentali del funzionamento normale, non solo riduce la soggettività e aumenta l'accordo intersoggettivo nella valutazione del disturbo mentale, ma può addirittura cambiare il concetto giuridico di responsabilità e imputabilità (Scarpazza et al., 2018). Choi (2017) pone una questione molto importante a questo proposito: accertato che le neuroscienze possano migliorare e completare la comprensione del comportamento umano, tuttavia esse non sono in grado di rispondere alla richiesta legale di determinazione di responsabilità. Quest'ultima, infatti, rientra in giudizi morali che richiedono la comprensione dei comportamenti e degli stati mentali in rapporto alle norme culturali. L'elemento umano è incorporato nella legge con parole come "apprezzamento, sufficienza e ragionevolezza", che richiedono tutte un'interpretazione umana. Sebbene la scienza possa rivelarsi utile nell'accertare comportamenti e stati mentali, essa non fa riferimento al contesto culturale e morale necessario per giudicare la loro adeguatezza in una determinata situazione. I criteri di valutazione della responsabilità penale si basano sulla capacità dell'individuo di distinguere tra giusto e sbagliato e di contrastare l'impulso; tali capacità sono assenti in alcuni disturbi psichiatrici con conseguente esenzione o condanna più clemente. Come affermato da Sartori et al. (2011), la concordanza diagnostica è particolarmente bassa nella valutazione forense dei disturbi mentali e della ridotta capacità di intendere e di volere poiché il modello accusatorio legale impone letture diverse degli stessi dati clinici; se l'utilizzo di dati genetici e di neuroimaging non può modificare la logica sottesa alla determinazione della responsabilità penale, la quale deve basarsi su un'associazione causale tra un disturbo mentale e un crimine, tuttavia può essere cruciale nel fornire dati biologici oggettivi utilizzabili per ridurre l'incertezza nelle valutazioni psichiatriche forensi e ridurre al minimo il rischio che i sintomi psichiatrici siano il risultato di simulazioni. In nessun modo, infatti, la presenza di geni di rischio o anomalie neuronali può essere alla base di qualsiasi valutazione del disturbo mentale in assenza di manifestazioni cliniche;

piuttosto queste informazioni biologiche possono essere utili per formulare una valutazione psichiatrica. In definitiva, le conoscenze neuroscientifiche devono essere prese in considerazione per comprendere la base biologica del disturbo mentale in sede di diagnosi, ma non sono sufficienti per negare l'imputabilità del soggetto, altrimenti si scadrebbe in una posizione determinista e riduzionista (Scarpazza et al., 2021).

In un ambiente eterogeneo e multidisciplinare quale è il processo penale, le neuroscienze devono potersi affiancare a psichiatri e psicologi nella valutazione dello stato mentale dell'imputato, al fine di delineare un profilo quanto più completo e realistico della sua condizione e indirizzare il giudice verso un verdetto coerente ed equo. In questo modo, il sistema penale si completa di una componente che lavora con la parte biologica dell'essere umano, riconoscendo l'impatto di quest'ultima nelle azioni individuali e soppesandone l'influenza nella commissione del reato; così facendo, il giudizio ultimo a conclusione del processo può essere un giudizio completo, che prende in considerazione l'essere umano nella sua interezza e complessità.

CONCLUSIONI

Dal 19 ottobre 1930, data di approvazione del Codice Rocco, il diritto penale italiano ha subito differenti modifiche, rappresentative dello sviluppo di correnti scientifiche e di pensiero che si susseguivano sull'onda dei cambiamenti sociali che l'ultimo secolo ha portato con sé. La sensibilità verso forme di sofferenza che non comportano tracce visibili e classificabili in rigidi parametri ha permesso l'ampliarsi del concetto di vizio di mente, includendo nella condizione di non imputabilità anche soggetti che presentano alterazioni nella personalità non dovute a traumi, lesioni o anomalie organiche, ma legati al vissuto personale e all'elaborazione soggettiva dell'altra tipologia di traumi, quella silenziosa e subdola, che si cela nel buio dell'inconscio e lì scompare alla vista dei più evoluti strumenti di indagine medica.

