



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

**Corso di Laurea Magistrale in
Psicologia Clinica**

Tesi di Laurea Magistrale

**L'imputabilità: una quantificazione probabilistica
di termini clinici inseriti in reali casi forensi**

**Imputability: a probabilistic quantification of clinical
terms inserted in real forensic cases**

Relatore

Prof. Giuseppe Sartori

Correlatrice

Dr.ssa Giulia Melis

Laureanda: Camilla Belletich

Matricola: 2021194

Anno Accademico 2021/2022

Sommario

Introduzione.....	5
CAPITOLO 1 - Imputabilità ed infermità mentale.....	7
1.1 L'imputabilità.....	7
1.2 Cause che escludono o diminuiscono l'imputabilità.....	10
1.2.1 Infermità.....	10
1.2.2 Evoluzione del concetto di infermità.....	12
1.2.3 Novità introdotte dalla Sentenza Raso.....	14
1.2.4 Il Reato-sintomo: nesso di causa tra psicopatologia e fatto-reato.....	16
1.2.5 Imputabilità ed età.....	17
1.2.6 Altre cause di esclusione dell'imputabilità.....	18
1.3 Quadri che non concorrono al concetto di infermità.....	19
1.4 Rapporti tra imputabilità e pericolosità sociale.....	19
CAPITOLO 2 - Stato dell'arte.....	21
2.1 Stato dell'arte circa l'uso degli scenari in ambito forense.....	21
2.1.1 Uso degli scenari forensi e la loro applicazione al campo della colpevolezza.....	22
2.2 Stato dell'arte circa lo studio sull'imputabilità, la sanità mentale e la responsabilità penale.....	24
2.3 DIASS: uno strumento che supporta, struttura e guida l' <i>assessment</i> della sanità mentale.....	28
CAPITOLO 3 - La ricerca sperimentale.....	31
3.1 Valutazione probabilistica dell'imputabilità.....	31
3.2 Obiettivi.....	31
3.3 Scelta dei casi forensi.....	32
3.4 Strumenti.....	35
3.5 Questionario e metodologia.....	35
3.6 Partecipanti.....	38
CAPITOLO 4 - Analisi dei dati e risultati.....	41
4.1 Introduzione.....	41
4.2 Pulizia del dataset.....	41
4.3 La distribuzione dei dati.....	43
4.3.1 Il test di <i>Shapiro-Wilk</i>	43
4.3.2 Medie e mediane.....	44

4.4 Test di significatività statistica.....	50
4.4.1 Il test di <i>Mann-Whitney</i> e l'ANCOVA.....	50
CAPITOLO 5 - Discussione	67
5.1 Introduzione.....	67
5.2 Il problema della quantificazione di termini di natura forense.....	67
5.3 Gli obiettivi di questa ricerca	68
5.4 Discussione dei risultati	68
5.4.1 Primo confronto	69
5.4.2 Secondo confronto	70
5.4.3 Terzo confronto	71
CAPITOLO 6 - Conclusioni.....	73
6.1 Obiettivi, risultati e conclusioni	73
6.2 Limiti e direzioni future.....	75
APPENDICE A.....	79
APPENDICE B.....	81
APPENDICE C.....	103
APPENDICE D.....	111
BIBLIOGRAFIA.....	117

Introduzione

Gli esseri umani elaborano i vari tipi di informazione, tra cui quelle linguistiche, per utilizzarle poi nei processi decisionali e comunicativi. In ogni ambito, ci si aspetta che tale elaborazione avvenga nel modo più oggettivo possibile e che, quindi, chi compie la valutazione di un certo dato si appoggi a criteri universalmente condivisi. L'elaborazione di molti dati avviene invece in modo soggettivo, anche nel campo giuridico-forense. È evidente come la forte variabilità inter-individuale nell'interpretazione di uno stesso termine, espressione, documento o relazione, in un contesto come quello forense, possa rappresentare un problema: ogni parere espresso in questo ambito ha delle conseguenze importantissime sia per la collettività, che per la vita della persona imputata.

Le difficoltà nella valutazione forense trovano una possibile spiegazione nel fatto che molti quadri clinici non sono chiari e ben delimitati, ma appaiono complessi e stratificati. La coesistenza di disturbi di personalità, abuso di sostanze, “scivolamenti psicotici”¹, deficit cognitivi e funzionamento sociale e personale compromesso rende difficile il compito decisorio. Un perito, servendosi di euristiche² e “scorciatoie”, potrebbe abdicare al criterio della causalità, basandosi sull'idea che automaticamente ad un disturbo di personalità sia associato un *vizio parziale di mente*, mentre ad una psicosi un *vizio totale*, omettendo di valutare la causalità diretta ed esclusiva tra psicopatologia e fatto-reato.

Nel presente elaborato verranno analizzate le differenze a livello interindividuale circa la percentuale di imputabilità attribuita a determinati disturbi e psicopatologie. Per fare questo verranno impiegati degli scenari forensi, in particolare quelli utilizzati per validare lo strumento DIASS (Defendant's Insanity Assessment Support Scale) (Parmigiani et al., 2019), rappresentanti casi di *folli-rei*, quindi persone imputate per un determinato fatto-reato ed affette da un qualche

¹ Fornari (2006) con “scivolamenti psicotici” si riferisce ad un soggetto che presenta un'organizzazione borderline di personalità e che in condizioni di stress acuto o cronico, può slittare verso il registro psicotico, con alterazione del senso di realtà, confusività e angoscia panica, comportamenti bizzarri e incongrui, o deragliare verso un vero e proprio processo psicotico di tipo delirante acuto o maniacale iperacuto, con alterazione dell'esame di realtà, sintomi dissociativi e illusionari intensi, fenomeni allucinatori, ideazione delirante paranoide, gravi compromissione dell'umore, comportamenti bizzarri e incongrui.

² Con il termine euristiche si fa riferimento ad escamotage mentali che portano a rapide conclusioni con il minimo sforzo cognitivo.

disturbo mentale, al fine di studiare le differenze tra i partecipanti nell'assegnare alle diverse psicopatologie il grado di capacità di intendere e di volere e, di conseguenza, di imputabilità.

Particolare enfasi verrà posta sull'analisi dei fattori che possono determinare eterogeneità fra le risposte, in particolare la categoria professionale a cui i partecipanti appartengono. Ciò che si vuole analizzare è come la professione (e di conseguenza l'esperienza nell'ambito forense) possa cambiare la probabilità che il soggetto sia ritenuto imputabile o non imputabile, e quindi se sono presenti *bias*³ che abbassano quella soglia di oggettività imprescindibile per garantire equa giustizia.

³ I *bias* cognitivi sono costrutti fondati non sul giudizio critico ma su percezioni errate o deformate, su pregiudizi e ideologie; a causa di essi, i soggetti possono crearsi una visione soggettiva che non corrisponde fedelmente alla realtà.

CAPITOLO 1

Imputabilità ed infermità mentale

Da sempre i rapporti tra imputabilità ed infermità mentale sono stati oggetto di interesse e di studio. La giurisprudenza si è impegnata, e tutt'ora si impegna, nel definire quali psicopatologie e stati mentali fossero idonei a diminuire o escludere la capacità di intendere e di volere e in quali casi, invece, la persona fosse pienamente imputabile per un determinato fatto-reato. Questa esigenza di occuparsi dei rei, così come dei *folli-rei*³, si è resa necessaria al fine di bilanciare i bisogni di cura e di sicurezza. Infatti, per garantire il bene dell'intera collettività, risulta fondamentale punire il colpevole con una pena adeguata. È altrettanto importante, però, evitare che un imputato non colpevole a causa di disturbi mentali o psicopatologie entri nel circuito carcerario, per preservare i diritti dell'imputato stesso, in primis quello alla libertà, ma anche applicare le misure di sicurezza adeguate qualora, nonostante non sia imputabile, il soggetto sia pericoloso socialmente.

L'obiettivo che dovrebbe essere perseguito nelle aule di tribunale è quello di bilanciare la personalizzazione della pena per quei soggetti imputabili, e l'applicazione delle misure di sicurezza per i soggetti non imputabili ma socialmente pericolosi, rispettando, dunque, i loro diritti e quelli dell'intera comunità (Dattoli, 2014).

1.1 L'imputabilità

Il concetto di imputabilità è normato dagli artt. 40, 41 e 42 del Codice Penale Italiano. L'art. 40 c.p. recita: *“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”*, implicando la necessità (che potrebbe sembrare implicita) che, per essere puniti per un fatto-reato, esso debba essere conseguenza diretta di una propria azione od

³ In base al Codice Penale Rocco (1930), il folle-reo è l'autore di reato infermo di mente, non imputabile e ritenuto socialmente pericoloso.

omissione. Già attraverso questo articolo, il legislatore introduce la necessità di accertare una causalità diretta ed esclusiva tra l'azione (od omissione) ed il reato stesso, in assenza della quale il soggetto non può essere ritenuto colpevole. Viene dunque richiesto al valutatore di seguire un ragionamento controfattuale, tramite il quale si determina se, eliminando mentalmente il fattore scatenante (o in caso di condotta omissiva, ipotizzando il compimento dell'azione doverosa), l'evento si sarebbe verificato ugualmente. Per quanto riguarda la valutazione del nesso causale, risulta di fondamentale importanza ricordare la sentenza Franzese⁴ con la quale la Cassazione, nel 2002, ha stabilito che, laddove non sia possibile basare l'accertamento del nesso di causa su leggi scientifiche che garantiscano un coefficiente di probabilità vicino alla certezza, si possono utilizzare leggi causali con coefficienti più bassi, se esse sono sorrette da elementi probatori che ne confermino la validità. È affidato al giudice, quindi, il compito di valutare l'esistenza di un nesso di causa valido, sia attraverso le leggi scientifiche, che attraverso le massime di comune esperienza⁵ nei casi in cui non esistano leggi scientifiche utilizzabili.

L'art. 41 c.p. definisce, invece, il rapporto tra cause concomitanti per definire in quali casi, eventualmente, può venir meno il rapporto di causalità diretta e quindi la punibilità della persona stessa: *“Il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall'azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l'azione od omissione e l'evento. Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento. In tal caso, se l'azione od omissione precedentemente commessa costituisce per sé un reato, si applica la pena per questo stabilita. Le disposizioni precedenti si applicano anche quando la causa preesistente o simultanea o sopravvenuta consiste nel fatto illecito altrui”*. Viene evidenziato il fatto che la sola presenza di cause concomitanti preesistenti, simultanee o sopravvenute all'azione od omissione non è sufficiente ad eliminare la punibilità del soggetto; essa può venir meno solo nel caso in cui, avendo

⁴ Cassazione Penale, Sez. Unite, sentenza n. 30328 dell'11 settembre 2002.

⁵ Le massime di comune esperienza sono regole di comportamento che permettono di prendere una decisione basandosi su casi simili al fatto in questione. Il ragionamento, quindi, è di tipo probabilistico, ma non si avvicina alla certezza. A differenza delle leggi scientifiche, esse sono carenti di generalità, sperimentabilità e controllabilità.

attentamente valutato l'apporto del soggetto alla verifica dell'evento, le concause siano, da sole, sufficienti a determinare l'evento illecito, ossia nei casi in cui l'azione del soggetto, da sola, non sarebbe stata in grado di provocare il fatto. In particolare, le cause sopravvenute atipiche, anomale o eccezionali, essendo imprevedibili e sconosciute al soggetto, eliminano la sua punibilità; al contrario, le cause preesistenti e simultanee possono essere conosciute e perciò il soggetto potrebbe agire con cognizione di causa, non vedendo in tal caso eliminata la sua punibilità.

È solamente con l'art. 42 c.p. che viene introdotto il concetto di *coscienza e volontà*, presupposti della punibilità: *“Nessuno può essere punito per un'azione od omissione preveduta dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà. Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come delitto, se non l'ha commesso con dolo, salvo i casi di delitto preterintenzionale o colposo espressamente previsti dalla legge [...]”*. Introducendo il concetto di coscienza e volontà, questo articolo stabilisce che nessuno può essere punito per un'azione od omissione configurata come reato o per un fatto configurato come delitto se mancano coscienza e volontà; lega quindi il concetto di responsabilità penale a quello di coscienza e volontà, evidenziando come, in mancanza di queste ultime, nessuno possa essere ritenuto responsabile per un'azione od omissione delittuosa.

Il concetto di coscienza e volontà viene meglio definito all'art. 85 c.p.: con questo termine, il legislatore ha voluto far riferimento ad un prerequisito dell'imputabilità. Tale articolo, infatti, esplicita cosa si intenda per “imputabilità”: dal momento che *“Nessuno può essere imputato 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 di intendere e di volere”*, si può comprendere come i concetti di capacità di intendere e di volere (la cui presenza è, quindi, necessaria per poter parlare di imputabilità) vadano al di là dei due più semplici di coscienza e volontà. Quando il legislatore parla di *capacità di intendere* e *capacità di volere* si riferisce a due nozioni ben precise: la capacità di intendere, che rappresenta il livello intellettuale, consta nella capacità di comprendere il significato delle proprie intenzioni ed azioni e le conseguenze di esse, in una prospettiva temporale ma anche

sociale, valutando le azioni sotto diversi punti di vista. Consiste anche nel comprendere l'eventuale illiceità del fatto, la sua anti giuridicità e la violazione delle norme sociali, morali e giuridiche, oltre ai rischi che da esso scaturiscono. La capacità di volere rappresenta, invece, il livello volitivo e si traduce nella capacità di pianificare le proprie azioni adeguandole alle proprie intenzioni, nel controllarle cognitivamente durante il loro svolgimento ed eventualmente inibirle, quindi nel poter essere in grado di *fare altrimenti*. Con i termini *capacità di intendere e di volere*, pertanto, si mira ad accertare un requisito ulteriore: la capacità dell'autore di comprendere il valore sociale dell'atto posto in essere. Da ciò possiamo capire come tali capacità si collochino ad un livello intellettuale superiore rispetto alla coscienza ed alla volontà.

L'imputabilità, come spiegato, comprende entrambe le capacità, sia quella di intendere sia quella di volere, perciò un soggetto può dirsi non imputabile anche quando, nonostante l'una sia presente, manchi l'altra e viceversa.

Appare fondamentale ricordare che le capacità di intendere e di volere sono da valutarsi specificamente in riferimento al fatto oggetto di giudizio ed al momento in cui il fatto è commesso, non essendo caratteristiche generali dell'individuo: per tale motivo, un soggetto può essere ritenuto capace per un fatto ma incapace per un altro.

1.2 Cause che escludono o diminuiscono l'imputabilità

Un imputato può, per diversi motivi, non possedere le capacità di intendere e di volere: si parla in questi casi di "incapacità". Fondamentale è analizzare e comprendere quali sono le cause idonee a limitare od escludere tali capacità, tanto da poter definire la persona incapace, e quali condizioni invece non sono sufficienti.

1.2.1 Infermità

Parlando di capacità di intendere e di volere, è importante ricordare che, quando viene richiesta una loro valutazione, il perito (psicologo o psichiatra) dovrà non solamente far emergere la loro presenza o assenza ma, in questo secondo caso, evidenziare a livello sia qualitativo che quantitativo le capacità residue

dell'individuo. La legge prevede infatti di poter graduare un'eventuale incapacità. Secondo il legislatore, l'imputabilità può essere esclusa per vizio totale di mente ai sensi dell'art. 88 c.p., il quale recita: “*Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere*”, ma può essere anche solamente diminuita per vizio parziale di mente, secondo quanto evidenziato dall'art. 89 c.p., il quale recita: “*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*”.

È importante evidenziare lo stretto rapporto tra i concetti di imputabilità e di colpevolezza, da valutare parallelamente: l'imputabilità risulta essere il presupposto della colpevolezza. Si potrà parlare di *colpevole* solo in riferimento ad una persona capace di intendere e di volere, mentre di fronte alla mancanza della capacità di autodeterminarsi, ogni eventuale valutazione ed azione penale deve ritenersi inapplicabile; un soggetto incapace non potrà, infatti, essere ritenuto colpevole per un fatto-reato se non si trovava in quello stato di mente tale da agire con coscienza e volontà. Per poter valutare l'eventuale colpevolezza del soggetto, preliminarmente, si deve determinare (oltre alla presenza di alterazioni a carico della capacità di intendere o di volere) se tali alterazioni si configurano effettivamente in un disturbo inquadrabile secondo la nosografia psichiatrica o in qualche altra alterazione che potrebbe essere causa di infermità, come evidenziano gli articoli 88 e 89 del Codice Penale. Nei casi in cui il soggetto soffra di un disturbo inquadrabile secondo la nosografia psichiatrica, appare semplice evidenziare la presenza di un'infermità. La difficoltà insorge, invece, quando il soggetto appare privo delle capacità di intendere e di volere, ma senza essere portatore di una franca psicosi (o di una qualsiasi altra franca psicopatologia). Come sottolineato da Sammichele e Donzella (2004), ciò che è importante evidenziare per poter giungere ad una decisione circa l'imputabilità è l'assenza di *capacità mentali fondamentali*, a prescindere dal disturbo che causalmente la spiega. Per tale motivo, anche se nosograficamente parlando non si riuscisse ad evidenziare da quale infermità la persona è affetta, essa potrebbe comunque essere assolta perché priva di tali capacità. L'indagine sull'imputabilità dovrebbe quindi essere funzionale, scollegata

cioè dalle cause che avrebbero determinato tale stato di mente. Di conseguenza, appare estremamente difficile delimitare quali siano le infermità che rilevano ai fini della non imputabilità, tanto da poter incorrere in pronunce pressoché tautologiche: “*qualunque condizione morbosa, anche se difficilmente caratterizzabile sul piano clinico, può integrare il vizio di mente, sempre che presenti connotazioni tali da escludere o diminuire le normali capacità intellettive e volitive, di talché è possibile attribuire significato patologico alle alterazioni mentali atipiche e alle psicopatie.*”⁶.

L’assenza di univocità scientifica per quanto riguarda le nozioni di disturbo e malattia mentale, rende il giudizio del perito arbitrario e discrezionale (Sammicheli & Sartori, 2008): la soggettività è, quindi, evidentemente insita in tale processo valutativo e questo è il dato più problematico, in un contesto nel quale ci si auspicherebbe il raggiungimento della massima oggettività possibile per garantire un’equa giustizia per tutti.

1.2.2 Evoluzione del concetto di infermità

Il concetto di infermità, centrale per poter interpretare la norma e quindi giungere ad una valutazione circa l’imputabilità del soggetto, si rivela particolarmente controverso, e per questo risulta necessario capire come tale concetto si sia evoluto e modificato.

Negli anni si è cercato di dare una definizione il più precisa possibile circa quali stati effettivamente potessero concorrere a diminuire o abolire totalmente le capacità di intendere e di volere. La nozione di infermità si è dunque ampliata nel corso del tempo sia dal punto di vista della scienza medica, sia per quanto riguarda la giurisprudenza.

Ad inizio ‘900, infatti, secondo una visione clinico-organicistica, il termine *infermità* si riferiva piuttosto alla *malattia mentale* e, quindi, ad una malattia strettamente collegata ad un’alterazione somatica, oppure ad un’alterazione inquadrabile nosograficamente, secondo quanto stabilito dalla psichiatria tradizionale. Secondo il legislatore, solamente un’alterazione organica rilevava ai

⁶ Corte d’assise d’appello di Perugia, 11 aprile 1996.

fini del riconoscimento del vizio di mente. Nel 1991, la Cassazione ha confermato che *“l'inesistenza di uno stato morboso e la presenza di semplici manifestazioni di tipo nevrotico, depressive, di disturbi della personalità, comunque prive di un substrato organico, la semplice insufficienza mentale, non sono idonee a dare fondamento ad un giudizio di infermità mentale”*⁷.

Nel 2003, con una sentenza successiva, è stato spiegato in modo ancora più esplicito quali stati psichici fossero idonei ad incidere sulla capacità di intendere e di volere e cioè *“le malattie mentali in senso stretto, cioè le insufficienze cerebrali originarie o quelle derivanti da conseguenze stabilizzate di danni cerebrali di varia natura, nonché le psicosi acute o croniche”*⁸, nonché quali stati invece non fossero sufficienti a limitare suddette capacità, in particolare *“esula dalla nozione di infermità mentale il gruppo delle cosiddette abnormità psichiche, come le nevrosi e le psicopatie, che non sono indicative di uno stato morboso e si sostanziano in anomalie del carattere non rilevanti ai fini dell'applicabilità degli artt. 88 e 89 c.p., in quanto hanno natura transeunte, si riferiscono alla sfera psico-intellettiva e volitiva e costituiscono il naturale portato di stati emotivi e passionali”*⁹.

Solo successivamente, la scienza psicopatologica ha sganciato il concetto di infermità dalla nozione tradizionale di malattia mentale in senso strettamente clinico-organicistico, riconoscendo che anche le alterazioni psichiche non inquadrabili in una franca malattia psichiatrica potessero rappresentare un'*infermità*, e da questo ne è conseguito un adattamento della giurisprudenza. Col tempo, quindi, è venuta meno la necessità di giungere ad una diagnosi di malattia mentale codificata e si è riconosciuto il valore anche di tutti quegli stati psicopatologici che non costituiscono una vera e propria malattia, ma sono piuttosto esiti di malattia o perturbazioni profonde ma momentanee dello psichismo (Pezzuolo & Ciappi, 2020). Per essere più precisi, potremmo affermare che il concetto di infermità ha ampliato quello di malattia (Pezzuolo et al., 2020), permettendo al legislatore di introdurre la possibilità di vedere solamente *scemata grandemente* la capacità di intendere e di volere, e, quindi, riconoscere il vizio parziale di mente a quei soggetti con infermità di mente che non si configurino in

⁷ Cassazione penale, Sez. I, sentenza n. 7523 del 12 luglio 1991.

⁸ Cassazione penale Sez. VI sentenza n. 26114 del 18 giugno 2003.

⁹ Ibidem.

vere e proprie malattie, a quegli stati psicopatologici minori ma in cui comunque rimane evidente il nesso di causa tra stato psicopatologico e reato. Il vizio totale di mente, invece, è attribuibile a quei soggetti con un grave scompenso psicopatologico o un grave disturbo della personalità, così gravi da determinare una compromissione severa del funzionamento e, quindi, paragonabili al vecchio concetto di *malattia mentale*.

1.2.3 Novità introdotte dalla Sentenza Raso

Questi cambiamenti nel concetto di *infermità* dal punto di vista psichiatrico hanno portato ad un adattamento del diritto. La Cassazione, con la Sentenza Raso¹⁰, nel 2005 ha stabilito che: *“Anche i disturbi della personalità, come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini dell’art. 88 e 89 c.p. sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa; mentre, per converso non assumono rilievo ai fini dell’imputabilità le altre “anomalie caratteriali” e gli “stati emotivi e passionali”, che non rivestano i suddetti connotati di incisività sulle capacità di autodeterminazione del soggetto agente; è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo”*.

Tale sentenza, perciò ha meglio definito quali disturbi possano concorrere ad escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere, riuscendo ad integrare un doppio livello di valutazione: quello *categoriale*, che verte sulla sussistenza e quindi sulla classificazione nosografica del disturbo da cui la persona è affetta, e quello *dinamico-funzionale*, che si concentra invece sul funzionamento psichico, ossia sulla gravità del disturbo, analizzando se, effettivamente, tale stato psichico appaia idoneo alla limitazione o esclusione della capacità di intendere e di volere.

¹⁰ Cassazione Pen, Sez. Un., sentenza n. 9163 del 25 gennaio 2005, depositata l’8 marzo 2005.

È vero quindi che la sentenza Raso appare di fondamentale importanza poiché introduce la possibilità che anche i disturbi di personalità¹¹, le nevrosi¹² e le psicopatie¹³ rilevino ai fini dell'imputabilità. È però da sottolineare che, per essere effettivamente rilevanti a livello giuridico, è necessario che tali disturbi abbiano “consistenza, intensità, rilevanza e gravità tale da incidere sulla capacità di intendere e di volere”, e che, quindi, siano definibili “gravi”. Come afferma Fornari (2018), “Per essere definito Grave, un Disturbo di personalità deve essere caratterizzato, indipendentemente dal cluster in cui è inserito, dall'Organizzazione (e dal funzionamento) borderline di personalità”. È fondamentale sottolineare che l'organizzazione borderline riguarda il funzionamento della personalità e non la categoria diagnostica, quindi può caratterizzare tutti i Disturbi di personalità, indipendentemente dal cluster di riferimento. Tale funzionamento della personalità riprende la suddivisione di Kernberg (2004), che sostiene l'esistenza della personalità nevrotica, di quella psicotica e di quella borderline; quest'ultima ha una collocazione autonoma rispetto al funzionamento nevrotico e psicotico ed è rappresentata da un senso di identità scarsamente integrato e, quindi, da caratteristiche strutturali quali fragilità e debolezza dell'Io, scivolamento verso processi di pensiero primitivo, prevalenza di meccanismi di difesa primitivi. Nel funzionamento Borderline, l'esame di realtà è generalmente mantenuto, seppur in certi casi si possa assistere ad una regressione ad un pensiero simil-psicotico (Fornari, 2006).

I disturbi di personalità gravi, caratterizzati quindi da un funzionamento borderline, possono rilevare ai fini dell'imputabilità. In tal caso, però, l'imputabilità non è esclusa a priori, ma dovrà essere graduata in base al livello di pianificazione ed organizzazione del comportamento (Gulotta, 2020): si potrà decidere per la seminfermità (o addirittura per l'infermità) solo nei casi in cui il soggetto sia

¹¹ Secondo l'America Psychiatric Association (1994), rappresentano “un modello di esperienza interiore e di comportamento che devia marcatamente rispetto alle aspettative della cultura dell'individuo, è pervasivo e inflessibile, esordisce nell'adolescenza o nella prima età adulta, è stabile nel tempo, e determina disagio o menomazione”.

¹² Secondo l'America Psychiatric Association (1980), rappresentano disturbi mentali caratterizzati da sintomi che vengono riconosciuti dal soggetto stesso come inaccettabili ed estranei (egodistonici), ma nei quali il giudizio di realtà è nel complesso intatto.

¹³ La psicopatia è un Disturbo di Personalità caratterizzato da comportamento antisociale e distacco affettivo ed interpersonale (Benning, Patrick, Blonigen, Hicks, e Iacono, 2005). Tale disturbo è stato incluso nella sezione III dei “Modelli Emergenti e Misure” del DSM 5 (APA, 2013).

parzialmente o totalmente incapace di pianificare ed organizzare i suoi comportamenti.

1.2.4 Il *Reato-sintomo*: nesso di causa tra psicopatologia e fatto-reato

Come già definito dalla sentenza Raso¹⁴, oltre a verificare la sussistenza di uno stato psichico atto a limitare o escludere le capacità di intendere e di volere, è necessario dimostrare che esista un nesso eziologico con la specifica condotta criminosa, per effetto del quale il fatto reato possa essere ritenuto causalmente determinato dal disturbo mentale.

Nonostante possano presentarsi delle difformità nelle valutazioni circa l'imputabilità, sul fatto che sia “[...] *necessario che tra il disturbo mentale e il fatto reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo casualmente determinato dal primo*” l’adesione è totale. Anche la Relazione che accompagna la Sentenza ricorda che “*Il requisito del nesso causale tra disturbo psichico e azione delittuosa [...] mentre facilita un’adesione ad una nozione allargata di infermità, nello stesso tempo contribuisce ad una sua delimitazione, garantendo le esigenze generalpreventive e, d’altra parte, assicurando che il giudizio di colpevolezza rispecchi le reali componenti psichico-soggettive del fatto-reato, consentendo una risposta individualizzata alle condizioni e alle caratteristiche soggettive dell’imputato*”¹⁵.

Fornari (2018) parla di *reato-sintomo*, sottolineando come “valore di malattia” possa e debba essere riconosciuto solo a quei reati strettamente e direttamente connessi ad un sintomo psicopatologico. Infatti, una determinata condizione psichica potrebbe concorrere a rendere la persona non colpevole e, quindi, non punibile per un certo reato; la stessa persona potrebbe, però, nonostante il suo stato patologico, essere perfettamente in grado di non mettere in atto una diversa azione delittuosa. Un esempio rilevante in questa prospettiva è quello dei Disturbi d’Ansia (Betsos & Luperto, 2007): questi sono molto diffusi nella popolazione, ma è viceversa poco probabile che siano la causa di un reato e che si possa evidenziare un nesso eziologico con un comportamento antisociale. In altri

¹⁴ Cassazione Penale, Sez. Un., sentenza N.9163 del 25 gennaio 2005, depositata l’8 marzo 2005.

¹⁵ Ibidem.

termini, può anche darsi che ci siano molti autori di reato che soffrono di un disturbo d'ansia, ma il loro essere ansiosi avrà poco a che vedere con l'aver commesso il reato, e dunque essi non otterranno una pronuncia di non imputabilità.

1.2.5 Imputabilità ed età

Per gli adulti autori di reato la capacità di intendere e di volere viene presunta dalla legge: la regola è quindi considerare la persona maggiorenne dotata di tale capacità, a meno che non si dimostri il contrario. Di conseguenza, la non imputabilità è una deroga a tale condizione di "normalità" (intesa in senso statistico), che necessita di un'adeguata valutazione per poter essere dimostrata.

Per l'imputato minore di età si rende necessario un approfondimento specifico. Gli infraquattordicenni autori di reato, infatti, non sono mai imputabili, così come stabilito dall'art. 97 c.p.: *"Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i quattordici anni"*.

Per gli imputati di età compresa tra i 14 e i 17 anni, a differenza di quanto avviene per gli adulti, la capacità di intendere e di volere non può essere presunta: ai sensi dell'art. 98 c.p.: *"è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, aveva compiuto 14 anni ma non ancora i 18, se aveva capacità di intendere e di volere."*; la capacità di intendere e di volere in relazione al reato compiuto deve essere sempre accertata, caso per caso. Nell'ipotesi specifica dell'autore di reato minorenni, si può affermare che l'eventuale incapacità di intendere e di volere non è subordinata necessariamente ad uno stato di infermità, ma può essere meglio spiegata da caratteristiche tipiche e particolari dell'età minorile. Per tale motivo, ci si basa sul concetto di "maturità" ogni volta che l'imputabilità del minore deve essere accertata, riferendosi con tale termine, secondo la giurisprudenza, al possesso da parte del minore di diversi requisiti personologici, che nello specifico sono: *"un armonico sviluppo della personalità, uno sviluppo intellettuale nella media rispetto all'età, la presenza di capacità di valutazione delle motivazioni del delitto, una piena capacità di comprensione dei valori morali comportamentali, la capacità di valutare e bilanciare le conseguenze dannose del proprio comportamento, la comprensione dell'importanza dei valori etici, la capacità di distinguere bene e male, onesto e disonesto, lecito da illecito e la capacità di considerare il proprio*

comportamento come risultato di una scelta volontaria e cosciente” (Pezzuolo et al., 2020). Alla luce di quanto esposto, appare evidente come un minore possa essere definito immaturo e, quindi, non imputabile non solo nel caso in cui sia presente un’infermità (ad esempio una disabilità intellettiva), ma anche nel caso in cui egli presenti caratteristiche tipiche dell’età minorile (un esempio potrebbe essere quello del minore suggestionabile, e di conseguenza potenzialmente influenzabile dai pari e dall’ambiente) o nel caso in cui siano presenti problematiche all’interno del sistema familiare (Pezzuolo et al., 2020).

1.2.6 Altre cause di esclusione dell’imputabilità

Le cause di esclusione dell’imputabilità non si limitano all’infermità o all’età minorile. La giurisprudenza prevede ulteriori situazioni che possono incidere sull’imputabilità.

Una delle condizioni che rilevano ai fini dell’imputabilità può certamente essere quella connessa all’uso di sostanze stupefacenti o a stati di alterazione della coscienza. Chi è stato messo nella condizione di incapacità d’intendere o di volere senza il suo consenso, tramite assunzione di alcool e droghe, o tramite ipnosi o suggestione, non è imputabile. Anche l’intossicazione acuta da alcool e stupefacenti può incidere sull’imputabilità: secondo l’art. 91 c.p., la piena ubriachezza incolpevole ed accidentale (a differenza di quella volontaria o colposa), quindi dovuta a caso fortuito o a forza maggiore, concorre ad escludere le capacità di intendere o di volere; l’imputabilità è esclusa o diminuita anche nei casi di completa o incompleta intossicazione da alcool o da stupefacenti, che rispettivamente escludono e limitano tali capacità (art. 93 c.p.). Causa di esclusione o diminuzione di imputabilità sono anche la cronica intossicazione da alcol o stupefacenti che abbia causato danni permanenti, e da cui derivino quindi infermità o seminfermità mentale (art 95 c.p.).

Anche condizioni congenite (o acquisite), come il sordomutismo, possono rilevare ai fini della non imputabilità; pure in questo ultimo caso, però, esso non incide a priori, ma solo nel caso in cui da questa condizione derivino infermità o seminfermità mentale (art. 96 c.p.).

È evidente come si renda necessario ed obbligatorio verificare, di volta in volta, non solo la sussistenza di tali condizioni, ma se da esse derivino effettivamente infermità o seminfermità mentale e, quindi, se le capacità di intendere e di volere del soggetto accusato di un determinato fatto-reato risultino conservate o, al contrario, limitate od escluse da tale condizione (Pezzuolo et al., 2020).

1.3 Quadri che non concorrono al concetto di infermità

Se definire i confini entro i quali un certo disturbo concorra o meno a limitare l'imputabilità può risultare ancora tanto difficile, molto più chiaro per la giurisprudenza è invece il fatto che *“Gli stati emotivi o passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità”* (art. 90 c.p.), a meno che, ovviamente, non si configurino in una vera e propria infermità di mente. Lo stesso vale per i casi di nevrosi, personalità psicopatica e disturbi del comportamento e del carattere, per i quali c'è piena imputabilità (Pezzuolo et al., 2020). Anche Fornari (2018), propone di escludere dal concetto di infermità tutti quei tratti o disturbi della personalità stabili e, quindi, le psicopatie e le perversioni, ma anche le psicopatologie in fase di remissione o stabilizzate e quelle con scarsa o vaga sintomatologia. Ancora una volta, si evidenzia come il focus debba essere sulla gravità dell'eventuale disturbo e non solo sulla sussistenza del disturbo stesso.

Allo stesso modo, ai sensi dell'art 87 c.p., neanche per chi *“si è messo in stato di incapacità d'intendere o di volere al fine di commettere il reato o di prepararsi una scusa”* è prevista un'esclusione dell'imputabilità, essendo il fatto deliberatamente commesso.

Inoltre, a differenza di quanto avviene per l'ubriachezza incolpevole ed accidentale, nei casi in cui l'ubriachezza sia preordinata, dolosa o colposa, il soggetto risponde del reato come dolo o colpa ed è addirittura previsto un aumento di pena, ai sensi dell'art. 93 c.p.

1.4 Rapporti tra imputabilità e pericolosità sociale

La valutazione dell'imputabilità appare strettamente connessa a quella della pericolosità sociale dal momento che, ricordiamo, è necessario bilanciare le

esigenze di cura e di sicurezza (Dattoli, 2014). La decisione del giudice risulta di fondamentale importanza dal momento che, in base ad essa, derivano conseguenze differenti per l'imputato.

In primis, ricordiamo che la pericolosità sociale si riferisce al rischio di recidiva e quindi alla possibilità che in futuro il soggetto commetta altri reati: per questo, anche nel caso in cui il soggetto sia ritenuto non imputabile, è necessaria una sua valutazione per prendere la decisione che più rispetti la sua libertà, ma anche gli interessi della comunità.

In particolare, si prospettano tre possibili alternative (Pezzuolo et al., 2020):

1. Nel caso in cui l'autore di reato sia giudicato imputabile, risponderà pienamente del reato commesso e perciò ogni valutazione sulla pericolosità sociale deve ritenersi inutile;
2. Nel caso in cui l'autore di reato sia portatore di un'infermità che causa vizio parziale di mente, egli vedrà ridotta la pena di un terzo, nonché:
 1. In caso di elevata pericolosità sociale, sarà disposta la detenzione in una struttura psichiatrica¹⁶;
 2. In caso di pericolosità sociale attenuata, sarà sottoposto a libertà vigilata.
3. Nel caso in cui l'autore di reato sia portatore di un'infermità che causa vizio totale di mente, egli verrà prosciolto, ed inoltre:
 - a. In caso di elevata pericolosità sociale, sarà disposta la detenzione in una struttura psichiatrica;
 - b. In caso di pericolosità sociale attenuata, sarà sottoposto a libertà vigilata.

¹⁶ In base al Codice Penale Rocco (1930), gli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) nacquero per controllare e curare il *folle-reo*, ovvero l'autore di reato infermo di mente, perciò non imputabile (poiché non in grado di difendersi nel processo e non condannabile con una pena da scontare in carcere), e ritenuto socialmente pericoloso. La misura di sicurezza permetteva un continuo controllo sociale e psichiatrico tramite l'internamento negli Opg, questo fino a quando il Parlamento ne sancì la chiusura con la L.81/2014, affidando la gestione dei pazienti autori di reato ai Servizi di salute mentale, dando vita alle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (Rems). Le Rems non avrebbero solamente dovuto sostituire gli Opg, ma avrebbero dovuto essere spazi di piccole dimensioni, luoghi ad alta intensità terapeutica pensati per approfondire la diagnosi, finalizzati a costruire un piano di azione socio-psichiatrico integrato, nella gestione di eventuali fasi acute.

CAPITOLO 2

Stato dell'arte

2.1 Stato dell'arte circa l'uso degli scenari in ambito forense

La statistica e, più in generale, la probabilità sono scienze induttive, discipline che hanno ad oggetto una situazione di incertezza, che tentano di fare previsioni e generalizzazioni. Tali previsioni possono talvolta rivelarsi errate a causa di una serie di motivi, quali, ad esempio, i metodi utilizzati, gli eventi nuovi ed imprevedibili o la scelta del campione da utilizzare. Inoltre, tali dati sono spesso di difficile interpretazione: quello che accade è che vengano decifrati in modo intuitivo e, quindi, errato (Poggi, 2010). Recenti ricerche hanno sollevato preoccupazioni sulla variabilità delle opinioni circa l'imputabilità, che riflette potenziali incongruenze nella comprensione da parte del valutatore e nell'applicazione dei criteri per una difesa sulla base dell'incapacità di intendere e di volere (Brown & Wood, 2021).

È stato dimostrato come i giudici e i membri della giuria non agiscano come scienziati, seguendo regole matematiche per calcolare le probabilità; il loro comportamento può essere piuttosto spiegato dal tentativo di dare un significato ed una coerenza alle prove fornite (Pennington & Hastie, 1991, citato da Glöckner, & Engel, 2008): il processo decisionale sembra essere spesso interpretativo (Pennington et al., 1988, citato da Glöckner et al., 2008) e ciò è causa di una forte variabilità inter-individuale nell'interpretazione di uno stesso termine, espressione, documento o relazione. In un contesto come quello forense, dove gli attori in gioco sono spesso professionisti provenienti da ambiti diversi, questo può portare ad esiti imprevedibili per una o più persone: la soggettività insita in questo processo può, quindi, rappresentare un evidente problema, e per questo è stato importante indagare, negli anni, come si sviluppa questo iter decisionale (Glöckner et al., 2008).

Per far questo, si è reso necessario adottare il metodo che garantisce maggiore aderenza a quanto succede nelle aule di tribunale, nelle quali il giudice si trova a dover giudicare la storia connessa al fatto-reato, l'imputato e le sue caratteristiche personali, anamnestiche e psicopatologiche. Diversi autori interessati allo studio del

processo decisionale nell'ambito della colpevolezza si sono perciò serviti di scenari forensi ispirati a fatti reali o immaginari, per contestualizzare il caso e per fornire ai partecipanti tutti gli elementi necessari per poter prendere una decisione. Grazie a tutte le informazioni fornite attraverso l'utilizzo di tali scenari forensi, che rendevano quindi il caso il più verosimile possibile, i partecipanti hanno potuto poi definire la probabilità che una persona accusata di un crimine fosse effettivamente ritenuta colpevole di tale fatto-reato (Dhami, 2008; Glöckner et al., 2008).

2.1.1 Uso degli scenari forensi e la loro applicazione al campo della colpevolezza

L'utilizzo degli scenari in ambito forense, per valutare la percezione soggettiva della probabilità di un certo dato o evento, è piuttosto sviluppato. Questo è giustificato dal fatto che, come evidenzia lo studio di Dhami e collaboratori (2015), il contesto in cui è inserito un determinato termine è in grado di modificare la percezione soggettiva del termine stesso. I partecipanti attribuiranno quindi valori numerici differenti se i termini vengono proposti in modo contestualizzato, oppure isolato: lo scenario ha, quindi, un effetto modulatore.

Uno dei campi più rappresentati nello studio della probabilità in campo forense, attraverso l'uso di scenari forensi, è quello della valutazione della colpevolezza. Diversi autori hanno studiato come avvenisse il processo decisionale circa la colpevolezza o l'innocenza di un soggetto, per valutare le differenze interindividuali e quali potessero essere le ragioni alla base di queste. Per questo fine, sono stati utilizzati dei casi forensi attraverso i quali introdurre ai partecipanti la storia e sono state fornite delle istruzioni di diverso tipo per evidenziare se il contesto fosse, quindi, in grado di modificare la decisione circa la colpevolezza.

Write e Hall (2007) hanno condotto uno studio al fine di far luce sui processi decisionali che intervengono quando si deve giungere ad un verdetto di colpevolezza o innocenza. Ai ventisei partecipanti veniva chiesto di leggere il caso dello stupro ai danni di Nancy Von Roper (nome di fantasia) descritto da Loftus e Ketcham (1991, citato da Write et al., 2007), per il quale è stato ingiustamente accusato Tom Hoyle. Successivamente, essi dovevano decidere se il partecipante fosse o meno colpevole. Lo scopo di questo esperimento era quello di determinare

se le differenze qualitative potessero essere dovute al contesto ed in particolare all'istruzione che veniva fornita ai partecipanti. Nello specifico, a metà (n=13) dei partecipanti era stato detto che avrebbero dovuto emettere un verdetto di colpevolezza solo se avessero creduto che l'accusato fosse colpevole oltre ogni ragionevole dubbio, senza ulteriori chiarimenti. All'altra metà dei partecipanti (n=13) venne fornita un'istruzione aggiuntiva: "*Non deve essere certo della colpevolezza dell'imputato. Potrebbe essere in grado di immaginare uno scenario in cui l'imputato non è colpevole, ma credere ancora che l'imputato sia colpevole al di là di ogni ragionevole dubbio*"¹⁷. Ai partecipanti è stato poi chiesto di valutare la loro convinzione usando una scala di probabilità da 0 a 100.

Tra i partecipanti che hanno ricevuto l'istruzione aggiuntiva, più della metà (60%) ha sostenuto che, pur non essendo sicuri circa la colpevolezza, hanno ritenuto che ci fossero prove sufficienti contro l'imputato e quindi che la loro convinzione avesse superato la soglia del ragionevole dubbio.

Questo studio ha dimostrato come le istruzioni possano modificare la decisione dei partecipanti, inducendoli ad abbassare la soglia del *ragionevole dubbio* ed avendo quindi effetti importanti sul processo decisionale. In particolare, attraverso i due esperimenti presentati nel loro studio, Write et al. (2007) hanno dimostrato che molti partecipanti hanno usato le istruzioni per giustificare il verdetto di colpevolezza quando non erano sicuri della colpevolezza dell'imputato. L'istruzione avrebbe consentito ai partecipanti di esprimere incertezza ma di emettere comunque un verdetto di colpevolezza. È stato anche dimostrato che l'istruzione ha addirittura influenzato la credenza delle persone circa la colpevolezza e la soglia del *ragionevole dubbio*. Dai risultati emerge quindi che il contesto (in questo caso rappresentato sia dal caso forense, sia dall'istruzione fornita) è in grado di modificare il processo decisionale a partire dalla percezione dello stesso concetto (in tal caso, la colpevolezza) fino ad arrivare alla presa di decisione vera e propria. Da una prospettiva psicologica, questo è spiegato dal fatto che l'istruzione usata può ridurre la variabilità del modo in cui un concetto viene interpretato.

¹⁷ Trad. mia

2.2 Stato dell'arte circa lo studio sull'imputabilità, la sanità mentale e la responsabilità penale

Le valutazioni sulla sanità mentale, e di conseguenza sull'imputabilità, sono tra le valutazioni più complesse e controverse eseguite dai clinici per i tribunali. Esse presuppongono che il valutatore esamini retrospettivamente e ricostruisca lo stato psichico e neurologico dell'imputato al momento del reato, rilevando l'eventuale presenza di psicopatologia o disturbo; il valutatore deve evidenziare anche (e soprattutto) il nesso di causa tra psicopatologia e reato, e quindi come tale malattia abbia influenzato il comportamento da parte dell'imputato e la sua comprensione dell'inadeguatezza del proprio comportamento (Parmigiani et al., 2019).

Nel caso in cui il valutatore evidenzi l'effettiva presenza di una malattia mentale, si può ricorrere alla cd. *Insanity defense*¹⁸, un costrutto legale che, in circostanze specifiche, assolve gli imputati affetti da malattia mentale dall'essere ritenuti responsabili per il loro comportamento criminale. In Italia, in particolare, gli esperti forensi possono giungere a tre possibili conclusioni sulla responsabilità penale degli imputati: non responsabile, con responsabilità sostanzialmente ridotta, e responsabile (Parmigiani, Mandarelli, Roma & Ferracuti, 2022). Appare evidente come tale decisione pesi sulla libertà dell'imputato ma anche sulla comunità stessa, dal momento che in base ad essa si dovrà decidere per il tipo di pena o eventualmente la misura di sicurezza più adatta alla persona; per tale motivo è necessario che le valutazioni sulla sanità mentale siano condotte meticolosamente, affinché il risultato possa essere di aiuto ai giudici nel loro processo decisionale.

Da qui deriva la necessità di indagare tale *iter* valutativo ed evidenziare eventuali *bias* che possono renderlo non oggettivo quanto richiesto dallo standard *al di là di ogni ragionevole dubbio*, portando a due tipi di errori possibili (Parmigiani et al., 2019):

¹⁸ la categoria della *defense*, nei sistemi statunitensi, comprende tutti gli elementi che giovano al reo, comprese le nostre cause di giustificazione e di esclusione o di diminuzione della pena. In particolare, *l'insanity defense* si riferisce a una difesa che un imputato può perorare in un processo penale, ammettendo l'azione ma asserendo una mancanza di colpevolezza a causa di una malattia mentale.

1. Un imputato malato che viene erroneamente considerato colpevole per un crimine, nonostante la presenza ed influenza sul comportamento criminale di un disturbo psichiatrico, si troverà ad essere punito per un crimine per il quale non ha responsabilità. In questo caso, entrando in carcere egli avrebbe meno possibilità di essere trattato per il suo disturbo.
2. Un imputato sano (senza vizio di mente) che viene erroneamente assolto, perché considerato malato al momento del crimine, non sarà punito per un reato di cui è responsabile. Egli entrerebbe nel sistema psichiatrico-forense, usando risorse che sono spesso limitate.

Viste le ripercussioni tanto importanti che questo tipo di valutazione ha sulla vita dell'imputato, ma anche sulla comunità stessa, nel corso dell'ultimo quarto di secolo si è reso necessario enfatizzare l'importanza di metodi scientifici da utilizzare durante le procedure forensi, quindi anche durante le valutazioni psichiatrico/psicologiche sull'imputabilità. La sentenza della Corte suprema degli Stati Uniti *Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals* (1993)¹⁹, che ha stabilito lo standard probatorio per il sistema federale (ripresa poi in Italia dalla sentenza *Cozzini*²⁰) ha identificato una serie di criteri che i giudici dovrebbero prendere in considerazione nel determinare se la prova (tra cui rientra anche la perizia forense) è ammissibile. I c.d. *criteri Daubert*²¹ stabiliscono che, per essere utilizzabile, una prova debba essere verificabile, dal momento che una teoria può essere ritenuta scientifica solo se controllabile mediante esperimenti; che il metodo sia falsificabile, e che quindi vengano evidenziati gli eventuali limiti del metodo stesso; che il metodo sia sottoposto a *peer review*, e cioè al controllo da parte della comunità scientifica e dagli esperti del settore; che il tasso di errore conosciuto o potenziale sia reso noto, dal momento che la sua conoscenza permette di pesare il valore di una decisione (Guarnera & Murrie, 2017). Ci si aspetterebbe, quindi, che più valutatori indipendenti (ad esempio giudici) giungano alla stessa decisione, prendendo in considerazione solo quei dati che possono essere ritenuti “scientifici”

¹⁹ *Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals Inc.*, 509 U.S. 579 (1993).

²⁰ Cassazione Penale, Sez. 4, 13 dicembre 2010, n. 43786.