L'inclusione, a livello processuale, della figura dello psicologo, si rende necessaria per evidenziare i progressi eseguiti dal diritto penale nel percorso di inclusione dei disturbi di personalità (con le dovute regolamentazioni proprie della giurisprudenza) nel novero delle condizioni che escludono l'imputabilità. L'immagine di un approccio multidisciplinare in ambito forense esalta le peculiarità di ogni singola disciplina e l'apporto di ognuna alla perizia, che in quest'ottica sarebbe restrittivo definire unicamente psichiatrica, dal momento che prevede la scesa in campo non solo di paradigmi medici e psichiatrici, ma anche di teorie psicologiche, sociologiche e criminologiche, nonché l'inclusione di strumenti sempre più accurati per identificare la presenza o l'assenza di anomalie cerebrali, ma senza la presunzione che tali risultati da soli possano determinare l'esito peritale.

Solo un lavoro eseguito in coro da un'equipe di specialisti nei diversi settori potrebbe permettersi di porsi l'obiettivo di una diagnosi il più vicina possibile alla realtà del paziente, per quanto questa non sia completamente svelabile nelle tempistiche processuali. Questa la direzione intrapresa negli ultimi vent'anni dal diritto penale italiano, che, con la sentenza Raso e le successive proposte di riforma ha mostrato un interesse verso la concezione psicologica di disturbo di personalità e la volontà di includere gli stessi in quanto dichiarato dagli artt. 88 e 89 c.p. Sono questi i risultati delle rivoluzioni concettuali del Novecento, a partire dalla triade freudiana, passando

per il movimento dell'antipsichiatria e comprendendo tutte quelle correnti di pensiero che si incentrano sull'essere umano nella sua complessità e sensibilità e dove la componente organica è una parte di un insieme più ampio di aspetti, non visibili ma riscontrabili negli atti costruttivi e distruttivi di cui l'uomo è unico autore.

BIBLIOGRAFIA

Alexander, F. & Staub, H. (1948). *Il delinquente, il suo giudice e il pubblico* Giuffrè. (Originariamente pubblicata nel 1929).

Anderson, N. E. & Kiehl, K. A. (2020). Re-wiring guilt: how advancing neuroscience encourages strategic interventions over retributive justice. *Frontiers in Psychology*, 11:390.

doi: [10.3389/fpsyg.2020.00390](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00390)

Bertolino, M. (1981). La crisi del concetto di imputabilità. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 191-ss.

<http://hdl.handle.net/10807/21432>

Bertolino, M. (1990). *L'imputabilità e il vizio di mente nel sistema penale*. Giuffrè.

Bertolino, M. (1998). Il nuovo volto dell'imputabilità penale. Dal modello positivistic del controllo sociale a quello funzional-garantista. *L'Indice penale*, (2), 367-422.

<http://hdl.handle.net/10807/21570>

Bertolino, M. (2001). Fughe in avanti e spinte repressive in tema di imputabilità penale. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 44(3), 850-883.

<http://hdl.handle.net/10807/21573>

Bertolino, M. (2009). *Il reo e la persona offesa, il diritto penale minorile*. Giuffrè.

Bertolino, M. (2012). L'imputabilità penale fra cervello e mente. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 34(3), 921-939.

<http://hdl.handle.net/10807/45449>

Bertolino, M. (2020). L'imputabilità secondo il Codice penale. Dal Codice Rocco alla legge delega del 2017: paradigmi, giurisprudenza, Commissioni a confronto. *Sistema Penale*, 1-22.

Biondi, M., Bersani, F., Valentini, M. (2014). Il DSM-5: l'edizione italiana. *Rivista di Psichiatria*, 49(2), 57-60.

doi: [10.1708/1461.16137](https://doi.org/10.1708/1461.16137)

Blair, R. J. R. (2008). The cognitive neuroscience of psychopathy and implications for responsibility. *Neuroethics*, 1(3), 149-157.

doi: [10.1007/s12152-008-9016-6](https://doi.org/10.1007/s12152-008-9016-6)

Boccardi, M., Bocchetta, M., Aronen, H. J., Repo-Tiihonen, E., Vaurio, O., Thompson, P. M., Tiihonen, J. & Frisoni, G. B. (2013). Atypical nucleus accumbens morphology in psychopathy: another limbic piece in the puzzle. *International Journal of Law and Psychiatry*, 36(2), 157-167.

doi: [10.1016/j.ijlp.2013.01.008](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.01.008)

Boccardi, M., Frisoni, G. B., Hare, R. D., Cavedo, E., Najt, P., Pievani, M., Rasser, P. E., Laakso, M. P., Aronen, H. J., Repo-Tiihonen, E., Vaurio, O., Thompson, P. M. & Tiihonen J. (2011). Cortex and amygdala morphology in psychopathy. *Psychiatry Research*, 193(2), 85–92.

doi: [10.1016/j.psychresns.2010.12.013](https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2010.12.013)

Boccardi, M., Ganzola, R., Rossi, R., Sabattoli, F., Laakso, M. P., Repo-Tiihonen, E., Vaurio, O., Könönen, M., Aronen, H. J., Thompson, P. M., Frisoni G. B. & Tiihonen, J. (2010). Abnormal hippocampal shape in offenders with psychopathy. *Human Brain Mapping*, 31(3), 438–447.

doi: [10.1002/hbm.20877](https://doi.org/10.1002/hbm.20877)

Borgwardt, S. J., McGuire, P. K., Aston, J., Gschwandtner, U., Pflüger, M. O., Stieglitz, R.-D., Radue, E.-W. & Riecher-Rössler, A. (2008). Reductions in frontal, temporal and parietal volume associated with the onset of psychosis. *Schizophrenia Research*, 106(2-3), 108-114.

doi: [10.1016/j.schres.2008.08.007](https://doi.org/10.1016/j.schres.2008.08.007)

Carrieri, F. & Catanesi, R. (2001). La perizia psichiatrica sull'autore di reato: evoluzione storica e problemi attuali. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 23(2), 15-39.

<http://hdl.handle.net/11586/3283>

Centonze, F. (2005). L'imputabilità, il vizio di mente e i disturbi di personalità. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, (1), 247-300.

<http://hdl.handle.net/10807/8938>

Choi, O. S. (2017). What neuroscience can and cannot answer. *The Journal of American Academy of Psychiatry and the Law*, 45(3), 278–285.

<http://jaapl.org/content/45/3/278.long>

Coda, S. (2001). Dinamica di un omicidio: il contributo della psicologia. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 23(2), 369-385.

Cognition 107:343–352).

doi: [10.1016/j.cognition.2007.07.017](https://doi.org/10.1016/j.cognition.2007.07.017)

Collica, M. T. (2005). Anche i disturbi della personalità sono infermità mentale. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 48(1), 420-447.

<http://hdl.handle.net/11570/1434944>

Collica, M. T. (2007). *Vizio di mente: nozione, accertamento e prospettive*. Giappichelli.

Collica, M. T. (2018). Gli sviluppi delle neuroscienze sul giudizio di imputabilità. *Diritto Penale Contemporaneo*, 1-39.

<https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/d/5854-gli-sviluppi-delle-neuroscienze-sul-giudizio-di-imputabilita>

Cooper, G. S. & Meterko, V. (2019). Cognitive bias research in forensic science: a systematic review. *Forensic Science International*, 297, 35-46.

doi: [10.1016/j.forsciint.2019.01.016](https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2019.01.016)

Crossley, N. A., Scott, J., Ellison-Wright, I. & Mechelli, A. (2015). Neuroimaging distinction between neurological and psychiatric disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 207(5), 429-434.

doi: [10.1192/bjp.bp.114.154393](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.154393)

Dattoli, L.M. (2014). L'incidenza dei disturbi della personalità sulla capacità di intendere e volere. *Psichiatria e giurisprudenza a confronto sul tema. Crimen et Delictum*, 8, 118-137.

De Francesco, G. (2011). *Diritto penale. I fondamenti* (2. ed.). Giappichelli.

De Leo, G. & Patrizi, P. (1992). *La spiegazione del crimine. Bilancio critico e nuove prospettive teoriche*. Il Mulino.

De Mari, M. (A cura di) (2018). *Io criminale*. Alpes.

De Masi, F. (2012). *Lavorare con i pazienti difficili*. Bollati Boringhieri.

Dolcini, E. & Marinucci, G. (2011). *Codice penale commentato* (3. ed.). IPSOA.