²¹ *Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals Inc.*, 509 U.S. 579 (1993).

poiché soddisfano appieno i criteri Daubert. Di conseguenza, se misurassimo statisticamente la media dei valori, risulterebbe un'alta *inter-rater reliability*²²: nel caso specifico, essa è rappresentata dal grado di concordanza fra professionisti nell'attribuire i valori numerici ai diversi scenari forensi. Per misurare tale correlazione, vengono presi in considerazione principalmente due parametri: la percentuale di accordo e le statistiche Kappa, queste ultime utilizzate per misurare l'accordo che si verifica per caso, dove 1 rappresenta l'accordo perfetto, 0 livelli casuali di accordo e -1 disaccordo perfetto. Nonostante i *cut-off* per interpretare tali valori siano piuttosto variabili tra i diversi autori, in generale si considerano i valori compresi nel *range 0.0-0.2* rappresentativi di una povera correlazione, quelli nel *range 0.21-0.4* di una correlazione debole, quelli nel *range 0.41-0.6* di una correlazione moderata, quelli nel *range 0.61-0.8* di una correlazione buona e quelli nel *range 0.81-1.0* di una correlazione eccellente o quasi perfetta (Guarnera et al., 2017).

Diversi autori si sono interessati alle valutazioni sulla sanità mentale, tanto che una recente metanalisi (Gardner, Murrie & Torres, 2018) ha analizzato 1.111 diverse valutazioni in questo ambito condotte da 74 valutatori; sono però stati individuati solo otto studi inerenti al tasso di accordo tra i professionisti che valutano lo stesso imputato nel contesto di casi penali reali (quindi, l'*inter-rater reliability* sopra citata). Attraverso questa metanalisi, che ha incluso studi dall'anno 1979 al 2016, è stato dimostrato come il tasso di accordo tra i valutatori variasse dal 57 al 97%, mentre il valore di k [$k = 0.41$ (95% CI: 0.29–0.53)²³] permette di considerare tale accordo al limite tra debole e moderato.

Un ulteriore studio, svolto da Gowensmith et al. (2013), ha esaminato 483 valutazioni di psicologi e psichiatri forensi circa la sanità mentale, ed ha evidenziato come solo nel 55,1% dei casi i diversi valutatori avessero un'opinione concorde. Inoltre, tale percentuale si abbasserebbe di fronte ad imputati che, durante il fatto-

²² L'*inter-rater reliability* si riferisce al grado di correlazione fra i punteggi assegnati allo stesso campione di pazienti da parte di due o più valutatori indipendenti.

²³ In statistica, quando si stima un parametro, non è sufficiente individuare un singolo valore. È opportuno accompagnare la stima con un intervallo di valori probabili per quel parametro, definito intervallo di confidenza (CI). Con questo termine si indica l'intervallo di valori entro i quali si stima che cada, con un livello di probabilità scelto a priori (nel nostro caso, il 95%), il valore vero della media della popolazione.

reato, sono sotto uso di stupefacenti o alcool; al contrario, di fronte alla diagnosi di un disturbo psicotico o alla presenza di un'ospedalizzazione nel periodo immediatamente precedente al reato, le diagnosi raggiungevano un tasso di accordo maggiore.

Nonostante l'ampio intervallo di stime di *inter-rater reliability*, in letteratura non sono state svolte sufficienti analisi circa le variabili contestuali cruciali per comprendere le differenze tra tali valori (Guarnera et al., 2017). È importante però ricordare che un'attenta considerazione del contesto di valutazione, inteso come il contesto giuridico, le caratteristiche dei valutatori e degli imputati e la procedura di valutazione (Guarnera et al., 2017), è fondamentale per definire il modo in cui percepiamo le diverse informazioni e quindi il perché diversi valutatori possano fornire stime tanto diverse.

Ciò che è stato anche confermato dalla letteratura è che, nonostante la complessità e l'importanza delle valutazioni sulla sanità mentale evocino domande su come, e quanto accuratamente, i valutatori eseguano queste valutazioni, sorprendentemente poche ricerche hanno tentato di rispondere a queste domande (Gardner et al., 2018). Dopo una *review* completa della letteratura, Packer (2009, citato da Gardner et al., 2018) ha concluso che “[...] *la pratica delle valutazioni [sulla sanità legale] non ha il sostegno empirico che sarebbe auspicabile. Il problema [...] è che [...] sono state fatte troppo poche ricerche*”²⁴. Il presente studio vuole, per tale motivo, fornire un contributo empirico che evidenzi come avviene il processo decisionale nella popolazione, per poi inferire da questo se, in tribunale, viene mantenuta quella soglia di oggettività e scientificità richiesta ai professionisti esperti del settore.

²⁴ Trad. mia

2.3 DIASS: uno strumento che supporta, struttura e guida l'assessment della sanità mentale

Il nostro studio si è basato su quello condotto da Parmigiani et al. (2022) per lo sviluppo del DIASS (Defendant's Insanity Assessment Support Scale), uno strumento utile per supportare, strutturare e guidare l'*assessment* della sanità mentale in diverse giurisdizioni (Appendice A).

Il DIASS è uno strumento composto da 9 *item* binari (che presuppongono una risposta del tipo "presente/assente") raggruppati in 4 dimensioni. La prima dimensione valuta la "*Conoscenza / comprensione*" (3 *item*) circa il contesto del crimine, la natura dell'atto criminale ed il valore antiggiuridico del crimine insieme allo standard morale oggettivo. La seconda indaga la "*Valutazione del comportamento criminale*" (1 *item*), rappresentato dallo standard morale soggettivo. La terza valuta il "*Ragionamento*" (3 *item*), in particolare rispetto alla possibilità di non agire e quindi alle possibili scelte alternative, rispetto alle conseguenze (pro e contro) ed all'integrazione delle informazioni rilevanti. La quarta ed ultima dimensione si occupa di valutare il "*Controllo dell'attività motoria volontaria*" (2 *item*), indagando la presenza della capacità di inibire il proprio comportamento e della capacità di programmare, organizzare e finalizzare l'azione.

Tale strumento è stato costruito in modo da valutare sia la componente epistemica (e quindi la c.d. capacità di intendere), indagata dalle prime due dimensioni, sia la componente di controllo (e quindi la c.d. capacità di volere), indagata dalle ultime due dimensioni. È quindi possibile ottenere due diversi punteggi riferiti alle due diverse dimensioni: tale punteggio sarà espresso su una scala a 3 punti, ed in base a questo la componente verrà considerata intatta, parzialmente compromessa o compromessa. Successivamente, è possibile esprimere un giudizio finale circa l'imputabilità, che vada quindi a considerare le due componenti nel loro complesso. Il DIASS si configura come uno strumento destinato a sostenere e guidare la valutazione dell'infermità di mente e dovrebbe essere utilizzato solo dopo aver esaminato tutta la documentazione legale e sanitaria del convenuto, ed aver ottenuto quindi un quadro della situazione che vede coinvolto il soggetto, da utilizzare durante la valutazione clinica. Lo strumento

assiste, quindi, i valutatori forensi nell'identificare quali capacità rilevanti per la responsabilità penale erano presenti al momento del reato.

Per la validazione del suddetto strumento, gli autori hanno elaborato e sviluppato 10 casi forensi basati su casi reali, modificati per garantire l'anonimato (Appendice B). Ogni caso forense contiene la descrizione della storia personale, familiare, medica, sociale e lavorativa dell'imputato, il comportamento e lo stato mentale attuale; inoltre, include una misura della sintomatologia psichiatrica dell'imputato al momento della valutazione forense attraverso la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall & Gorham, 1988), che permette di calcolare cinque punteggi, relativi a: maniacalità/eccitazione, depressione/suicidio, ostilità, sintomi positivi e sintomi negativi.

Di solito, i sintomi psichiatrici al momento del crimine devono essere dedotti retrospettivamente dal valutatore forense sulla base di diversi fattori, come il resoconto dell'imputato circa il reato, il comportamento passato e presente, le caratteristiche del fatto-reato, la storia psichiatrica dell'imputato, il rapporto del testimone o le registrazioni video, se disponibili. Nel presente studio, però, non è stato possibile intervistare direttamente gli imputati, ma ci si è basati sulle relazioni forensi già esistenti (che non includevano alcuna scala di valutazione psichiatrica, come la BPRS); per tale motivo, i punteggi del BPRS sono stati ottenuti inferendo lo stato del soggetto sulla base delle informazioni disponibili nelle relazioni forensi dei vari casi.

Successivamente, sono stati inviati i 10 casi forensi via *e-mail* a 50 esperti di psichiatria forense e psicologia legale del Nord, Centro e Sud Italia, chiedendo loro di valutarne solo 5 (scelti dagli autori) ed emettere un giudizio finale (non responsabile, responsabilità sostanzialmente diminuita, responsabile) attraverso l'uso del DIASS, mentre avrebbero potuto svolgere la valutazione dei restanti 5 casi come fanno di solito nella loro pratica professionale.

Il DIASS si configura quindi come un primo tentativo di creazione di uno strumento in grado di rendere più oggettive le valutazioni circa il grado di imputabilità da attribuire ad un soggetto che ha commesso un fatto-reato.

Le analisi statistiche hanno dimostrato che lo strumento ha una buona coerenza interna (alfa di Cronbach = 0.86)²⁵, e una buona validità, come documenta l'associazione altamente significativa ($Rho = 0.674$; $p < 0,001$)²⁶ tra il giudizio degli esperti forensi raggiunto utilizzando il DIASS e la sentenza del tribunale sui casi reali. L'indice K di Cohen (che come ricordiamo è una misura dell'*inter-rater reliability*, cioè grado di correlazione fra i punteggi assegnati allo stesso campione di pazienti da parte di due o più valutatori indipendenti) ha rivelato una buona correlazione tra i punteggi assegnati dai diversi valutatori, con un valore che varia da 0.44 a 1.0 ed un valore medio di 0.72.

Il limite di tale strumento, tuttavia, è che non sono emerse differenze significative tra il giudizio finale degli esperti forensi raggiunto con l'uso del DIASS e senza di esso (Parmigiani et al., 2022): questo potrebbe essere dovuto al fatto che ai partecipanti veniva richiesto di fornire una risposta dicotomica, che valutava cioè la presenza o assenza delle capacità di intendere e di volere, andando così a perdere quei dati quantitativi percentuali circa il “grado” di capacità conservate dall'individuo.

²⁵ L'alfa di Cronbach è un metodo statistico per misurare la coerenza interna di un questionario: determina se le risposte fornite ai vari *item* sono tra loro consistenti, ossia in relazione le une con le altre; più queste sono in relazione tra loro, maggiore sarà il valore della coerenza interna. In linea generale, si possono considerare i valori di alfa inferiori a 0.4 indice di bassa attendibilità, quelli compresi tra 0.4 e 0.6 di attendibilità incerta, quelli compresi tra 0.6 e 0.8 di attendibilità accettabile e quelli compresi tra 0.8 e 0.9 di attendibilità buona.

²⁶ L'indice di correlazione di Spearman è una misura statistica della forza dell'associazione tra due variabili. Tale indice sarà sempre compreso tra i valori -1 e + 1. Più l'indice è vicino a zero, più la relazione sarà debole, più si avvicina a -1 oppure a + 1 più la relazione sarà forte.

CAPITOLO 3

La ricerca sperimentale

3.1 Valutazione probabilistica dell'imputabilità

Nello studio svolto per la validazione dello strumento DIASS, quello che veniva chiesto ai partecipanti era di emettere un giudizio di imputabilità in modo dicotomico, quindi indicando se le capacità che sottostanno all'imputabilità fossero presenti o assenti. Questo, però, non permetteva di raccogliere il dato quantitativo circa la percezione soggettiva dell'imputabilità.

Per tale motivo, l'obiettivo del presente studio è quello di analizzare le differenze nell'attribuzione del giudizio circa l'imputabilità, valutando questo dato anche a livello quantitativo.

Per condurre l'esperimento è stato creato un questionario *ad hoc*. Sono stati usati i 10 scenari forensi creati da Parmigiani et al. (2019) per la validazione dello strumento DIASS, riguardanti casi reali di folli-rei. In ogni scenario viene fornita una spiegazione dell'evento criminoso, l'anamnesi dell'imputato e la descrizione del quadro psicopatologico, chiedendo poi ai partecipanti di indicare la percentuale di imputabilità che attribuirebbero al soggetto. Per giungere alla quantificazione del dato probabilistico, si è deciso di utilizzare un metodo comunemente impiegato nelle ricerche svolte in questo ambito, ovvero il Direct Rating Method (Lundrigan et al., 2016; Dhami et al., 2015; Dhami, 2008; Horowitz & Kirkpatrick, 1996). Attraverso tale metodo, si chiede ai partecipanti di fornire una risposta indicando il numero che assocerebbero al termine presentato, su una scala percentuale da 0 a 100. La stima numerica che si ottiene è quindi diretta, e permette di cogliere la variabilità interindividuale, ma non quella intraindividuale, anche se questo non è un dato rilevante ai fini della nostra ricerca.

3.2 Obiettivi

L'obiettivo principale del presente lavoro sarà quello di indagare con quale probabilità i partecipanti considerano il soggetto capace di intendere e di volere e, di conseguenza, imputabile. Nostro interesse è quello di studiare la variabilità interindividuale dell'interpretazione quantitativa dei termini proposti, e per far

questo andremo ad analizzare come le risposte dei soggetti variano in base alla professione svolta dai partecipanti: quello che ci si aspetta, è che i punteggi di chi ha *expertise* in ambito forense siano differenti rispetto a chi non ha esperienza in tale campo. Infatti, i criteri con i quali viene presa la decisione dovrebbero essere criteri condivisi, mentre si ritiene che chi non ha conoscenze in merito all'argomento prenda decisioni in modo soggettivo e basandosi su criteri strettamente personali.

Quello che vorremmo indagare, quindi, è quanto avviene nella valutazione dell'imputabilità nel modo più naturalistico possibile: questo è possibile grazie all'utilizzo degli scenari forensi costruiti da Parmigiani e collaboratori per lo sviluppo dello strumento DIASS, formulati sulla base di casi reali incontrati nella pratica forense. Con questi scenari abbiamo potuto riprodurre una situazione verosimile attraverso un contesto reale, che potesse influenzare la presa di decisione soggettiva circa la percentuale di imputabilità da attribuire ad un soggetto autore di reato e portatore di una psicopatologia o un disturbo.

3.3 Scelta dei casi forensi

Si è scelto di utilizzare casi forensi che rappresentassero imputati affetti da diverse psicopatologie o disturbi, sia di tipo psichiatrico che neurologico (Tabella 3.1). Ci siamo quindi avvalsi dei 10 casi forensi formulati da Parmigiani e collaboratori per la creazione dello strumento DIASS, che rappresentano, nello specifico, casi di:

A) Psicopatologie:

- a. schizofrenia;
- b. disturbo bipolare;
- c. disturbo delirante, tipo misto, continuo;
- d. disturbo delirante / schizofrenia paranoide;
- e. disturbo schizoaffettivo.

B) Disturbi di personalità:

- a. disturbo di personalità istrionico narcisista.

- C) Coesistenza di psicopatologia e disturbo di personalità:
- a. disturbo di personalità senza specificazione e disturbo bipolare senza specificazione;
 - b. scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo;
 - c. funzionamento intellettivo limite e disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici.
- D) Disturbi neurologici²⁷:
- a. epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali brachiali crurali destre con generalizzazioni secondarie.

²⁷ Anche un'infermità di ordine fisico, purché incida significativamente sullo stato mentale dell'individuo autore di reato, può scemare grandemente o totalmente la capacità di intendere e di volere del soggetto (Pezzuolo et al., 2020).

Tabella 3.1*Elenco dei termini clinici*

Termine clinico	Fonte
Schizofrenia	Caso forense n.1 DIASS
Disturbo bipolare	Caso forense n.2 DIASS
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	Caso forense n.3 DIASS
Disturbo delirante / Schizofrenia paranoide	Caso forense n.4 DIASS
Disturbo schizoaffettivo	Caso forense n.5 DIASS
Disturbo di personalità istrionico narcisista	Caso forense n.6 DIASS
Disturbo di personalità senza specificazione e Disturbo bipolare senza specificazione	Caso forense n.7 DIASS
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo	Caso forense n.8 DIASS
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali brachiali crurali destre con generalizzazioni secondarie	Caso forense n.9 DIASS
Funzionamento intellettuale limite e disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	Caso forense n.10 DIASS

Note. Elenco dei disturbi o delle psicopatologie indagate nella ricerca sperimentale e la loro fonte.

3.4 Strumenti

Successivamente si è scelto il *software* da utilizzare per la creazione e la somministrazione del questionario online. Si è optato per la piattaforma “*Qualtrics*” (Piattaforma Di Gestione Dell’esperienza - *Qualtrics*), dell’omonima compagnia americana, che si occupa di *experience management*, ovvero la pratica volta a misurare e migliorare l’esperienza percepita dai clienti e i dipendenti delle organizzazioni nell’usufruire di prodotti, servizi ed esperienze. Tutto ciò viene compiuto attraverso una piattaforma online che permette la raccolta e l’elaborazione dei dati tramite strumenti specifici, a seconda dell’obiettivo da raggiungere. Nel nostro caso è stato scelto lo strumento *Customer Experience - Piattaforma sondaggio* (Software per Sondaggi Clienti - *Qualtrics*) che consente di progettare, creare e modificare questionari da poter somministrare sotto forma di link anonimi.

3.5 Questionario e metodologia

Si è deciso di somministrare online il questionario per i seguenti motivi: la condivisione tramite e-mail e social network (Instagram e Facebook) del link che rimandava al questionario stesso ha reso possibile raggiungere un vasto numero di partecipanti provenienti da tutta Italia; ciò non sarebbe stato possibile se per la compilazione fosse stata necessaria la presenza fisica dei soggetti. L’utilizzo di strumenti online, avendo reso possibile il raggiungimento di molti soggetti contemporaneamente, ha permesso di ridurre considerevolmente i tempi necessari alla raccolta dati, ma anche le risorse finanziarie necessarie alla messa in atto di tale raccolta, ottimizzando e rendendo più efficiente il processo.

Il tempo di compilazione del questionario era di 30 minuti. Nonostante il tentativo di ridurre al massimo i tempi di compilazione, non è stato possibile abbreviarlo ulteriormente dal momento che, per la sua compilazione, era richiesta la lettura e comprensione di 10 casi forensi. Tutto ciò, nonostante le limitazioni, ha reso possibile contestualizzare i termini clinici all’interno dei diversi casi, permettendo ai partecipanti di esprimere la loro scelta solo dopo un’attenta

valutazione degli eventi connessi al fatto-reato, dell'anamnesi dell'imputato e dei sintomi psicopatologici presentati.

Prima della compilazione, che è stata completamente anonima, è stato chiesto ai partecipanti di visionare la descrizione dello scopo della ricerca ed il consenso al trattamento dei dati raccolti ai fini di ricerca: sottoscrivendolo, era possibile partecipare alla raccolta dati, mentre in caso contrario il programma non permetteva l'accesso al questionario. Successivamente, venivano mostrate al partecipante le istruzioni necessarie per poter completare il questionario:

“Le verranno presentati 10 casi forensi contenenti una spiegazione dell'evento criminoso, l'anamnesi dell'imputato e la descrizione del quadro psicopatologico. Le chiediamo di leggerli e successivamente indicare su una scala da 0 a 100 la capacità di intendere e di volere dell'imputato:

- 0% = totale incapacità di intendere e volere;
- 100% = piena capacità di intendere e volere.

Sotto ogni caso troverà un cursore (Figura 3.1): lo sposti su quella che le sembra la percentuale di capacità di intendere e volere che lei attribuirebbe all'imputato.”

Figura 3.1

Aspetto del cursore utilizzato dai partecipanti per selezionare la percentuale da loro scelta.



In seguito, sono stati creati 10 blocchi; in ognuno di essi, veniva proposto uno dei 10 casi forensi creati da Parmigiani e collaboratori (in Appendice B), presentati seguendo sempre la medesima struttura:

“CASO FORENSE – termine clinico

I Fatti in oggetto al presente procedimento penale

[...]

Elementi anamnestici

[...]

Status psicopatologico

[...]”

Successivamente, si poneva il seguente quesito:

“Indichi qual è la percentuale di capacità di intendere e volere che attribuisce al soggetto”.

Il soggetto poteva fornire la risposta attraverso il cursore posto sotto il quesito (vedi Figura 3.1).

Dopo ogni blocco, ciascuno contenente un caso differente, è stata inserita un'interruzione di pagina, cioè un'impostazione della piattaforma Qualtrics che permette di presentare un blocco alla volta e, dopo ogni convalida di risposta, presentare quello successivo. Ai partecipanti è stata negata la possibilità di visionare le risposte fornite precedentemente, così come il caso forense successivo, per evitare un eventuale giudizio relativo e, quindi, che prendessero una decisione paragonando i casi fra loro e non basandosi sugli elementi del caso corrente. I 10 blocchi contenenti i casi forensi sono stati randomizzati, quindi presentati in ordine casuale ed unico ad ogni partecipante, in modo tale da escludere che, nella media, i valori attribuiti dai partecipanti potessero essere influenzati dall'ordine di presentazione del caso (Choi & Pak, 2005).

Dopo aver presentato tutti i casi forensi, sono state chieste ai partecipanti le informazioni anagrafiche necessarie all'analisi dei dati; in particolare, è stato chiesto loro di indicare il genere, l'età, il titolo di studio più alto conseguito e con quale categoria si identificassero tra le seguenti:

- Studente di giurisprudenza;
- Studente di psicologia;
- Studente di altre facoltà;
- Psicologo/Psichiatra;
- Avvocato/Magistrato;
- Avvocato/Magistrato e Psicologo/Psichiatra;
- Altro.

Qualora il partecipante avesse selezionato la categoria Psicologo/Psichiatra, veniva chiesto di indicare se avesse mai avuto esperienze lavorative in ambito forense. Allo stesso modo, ai partecipanti che avevano selezionato la categoria Avvocato/Magistrato, veniva chiesto se si fossero mai interfacciati con un caso che riguardava la capacità di intendere o volere. Queste ultime specificazioni sono state indagate al fine di individuare chi, tra i partecipanti, potesse essere ritenuto "esperto" in materia, essendo maggiormente a conoscenza dei temi e dei termini indagati in tale ricerca.

3.6 Partecipanti

Il campione complessivo iniziale era composto da 1133 partecipanti. Dal campione iniziale sono stati esclusi dalle analisi 8 partecipanti che non hanno dato il consenso al trattamento dei dati ai fini di ricerca e che, quindi, non hanno compilato il questionario. Dai partecipanti restanti sono stati esclusi 651 soggetti che non hanno completato il questionario per intero, riducendo così il campione a 474 risposte utili. Di questi, 338 si identificano con il genere femminile, 130 con il genere maschile, 1 con un genere "altrimenti specificato" e i restanti 5 non hanno voluto fornire questa informazione. L'età dei soggetti è compresa in un *range* che va dai 19 agli 84 anni ($M=38.6$; $DS=15.7$). La scolarità è compresa in un *range* che va da 8 ad un massimo di 33 anni di studio ($M=17.7$; $DS=2.7$). Ai partecipanti, oltre ad informazioni quali età, genere e scolarità, è inoltre stato chiesto in quale

categoria professionale meglio si sentivano rappresentati fra le seguenti: avvocati o magistrati; psicologi o psichiatri; sia avvocati/magistrati che psicologi/psichiatri; studenti di giurisprudenza; studenti di psicologia; studenti di altre facoltà; altro.

Nello specifico, essi sono ripartiti come di seguito:

- 115 avvocati o magistrati;
- 120 psicologi o psichiatri;
- 14 sia avvocati/magistrati che psicologi/psichiatri;
- 43 studenti di giurisprudenza;
- 122 studenti di psicologia;
- 10 studenti di altre facoltà;
- 50 si sono identificati con l'opzione "Altro";

Degli avvocati/magistrati 90 hanno dichiarato di aver incontrato, durante la loro carriera, almeno un caso riguardante l'imputabilità. Degli psicologi/psichiatri, 24 hanno dichiarato di avere lavorato in ambito forense.

CAPITOLO 4

Analisi dei dati e risultati

4.1 Introduzione

In questo capitolo verranno presentate le analisi condotte sui dati raccolti durante la somministrazione del questionario precedentemente descritto. Mediante il programma *Excel* sono state effettuate le analisi grafiche e la pulizia dei dati, mediante il programma *Jasp* sono state condotte le analisi statistiche.