Dror, I. E. & Murrie, D. C. (2018). A hierarchy of expert performance applied to forensic psychological assessments, *Psychology, Public Policy and Law*, 24(1), 11-23.

<https://doi.org/10.1037/law0000140>

Dror, I. E., Thompson, W. C., Meissner, C. A., Kornfield, I., Krane, D., Saks, M. & Risinger, M. (2015). Letter to the Editor- Context Management Toolbox: A Linear

Sequential Unmasking (LSU) Approach for Minimizing Cognitive Bias in Forensic Decision Making. *Journal of Forensic Sciences*, 60(4), 1111-1112.

doi: [10.1111/1556-4029.12805](https://doi.org/10.1111/1556-4029.12805)

Farah, M.J. (2012). Neuroethics: the ethical, legal, and societal impact of neuroscience. *Annual Review of Psychology*, 63(1), 571-591.

doi: [10.1146/annurev.psych.093008.100438](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100438)

Fiandaca, G. (2002). Osservazioni sulla disciplina dell'imputabilità nel progetto Grosso. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, fasc. 3, 867-ss.

Fiandaca, G. (2006). L'imputabilità nella interazione tra epistemologia scientifica ed epistemologia giudiziaria. *La Legislazione Penale*, 26(1), 257-263.

<http://hdl.handle.net/10447/15580>

Fiandaca, G., & Musco, E. (2019). *Diritto penale. Parte generale* (8. ed.). Zanichelli.

Fidelbo, G. (2005). Cassazione Penale (pp. 1851-1886).

First, M. B. (2022). Valutazione medica del paziente con disturbi mentali. *Manuale MSD. Versione per i professionisti*.

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici/approccio-al-paziente-con-sintomi-mentali/valutazione-medica-del-paziente-con-disturbi-mentali>

Focquaert, F. (2019). Neurobiology and crime: a neuro-ethical perspective. *Journal of Criminal Justice*, 65.

doi: [10.1016/j.jcrimjus.2018.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2018.01.001)

Fornari, U. (2001). Temperamento, delitto e follia. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 521-ss.

Fornari, U. (2005, 17 giugno). *I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto di infermità?* [Relazione a convegno]. Dipartimento di Scienze Giuridiche dell'Università di Torino.

http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Fornari_2005.pdf

Fornari, U. (2015). *Trattato di psichiatria forense* (6. ed.). UTET.

Fornari, U. & Coda, S. (2000). Deontologia e responsabilità in psichiatria e psicologia forensi, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 22(6), 1175-ss.

Forza, A. (2010). *La psicologia nel processo penale. Pratica forense e strategie*. Giuffrè.

Fozdar, M. A. (2016). The relevance of modern neuroscience to forensic psychiatry practice. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 44(2), 145–150.

<http://jaapl.org/content/44/2/145.long>

Francia, A. (2010). Letteratura: la costruzione di una trama adeguata, Maupassant. In A. Verde & C. Barbieri (A cura di), *Narrative del male. Dalla fiction alla vita, dalla vita alla fiction* (pp. 78-88). Franco Angeli Editore.

Freud, S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. In C. L. Musatti (A cura di) (1977), *Sigmund Freud Opere* (Vol. 4). Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1916). Delinquenti per senso di colpa. In C. L. Musatti (A cura di) (1978), *Sigmund Freud Opere* (Vol. 8). Bollati Boringhieri.

Freud, S. (1923). L'Io e l'Es. In C. L. Musatti (A cura di) (1989) *Sigmund Freud Opere* (Vol. 9). Bollati Boringhieri.

Gadd, D., & Jefferson, I. (2007). *Psychosocial Criminology*. London: Sage Publication LFD (trad. it. A. Verde (A cura di). Introduzione alla criminologia psico-sociale. (2016). Franco Angeli Editore.

Gilbert, F. & Focquaert F. (2015). Rethinking responsibility in offenders with acquired paedophilia: punishment or treatment? *International Journal of Law and Psychiatry*, 38, 51-60.

doi: [10.1016/j.ijlp.2015.01.007](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2015.01.007)

Gilberti, F. & Rossi, R. (2009). *Manuale di psichiatria* (6. ed.). Piccin.

Glenn A. L. & Raine A. (2014). Neurocriminology: Implications for the Punishment, Prediction and Prevention of Criminal Behaviour. *Nature Reviews. Neuroscience*, 15(1), 54-63.

doi: [10.1038/nrn3640](https://doi.org/10.1038/nrn3640)

Grandi, C. (2016). *Neuroscienze e responsabilità penale. Nuove soluzioni per problemi antichi?* Giappichelli.

Greco, O., Catanesi, R. (1988). *Malattia mentale e giustizia penale. La percezione sociale della malattia mentale e della pericolosità del malato di mente*. Giuffrè.

Gregory, S., Ffytche, D., Simmons, A., Kumari, V., Howard, M., Hodgins, S. & Blackwood, N. (2012). The antisocial brain: psychopathy matters. *Archives of General Psychiatry*, 69(9), 962-972.

doi: [10.1001/archgenpsychiatry.2012.222](https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2012.222)

Gulotta, G. (1987). La questione imputabilità. In G. Gulotta (A cura di), *Trattato di psicologia giudiziaria nel sistema penale* (cap. 3). Giuffrè.

Gulotta, G. (2005). *Psicoanalisi e responsabilità penale* (2. ed.). Giuffrè.

Hirono, N., Mega, M. S., Dinov, I. D., Mishkin, F. & Cummings, J. L. (2000). Left frontotemporal hypoperfusion is associated with aggression in patients with dementia. *Archives of Neurology*, 57(6), 861-866.

doi: [10.1001/archneur.57.6.861](https://doi.org/10.1001/archneur.57.6.861)

Huang, C.-Y. & Bull, R. (2020). Applying Hierarchy of Expert Performance (HEP) to investigative interview evaluation: strengths, challenges and future directions. *Psychiatry, Psychology and Law*, 28(3), 1-19.

doi: [10.1080/13218719.2020.1770634](https://doi.org/10.1080/13218719.2020.1770634)

Introna, F. (1996). I diritti del malato di mente, ovvero il malato di mente nel diritto. In V. Mastronardi (A cura di), *Criminologia, Psichiatria Forense e Psicologia Giudiziaria. Scritti in memoria di Franco Ferracuti* (pp. 291-327). Antonio Delfino Editore.

Introna, F. (1999). Se e come siano da modificare le vigenti norme sull'imputabilità. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 21(3), 657-726.

Iofrida, C., Palumbo, S. & Pellegrini, S. (2014). Molecular genetics and antisocial behavior: where do we stand? *Experimental Biology and Medicine*, 239(11), 1514-23.

doi: [10.1177/1535370214529508](https://doi.org/10.1177/1535370214529508)

Jaspers, K. (1964) *Psicopatologia generale* (R. Priori, Trad. 7. ed.). Il Pensiero Scientifico. (Originariamente pubblicato nel 1913).

Kassin, S. M., Dror, I. E. & Kukucka, J. (2013). The forensic confirmation bias: problems, perspectives, proposed solutions. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 2(1), 42-52.

doi: [10.1016/j.jarmac.2013.01.001](https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2013.01.001)

Kukucka, J., Kassin, S. M., Zapf, P. A. & Dror, I. E. (2017). Cognitive bias and blindness: a global survey of forensic examiners. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 6(4), 452–459.

<https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2017.09.001>

Leutgeb, V., Leitner, M., Wabnegger, A., Klug, D., Scharmüller, W., Zussner, T. & Schienle, A. (2015). Brain abnormalities in high-risk violent offenders and their association with psychopathic traits and criminal recidivism. *Neuroscience*, 308, 194-201.

doi: [10.1016/j.neuroscience.2015.09.011](https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2015.09.011)

Manna, A. (2006). L'imputabilità tra prevenzione generale e principio di colpevolezza. *La legislazione penale*, 26(1), 220-247.

Mannheim, K. (1999). *Ideologia e utopia* (A. Santucci, Trad.). Il Mulino. (Originariamente pubblicato nel 1929).

Mantovani, F. (2017). *Diritto penale. Parte generale* (10. ed.). CEDAM.

McCabe, D.P. & Castel, A.D. (2008). Seeing is believing: the effect of brain images on judgments of scientific reasoning. *Cognition*, 107(1), 343-352.