4.2 Pulizia del dataset

Una volta raccolti i dati è stato possibile procedere con la pulizia del *dataset*, ovvero l'eliminazione di tutte le risposte dei partecipanti prive di informazioni rilevanti per la successiva analisi statistica e che avrebbero anche potuto distorcere i risultati finali. La pulizia del *dataset* è stata compiuta eliminando i dati di tutti i partecipanti che non hanno fornito il consenso alla partecipazione ed i dati di quelli che non hanno completato il questionario nella sua interezza. A seguito di questa scrematura, il campione iniziale di 1133 partecipanti si è ridotto a 474 partecipanti. L'età media del campione è 38.6 anni (DS=15.7) e la scolarità media è 17.7 anni (DS=2.7); il campione è rappresentato per il 71.3% da femmine (N=338), per il 27.4% da maschi (N=130), mentre l'1% (N=5) non ha voluto specificare il proprio genere e lo 0.2% (N=1) si è identificato in un "altro" genere.

Il campione definitivo, suddiviso per professione/ambito di studi ed in ordine di numerosità, risulta così composto:

- A. 122 studenti di psicologia
 - a. età compresa tra 21 e 61 anni (M=25.4; DS=6.8);
 - b. scolarità compresa tra i 13 ed i 22 anni (M= 6.3; DS= 1.1);
 - c. 13 si identificano nel genere maschile, 109 in quello femminile.
- B. 120 psicologi o psichiatri;
 - a. età compresa tra 22 e 75 anni (M=40.8; DS=13.2);
 - b. scolarità compresa tra i 13 ed i 22 anni (M= 20.1; DS= 1.9);
 - c. 30 si identificano nel genere maschile, 89 in quello femminile e 1 di loro non ha voluto fornire questa informazione.

- C. 115 avvocati o magistrati;
 - a. età compresa tra 25 e 84 anni (M=54.1; DS=10.9);
 - b. scolarità compresa tra gli 8 ed i 33 anni (M= 18.3; DS= 1.9);
 - c. 56 si identificano nel genere maschile, 56 in quello femminile e 3 di loro non hanno voluto fornire questa informazione.
- D. 50 si sono identificati con l'opzione "Altro";
 - a. età compresa tra 19 e 67 anni (M=40.8; DS=13.9);
 - b. scolarità compresa tra gli 8 ed i 22 anni (M= 17.3; DS= 3.3);
 - c. 18 si identificano nel genere maschile, 31 in quello femminile 1 di loro non ha voluto fornire questa informazione.
- E. 43 studenti di giurisprudenza;
 - a. età compresa tra 20 e 65 anni (M=24.7; DS=7.5);
 - b. scolarità compresa tra i 13 ed i 21 anni (M= 13.7; DS= 1.8);
 - c. 6 si identificano nel genere maschile, 36 in quello femminile e 1 si è identificato in un "altro" genere.
- F. 14 sia avvocati/magistrati che psicologi/psichiatri;
 - a. età compresa tra 36 e 84 anni (M=50.3; DS=11.6);
 - b. scolarità compresa tra gli 18 ed i 22 anni (M= 19.8; DS= 2.0);
 - c. 5 si identificano nel genere maschile, 9 in quello femminile.
- G. 10 studenti di altre facoltà;
 - a. età compresa tra 20 e 62 anni (M=26.8; DS=12.6);
 - b. scolarità compresa tra i 13 ed i 19 anni (M= 15.0; DS= 2.7);
 - c. 2 si identificano nel genere maschile, 8 in quello femminile.

All'interno del gruppo degli avvocati/magistrati, 90 hanno dichiarato di essersi occupati durante la loro carriera di almeno un caso riguardante l'imputabilità. L'età di questi partecipanti è compresa tra i 25 e gli 84 anni (M=54.9; DS= 10.8); la loro scolarità è compresa tra i 18 ed i 33 anni (M=18.4; DS=1.6); 43 si identificano nel genere maschile, 45 in quello femminile e 2 di loro non hanno voluto fornire questa informazione.

Nel gruppo degli psicologi/psichiatri, 24 hanno dichiarato di avere lavorato in ambito forense. L'età di questi partecipanti è compresa tra i 26 ed i 72 anni

(M=45.0; DS=14.4); la loro scolarità è compresa tra i 18 ed i 22 anni (M=20.6; DS=1.6); di loro, 9 si identificano nel genere maschile e 15 in quello femminile.

4.3 La distribuzione dei dati

4.3.1 Il test di *Shapiro-Wilk*

L'andamento della distribuzione dei dati è stato verificato tramite il test di *Shapiro-Wilk*: questo al fine di poter poi scegliere di quale test avvalerci per l'analisi dei dati. L'ipotesi nulla (H_0) è che la distribuzione dei dati segua un andamento normale, mentre quella alternativa (H_1) è che i dati non si distribuiscano normalmente.

Per verificare se è possibile confermare H_0 è necessario definire se il valore di probabilità, ovvero il *p-value* (p)²⁸ sia superiore o inferiore al valore critico di significatività (nel nostro caso, si è scelto di utilizzare $\alpha < 0.05$ ²⁹). Il *p-value* (p) può assumere valori tra 0 e 1, ed in particolare:

- Se $p > 0.05$: H_0 viene confermata, quindi i dati hanno una distribuzione normale;
- Se $p < 0.05$: H_0 viene rifiutata a favore di un'ipotesi alternativa (H_a), per cui si può affermare che i dati non si distribuiscono normalmente.

Il *p-value*, nel nostro caso, è risultato essere inferiore a 0.05 in tutte le 10 espressioni analizzate. Essendo $p < 0.05$, è stata rifiutata l'ipotesi H_0 in favore dell'ipotesi H_1 : l'ipotesi di normalità della distribuzione dei dati è quindi violata. Di seguito viene riportata la tabella contenente i dati restituiti dal test *Shapiro-Wilk* per ognuna delle espressioni analizzata (Tabella 4.1).

²⁸ Il p-value rappresenta la probabilità, per l'ipotesi nulla (cioè H_0), di ottenere risultati ugualmente o meno compatibili, di quelli osservati durante il test, con la suddetta ipotesi. Tale valore aiuta quindi a capire se la differenza tra il risultato osservato e quello ipotizzato è dovuta alla casualità introdotta dal campionamento, oppure se tale differenza è statisticamente significativa, cioè difficilmente spiegabile mediante la casualità dovuta al campionamento.

²⁹ Il livello di significatività è la soglia che determina se un certo risultato può essere considerato statisticamente significativo. È quindi un numero che viene deciso a priori: $\alpha=0.05$ significa che le analisi hanno il 5% di probabilità di restituire un risultato significativo (e quindi portarti a rifiutare l'ipotesi nulla) quando in realtà l'ipotesi nulla è vera.

Tabella 4.1*Risultati del test Shapiro-Wilk*

	Shapiro-Wilk	P-value of Shapiro-Wilk
Schizofrenia	0.911	< .001
Disturbo bipolare	0.958	< .001
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	0.973	< .001
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	0.961	< .001
Disturbo schizoaffettivo	0.894	< .001
Disturbo di personalità istrionico narcisista	0.852	< .001
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	0.959	< .001
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoide	0.967	< .001
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	0.861	< .001
Funzionamento intellettuale limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	0.939	< .001

Note. Valori del p-value del test di Shapiro-Wilk, significativo con $p < 0.05$.

4.3.2 Medie e mediane

Come evidenziato dal test di *Shapiro-Wilk*, la distribuzione non segue un andamento normale. Per questo motivo, e per ovviare ai limiti che la media possiede nel fornire il valore della tendenza centrale nel caso della presenza di molti valori limite, si è optato per l'utilizzo della mediana come valore di riferimento. La media è un indice statistico cui ci si avvale per descrivere con un solo numero l'andamento di un insieme di dati; viene calcolata sommando tutti i valori a disposizione e dividendo il risultato per il numero complessivo delle osservazioni. La mediana è un indice sintetico di posizione che restituisce il valore centrale di una distribuzione

di dati ordinati. A differenza della media, la mediana non è influenzata dalla presenza di dati anomali, quali dati che si discostano grandemente dalla maggior parte delle osservazioni. Per completezza ed esaustività, viene riportato il grafico (Grafico 4.1) contenente le medie e le mediane delle risposte date ad ognuno dei 10 casi forensi scelti per l'esperimento, ricordando che tutti i 474 partecipanti hanno associato ad ogni caso un valore numerico espresso in probabilità, corrispondente alla capacità di intendere e di volere residua di un imputato, che poteva assumere valori compresi tra 0 e 100.

Preliminarmente, si riporta l'elenco del nome dei casi forensi del DIASS presi in esame e la dicitura che viene utilizzata nei grafici (Tabella 4.2).

Tabella 4.2

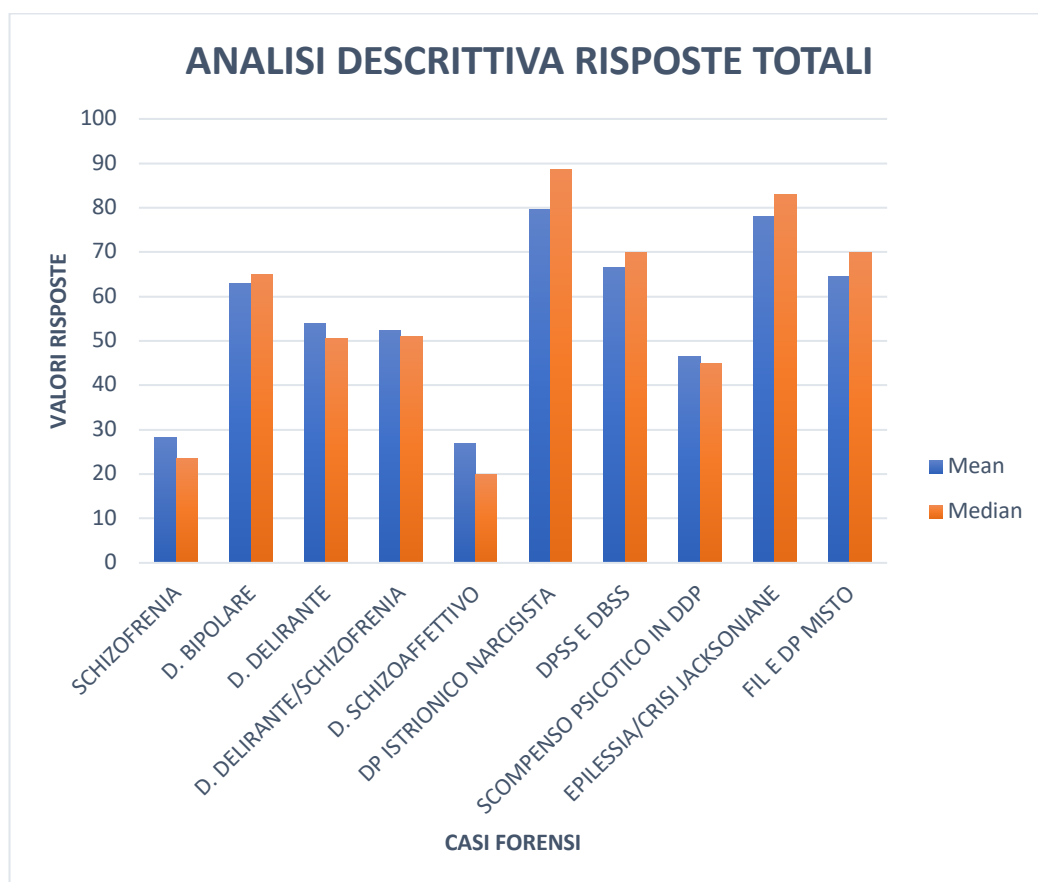
Numero e nome dei casi forensi, affiancati dalla dicitura utilizzata nei grafici.

NUMERO CASO FORENSE	NOME CASO FORENSE	DICITURA USATA NEI GRAFICI
Caso 1 DIASS	Schizofrenia	Schizofrenia
Caso 2 DIASS	Disturbo bipolare	D. bipolare
Caso 3 DIASS	Disturbo delirante, tipo misto, continuo	D. delirante
Caso 4 DIASS	Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	D. delirante/schizofrenia
Caso 5 DIASS	Disturbo schizoaffettivo	D. schizoaffettivo
Caso 6 DIASS	Disturbo di personalità istrionico narcisista	DP istrionico narcisista
Caso 7 DIASS	Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	DPSS e DBSS
Caso 8 DIASS	Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoide	Scompenso psicotico in DPP

Caso 9 DIASS	Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	Epilessia/crisi jacksoniane
Caso 10 DIASS	Funzionamento intellettuale limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	FIL e DP misto

Grafico 4.1

Grafico di media e mediana dei valori delle risposte fornite da tutti i partecipanti.



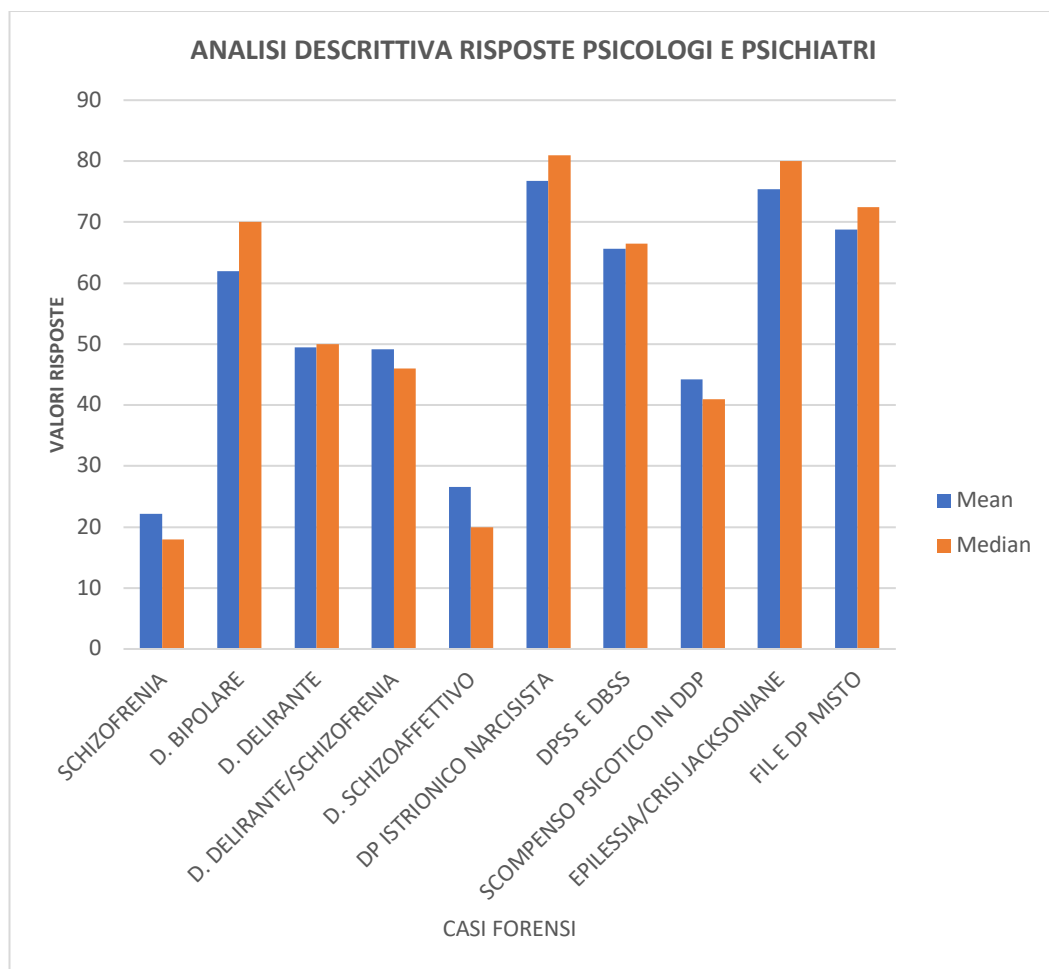
Note: N=474. Si ricorda che 0 è il punteggio che è stato attribuito ad un soggetto con capacità di intendere e volere totalmente assente, mentre 100 ad un soggetto privo di patologia e pienamente capace di intendere e volere.

Di seguito verranno riportati i grafici contenenti le medie e le mediane dei valori delle risposte date dalle diverse categorie professionali analizzate in questa tesi.

Le risposte registrate dai partecipanti che svolgono la professione di psicologo o psichiatra sono 120 (Grafico 4.2).

Grafico 4.2

Grafico di media e mediana dei valori delle risposte fornite dai partecipanti che svolgono la professione di psicologo o psichiatra.

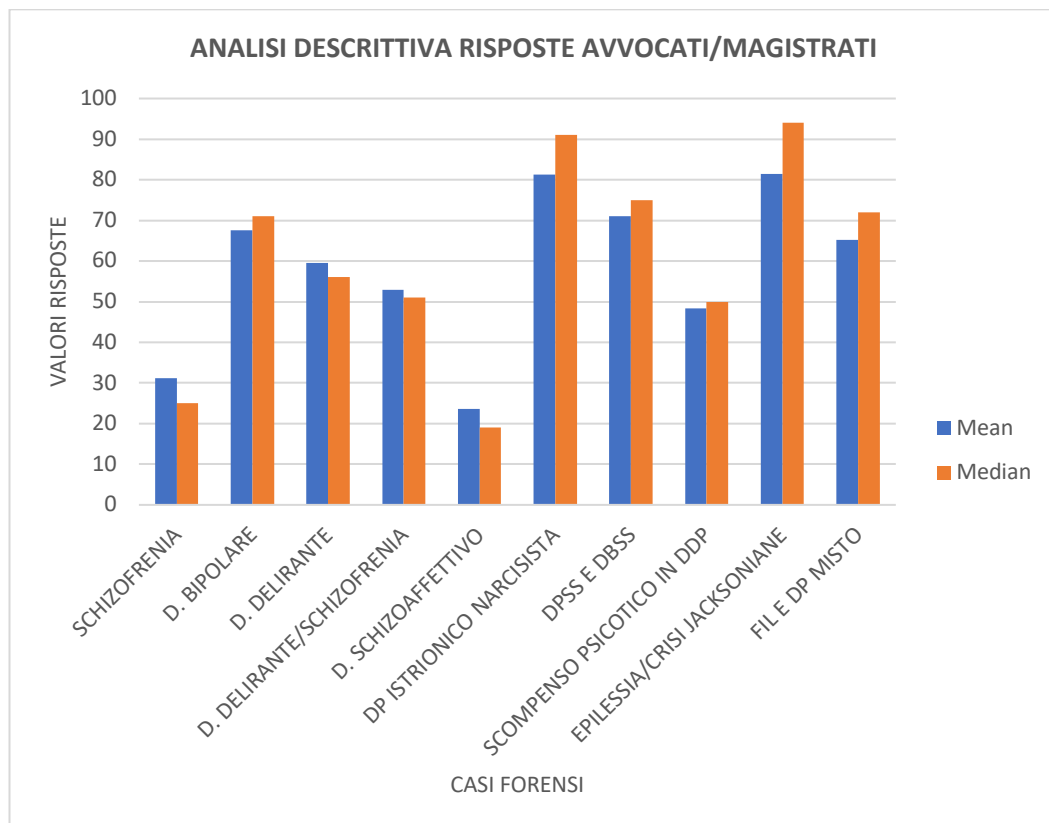


Note: N=120

Le risposte registrate dai partecipanti che svolgono la professione di avvocato o magistrato sono 115 (Grafico 4.3).

Grafico 4.3

Grafico di media e mediana dei valori delle risposte fornite dai partecipanti che svolgono la professione di avvocato o magistrato.

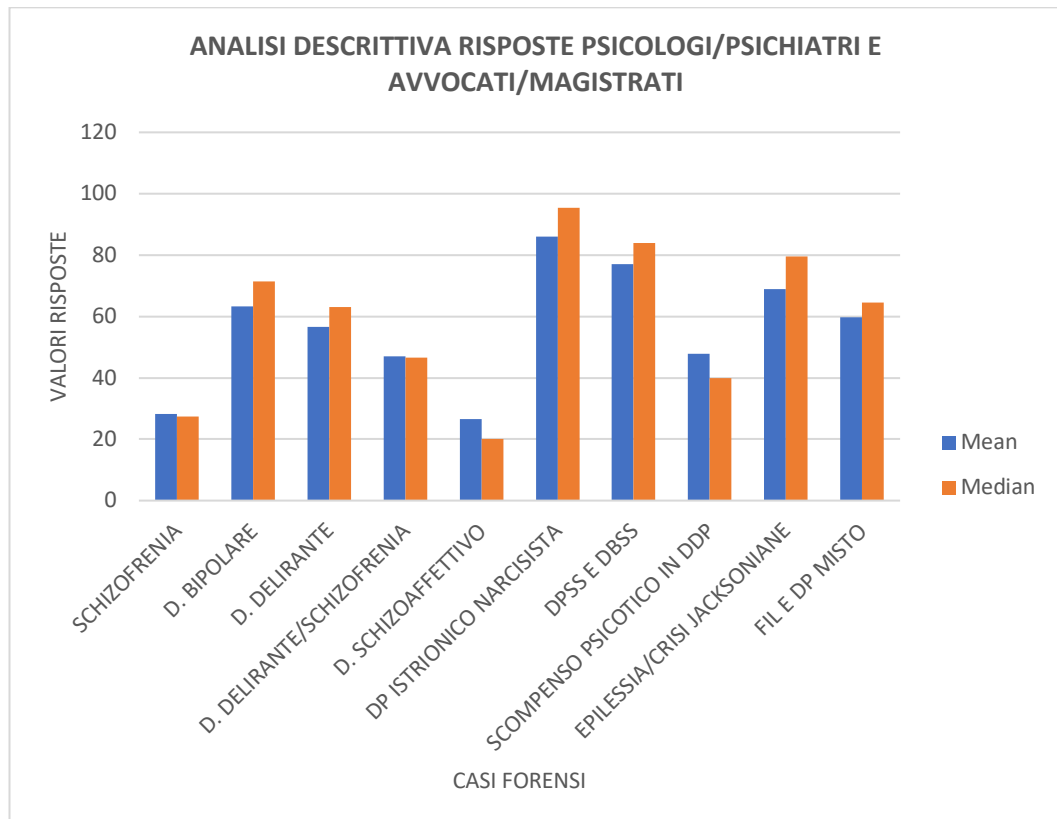


Note: N=115

Le risposte registrate dai partecipanti che svolgono la professione di avvocato/magistrato e psicologo/psichiatra sono 14 (Grafico 4.4).

Grafico 4.4

Grafico di media e mediana dei valori delle risposte fornite dai partecipanti che svolgono la professione di avvocato/magistrato e psicologo/psichiatra.



Note: N=14

Per una rassegna completa delle tabelle contenenti media, mediana e deviazione standard dei valori delle risposte date dai partecipanti di tutte le altre categorie prese in considerazione in questa tesi si rimanda all'appendice (Appendice C).

4.4 Test di significatività statistica

4.4.1 Il test di *Mann-Whitney* e l'ANCOVA

Dopo aver confermato che la normalità è violata nella distribuzione dei valori delle risposte del nostro campione si è, quindi, optato per l'utilizzo di un test statistico non parametrico per indagare la presenza o meno di differenze significative fra le risposte date dalle varie categorie professionali ai termini presentati. I campioni analizzati sono indipendenti e, per questo, è stato utilizzato il test di *Mann-Whitney*. Si è deciso di compiere un confronto fra le risposte fornite dalle categorie professionali che operano all'interno del contesto forense, in modo da evidenziare possibili differenze nella quantificazione probabilistica di espressioni cliniche inserite in reali casi forensi, che abbiano quindi una maggiore rilevanza pratica. È stato scelto come valore critico di significatività $\alpha < 0.05$.

Il test di *Mann-Whitney* è stato utilizzato per svolgere i tre seguenti confronti:

- Avvocati/magistrati da una parte, e psicologi/psichiatri dall'altra;
- Avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità e psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte, e avvocati/magistrati senza esperienza in ambito di imputabilità e psicologi/psichiatri senza esperienza in ambito forense dall'altra;
- Avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità da una parte, e psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense dall'altra.

Si rimanda all'Appendice D per visionare le tabelle contenenti i dati relativi a questi tre confronti.

Il primo confronto è stato compiuto tra i partecipanti avvocati/magistrati (N=115) e i partecipanti psicologi/psichiatri (N=120). L'analisi, svolta attraverso il test di *Mann-Whitney*, ha indagato se ci fossero differenze statisticamente significative tra le risposte fornite dai due campioni. L'ipotesi nulla prevedeva quindi che il rango medio delle risposte dei due campioni fosse simile, mentre l'ipotesi alternativa ipotizzava l'esistenza di differenze statisticamente significative tra i due gruppi. L'analisi ha permesso di rigettare l'ipotesi nulla che le distribuzioni

abbiano rango medio uguale, ed ha evidenziato differenze significative nelle risposte date ai seguenti casi forensi (Tabella 4.3):

- Schizofrenia (caso DIASS 1);
- Disturbo delirante, tipo misto, continuo (caso DIASS 3);
- Disturbo di personalità istrionico narcisista (caso DIASS 6);
- Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie (caso DIASS 9).