Miller, M. J. (2000). Computer-based testing of the psychiatric patient. In B. J. Sadock & V. A. Sadock, *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (7. ed.) (pp. 783-788). Lippincott Williams & Wilkins.

Miller, P. R., Dasher, R., Collins, R., Griffiths, P. & Brown, F. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Research*, 105(3), 255-64.

doi: [10.1016/s0165-1781\(01\)00317-1](https://doi.org/10.1016/s0165-1781(01)00317-1)

Padovani, T. (A cura di) (2011). *Codice Penale* (5. ed.). Giuffrè.

Palazzo, F. (2011). *Corso di diritto penale. Parte generale*. Giappichelli.

Palumbo, A. (2020). Il «vizio di mente» all'origine della non imputabilità secondo l'aspirante legislatore riformista. *Diritto Penale e Uomo*, fasc. 7-8/2020.

https://dirittopenaleuomo.org/contributi_dpu/cose-il-vizio-di-mente/

Pavan, L. (A cura di) (2003). *La psicoterapia della crisi emozionale*. Franco Angeli.

- Perlis, R. H. (2011). Translating biomarkers to clinical practice. *Molecular Psychiatry*, 16(11), 1076-1087.
doi: [10.1038/mp.2011.63](https://doi.org/10.1038/mp.2011.63)
- Pisapia, G. (2000). *Parole di criminologia. Ricerca etimologica a cura di Francesco di Ciaccia*. Edizioni Decembrio.
- Ponti, G. (1987). La perizia sull'imputabilità. In G. Gulotta (A cura di), *Trattato di psicologia giudiziaria nel sistema penale* (cap. 22). Giuffrè.
- Ponti, G. (1994). Il dibattito sull'imputabilità. In A. Ceretti & I. Merzagora Betsos (A cura di), *Questioni sull'imputabilità* (cap.1). CEDAM.
- Ponti, G. & Merzagora Betsos, I. (1993) *Psichiatria e Giustizia*. Raffaello Cortina Editore.
- Prata, D., Mechelli, A. & Kapur, S. (2014). Clinically meaningful biomarkers for psychosis: a systematic and quantitative review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 45, 134–41.
doi: [10.1016/j.neubiorev.2014.05.010](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.05.010)
- Presser, L. (2016). Criminology and the narrative turn. *Crime, Media, Culture*, 12(2), 137-151
<https://doi.org/10.1177/1741659015626203>
- Pronin, E., Lin, D. Y., & Ross, L. (2002). The bias blind spot: Perceptions of bias in self versus others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(3), 369–381.
<https://doi.org/10.1177/0146167202286008>
- Pulitanò, D. (2006). La disciplina dell'imputabilità fra diritto e scienza. *La legislazione penale*, 26(1), 248-256.
- Pulitanò, D. (2019). *Diritto penale* (8. ed.). Giappichelli.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Clarke, D. E., Kraemer, H. C., Kuramoto, S. J., Kuhl, E. A. & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, Part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 170(1), 59-70.
doi: [10.1176/appi.ajp.2012.12070999](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999)
- Reik, T. (1967). *L'impulso a confessare* (A. Costantino, Trad.). Feltrinelli.

Rigoni, D., Pellegrini, S., Mariotti, V., Cozza, A., Mechelli, A., Ferrara, S. D., Pietrini, P. & Sartori, G. (2010). How neuroscience and behavioral genetics improve psychiatric assessment: report on a violent murder case. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4:160.

doi: [10.3389/fnbeh.2010.00160](https://doi.org/10.3389/fnbeh.2010.00160)

Romano, M., & Grasso, G. (2012). *Commentario sistematico del Codice penale*, II (4. ed.). Giuffrè.