Tabella 4.3

Test di Mann-Whitney: confronto fra le risposte fornite dai due gruppi avvocato/magistrato e psicologo/psichiatra.

	W	p
Schizofrenia	8065	0.025*
Disturbo bipolare	7872	0.062
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	8384	0.004*
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	7388	0.349
Disturbo schizoaffettivo	6116	0.131
Disturbo di personalità istrionico narcisista	8279	0.007*
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	7875	0.061
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoide	7401	0.336
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	8404	0.003*
Funzionamento intellettivo limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	6703	0.706

Note. I valori contrassegnati da* ($p < 0.05$) risultano significativi.

Si riportano a seguire i grafici descrittivi dell'andamento delle risposte medie associate ai termini risultati significativi all'interno di questo confronto (da Grafico 4.5 a Grafico 4.8).

Grafico 4.5

Risposte medie dei partecipanti dei gruppi Avvocato/Magistrato e Psicologo/Psichiatra al caso forense Schizofrenia.

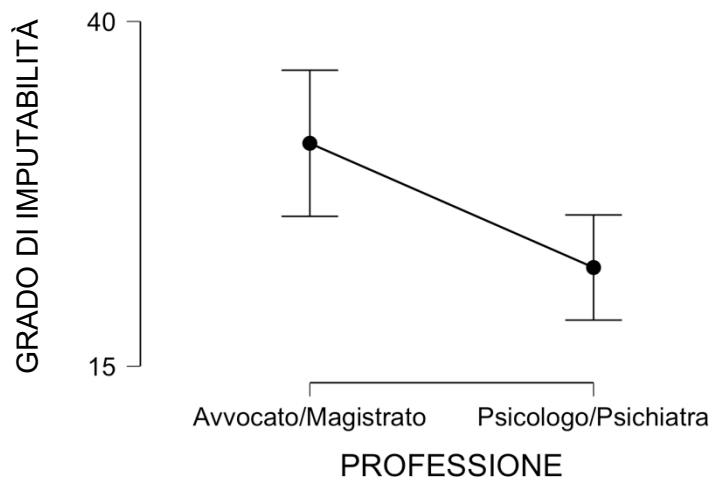


Grafico 4.6

Risposte medie dei partecipanti dei gruppi Avvocato/Magistrato e Psicologo/Psichiatra al caso forense Disturbo delirante, tipo misto, continuo.

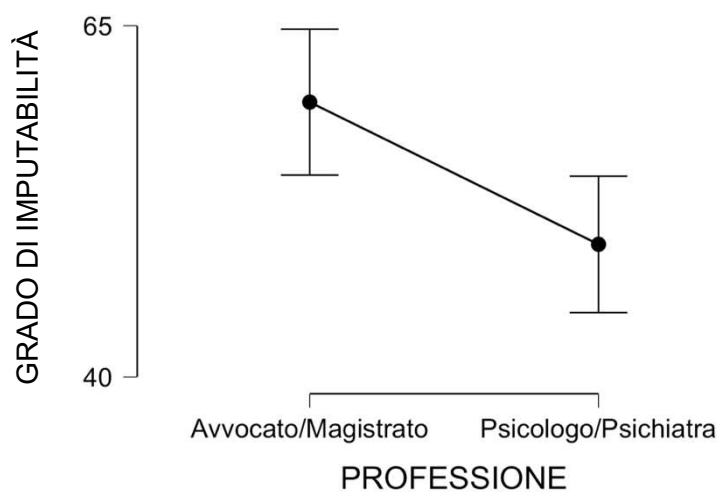


Grafico 4.7

Risposte medie dei partecipanti dei gruppi Avvocato/Magistrato e Psicologo/Psichiatra al caso forense Disturbo di personalità istrionico narcisista.

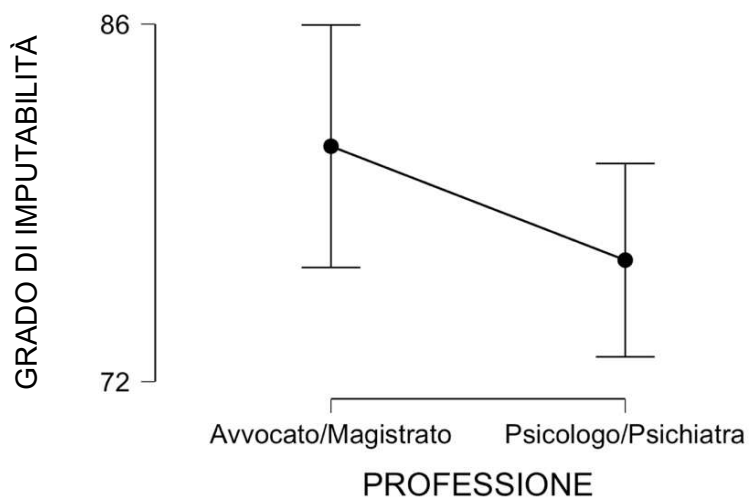
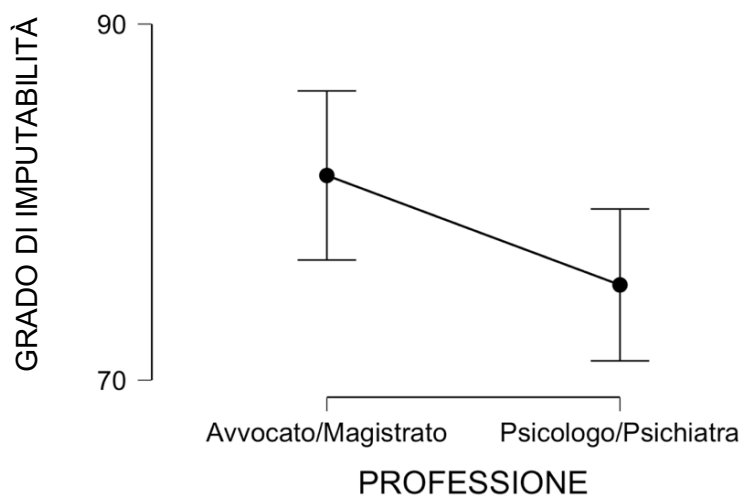


Grafico 4.8

Risposte medie dei partecipanti dei gruppi Avvocato/Magistrato e Psicologo/Psichiatra al caso forense Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie.



L'esame grafico delle medie, in particolare, evidenzia che il gruppo di avvocati/magistrati tende ad attribuire punteggi più alti ai diversi casi, considerando l'imputato più capace di intendere e di volere rispetto a quanto fatto dagli psicologi/psichiatri. Questo ci permette di definire la direzione delle differenze tra i punteggi attribuiti dai due gruppi.

Successivamente, per assicurarci che le differenze tra le risposte del primo e del secondo campione fossero spiegate dalla professione, e non da altre caratteristiche del campione, abbiamo osservato la media di entrambi i gruppi circa l'età e gli anni di scolarità. L'età media del gruppo di avvocati/magistrati (M=54.1; DS=10.9) risulta essere superiore di 13.3 anni rispetto a quella del gruppo di psicologi/psichiatri (M=40.8; DS=13.2). Per quanto riguarda la scolarità media, anche in questo caso emergono differenze tra i due gruppi: gli psicologi/psichiatri (M= 20.1; DS= 1.9) hanno, in media, studiato 1.8 anni in più rispetto agli avvocati/magistrati (M= 18.3; DS= 1.9).

Nonostante, quindi, le differenze fossero presenti per entrambe le variabili, si è deciso di valutare l'influenza dell'età sui risultati precedentemente ottenuti, ma non quella della scolarità. Questa decisione è stata motivata da due fattori:

- a) Le differenze a livello di età media sono piuttosto evidenti; la maggiore età, inoltre, veicola anche una diversa esperienza nel settore, e per questo motivo ci è sembrato interessante valutare quanto la professione possa influire sui risultati al netto dell'età dei partecipanti.
- b) Le differenze a livello di anni di scolarità sono minime; inoltre, è da evidenziare che, a livello generale, molti degli psicologi/psichiatri hanno svolto master di I o II livello o comunque scuole di specializzazione che hanno richiesto più anni di studio, ma è altrettanto vero che, una volta laureati in Giurisprudenza, gli avvocati/magistrati hanno seguito lunghi percorsi di praticantato che, seppur non considerati negli anni di studi, hanno apportato loro nuove conoscenze, rendendoli più esperti di temi come l'imputabilità.

Abbiamo quindi analizzato nuovamente i dati utilizzando il test ANCOVA, al fine di valutare l'influenza della professione al netto dell'età dei partecipanti. Tale test (Tabella 4.4) ha evidenziato differenze significative fra le risposte date dai due gruppi ad un unico caso (Schizofrenia).

Tabella 4.4

Test ANCOVA: confronto fra le risposte fornite dai gruppi avvocato/magistrato e psicologo/psichiatra al caso Schizofrenia.

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
PROFESSIONE	4280	1	4280	6.775	0.010*
ETÀ	107	1	107	0.169	0.681
Residuals	146563	232	631.736		

Note. Le espressioni contrassegnate da * ($p < 0.05$) risultano significative.

Per quanto riguarda gli altri tre casi (Disturbo delirante, tipo misto, continuo; Disturbo di personalità istrionico narcisista; Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie), l'influenza della professione si è dimostrata non significativa, al netto dell'età dei partecipanti. Alla luce delle analisi svolte, quindi, possiamo affermare che la professione dei partecipanti ha un'influenza significativa, al netto dell'età, solo nel caso forense rappresentante l'imputato affetto da schizofrenia. Negli altri tre casi, interpretati comunque in modo significativamente diverso dai due gruppi, bisogna tener conto del fatto che i gruppi non sono omogenei, e quindi questa differenza potrebbe essere legata alla diversa età, piuttosto che alla professione.

Il secondo confronto è stato effettuato al fine di indagare l'effetto dell'esperienza sui punteggi attribuiti ai diversi scenari. Per questo, si è effettuato un confronto fra il gruppo di avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità unito a psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte (N=114), ed il gruppo avvocati/magistrati senza esperienza unito a psicologi/psichiatri senza esperienza dall'altra (N=121). L'analisi, svolta attraverso il test di *Mann-Whitney*, ha indagato se ci fossero differenze statisticamente

significative tra le risposte fornite dai due campioni. L'ipotesi nulla prevedeva quindi che il rango medio delle risposte dei due campioni fosse simile, mentre l'ipotesi alternativa supponeva l'esistenza di differenze statisticamente significative.

L'analisi ha evidenziato differenze significative nelle risposte date ai seguenti casi forensi (Tabella 4.5):

- Disturbo schizoaffettivo (Caso DIASS 5);
- Disturbo di personalità istrionico narcisista (Caso DIASS 6);
- Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie (Caso DIASS 9)

Tabella 4.5

Test di Mann-Whitney: confronto fra le risposte fornite dal gruppo di avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità unito a psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte, ed il gruppo avvocati/magistrati senza esperienza unito a psicologi/psichiatri senza esperienza dall'altra.

	W	p
Schizofrenia	7335	0.399
Disturbo bipolare	6252	0.215
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	5953	0.070
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	7639	0.154
Disturbo schizoaffettivo	8398	0.004*
Disturbo di personalità istrionico narcisista	5817	0.035*
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	6915	0.972
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoide	7478	0.265
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	4907	< .001*
Funzionamento intellettivo limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	7504	0.242

Nota. Le espressioni contrassegnate da * ($p < 0.05$) risultano significative.

Di seguito vengono riportati i grafici descrittivi dell'andamento delle risposte medie associate ai termini risultati significativi all'interno di questo confronto (da Grafico 4.9 a Grafico 4.11).

Grafico 4.9

Risposte medie del gruppo di avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità unito a psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte, ed il gruppo avvocati/magistrati senza esperienza unito a psicologi/psichiatri senza esperienza dall'altra al caso forense Disturbo schizoaffettivo.

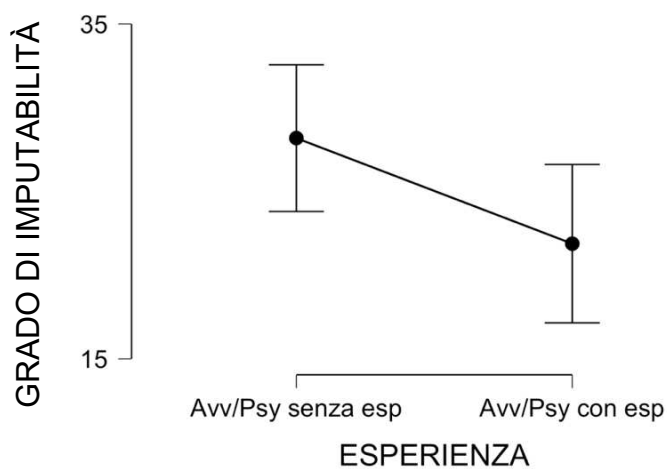


Grafico 4.10

Risposte medie del gruppo di avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità unito a psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte, ed il gruppo avvocati/magistrati senza esperienza unito a psicologi/psichiatri senza esperienza dall'altra al caso forense Disturbo di personalità istrionico narcisista.

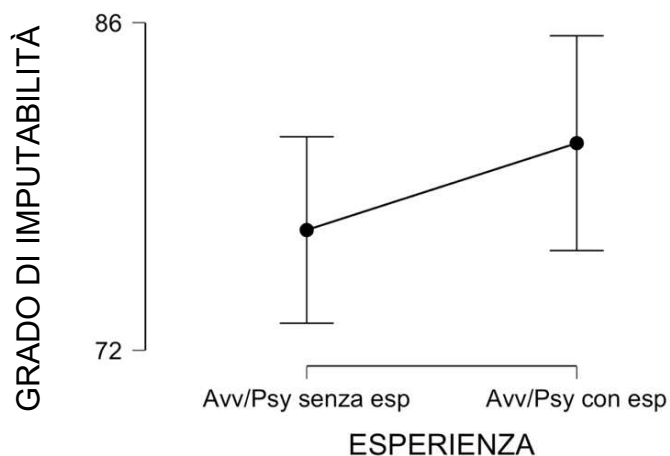
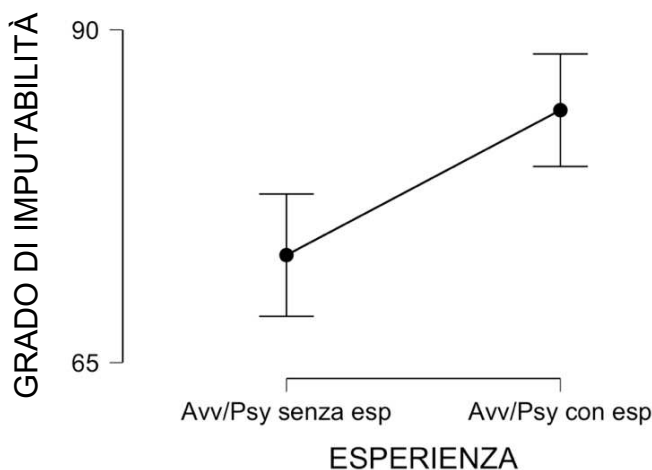


Grafico 4.11

Risposte medie gruppo di avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità unito a psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte, ed il gruppo avvocati/magistrati senza esperienza unito a psicologi/psichiatri senza esperienza dall'altra al caso forense Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie.



Successivamente, per assicurarci che le differenze tra le risposte del primo e del secondo campione fossero spiegate dalla professione, e non da altre caratteristiche del campione, abbiamo osservato la media di età e scolarità di entrambi i gruppi.

L'età media del gruppo di avvocati/magistrati con esperienza e psicologi/psichiatri con esperienza ($M=52.8$; $DS=12.3$) risulta essere superiore di 10.6 anni rispetto a quella del gruppo di avvocati/magistrati senza esperienza e psicologi/psichiatri senza esperienza ($M=42.2$; $DS=13.1$). Per quanto riguarda la scolarità media, anche in questo caso emergono differenze tra i due gruppi: gli avvocati/magistrati con esperienza e psicologi/psichiatri con esperienza ($M= 18.8$; $DS= 1.9$) hanno, in media, studiato 0.8 anni in meno rispetto al gruppo di avvocati/magistrati senza esperienza e psicologi/psichiatri senza esperienza ($M= 19.6$; $DS= 2.2$): questo ultimo dato può sembrare controintuitivo, dal momento che ci si aspetta che un esperto del settore abbia, in linea generale, studiato più anni. È da tenere in considerazione, però, che all'interno del campione vi sono molti più avvocati con esperienza rispetto a psicologi con esperienza e, come precedentemente esposto, i

primi hanno una scolarità media inferiore rispetto agli psicologi, che essendo in numero minore influiscono meno sul calcolo della scolarità media. Per gli stessi motivi esposti durante il precedente confronto, si è deciso di tenere in considerazione l'influenza dell'età sui risultati precedentemente ottenuti, ma non quella della scolarità.

È stato, quindi, svolto il test ANCOVA al fine di valutare l'influenza dell'esperienza sulle risposte fornite al netto dell'età dei partecipanti: l'analisi ha evidenziato differenze significative solamente nelle risposte date al caso rappresentante l'imputato affetto da Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie (Tabella 4.6).

Tabella 4.6

Test ANCOVA: confronto fra le risposte fornite gruppo di avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità unito a psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte, ed il gruppo avvocati/magistrati senza esperienza unito a psicologi/psichiatri senza esperienza dall'altra al caso Epilessia-crisi jacksoniane.

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
ESPERIENZA	5788.4	1	5788.4	9.821	0.002
ETÀ	4.8	1	4.8	0.008	0.928
Residuals	136739.4	232	589.4		

Note. I valori contrassegnati da * ($p < 0.05$) risultano significativi.

Risulta invece non significativa l'influenza dell'esperienza, al netto dell'età dei partecipanti, sui valori attribuiti al caso del Disturbo schizoaffettivo e del Disturbo di personalità istrionico narcisista.

Possiamo quindi affermare che, nonostante le prime analisi svolte sul campione avessero rilevato che l'esperienza in ambito forense potesse spiegare le differenze nell'attribuire il grado di imputabilità nei 3 casi forensi rappresentanti casi di Disturbo schizoaffettivo ($W=8398$; $p=0.004$), Disturbo di personalità istrionico narcisista ($W=5817$; $p=0.035$) ed Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie ($W=4907$; $p=<.001$), si è poi

riscontrato che, pesando tali differenze per l'età del campione, l'esperienza non risulta avere un'influenza significativa nei casi rappresentanti il Disturbo schizoaffettivo ($F=3.659$; $p=0.057$) ed il Disturbo di personalità istrionico narcisista ($F=1.233$; $p=0.268$). Le differenze possono quindi essere spiegate, anche in questo caso, da altre variabili interagenti (quali l'età) ma non solamente dall'esperienza.

Per quanto riguarda il terzo ed ultimo confronto, effettuato fra i gruppi avvocato/magistrato con esperienza in ambito di imputabilità da una parte, e psicologo/psichiatra con esperienza in ambito forense dall'altra, risulta necessario evidenziare un aspetto importante: la numerosità campionaria del gruppo degli psicologi con esperienza in ambito forense era di molto minore ($N=24$) rispetto a quello degli avvocati con esperienza in ambito di imputabilità ($N=90$). Questa differenza è però stata bypassata grazie all'utilizzo di un test non parametrico, che tiene conto di questo sbilanciamento a livello di numerosità campionaria, permettendoci di procedere come precedentemente fatto con gli altri due confronti.

È stata quindi effettuata un'analisi attraverso il test di *Mann-Whitney*, che ha indagato se ci fossero differenze statisticamente significative tra le risposte fornite dai due campioni. L'ipotesi nulla prevedeva quindi che il rango medio delle risposte dei due campioni fosse simile, mentre l'ipotesi alternativa ipotizzava l'esistenza di differenze statisticamente significative tra i due gruppi.

L'analisi ha permesso di rigettare l'ipotesi nulla, ossia che le distribuzioni abbiano rango medio uguale, ed ha evidenziato differenze significative nelle risposte date ai seguenti casi forensi (Tabella 4.7):

- Schizofrenia (caso DIASS 1);
- Disturbo delirante/schizofrenia paranoide (caso DIASS 4).

Tabella 4.7

Test di Mann-Whitney: confronto fra le risposte fornite dai due gruppi avvocato/magistrato con esperienza e psicologo/psichiatra con esperienza.

	W	p
Schizofrenia	1423.500	0.017*
Disturbo bipolare	1199.500	0.406
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	1270.000	0.187
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	1365.000	0.048*
Disturbo schizoaffettivo	1076.000	0.980
Disturbo di personalità istrionico narcisista	1285.500	0.144
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	1355.000	0.055
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoide	1339.500	0.071
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	1129.500	0.718
Funzionamento intellettuale limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	1016.500	0.660

Note. I valori contrassegnati da* ($p < 0.05$) risultano significativi.

Si riportano a seguire i grafici descrittivi dell'andamento delle risposte medie associate ai termini risultati significativi all'interno di questo confronto (Grafico 4.12 e Grafico 4.13).

Grafico 4.12

Risposte medie dei partecipanti dei gruppi Avvocato/Magistrato con esperienza e Psicologo/Psichiatra con esperienza al caso forense Schizofrenia.

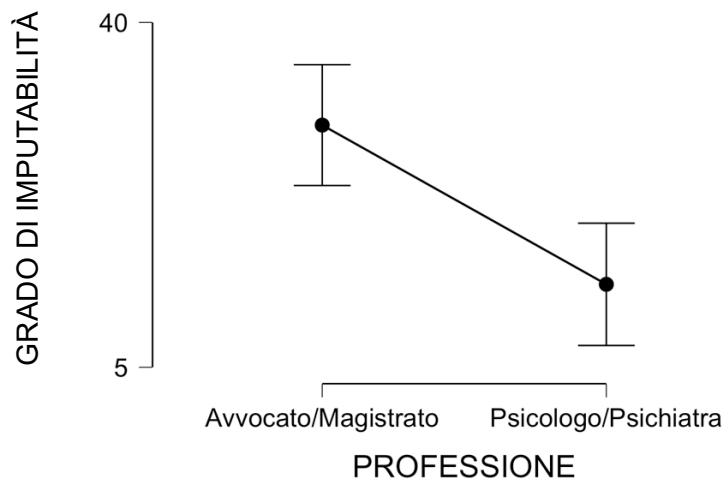
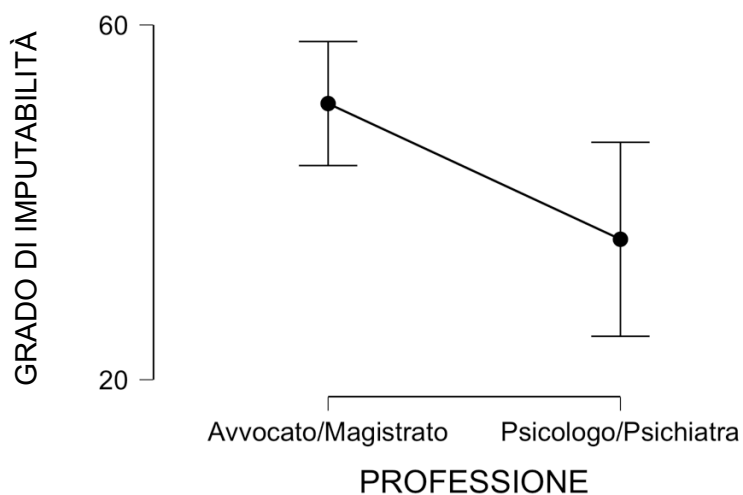


Grafico 4.13

Risposte medie dei partecipanti dei gruppi Avvocato/Magistrato con esperienza e Psicologo/Psichiatra con esperienza al caso forense Disturbo delirante/schizofrenia paranoide.



Anche in questo caso, come nel primo confronto, l'esame grafico delle medie evidenzia che il gruppo di avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità tende ad attribuire punteggi più alti ai diversi casi, considerando l'imputato più capace di intendere e di volere rispetto a quanto fatto dagli psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense. Questo ci permette di definire la direzione delle differenze tra i due gruppi.

Successivamente, dal momento che il test *Mann-Whitney* non ci permette di dire se la differenza sia legata solamente alla professione o ad altre variabili, abbiamo osservato la media di entrambi i gruppi circa l'età e gli anni di scolarità. L'età media del gruppo di avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità (M=54.9; DS=10.8) risulta essere superiore di 9.9 anni rispetto a quella del gruppo di psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense (M=45.0; DS=14.4). Per quanto riguarda la scolarità media, anche in questo caso emergono differenze tra i due gruppi: gli psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense (M=20.6; DS=1.6) hanno, in media, studiato 2.2 anni in più rispetto agli avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità (M=18.4; DS=1.6). Nonostante, quindi, le differenze fossero presenti per entrambe le variabili, si è deciso di valutare l'influenza dell'età sui risultati precedentemente ottenuti, ma non quella della scolarità, per gli stessi motivi precedentemente esposti.

Abbiamo quindi analizzato nuovamente i dati utilizzando il test ANCOVA, al fine di valutare l'influenza della professione al netto dell'età dei partecipanti. Tale test ha evidenziato differenze significative fra le risposte date dai due gruppi ai casi rappresentanti individui affetti da schizofrenia (Tabella 4.8), disturbo delirante/schizofrenia paranoide (Tabella 4.9) e disturbo di personalità senza specificazione/disturbo bipolare senza specificazione (Tabella 4.10): è interessante notare che, in questo ultimo caso, i valori emersi con il test di *Mann-Whitney* erano al limite della significatività statistica (F=1355; p=0.055), ma attraverso il test dell'ANCOVA, che ci ha permesso di misurare l'influenza della professione al netto dell'età dei partecipanti, è emersa una significatività statistica.

Tabella 4.8

Test ANCOVA: confronto fra le risposte fornite dai gruppi avvocato/magistrato e psicologo/psichiatra al caso Schizofrenia.

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
PROFESSIONE	5348	1	5348	7.356	0.008*
ETÀ	416	1	416	0.573	0.451
Residuals	80711	111	727		

Note. Le espressioni contrassegnate da * ($p < 0.05$) risultano significative.

Tabella 4.9

Test ANCOVA: confronto fra le risposte fornite dai gruppi avvocato/magistrato e psicologo/psichiatra al caso D. Delirante/schizofrenia paranoide.

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
PROFESSIONE	5257.092	1	5257.092	5.130	0.025*
ETÀ	851.671	1	851.671	0.831	0.364
Residuals	113744.062	111	1024.721		

Note. Le espressioni contrassegnate da * ($p < 0.05$) risultano significative.

Tabella 4.10

Test ANCOVA: confronto fra le risposte fornite dai gruppi avvocato/magistrato e psicologo/psichiatra al caso DPSS E DBSS.

Cases	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p
PROFESSIONE	3881.860	1	3881.860	4.947	0.028*
ETÀ	106.178	1	106.178	0.135	0.714
Residuals	87103.611	111	784.717		

Note. Le espressioni contrassegnate da * ($p < 0.05$) risultano significative.

Alla luce delle analisi svolte, quindi, possiamo affermare che la professione dei partecipanti ha un'influenza significativa, al netto dell'età, in 3 dei 10 casi forensi presentati, rappresentanti imputati affetti da schizofrenia, disturbo

delirante/schizofrenia paranoide e disturbo di personalità senza
specificazione/disturbo bipolare senza specificazione.

CAPITOLO 5

Discussione

5.1 Introduzione

Nel presente capitolo verranno riassunti i temi portanti di questa tesi, riprendendo gli obiettivi e le motivazioni che hanno spinto all'indagine di questo argomento e discutendo i risultati ottenuti tramite l'esperimento precedentemente descritto.

5.2 Il problema della quantificazione di termini di natura forense

Lo studio relativo alle modalità con cui le persone interpretano a livello probabilistico alcuni dati ed espressioni linguistiche è stato indagato negli anni (Pennington & Hastie, 1991, citato da Glöckner, & Engel, 2008; Glöckner et al., 2008), dal momento che la loro elaborazione avviene in modo soggettivo, anche nel campo giuridico-forense. Tale variabilità interindividuale nell'interpretazione di uno stesso termine, espressione, documento o relazione, in un contesto come quello forense, rappresenta un importante problema, giacché ogni parere espresso in questo ambito ha delle conseguenze considerevoli sia per la collettività, che per la vita della persona imputata.

In particolare, abbiamo evidenziato quanto sia sviluppato lo studio probabilistico circa la colpevolezza attraverso scenari forensi (Write et al., 2007; Dhimi et al., 2015). Allo stesso modo, sono stati compiuti alcuni studi sulla valutazione dell'imputabilità. Quello che in letteratura non era ancora stato affrontato in modo dettagliato era lo studio sull'imputabilità attraverso l'uso di scenari forensi, al fine di contestualizzare i vari casi. Abbiamo quindi scelto di utilizzare il Direct Rating Method (Lundrigan et al., 2016; Dhimi et al., 2015; Dhimi, 2008; Horowitz et al., 1996), che consiste nel chiedere direttamente ai partecipanti alle ricerche quale valore attribuiscono ad un determinato termine o determinata espressione, per indagare come la popolazione interpreti in termini probabilistici la capacità di intendere e di volere di un imputato; nel nostro caso, tale percentuale veniva espressa dai soggetti dopo la presentazione del caso forense

contenente una descrizione del fatto-reato, dell'anamnesi e dello *status* psicopatologico.

5.3 Gli obiettivi di questa ricerca

L'obiettivo principale è stato quello di analizzare come si sviluppa il processo decisionario nella popolazione generale, per poi inferire, attraverso i risultati ottenuti, se in tribunale venga rispettata quella soglia di oggettività richiesta per garantire equa giustizia, o se al contrario ancora oggi troppi *bias* influenzano la presa di decisione di quei professionisti che si presuppone abbiano conoscenze specifiche sull'argomento.

In particolare, il nostro interesse è stato quello di indagare con quale probabilità i partecipanti considerano il soggetto capace di intendere e di volere e, di conseguenza, imputabile, soffermandoci sulla variabilità interindividuale dell'interpretazione quantitativa dei termini proposti. Per far questo, sono state analizzate le risposte dei partecipanti, evidenziando come esse varino in base alla professione da loro svolta.

Per raggiungere tali obiettivi, sono stati utilizzati gli scenari forensi ideati da Parmigiani et al. (2019) per lo sviluppo dello strumento DIASS, contenenti casi forensi basati su casi reali.

5.4 Discussione dei risultati

In base a quanto emerso dalla letteratura, quello che ci si aspettava dal presente studio era che la percezione delle capacità residue di intendere e di volere dell'imputato potesse variare tra i partecipanti dotati di *expertise*, e quindi con delle specifiche competenze in ambito forense, rispetto a chi non ha esperienza in tale ambito. Infatti, i criteri grazie ai quali i soggetti esperti giungono ad una decisione dovrebbero essere criteri condivisi, mentre si ritiene che chi non ha conoscenze in merito all'argomento prenda decisioni in modo soggettivo e basandosi su criteri strettamente personali; queste differenze a livello di percezione si rifletterebbero sui punteggi attribuiti dai partecipanti ai diversi casi forensi, e da questo si potrebbero inferire eventuali differenze dovute quindi alla professione svolta.

5.4.1. Primo confronto

Uno dei test statistici utilizzati nella presente tesi è il test di *Mann-Whitney*, che permette di portare alla luce la presenza, o meno, di differenze significative tra la quantificazione probabilistica che due campioni indipendenti attribuiscono ai casi forensi presi in esame.

Il primo confronto è stato compiuto fra l'intero campione degli avvocati/magistrati e l'intero campione degli psicologi/psichiatri, a prescindere dal fatto che possedessero esperienza o meno in ambito di imputabilità e/o in ambito forense. I casi che i due gruppi di partecipanti hanno valutato in modo significativamente diverso sono 4 dei 10 presi in esame, ovvero il 40% del totale, un dato piuttosto alto considerando, come già evidenziato, le conseguenze ed implicazioni che decisioni come questa hanno sulla vita delle persone.

Analizzando più nel dettaglio i suddetti scenari forensi, osserviamo che al caso rappresentante l'imputato affetto da Schizofrenia il gruppo di avvocati/magistrati attribuisce un punteggio medio³⁰ di 31.2 (DS=28.7), mentre gli psicologi/psichiatri attribuiscono un punteggio medio di 22.2 (DS=21.1); al caso forense rappresentante l'imputato affetto da Disturbo delirante, tipo misto, continuo, il gruppo di avvocati/magistrati attribuisce un punteggio medio di 59.6 (DS=28.1), mentre gli psicologi/psichiatri attribuiscono un punteggio medio di 49.4 (DS=26.9); al caso forense rappresentante l'imputato affetto da Disturbo di personalità istrionico narcisista il gruppo di avvocati/magistrati attribuisce un punteggio medio di 81.2 (DS=25.7), mentre gli psicologi/psichiatri attribuiscono un punteggio medio di 76.8 (DS=20.9); al caso forense rappresentante l'imputato affetto da Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie il gruppo di avvocati/magistrati attribuisce un punteggio medio di 81.5 (DS=25.7), mentre gli psicologi/psichiatri attribuiscono un punteggio medio di 75.3 (DS=23.6). Osserviamo che le differenze nell'attribuzione del punteggio percentuale al caso del Disturbo delirante, misto, continuo sono presenti solo in questo primo confronto; al contrario, il divario nelle

³⁰ Si ricorda che il punteggio medio si riferisce alle capacità di intendere e di volere dell'imputato, misurate su una scala da 0 (attribuito ad un imputato totalmente incapace di intendere e di volere e, quindi, non imputabile) a 100 (attribuito ad un imputato totalmente capace di intendere e di volere e, quindi, imputabile).

risposte ai casi di Disturbo di personalità istrionico narcisista e di Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie si evidenzia sia in questo confronto che nel secondo confronto svolto, mentre le differenze nelle risposte al caso Schizofrenia sono confermate anche dal terzo confronto.

Il divario nell'interpretazione di uno stesso caso appare, in questi 4 scenari forensi, piuttosto evidente: gli avvocati/magistrati tendono ad attribuire punteggi percentuali più ampi, considerando l'imputato più capace di intendere e di volere rispetto a quanto fatto dagli psicologi/psichiatri. Attraverso il successivo test utilizzato, l'ANCOVA, è stato possibile valutare l'influenza della professione al netto dell'età dei partecipanti che, come abbiamo visto, differisce in modo significativo tra i due gruppi. Come conseguenza di tale confronto, possiamo affermare che le differenze motivate solamente dalla professione permangono nel caso forense Schizofrenia, mentre negli altri casi causa delle differenze nelle risposte potrebbe essere l'età, piuttosto che la professione svolta.

5.4.2 Secondo confronto

Il secondo confronto è stato compiuto fra avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità e psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte, e avvocati/magistrati senza esperienza in ambito di imputabilità e psicologi/psichiatri senza esperienza in ambito forense dall'altra. I casi che sono stati valutati significativamente diversamente dai due gruppi in esame sono 3 su 10, costituendo, quindi, il 30% del totale. Questo dato complessivo permette di avere un primo colpo d'occhio dell'entità del problema, quello della differenza dell'interpretazione di queste espressioni fra categorie professionali differenti con, in questo caso, il discrimine dell'esperienza professionale e pratica compiuta in ambito forense e di imputabilità, per le due principali categorie professionali protagoniste del processo.

Passiamo ora ad analizzare più nel dettaglio i casi forensi, fra quelli che hanno mostrato differenze significative nella loro valutazione, che risultano più interessanti.

Al caso forense rappresentante l'imputato affetto da Disturbo schizoaffettivo il gruppo degli avvocati e degli psicologi senza esperienza attribuisce un punteggio medio di 28.2 (DS=24.3), mentre il gruppo degli avvocati e degli psicologi con esperienza attribuisce un punteggio medio di 21.9 (DS=25.5); al caso forense rappresentante l'imputato affetto da Disturbo di personalità istrionico narcisista il gruppo degli avvocati e degli psicologi senza esperienza attribuisce un punteggio medio di 77.1 (DS=22.1), mentre il gruppo degli avvocati e degli psicologi con esperienza attribuisce un punteggio medio di 80.6 (DS=24.7); al caso forense rappresentante l'imputato affetto da Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie il gruppo degli avvocati e degli psicologi senza esperienza attribuisce un punteggio medio di 73.1 (DS=25.5), il gruppo degli avvocati e degli psicologi con esperienza attribuisce un punteggio medio di 84.0 (DS=22.8).

Osserviamo che solo in questo confronto fra esperti e non esperti del settore, emergono differenze nell'interpretazione del caso del Disturbo schizoaffettivo, mentre gli altri due casi valutati differientemente sono gli stessi valutati in modo diverso da avvocati/magistrati e psicologi/psichiatri.

Attraverso il successivo test utilizzato, l'ANCOVA, è stato possibile valutare l'influenza dell'esperienza al netto dell'età dei partecipanti che, come abbiamo visto, differisce in modo significativo tra i due gruppi. Come conseguenza di tale confronto, possiamo affermare che le differenze permangono solamente nel caso forense rappresentante l'imputato affetto da Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie, mentre negli altri casi causa delle differenze nelle risposte potrebbe essere l'età, piuttosto che l'esperienza in ambito forense o di imputabilità.

5.4.3 Terzo confronto

Il terzo confronto è stato compiuto tra i gruppi di professionisti con maggiore expertise nell'ambito in esame, ovvero avvocato/magistrato con esperienza in ambito di imputabilità da una parte, e psicologo/psichiatra con esperienza in ambito forense dall'altra. Questo confronto è particolarmente importante in quanto permette di dimostrare come, anche fra professionisti con esperienza nel settore,

esistono differenze significative nell'interpretazione di espressioni e concetti che dovrebbero essere comuni a tutti. Si nota infatti che, nonostante tra questi due gruppi emerga il minor numero di differenze (2 casi su 10, cioè il 20% dei casi forensi analizzati), una percentuale non indifferente di scenari viene percepita ed analizzata diversamente dai due diversi gruppi di professionisti. Questo è l'unico confronto in cui il caso disturbo delirante/schizofrenia paranoide viene valutato in modo significativamente diverso dai due gruppi, con $M=51.1$ ($DS=33.4$) da parte degli avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità e $M= 35.8$ ($DS=25.9$) da parte degli psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense.

Anche in questo caso, come nel primo confronto effettuato tra avvocati/magistrati e psicologi/psichiatri, le risposte al caso Schizofrenia sono significativamente diverse, permettendoci di ipotizzare che, nonostante essere siano dovute alla diversa professione, sono certamente accentuate dall'esperienza sviluppata nel campo. In questo caso, infatti, la differenza a livello di medie è maggiore: il gruppo di avvocati/magistrati con esperienza attribuisce un punteggio medio di 29.6 ($DS=39.3$), mentre gli psicologi/psichiatri con esperienza attribuiscono un punteggio medio di 13.4 ($DS=14.7$).

È interessante notare come i punteggi siano più bassi se ad attribuirli sono avvocati/magistrati e psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense e/o di imputabilità (vedi punteggi sopra), rispetto ad avvocati/magistrati 31.2 ($DS=28.7$), e psicologi/psichiatri senza esperienza 22.2 ($DS=21.1$).

Attraverso il successivo test utilizzato, l'ANCOVA, è stato possibile valutare l'influenza della professione al netto dell'età dei partecipanti che, come abbiamo visto, differisce in modo significativo tra i due gruppi. Come conseguenza di tale confronto, possiamo affermare che le differenze permangono in entrambi i casi forensi. Addirittura, attraverso questo test, emergono differenze anche nel caso Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione: il gruppo di avvocati/magistrati con esperienza attribuisce un punteggio medio di 70.4 ($DS=26.4$), mentre gli psicologi/psichiatri con esperienza attribuiscono un punteggio medio di 56.1 ($DS=33.2$).

CAPITOLO 6

Conclusioni

6.1 Obiettivi, risultati e conclusioni

La presente ricerca sperimentale si è prefissata due obiettivi principali:

- Quantificare in percentuale la percezione soggettiva circa la capacità di intendere e di volere di alcuni soggetti, tramite la presentazione di casi forensi basati su casi reali;
- Osservare se, tra le diverse categorie di partecipanti, si individuano differenze statisticamente significative nella quantificazione della capacità di intendere e volere dei diversi imputati.

Preliminarmente è stato creato un questionario *ad hoc* da somministrare ad un vasto numero di partecipanti, con un occhio di riguardo alle categorie professionali maggiormente implicate nel contesto forense. Ci si è concentrati soprattutto su avvocati, magistrati, psicologi e psichiatri, con e senza esperienza nell'ambito forense e dell'imputabilità, in modo tale da poter effettuare dei confronti relativi al modo in cui queste categorie quantificano percentualmente le capacità di intendere e di volere degli imputati. Si è scelto di utilizzare i 10 casi forensi utilizzati da Parmigiani et al. (2019) per la validazione dello strumento DIASS, contenenti casi reali riadattati al fine di garantire l'anonimato del soggetto.

Dopo aver raccolto le risposte di 474 partecipanti, sono state svolte le analisi statistiche; inizialmente è stato appurato, attraverso il test di *Shapiro-Wilk*, che l'andamento della distribuzione dei dati raccolti viola l'ipotesi di normalità; questo è stato fondamentale al fine di poter poi applicare la giusta metodologia di analisi. In seguito, si è proceduto con l'analisi dei dati vera e propria, confrontando le risposte di diversi gruppi professionali utilizzando il *t-test* per campioni indipendenti (*Mann-Whitney*). I confronti effettuati sono stati tre:

- Avvocati/magistrati da una parte, e psicologi/psichiatri dall'altra;
- Avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità e psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte, e

- avvocati/magistrati senza esperienza in ambito di imputabilità e psicologi/psichiatri senza esperienza in ambito forense dall'altra;
- Avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità da una parte, e psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense dall'altra.

I risultati del primo confronto, in breve, evidenziano che, globalmente, il 40% degli imputati (corrispondenti a 4 casi su 10) vengono valutati significativamente diversamente dai due gruppi in esame. Analizzando i dati, emerge come i casi forensi rappresentanti imputati affetti da Schizofrenia (caso DIASS 1), Disturbo delirante, tipo misto, continuo (caso DIASS 3), Disturbo di personalità istrionico narcisista (caso DIASS 6) ed Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie (caso DIASS 9) abbiano ricevuto punteggi percentuali di capacità di intendere e di volere residua significativamente diversi da parte di avvocati e magistrati e psicologi e psichiatri. Osservando poi le medie e mediane delle risposte fornite dai due campioni, appare evidente che il gruppo di avvocati/magistrati attribuisca valori più alti, e che quindi consideri gli imputati maggiormente capaci di intendere e di volere. Andando a pesare l'influenza su tali differenze della professione al netto dell'età media dei campioni (dal momento che le differenze sono piuttosto evidenti e, certamente, la maggiore età veicola anche maggiore esperienza nel campo), è emerso che solo nel caso che rappresenta l'imputato affetto da schizofrenia permangono differenze significative dovute alla professione: questo a significare che anche l'età ha un suo peso, che va tenuto in considerazione nell'interpretazione dei dati.

I risultati del secondo confronto indicano che, globalmente, il 30% degli imputati (corrispondenti a 3 casi su 10) vengono valutati significativamente diversamente dai due gruppi in esame. I casi forensi rappresentanti imputati affetti da Disturbo schizoaffettivo (caso DIASS 5), Disturbo di personalità istrionico narcisista (caso DIASS 6) ed Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie (caso DIASS 9) hanno ricevuto punteggi percentuali di capacità di intendere e di volere residua significativamente diverse da parte dei gruppi avvocato/magistrato con esperienza in ambito di imputabilità e

psicologo/psichiatra con esperienza in ambito forense da una parte, e dei gruppi avvocato/magistrato senza esperienza in ambito di imputabilità e psicologo/psichiatra senza esperienza in ambito forense dall'altra. Andando poi a pesare l'influenza, su tali differenze, dell'esperienza e dell'età media del campione, è emerso che solo nei casi del Disturbo schizoaffettivo e del disturbo di personalità istrionico narcisista permangono differenze significative dovute all'esperienza: le differenze possono quindi essere spiegate, anche in questo caso, da altre variabili interagenti (quali l'età) ma non solamente dall'esperienza.

Per quanto riguarda il terzo ed ultimo confronto, i risultati indicano che, globalmente, il 20% degli imputati (corrispondenti a 2 casi su 10) vengono valutati significativamente diversamente dai due gruppi in esame. I casi forensi rappresentanti imputati affetti da Schizofrenia (caso DIASS 1) e Disturbo delirante/schizofrenia paranoide (caso DIASS 4) hanno ricevuto punteggi percentuali di capacità di intendere e di volere residua significativamente diverse da parte degli avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità da una parte, e da parte degli psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense dall'altra. Andando poi a pesare l'influenza, su tali differenze, della professione e dell'età media del campione attraverso il test dell'ANCOVA, è emerso che in entrambi i casi precedentemente esposti permangono le differenze tra i due gruppi, ed addirittura emergono differenze nelle risposte fornite al caso Disturbo delirante/schizofrenia paranoide.

6.2 Limiti e direzioni future

Questa tesi sperimentale, affrontando un tema poco indagato dalla letteratura, presenta alcuni limiti che verranno esposti nelle prossime righe e che possono costituire importanti spunti di riflessione atti a migliorare le future ricerche. Prima di tutto, il *Direct Rating Method* è un metodo efficace, semplice e veloce da implementare per cogliere le differenze interindividuali fra soggetti, ma esistono altre metodologie, come il *Membership Function Method*³¹, che permettono di

³¹ Il *Membership Function Method* permette, oltre che la quantificazione del termine da valutare da parte di ogni individuo (quindi, la variabilità interindividuale nella valutazione di quello specifico termine) anche di raccogliere informazioni sulla variabilità intra-individuale della valutazione di uno specifico termine (M. K. Dhimi, 2008).

raccogliere, oltre ai dati sulle differenze interindividuali, anche quelli sulle differenze intraindividuali, aumentando considerevolmente gli aspetti e le sfumature da analizzare di un determinato campione. Questo, quindi, può essere considerato certamente un limite di questa ricerca, di cui, però, si era consapevoli fin dall'inizio, in quanto insito nella metodologia che si è scelto di utilizzare.

Un altro limite riguarda le criticità intrinseche del questionario come strumento, ovvero l'affidabilità delle risposte dei partecipanti, che potrebbero essere falsate dallo scarso interesse ed impegno, dalla velocità di risposta o addirittura dalla menzogna. Per quanto riguarda l'interesse e l'impegno, si è ovviato eliminando tutte le risposte di quei partecipanti che non hanno completato il questionario. Per ciò che concerne l'affidabilità e la veridicità delle risposte, invece, soprattutto per quanto riguarda le informazioni fornite circa la professione svolta e l'esperienza nel settore, non si può avere una totale certezza.

L'ultimo limite riscontrato, ma non per importanza, è la lunghezza del questionario creato *ad hoc* per il presente studio; infatti, nonostante i tentativi di ridurlo il più possibile, esso richiedeva ai partecipanti un impegno di circa trenta minuti, e questo è stato, probabilmente, la causa dell'abbandono della piattaforma *Qualtrics* prima del termine del questionario da parte di un numero maggiore di partecipanti (N=651) rispetto a quelli che, invece, lo hanno portato a termine (N=474). A causa della lunghezza, infatti, si sono perse molte risposte, ma questo è un aspetto che potrà essere recuperato in futuro, sottoponendo il questionario ad ulteriori partecipanti.

Grazie al presente studio è stato dimostrato come diverse figure professionali quantifichino percentualmente in modo differente espressioni che, dato il contesto in cui vengono utilizzate, dovrebbero avere un significato univoco ed il meno aleatorio possibile. Sarebbe interessante, attraverso ulteriori studi, indagare quali sono le motivazioni per cui gli avvocati/magistrati attribuiscono punteggi maggiori rispetto agli psicologi/psichiatri. Probabilmente, esistono specifiche caratteristiche intrinseche nelle due professioni che modificano la percezione dell'imputabilità, legate ad esempio al background di studi: gli psicologi/psichiatri potrebbero interpretare il caso basandosi sulla diagnosi nosografia, e quindi interpretandolo in base alle caratteristiche psicopatologiche del soggetto imputato, mentre gli avvocati

potrebbero attribuire la percentuale di imputabilità sulla base di variabili più strettamente connesse alla storia ed all'atto criminale, ma queste sono solo ipotesi che sarebbe interessante approfondire con studi successivi.