Sajous-Turner, A., Anderson, N., Widdows, M., Nyalakanti, P., Harenski, K., Harenski, C., Koenigs, M., Decety, J. & Kiehl, K. A. (2020). Aberrant brain gray matter in murderers. *Brain Imaging and Behavior*, 14(5), 2050-2061.

doi: [10.1007/s11682-019-00155-y](https://doi.org/10.1007/s11682-019-00155-y)

Sartori, G., Orrù, G. & Scarpazza C (2020). The methodology of forensic neuroscience. In A. D'Aloia, M. C. Errigo (A cura di), *Neuroscience and Law: Complicated Crossings and New Perspectives* (pp. 453–473). Springer International Publishing.

https://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-38840-9_22

Sartori, G., Pellegrini, S. & Mechelli, A. (2011). Forensic neurosciences: from basic research to applications and pitfalls. *Current Opinion in Neurology*, 24 (4), 371–377.

doi: [10.1097/WCO.0b013e3283489754](https://doi.org/10.1097/WCO.0b013e3283489754)

Scarpazza, C., Ferracuti, S., Miolla, A. & Sartori, G. (2018). The charm of structural neuroimaging in insanity evaluations: guidelines to avoid misinterpretation of the findings. *Translational Psychiatry*, 8(1): 227.

doi: [10.1038/s41398-018-0274-8](https://doi.org/10.1038/s41398-018-0274-8)

Scarpazza, C., Miolla, A., Zampieri, I., Melis, G., Sartori, G., Ferracuti, S. & Pietrini, P. (2021). Translational Application of a Neuro-Scientific Multi-Modal Approach Into Forensic Psychiatric Evaluation: Why and How? *Frontiers in Psychiatry*, 12:597918.

doi: [10.3389/fpsy.2021.597918](https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.597918)

Scarpazza, C., Pennati, A. & Sartori, G. (2018). Mental insanity assessment of pedophilia: the importance of the trans-disciplinary approach. Reflections on two cases, *Frontiers in Neuroscience*, 12:335.

doi: [10.3389/fnins.2018.00335](https://doi.org/10.3389/fnins.2018.00335)

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. *Forensic Science International*, 319(3):110652.

doi: [10.1016/j.forsciint.2020.110652](https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110652)

Schretlen, D. J. (1988). The use of psychological tests to identify malingered symptoms of mental disorder. *Clinical Psychology Review*, 8(5), 451–476.

[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90074-8](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90074-8)

Séguin, J.R. (2009). The frontal lobe and aggression. *European Journal of Developmental Psychology*, 6(1), 100–119.

<https://doi.org/10.1080/17405620701669871>

Silva, J. A. (2009). Forensic psychiatry, neuroscience, and the law. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 37(4), 489–502.

<http://jaapl.org/content/37/4/489.long>

Soyka, M. (2011). Neurobiology of aggression and violence in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(5), 913-920.

doi: [10.1093/schbul/sbr103](https://doi.org/10.1093/schbul/sbr103)

Söderström, H., Tullberg, M., Wikkelsö, C., Ekholm, S. & Forsman, A. (2000). Reduced regional cerebral blood flow in non-psychotic violent offenders. *Psychiatry Research*, 98(1), 29-42.

doi: [10.1016/s0925-4927\(99\)00049-9](https://doi.org/10.1016/s0925-4927(99)00049-9)

Tiihonen, J., Rossi, R., Laakso, M. P., Hodgins, S., Testa, C., Perez, J., Repo-Tiihonen, E., Vaurio, O., Soininen, H., Aaronson, H. J., Könönen, M., Thompson, P. M. & Frisoni, G.B. (2008). Brain anatomy of persistent violent offenders: more rather than less. *Psychiatry Research*. 163(3), 201-212.

doi: [10.1016/j.psychresns.2007.08.012](https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2007.08.012)

Tversky, A. & Kahneman, D. (1974) Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases. Biases in judgments reveal some heuristics of thinking under uncertainty. *Science*, 185 (4157), 1124-1131.

doi: [10.1126/science.185.4157.11](https://doi.org/10.1126/science.185.4157.11)

Verde, A. (2018). Tra criminologia narrativa e criminologia psicosociale: la nuova criminologia clinica italiana. In M. De Mari (A cura di), *L'Io criminale* (pp. 35-67). Alpes.

Verde, A. & Bongiorno Gallegra, F. (2008). Narrative giudiziarie: funzione e crisi. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 2(3), 497-524.

Verde, A. & Nurra, A. (2010). Criminal profiling as a plotting activity based upon abductive processes. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54(5), 829-824.

doi: [10.1177/0306624X09339175](https://doi.org/10.1177/0306624X09339175)

Yang, Y. & Raine, A. (2009). Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: A meta-analysis. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 174(2), 81-88.

doi: [10.1016/j.psychresns.2009.03.012](https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2009.03.012)