Un altro dato che sarebbe interessante approfondire è come la percezione dei partecipanti circa l'imputabilità possa variare a seconda della psicopatologia e delle altre variabili presenti nel caso, come ad esempio la storia criminale e le caratteristiche dell'imputato a livello sociale e lavorativo. Ci sono, infatti, casi di più difficile interpretazione, dal momento che in più confronti emergono delle differenze significative, sia tra professionisti diversi che tra professionisti con diversa esperienza, e questo potrebbe far pensare al fatto che siano le caratteristiche insite nel caso forense a rendere la presa di decisione più difficile e, quindi, meno oggettiva, aumentando le differenze interindividuali.

L'auspicio è che questo tipo di ricerche aumentino e che possano, nel medio e lungo termine, produrre un *corpus* di dati utili ed utilizzabili al fine di migliorare la comunicazione in questo delicato e nobile ambito, quello giuridico forense, in modo tale da evitare, a causa di grossolane e inaccettabili incomprensioni, conseguenze tragicamente negative sulla vita delle persone che ricorrono alla Legge per affrontare diatribe già, di per sé, emotivamente ed economicamente estenuanti. I futuri studi dovranno, sicuramente, replicare questi dati con strumenti statistici più completi e approfonditi e dovranno indagare la quantificazione percentuale di questi ed altri casi forensi con metodologie più complete, come il *Membership Function Method*, in grado di rilevare anche le differenze intraindividuali.

APPENDICE A

Scala di Supporto per la Valutazione dell'Imputabilità (DIASS)

Valutazione dello stato di mente dell'imputato al momento del crimine	Presente	Assente
1. Componente Epistemica		
<i>Conoscenza / Comprensione</i>		
A1. Contesto del crimine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A2. Natura dell'atto criminale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3. Valore anti-giuridico del crimine/standard morale oggettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <i>Valutazione del comportamento criminale</i>		
B1. Standard morale soggettivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 2. Componente di Controllo		
<i>Ragionamento</i>		
C1. Rispetto alla possibilità di non agire/scelte alternative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C2. Rispetto alle conseguenze (pro e contro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C3. Integrazione delle informazioni rilevanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 <i>Controllo dell'attività motoria volontaria</i>		
D1. Capacità di inibire il proprio comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D2. Capacità di programmare, organizzare, finalizzare l'azione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Componente Epistemica	2. Componente di Controllo
<input type="checkbox"/> Intatta <input type="checkbox"/> Parzialmente compromessa <input type="checkbox"/> Compromessa	<input type="checkbox"/> Intatta <input type="checkbox"/> Parzialmente compromessa <input type="checkbox"/> Compromessa

Giudizio finale:

- Imputabile
- Vizio di mente parziale
- Vizio di mente totale

Relativo al caso forense numero: _____

APPENDICE B

Di seguito vengono riportati i casi forensi contenuti nel DIASS. Il numero è stato assegnato dai creatori dello strumento (Parmigiani ed al., 2019), ma nel presente studio i vari casi sono stati presentati in modo randomizzato per evitare che le risposte potessero essere influenzate dall'ordine di presentazione degli stessi.

CASO FORENSE N1 – Schizofrenia

I Fatti in oggetto al presente procedimento penale

L'imputato è un uomo di 40 anni, ristretto in carcere per aver ucciso il padre e per avere contestualmente colpito il fratello, cagionando allo stesso “politrauma contusivo, ferite lacero- contuse multiple, trauma cranico minore”.

Elementi anamnestici

Madre deceduta all'età di 58 anni per neoplasia mammaria. Era casalinga. Padre deceduto all'età di 68 anni per emorragia cerebrale posttraumatica ed insufficienza respiratoria posttraumatica riportate a seguito delle lesioni di cui ai reati in oggetto. Lavorava come idraulico. Secondogenito di due germani: ha un fratello di 47 anni, affetto da disabilità intellettiva grave e che ha sempre vissuto assieme al fratello e al padre. Viene riferito uno scarso rendimento scolastico del periziato, che è stato bocciato in II media, ha conseguito la licenza media inferiore, dopodiché ha lavorato come idraulico e come dog-sitter. Si descrive come molto introverso, non ha mai avuto una relazione sentimentale significativa. Ha espletato il servizio di leva. Non assume alcolici e sostanze stupefacenti, fuma circa 20 sigarette/die. Viene riferito un primo contatto con il centro di salute mentale di competenza territoriale all'età di 25 anni, per ideazione delirante a sfondo persecutorio e dispercezioni uditive a carattere imperativo. In tale occasione era stata impostata una farmacoterapia a base di stabilizzatori del tono dell'umore e antipsicotici, poi sospesa autonomamente dall'imputato perché “stava bene”. All'età di 35 anni viene ricoverato in Clinica Psichiatrica per la presenza di un quadro sovrapponibile al precedente. Dalla dimissione viene preso in carico dal centro di salute mentale con terapia antipsicotica depot. Non vengono descritti, nella storia personale, particolari comportamenti aggressivi o violenti, né etero né

auto-diretti, né precedenti problemi con la giustizia. La mattina in questione l'imputato si reca come sempre presso la famiglia dove lavora come dog-sitter. Nel pomeriggio lo stesso contatta la sua psichiatra affermando di aver ucciso il padre. Gli operatori si recano quindi a casa dell'imputato, che al loro arrivo dichiara che il padre "stava male". Gli operatori, constatata la situazione, chiamano il 118. Nei giorni successivi al reato l'imputato appare poco accessibile al colloquio, mutacico e apparendo scarsamente consapevole di quanto avvenuto.

Status psicopatologico

Alla valutazione psichiatrico forense, appare scarsamente accessibile al colloquio. È poco curato nell'aspetto e nell'igiene personale. La mimica è ipomobile, la motricità rallentata. L'eloquio, non spontaneo, ha bisogno di essere elicitato con domande poste dall'esaminatore. Nonostante sia a conoscenza di essere ristretto in carcere per aver aggredito il padre e il fratello, dichiara di non ricordare nulla in merito. Afferma di essere a conoscenza del decesso del padre con scarsa risonanza affettiva. Nel corso del colloquio appare distraibile a seguito di stimoli interni e esterni, presentando inoltre rallentamento del pensiero ed apparenti blocchi del pensiero anche di diversi minuti di durata. Pur non ricordando nulla dell'aggressione, riferisce che all'uscita dalla casa della famiglia dove lavorava come dog-sitter, mentre si trovava per strada, avrebbe sperimentato una sensazione progressiva che il mondo attorno a sé fosse divenuto "diverso, vuoto, non c'era nulla", inquadrabile come fenomeno di percezione delirante, poi afferma di non ricordare altro di quella giornata. Invitato a descrivere se gli fosse mai capitato di avere la sensazione che il proprio pensiero fosse controllato dall'esterno ha affermato, con una certa latenza, "è possibile" ed ha ammesso di aver sentito una voce che "non vuole che dico che sono controllato". Vengono descritti pregressi fenomeni psicopatologici riconducibili a deliri di inserzione del pensiero e di controllo del pensiero nonché deliri di riferimento e di persecuzione e dispercezioni uditive a carattere imperativo.

CASO FORENSE N2 – Bipolare

I Fatti in oggetto al presente procedimento penale

L'imputato è un uomo di 28 anni, ristretto in carcere in quanto con condotte reiterate molestava e minacciava S. A. (di 23 anni), non accettando la fine della loro relazione. Lo stesso, si sarebbe recato più volte presso la casa della vittima chiedendole di riprendere la loro relazione, telefonandole e mandandole messaggi con insistenza e minacciando di morte la madre di lei, che a suo dire, era contraria alla ripresa della loro relazione. La vittima pertanto, temendo per la propria incolumità, avrebbe mutato le proprie abitudini di vita, cambiando numero di telefono e evitando di uscire di casa al fine di non incontrarlo.

Elementi anamnestici

Madre di 54 anni, insegnante. Il rapporto appare caratterizzato da una certa conflittualità. Il padre, di 58 anni, impiegato, è in apparente buona salute. Figlio unico. I genitori si separano quando l'imputato aveva 6 anni. La nonna materna sarebbe affetta da disturbo bipolare. L'imputato, si descrive come un bambino "molto allegro...vivace". Viene riferito uno scarso rendimento scolastico (bocciato in I media, viene riferita una sospensione per motivi disciplinari). Successivamente avrebbe frequentato, per circa 2 anni un istituto alberghiero, prima di abbandonare gli studi per dedicarsi alla pratica del karate. A riguardo vengono riferiti discreti risultati con successi altalenanti, sia a causa delle sue condizioni di salute psichica che all'uso di stupefacenti. Riferito di avere effettuato saltuariamente attività lavorativa come "buttafuori", ma non avrebbe mai avuto un contratto di lavoro. Riferita assunzione di cannabinoidi dall'età di circa 15 anni, e cocaina per sniffing all'età di circa 17 anni. Ha riferito di avere abusato sporadicamente di superalcolici, negando una problematica persistente a riguardo. L'esordio delle problematiche psichiatriche risale all'età di 20 anni, apparentemente a seguito dell'assunzione di cocaina, cui sarebbe conseguito lo sviluppo di ideazione delirante persecutoria con allucinazioni uditive e visive. Da allora sarebbe quindi stato seguito dal SerD di competenza con alternanza di periodi di compenso clinico e assunzione della terapia e ricadute spesso associate all'uso di sostanze. A 27 anni viene ricoverato presso l'SPDC, in regime di TSO, per uno scompenso psicotico. L'esame

tossicologico in entrata sarebbe stato negativo per cocaina. Quale fattore stressante associato alla fase di scompenso veniva rilevata la fine della relazione sentimentale verosimilmente con la succitata S. A. L'imputato presentava un delirio incentrato sulla convinzione che la ragazza fosse ancora innamorata di lui e che l'avesse lasciato su insistenza della madre che non approvava la loro relazione; la presenza di tale ideazione all'epoca è stata confermata anche dall'imputato, con modalità minimizzanti. Alla dimissione dall'SPDC seguiva trasferimento presso la CdC, da dove viene dimesso dopo circa 20 giorni con diagnosi di Disturbo Bipolare I. Veniva tentata la prosecuzione delle cure presso Comunità Terapeutica che abbandonava dopo circa 10 giorni. Successivi tentativi di reinserimento in regime comunitario si rilevavano infruttuosi per il diniego dell'imputato. Vi sarebbe stata inoltre discontinuità nella frequentazione anche del SerD. Due mesi fa veniva nuovamente ricoverato presso l'SPDC, in regime di TSO, trovato affetto da "Stato delirante", riferiva di aver assunto cocaina qualche giorno prima, al colloquio emergevano contenuti del pensiero deliranti a sfondo megalomane.

Status psicopatologico

L'imputato appare sufficientemente curato nell'aspetto e nell'igiene personale, di corporatura atletica. Emerge un atteggiamento minimizzante sia verso la sintomatologia psichiatrica manifestata che verso le condotte abusatorie di sostanze stupefacenti. Un analogo atteggiamento è mostrato rispetto alle proprie vicende giudiziarie. È vigile e orientato nel tempo, nello spazio e rispetto al contesto. Ha ammesso di essersi recato più volte sotto casa della ex fidanzata, S. A., poiché convinto che ella fosse ancora innamorata di lui e che l'avesse lasciato su insistenza della madre che non approvava la loro relazione, nonostante abbia ammesso attualmente di non potere citare reali elementi a sostegno di tale ipotesi. Non sono emersi nel corso del colloquio deficit attentivi né mnesici. Assenti alterazioni logico formali del pensiero. Si rileva tuttavia una certa povertà ideativa, associata a sospettosità di fondo e ad una tendenza all'interpretatività. È presente una moderata quota di ansia, con preoccupazione per l'esito processuale. L'umore non è francamente orientato, tuttavia è apprezzabile una marcata labilità di fondo, con note di tipo disforico, tendenzialmente minimizzate. Emerge inoltre fatuità e dei tratti di infantilismo. Il controllo degli impulsi appare problematico. In atto non si

è apprezzata ideazione autolesiva o eterolesiva. Non si apprezzano la presenza di segni che suggerissero la presenza di dispercezioni, né il soggetto ne ha riferito la presenza. La consapevolezza di malattia è marginale, così come la capacità di comprendere ed aderire adeguatamente ad un progetto di cura.

CASO FORENSE N3 – Disturbo delirante, tipo misto, continuo

Il fatto reato

L'imputato è un uomo di 45 anni ristretto in carcere per aver tentato di avvelenare la moglie e per ripetuti maltrattamenti nei confronti della moglie per mezzo di percosse e insulti perpetuatisi negli ultimi 4 anni.

Elementi anamnestici

Padre deceduto all'età di 65 anni per infarto del miocardio.

Madre vivente, di 71 anni affetta da diabete di tipo II.

Secondogenito di 4 germani: un fratello di 48 anni, riferito abuso alcolico, una sorella di 43 anni disabile dalla nascita e una sorella di 40 anni affetta da patologia psichiatrica non meglio specificata. Scolarità: licenza media superiore. Ha poi svolto diversi lavori, tra cui muratore e autotrasportatore. Da diversi anni espletterebbe solo lavori saltuari. A 28 anni si è sposato con una donna di 5 anni più giovane. Nel 2017 veniva accompagnato dalla moglie presso il CSM di competenza territoriale per motivi che non sa meglio riferire e inizia terapia a base di antipsicotici sia per os che intramuscolo, interrotta autonomamente dopo circa 1 anno.

Riferisce che dal 2017 si sarebbe accorto che la moglie lo tradiva con molti uomini tramite filmati pornografici rinvenuti su internet, avendola riconosciuta dal fisico e da come parlava e sarebbe anche convinto che la moglie si prostituisca in strada. Confrontata la moglie sull'argomento, questa avrebbe reagito con rabbia, ritenendo il marito "pazzo" ed accompagnandolo presso il centro di salute mentale. Rispetto alle condotte aggressive verso la moglie, che l'imputato ammette, dichiara che la moglie voleva ucciderlo.

Status psicopatologico

Alla valutazione psichiatrico forense appare sufficientemente curato nell'aspetto e nell'igiene personale. È vigile e orientato nel tempo, nello spazio ed in relazione al contesto. Sostiene lo sguardo dell'interlocutore per tutto il colloquio, ad esclusione dei momenti nei quali il periziato parla della moglie. Si apprezza un discreto livello di tensione nel corpo. L'eloquio è fluido, il tono della voce modulabile.

Emerge ideazione delirante con contenuti di gelosia e di tipo persecutorio nei confronti della moglie. È convinto che la moglie lo abbia tradito con molti uomini e di averne trovato riscontro su filmati pornografici che egli avrebbe rinvenuto su internet, tuttavia non è in grado di portare particolari che possano razionalmente ricondurre alla moglie i filmati. Emergono anche spunti di tipo persecutorio, sempre nei confronti della moglie, con la convinzione che ella abbia voluto ucciderlo in passato, anche attraverso la somministrazione di medicinali, in particolare psicofarmaci e cibo. Riferisce inoltre la pregressa convinzione, delirante, che la moglie gli avesse indotto una disfunzione erettile sempre attraverso la somministrazione di medicinali. Si apprezza un lieve allentamento dei nessi associativi. Non emergono, né l'imputato riferisce, alterazioni nelle sensopercezioni.

L'umore appare disforico, si evidenzia una moderata quota di ansia. Il funzionamento cognitivo appare esente da alterazioni rilevabili al colloquio.

I Fatti reato

L'imputato è un uomo di 32 anni accusato di aver avvelenato, per mezzo di arsenico, il padre e il fratello. Dalle indagini svolte, emergeva che il soggetto era riuscito a procurarsi l'arsenico, facendo ripetuti acquisti on line. Le indagini informatiche hanno evidenziato come il soggetto abbia a tal fine utilizzato un indirizzo email ed un nominativo fittizi, creati ad-hoc per l'acquisto del composto chimico. È stato inoltre evidenziato dall'analisi dei computer utilizzati, come parte delle tracce relative (Cronologia e cache) erano state cancellate. L'imputato aveva inoltre ritirato il materiale personalmente a Firenze, pagando sempre in contanti.

Elementi anamnestici

Il padre, avvelenato dall'imputato, aveva 60 anni e lavorava come idraulico. Madre di 60 anni, insegnante, avrebbe sofferto di depressione qualche anno fa. Primogenito di due germani: il fratello è stato avvelenato dall'imputato all'età di 22 anni. Non viene riferita familiarità per patologie psichiatriche o neurologiche, ad eccezione della madre. Ha completato la scuola superiore (Ist. Tecnico Commerciale), dopo essere stato respinto al primo anno di corso. Ha regolarmente svolto gli obblighi di leva, al termine dei quali ha svolto diversi lavori tra cui il cameriere, commesso in un negozio sino al 2015, da allora è in cerca di occupazione. Riferito pregresso abuso alcolico (7/8 birre al di), apparentemente in corrispondenza di una fase connotata da problematiche lavorative, interrotto circa 2 anni fa. Non ha mai avuto una relazione sentimentale né dichiara di avere avuto rapporti sessuali. Viene riferito un primo contatto con uno psicologo all'età di 12 anni, apparentemente per problemi relazionali. Riferisce di avere presentato in età adolescenziale dei periodi di abbassamento del tono dell'umore, a suo dire legati alla difficoltà scolastica, che peraltro non sa meglio precisare. Nega altri disturbi psichiatrici, pur ammettendo attuale deflessione timica ed insonnia. La madre dell'imputato riferiva che da circa due anni lo stesso era divenuto introverso ed aveva limitato i rapporti con loro. L'imputato trascorrevano le giornate chiuso in camera, aveva cessato di guidare perché, per quanto riferiva, non sopportava di avere automobili vicino a sé, e non usava più i mezzi pubblici. Sempre la madre

riferiva che nell'ultimo periodo il figlio aveva interrotto tutte le relazioni amicali ed era stato per un periodo seguito da uno psicologo, per tali aspetti, con scarso esito. Da circa 2 anni avrebbe imposto a sé stesso uno stile di vita connotato da limitata alimentazione, togliendo dalla stanza ogni soprammobile ed eliminando dolci ed alcolici.

Status psicopatologico

Alla valutazione psichiatrico forense appare scarsamente curato nell'aspetto e nell'igiene personale; è vigile e orientato nel tempo, nello spazio ed in relazione al contesto. Nonostante un approccio cortese e formalmente collaborativo, emerge una evidente difficoltà nel mostrare empatia sia rispetto agli interlocutori che alle vittime delle sue condotte.

La mimica del volto è notevolmente ridotta, cupa, improntata ad un atteggiamento severo e oppresso. Sostiene lo sguardo dell'esaminatore per brevi istanti, e presenta una comunicazione non verbale poco rappresentata, improntata ad una condizione di apatia. L'eloquio è di base fluente, anche se in alcuni momenti si apprezza una discreta latenza espressiva e l'utilizzo di un frasario articolato in modo desueto, con un lessico talora caratterizzato da espressioni bibliche. Emerge un'ideazione delirante a sfondo mistico-religioso. Circa tre anni fa sarebbero iniziate le "discordanze" con i genitori e il fratello perché questi adottavano comportamenti che non approvava, come i programmi che guardavano in televisione e come si abbigliavano in casa. Considerava tali comportamenti profondamente sbagliati e pensava che l'unico modo per farli cessare era uccidere i suoi familiari. Avrebbe pertanto avvelenato con arsenico l'acqua destinata ai familiari. Aggiunge di essersi ora pentito. Nega la presenza di allucinazioni uditive, sebbene ne abbia descritto la presenza nel periodo precedente il delitto ("la voce di Dio che mi chiama a sé"). Il contenuto allucinatorio appare essere stato sintonico con la condizione di disturbo del pensiero. Il tono dell'umore è risultato in asse, seppur con sfumate note di demoralizzazione. L'affettività è coartata. La capacità di effettuare pensiero simbolico ed astratto appare essere decisamente ridotta. La consapevolezza di malattia appare limitata.

TAC encefalo con esito negativo.

CASO FORENSE N5 – Disturbo schizoaffettivo

I Fatti reato

L'imputata è una donna di 39 anni, accusata dell'omicidio del figlio di 3 mesi durante il suo ricovero in una Comunità Terapeutica per Doppia Diagnosi.

Elementi anamnestici

Madre di 59 anni, casalinga. La madre si è separata dal padre dell'imputata quando la stessa aveva 5 anni. Viene riferita psicosi post-partum e diverse ricadute depressive nel corso degli anni. Il padre ha 61 anni ed è ingegnere. Non si sarebbe mai occupato della madre e della figlia. Vengono riferiti problemi con l'alcool per il quale sarebbe stato in cura. Familiarità psichiatrica: oltre alla madre, la nonna materna era affetta da schizofrenia. A causa dei frequenti ricoveri della madre l'imputata veniva spesso affidata ai nonni materni. Riferisce di essere stata una bambina molto timida e di aver sempre avuto difficoltà a rapportarsi con i coetanei. Viene riferito un primo ricovero psichiatrico all'età di 20 anni per un tentato suicidio (ingestione incongrua di farmaci); in quell'occasione viene diagnosticato un "disturbo borderline di personalità". Seguono poi altri 3 ricoveri in regime psichiatrico dai quale viene dimessa con diagnosi di "disturbo schizoaffettivo con abuso di sostanze e alcool" e effettua terapie farmacologiche a base di antipsicotici, stabilizzatori del tono dell'umore e benzodiazepine. Scolarità: licenza media superiore. Ha lavorato per un certo periodo come commessa in un negozio. Ha avuto diverse relazioni sentimentali conflittuali. A 36 anni conosce l'attuale compagno, dal quale ha avuto un figlio. Riferito pregresso abuso alcolico e di sostanze, interrotti per la gravidanza e ripresi nel mese precedente il fatto reato (verificatosi circa 24 giorni dopo la sua entrata in una Comunità Terapeutica per Doppia Diagnosi. Durante tale periodo, dai dati di laboratorio risulta che l'imputata non ne abbia fatto più uso).

Status psicopatologico

Alla valutazione psichiatrico forense appare scarsamente curata nell'aspetto e nell'igiene personale. È orientata nel tempo, nello spazio ed in relazione al contesto. Accede al colloquio in maniera disponibile e collaborativa, nonostante mostri un

certo disagio. La mimica è improntata alla tristezza, la motricità appare rallentata, ma non lo psichismo; l'eloquio, a tratti, è accelerato. In merito al fatto reato, riferisce che appena entrata nella Comunità Terapeutica per Doppia Diagnosi, avrebbe subito iniziato a temere per l'incolumità di suo figlio (ascoltando di sfuggita pezzi di discorsi di altre pazienti della comunità aveva capito che in quel luogo si effettuavano messe sataniche con sacrifici umani, soprattutto bambini). Sentiva che non si poteva fidare di nessuno, che tutti facevano parte di un complotto per portarle via il figlio per fargli del male. Iniziava a interpretare in senso autoriferito alcuni segnali esterni (ad es. una donna con una maglietta rossa, rumori provenienti da fuori), sviluppando la convinzione che si trattasse del segnale di un rapimento imminente del figlio, che sarebbe poi stato torturato, ucciso e offerto in sacrificio. Pertanto una mattina prendeva il bambino, si allontanava con lui e lo gettava a testa in giù dalla finestra; era convinta che "mandandolo in paradiso lo avrebbe salvato". Alla valutazione psichiatrica seguita subito dopo il fatto reato, stante la gravità del quadro psicopatologico riscontrato e in presenza di un potenziale rischio di autolesionismo, la paziente veniva trasferita in SPDC in regime di TSO. L'imputata mostra un'iniziale critica del gesto che non viene comunque esplicitamente criticato riguardo alla sua finalità di "salvare il bambino". Appare comunque distaccata rispetto all'azione compiuta. Assenti dispercezioni in atto.

L'affettività risulta coartata, l'emotività labile. L'umore è deflesso, non si apprezzano livelli di ansia significativi.

CASO FORENSE N6 – Disturbo di personalità istrionico narcisista

I Fatti reato

L'imputata è una donna di 45 anni, accusata di tentato omicidio dell'amica C. D., per aver colpito la vittima con violenza al capo in zona fronto-temporale due volte con una chiave inglese. La vittima avrebbe inizialmente reagito urlando e parando parzialmente con le mani il primo colpo, attenuandone così l'impatto, e poi, dopo il secondo colpo, sarebbe caduta a terra fingendosi esanime. Le lesioni riportate consistevano in "trauma cranico commotivo, perdita di urine, ferita lacero contusa fronto-temporale destra". L'imputata aveva precedentemente minacciato di morte la vittima e i suoi figli in quanto, secondo lei, emanava un'energia negativa che la danneggiava e la disturbava.

Elementi anamnestici

Madre di 75 anni, in pensione, lavorava come impiegata.

Padre di 80 anni, in pensione, lavorava come impiegato.

Primogenita di due germani: la sorella di 42 anni è in apparente buona salute. Nega familiarità psichiatrica e neurologica. Ha conseguito una laurea in Lettere anche se ha sempre lavorato nell'ambito della moda e dell'organizzazione di eventi. Riferisce una serie di relazioni sentimentali conflittuali. Si è sposata a 30 anni con un uomo da cui ha avuto un figlio di 13 anni che vive con i nonni materni, dal quale si è separata quando il figlio aveva 6 anni. Riferisce che sebbene il figlio non viva con lei, in quanto per motivi lavorativi si è trasferita in una città diversa da quella dei genitori, l'imputata lo vede con cadenza regolare.

Status psicopatologico

Alla valutazione psichiatrico forense appare curata nell'aspetto e nell'igiene personale. È orientata nel tempo, nello spazio ed in relazione al contesto. Accede al colloquio in maniera sufficientemente adeguata e formalmente disponibile. L'atteggiamento è tendenzialmente manipolativo e seduttivo, a volte tendente alla drammatizzazione. La mimica è mobile, improntata alla tristezza e al pianto, ma modulabile rispetto alle tematiche affrontate. Lo sguardo sostiene quello degli esaminatori, l'eloquio è fluido e spontaneo. Sono assenti franchi disturbi della

forma o del contenuto del pensiero, sebbene emerga una interpretatività di fondo. I contenuti del pensiero sono incentrati su preoccupazioni circa il suo futuro, su vissuti di grandezza (afferma di essere un'artista e vanta conoscenze di rilievo e amicizie importanti), e su tematiche relative ai motivi per cui attualmente è in carcere. Sono assenti segni diretti e/o indiretti di dispercezioni in atto, sebbene l'imputata riferisca la presenza di dispercezioni uditive, descritte in modo indeterminato e riportate senza alcuna partecipazione affettiva. L'umore è lievemente deflesso, l'affettività tendenzialmente labile. Si apprezza una lieve quota di ansia libera e preoccupazioni rispetto al proprio futuro. Le funzioni cognitive appaiono ben conservate, coerenti in rapporto all'età ed alla scolarità. In merito al fatto reato, l'imputata riferisce di conoscere la vittima da circa 10 anni, di esserle stata vicina quando quest'ultima ha perso il marito. L'imputata riferisce la rottura di questa amicizia in seguito ad un interesse sentimentale della vittima nei confronti di un uomo con il quale l'imputata aveva avuto una precedente relazione (conclusasi per volere dell'imputata). Riferisce inoltre che quella sera si era recata presso lo studio privato della vittima all'orario di chiusura con l'intenzione di un chiarimento, ma che la vittima le aveva presa per i capelli iniziando una colluttazione durante la quale sarebbe uscita dalla borsa dell'imputata una chiave inglese (che afferma di portare sempre con sé per difesa personale) che avrebbe incidentalmente colpito la vittima. Afferma inoltre di essersi allontanata dallo studio della vittima, lasciandola in buone condizioni, che non l'avrebbe aggredita fisicamente e verbalmente ma che le avrebbe solo detto di lasciar stare l'uomo in questione.

CASO FORENSE N7 – Disturbo di personalità senza specificazione Disturbo bipolare senza specificazione

I Fatti reato

L'imputata è una donna di 44 anni, accusata di violenza privata, lesioni personali, danneggiamento e Resistenza a Pubblico Ufficiale. La vittima riferisce che la mattina in questione, alle ore 11:00, si sarebbe recata con la sua auto a fare spesa al supermercato. Arrivata davanti allo stesso si accingeva a parcheggiare nell'unico posto rimasto disponibile. A questo punto scendeva dalla propria vettura l'imputata, che aveva la macchina accostata lì vicino, che iniziava a inveire contro con fare minaccioso rivendicando lo stesso parcheggio. La vittima, temendo per la propria incolumità, rimaneva a bordo della sua vettura. L'imputata, uscita dalla propria auto, si aggrappava a quella della vittima, nel tentativo di estrarla con la forza. In quel momento una pattuglia della polizia allertata da alcuni passanti che avevano assistito alla scena, interveniva e nel tentativo di calmare l'imputata veniva aggredita da quest'ultima. Una volta riusciti ad immobilizzare l'imputata, veniva allertata un'ambulanza per la vittima alla quale in ospedale venivano diagnosticate lesioni con prognosi di 10 giorni. L'imputata, visitata dal personale del 118, veniva ricoverata in regime di TSO per "agitazione psicomotoria".

Elementi anamnestici

Madre di 73 anni, casalinga, affetta da diabete.

Padre deceduto all'età di 65 anni, per tumore polmonare.

Terzogenita. Ha una sorella di 50 anni e un fratello di 47 anni, entrambi in buona salute, con i quali non ha rapporti, in seguito a dissidi per l'eredità del padre. Nega familiarità psichiatrica e neurologica. Scolarità: licenza media superiore, ha poi svolto un istituto professionale. Attualmente lavora come consulente del lavoro. Riferisce poche relazioni sentimentali, per lo più conflittuali. Riferita diagnosi di K mammario circa 4 anni fa, in seguito alla quale compaiono problematiche psicopatologiche caratterizzate da attacchi di panico, deficit attentivi, problemi di concentrazione, vissuti depressivi con calo di energia. Vengono riferiti due ricoveri in SPDC: il primo 4 anni fa con diagnosi di "Eccitamento iatrogeno (verosimilmente corticosteroidi) in paziente in terapia

oncologica” e il secondo 6 mesi dopo il primo con diagnosi di “disturbo dell’umore – eccitamento”. Da allora sarebbe in cura presso il CSM di competenza territoriale con terapia a base di stabilizzatori; da circa 1 anno non assumerebbe alcuna terapia.

Status psicopatologico

Alla valutazione psichiatrico forense appare curata nell’aspetto e nell’igiene personale. È orientata nel tempo, nello spazio ed in relazione al contesto. Accede al colloquio in maniera formalmente disponibile, si apprezza una tendenza a fornire di sé l’immagine di persona funzionante, esente da disturbi psichici. Emerge una certa sospettosità di fondo e uno stato di ipervigilanza. Non si apprezzano alterazioni di memoria o deficit attentivi. Non emergono franchi deliri, nonostante sia presente una certa tendenza a interpretare diversi avvenimenti in senso tendenzialmente persecutorio e autoriferito. È presente accelerazione ideica, con allentamento dei nessi associativi, limitatamente alle fasi dello scempenso psicopatologico più recente. Nega dispercezioni in atto e pregresse. L’umore è orientato in senso depressivo, con aspetti di tipo misto, in particolare rabbia e risentimento, in un contesto di instabilità umorale di base piuttosto marcata. È presente una moderata quota di ansia libera e somatizzata. Il funzionamento cognitivo è risultato nella norma e di buon livello. La consapevolezza di malattia e di necessità di cure psichiatriche è del tutto marginale.

In merito al fatto reato, riferiva di essere stata derubata dalla vittima del parcheggio che si stava apprestando a effettuare. Scesa dall’auto per dei chiarimenti, dichiara di ricordare che urlava molto forte. Poi sarebbero arrivati i carabinieri che, forse vedendola aggressiva (ma lei era “solamente impaurita”), le avrebbero messo le manette e l’avrebbero condotta in caserma. In caserma ricorda che avrebbero chiamato il 118, che le hanno fatto un’iniezione e di essersi risvegliata poi in ospedale.

CASO FORENSE N8 - scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo

I Fatti reato

L'imputato è un uomo di 32 anni ristretto in carcere per aver colpito e ucciso con 8 fendenti al torace lo zio. Il padre dell'imputato riferiva che alcuni giorni prima del fatto reato l'imputato avrebbe espresso preoccupazioni per possibili minacce di morte nei confronti della sua famiglia.

Elementi anamnestici

Padre di 60 anni, iperteso in trattamento.

Madre di 55 anni, in apparente buona salute.

Secondogenito di tre germani. Un fratello di 34 anni sarebbe affetto da Schizofrenia, mentre la sorella di 26 anni sarebbe in apparente buona salute. Scolarità: licenza media superiore. È stato bocciato in primo liceo Scientifico. Attualmente è iscritto alla Facoltà di Chimica. Viene riferito un sufficiente rendimento scolastico. Riferisce di aver avuto due relazioni affettive in passato, delle quali però non fornisce ulteriori spiegazioni.

Dall'adolescenza viene riferito uso di cannabinoidi, inizialmente saltuario, negli ultimi anni quotidiano.

Status psicopatologico

Alla valutazione psichiatrico forense appare scarsamente curato nell'aspetto e nell'igiene personale e orientato nel tempo, nello spazio e verso le persone. Lo sguardo sostiene quello dell'esaminatore, nonostante la mimica appaia a volte poco congrua rispetto alle tematiche affrontate. L'atteggiamento è ipervigile. È presente un'ideazione delirante a sfondo persecutorio nei confronti della vittima, che avrebbe fatto del male alla sua famiglia. È convinto che il fratello abbia aggredito precedentemente la vittima e che questi per vendicarsi lo abbia fatto impazzire, sino a renderlo affetto da schizofrenia. Riferisce di aver parlato con il padre dei suoi problemi con la vittima diverse volte prima del fatto reato, ma che questi voleva che lui prendesse le medicine e si recasse a visita dallo psichiatra che seguiva il fratello, ma che lui era contrario. Sarebbe anche andato a parlare con la vittima

giorni prima del delitto, per convincerlo a lasciar stare la sua famiglia, ma senza risultato. Riferisce pertanto che la sera in questione si sarebbe recato a casa della vittima con il pretesto di parlare e che l'avrebbe ucciso. Dopo il fatto sarebbe tornato a casa, confessando il delitto ai genitori e avrebbe poi chiamato la polizia per farsi arrestare. Non vengono riferite dispercezioni in atto o pregresse. L'affettività è appiattita, l'umore è orientato in senso depressivo. La consapevolezza di malattia è scarsa.

CASO FORENSE N9 - Epilessia - crisi jacksoniane motorie-facciali brachiali crurali destre con generalizzazioni secondarie

I Fatti reato

L'imputato è un uomo di 41 anni ristretto in carcere per l'uccisione per mezzo di 18 coltellate del signor A. M., durante l'esecuzione insieme al cognato di una rapina in una gioielleria.

Elementi anamnestici

Padre deceduto all'età di 60 anni per tumore polmonare.

Madre di 65 anni, in apparente buona salute.

Terzogenito di tre germani. Un fratello di 45 anni e un fratello di 43 anni, entrambi in apparente buona salute. Scolarità: licenza media superiore. Riferisce un buon funzionamento fino all'età di 21 anni, anno in cui viene riferito un incedente stradale, durante il quale avrebbe perso coscienza e riportato un trauma cranico. Da allora sarebbero comparse vertigini, scosse cloniche al braccio destro a volte con perdita di coscienza e problemi mnesici. La diagnosi posta per tal sintomatologia è stata: "Epilessia— crisi jacksoniane motorie-facciali brachiali crurali destre con generalizzazioni secondarie". Ha avuto un riconoscimento di handicap per questa condizione neurologica, ed è stato lungamente senza lavorare, per poi svolgere attività di muratore. Riferisce diverse relazioni sentimentali di cui una durata circa 8 anni con una coetanea con la quale conviveva, interrottasi 3 anni fa per volere di lei.

Status psicopatologico

Alla valutazione psichiatrico forense appare curato nella persona. È vigile, orientato nel tempo, nello spazio e verso le persone. Non si evidenziano anomalie della concentrazione e della memoria, nonostante il soggetto lamenti che quest'ultima non sia sempre efficace, avendo avuto episodi in cui si è trovato in luoghi a lui sconosciuti senza sapere come ci fosse arrivato. La mimica è mobile e congrua alle tematiche affrontate, l'eloquio è fluido.

Sono assenti disturbi logico formali del pensiero e della percezione. Si evidenzia una lieve deflessione del tono dell'umore. Nel complesso, emergono

tratti di una personalità caratterizzata da elementi di superficialità, passività e dipendenza. Emerge lieve ansia libera. In merito al reato, l'imputato nega con ostinazione il suo coinvolgimento nell'omicidio, affermando di essersi recato sul luogo in macchina con il cognato e di essere rimasto in auto ad aspettare. Riferisce che aveva cognizione di quanto si andava a fare in termini di rapina, ma di essere molto spaventato e di essere stato praticamente costretto dal cognato, persona con problemi di abuso di alcool e violenta, perché avevano difficoltà economiche. Successivamente il cognato si sarebbe precipitato in macchina dicendogli che dovevano scappare perché c'era stato un "problema".

Esami strumentali

EEG: nella norma

RMN con mezzo di contrasto: assenza di elementi patologici anche dopo somministrazione di mezzo di contrasto

CASO FORENSE N10 - funzionamento intellettivo limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici

I Fatti reato

L'imputato è un uomo di 49 anni ristretto in carcere per aver aggredito e tentato di uccidere una prostituta per mezzo di un coltello, con 3 fendenti all'addome.

Elementi anamnestici

Padre di 75 anni, riferita ipertensione in trattamento farmacologico e diabete di tipo II. Madre di 71 anni, affetta da diabete di tipo II. Primogenito di due germani: la sorella, di 8 anni più giovane, è in apparente buona salute. Scolarità: licenza media inferiore. Ha poi svolto diverse attività lavorative (muratore, autotrasportatore), non riuscendo mai a mantenere un lavoro stabile. Dal 2010 gli è riconosciuta inabilità lavorativa per "Disturbo di personalità di tipo antisociale con comportamenti etero aggressivi". Non ha mai avuto relazioni sentimentali significative, né effettive relazioni amicali. La maggior parte delle relazioni con l'altro sesso sono descritte con prostitute, non esclusivamente con finalità sessuali, e quelle sessuali anche con più partner simultaneamente.

Riferisce pregresso abuso alcolico, sebbene dichiara di essere astinente nell'ultimo periodo.

Ha subito diverse condanne per delitti contro la persona, il patrimonio e violazione della legge sulle armi. Riferisce nel 2010 di essere stato internato in OPG per un delitto analogo a quello attuale, per il quale era stato giudicato non imputabile per "per sindrome psicotica a carattere schizofrenico sviluppatasi nell'ambito di un livello intellettivo limite e di una personalità di base disturbata, e di pericolosità sociale dal punto di vista psichiatrico". Dichiara di non essere mai stato seguito dal punto di vista psichiatrico, fatta eccezione dell'OPG.

Status psicopatologico

Alla valutazione psichiatrico forense appare sufficientemente curato nella persona. Lo stato di coscienza è vigile; è orientato nel tempo, nello spazio e nei confronti dell'esaminatore, di cui ha ben compreso il ruolo.

Emerge un atteggiamento distaccato, evasivo su molti argomenti, a tratti chiaramente reticente e oppositivo verosimilmente ascrivibile, almeno in parte, ad una sospettosità di fondo dell'imputato. Nello specifico, quando gli viene chiesto di esprimersi su argomenti inerenti al fatto reato, rispetto al quale afferma di ritenersi innocente in quanto provocato, lo stesso adduce problemi di memoria che ostacolano una precisa ricostruzione dei fatti.

Mimica rigida e inespressiva, eloquio fluido, non spontaneo, necessita costantemente di essere elicitato con domande.

Il pensiero appare piuttosto povero e concreto, la partecipazione affettiva scarsa. Non emergono franche alterazioni logico formali del pensiero, né delle senso-percezioni in atto. Emerge tuttavia una sospettosità di fondo, diffusa con una certa tendenza all'interpretazione in senso di autoriferimento. Le capacità di giudizio, critica e previsione appaiono sufficientemente conservate. Emerge una scarsa propensione ad adeguarsi alle consuete regole sociali ed una tendenza a mostrarsi compiaciuto della sofferenza altrui. Invitato a descrivere i propri vissuti nelle diverse circostanze in cui in passato si è trovato ad esercitare agiti violenti su donne, ha affermato di provarne piacere e rabbia allo stesso tempo. Assente ansia libera e somatizzata.

In riferimento ad al fatto-reato in oggetto ha ricostruito l'episodio con lucidità affermando di essere stato adescato in un bar dalla vittima, che lo aveva invitato a fare sesso con lei. Inizialmente contrario, su insistenza della ragazza l'avrebbe seguita in un luogo appartato. In tale luogo avrebbe poi cambiato idea e avrebbe spintonato la ragazza nel tentativo di respingerla; quest'ultima a sua volta lo avrebbe quindi morso sulla mano, scatenando in lui una forte reazione di rabbia ("non ci ho visto più") che avrebbe poi condotto al reato in questione.

APPENDICE C

Di seguito si riportano media, mediana e deviazione standard delle risposte fornite ai 10 casi forensi da tutti i gruppi presi in esame.

Tabella 1.

Medie, mediane e deviazioni standard dei valori delle risposte del campione totale

	Mean	Median	Std. Deviation
Schizofrenia	28.3	23.5	24.6
Disturbo bipolare	63.0	65.0	25.8
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	53.9	50.5	26.8
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	52.3	51.0	29.1
Disturbo schizoaffettivo	27.0	20.0	24.5
Disturbo di personalità istrionico narcisista	79.6	88.5	22.0
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	66.4	70.0	23.7
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo	46.4	45.0	27.9
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	78.1	83.0	23.1
Funzionamento intellettivo limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	64.5	70.0	27.6

Note: N=474

Tabella 2.

Media, mediana e deviazione standard dei valori delle risposte di avvocati e magistrati a tutte le espressioni in esame

	Mean	Median	Std. Deviation
Schizofrenia	31.2	25.0	28.7
Disturbo bipolare	67.5	71.0	28.2
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	59.6	56.0	28.1
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	52.9	51.0	33.5
Disturbo schizoaffettivo	23.6	19.0	25.7
Disturbo di personalità istrionico narcisista	81.2	91.0	25.7
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	71.0	75.0	26.2
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo	48.4	50.0	31.7
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	81.5	94.0	25.7
Funzionamento intellettuale limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	65.2	72.0	32.3

Note: N=115

Tabella 3.

Media, mediana e deviazione standard dei valori delle risposte di psicologi e psichiatri a tutte le espressioni in esame

	Mean	Median	Std. Deviation
Schizofrenia	22.2	18.0	21.1
Disturbo bipolare	62.0	70.0	26.8
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	49.4	50.0	26.9
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	49.2	46.0	28.9
Disturbo schizoaffettivo	26.6	20.0	24.4
Disturbo di personalità istrionico narcisista	76.8	81.0	20.9
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	65.7	66.5	24.4
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo	44.2	41.0	28.5
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	75.4	80.0	23.6
Funzionamento intellettuale limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	68.8	72.5	26.4

Note: N=120

Tabella 4.

Media, mediana e deviazione standard dei valori delle risposte di avvocati/magistrati e psicologi/psichiatri a tutte le espressioni in esame

	Mean	Median	Std. Deviation
Schizofrenia	28.3	27.5	25.6
Disturbo bipolare	63.3	71.5	24.5
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	56.6	63.0	31.2
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	47.1	46.5	24.7
Disturbo schizoaffettivo	26.5	20.0	23.4
Disturbo di personalità istrionico narcisista	86.1	95.5	20.3
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	77.1	84.0	20.7
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo	47.9	40.0	27.4
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	68.9	79.5	32.4
Funzionamento intellettuale limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	59.7	64.5	30.1

Note: N=14

Tabella 5.

Media, mediana e deviazione standard dei valori delle risposte della categoria “altro”

	Mean	Median	Std. Deviation
Schizofrenia	32.7	28.0	22.6
Disturbo bipolare	60.8	60.0	23.1
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	53.7	50.0	26.3
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	52.7	50.0	26.1
Disturbo schizoaffettivo	33.4	31.5	23.4
Disturbo di personalità istrionico narcisista	79.4	90.0	21.9
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	60.6	65.0	25.8
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoide	44.8	42.5	23.5
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	75.2	83.5	23.5
Funzionamento intellettuale limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	59.4	60.0	25.8

Note: N=50

Tabella 6.

Media, mediana e deviazione standard dei valori delle risposte degli studenti di giurisprudenza a tutte le espressioni in esame

	Mean	Median	Std. Deviation
Schizofrenia	36.6	37.0	23.8
Disturbo bipolare	63.7	65.0	22.2
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	63.7	63.0	22.5
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	63.2	65.0	27.6
Disturbo schizoaffettivo	33.7	28.0	27.0
Disturbo di personalità istrionico narcisista	88.2	91.0	13.6
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	71.0	71.0	18.6
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoide	60.6	61.0	24.6
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	80.0	80.0	16.1
Funzionamento intellettivo limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	69.9	70.0	21.1

Note: N=43

Tabella 7.

Media, mediana e deviazione standard dei valori delle risposte degli studenti di psicologia a tutte le espressioni in esame

	Mean	Median	Std. Deviation
Schizofrenia	26.4	20.0	23.6
Disturbo bipolare	60.9	65.0	25.4
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	50.0	47.5	25.7
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	51.5	50.0	27.0
Disturbo schizoaffettivo	25.5	20.0	22.8
Disturbo di personalità istrionico narcisista	78.4	82.0	20.7
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	62.7	62.5	21.2
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo	41.9	38.0	25.6
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	79.9	85.0	20.8
Funzionamento intellettuale limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	61.6	65.5	26.1

Note: N=122

Tabella 8.

Media, mediana e deviazione standard dei valori delle risposte degli studenti di altre facoltà a tutte le espressioni in esame

	Mean	Median	Std. Deviation
Schizofrenia	37.0	42.5	24.2
Disturbo bipolare	58.0	60.0	13.2
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	45.1	41.5	16.4
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	53.9	51.0	25.7
Disturbo schizoaffettivo	28.9	26.5	21.7
Disturbo di personalità istrionico narcisista	65.4	67.5	24.6
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	63.2	60.5	11.0
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo	49.1	50.0	17.5
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	70.4	77.0	17.4
Funzionamento intellettivo limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	47.2	44.0	21.0

Note: N=10

APPENDICE D

Di seguito si riportano media, deviazione standard ed errore standard delle risposte fornite dai gruppi tra cui è stato effettuato un confronto.

Tabella 1.

Media, deviazione standard ed errore standard dei valori delle risposte dei gruppi di avvocati/magistrati e psicologi/psichiatri a confronto.

	Group	N	Mean	SD	SE
Schizofrenia	Avvocato/magistrato	115	31.2	28.7	2.7
	Psicologo/Psichiatra	120	22.2	21.1	1.9
Disturbo bipolare	Avvocato/Magistrato	115	67.6	28.2	2.6
	Psicologo/Psichiatra	120	61.9	26.8	2.4
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	Avvocato/Magistrato	115	59.6	28.1	2.6
	Psicologo/Psichiatra	120	49.4	26.9	2.5
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	Avvocato/Magistrato	115	52.9	33.5	3.1
	Psicologo/Psichiatra	120	49.2	28.9	2.6
Disturbo schizoaffettivo	Avvocato/Magistrato	115	23.6	25.7	2.4
	Psicologo/Psichiatra	120	26.6	24.4	2.2
Disturbo di personalità istrionico narcisista	Avvocato/Magistrato	115	81.2	25.7	2.4
	Psicologo/Psichiatra	120	76.8	20.9	1.9
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	Avvocato/Magistrato	115	71.0	26.2	2.4
	Psicologo/Psichiatra	120	65.7	24.4	2.2

	Group	N	Mean	SD	SE
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo	Avvocato/Magistrato	115	48.4	31.7	3.0
	Psicologo/Psichiatra	120	44,2	28.5	2.6
Epilessia-crisi jacksoniane motorie- facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	Avvocato/Magistrato	115	81,5	25.7	2.4
	Psicologo/Psichiatra	120	75,3	23.6	2.2
Funzionamento intellettivo limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	Avvocato/Magistrato	115	65,2	32.3	3.0
	Psicologo/Psichiatra	120	68,7	26.4	2.4

Tabella 2.

Media, deviazione standard ed errore standard dei valori delle risposte dei gruppi avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità e psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense da una parte, e avvocati/magistrati senza esperienza in ambito di imputabilità e psicologi/psichiatri senza esperienza in ambito forense dall'altra.

	Group	N	Mean	SD	SE
Schizofrenia	Avv/Psy senza esp	121	26.9	23.3	2.1
	Avv/Psy con esp	114	26.2	27.6	2.6
Disturbo bipolare	Avv/Psy senza esp	121	63.9	24.2	2.2
	Avv/Psy con esp	114	65.6	30.9	2.9
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	Avv/Psy senza esp	121	51.5	25.8	2.3
	Avv/Psy con esp	114	57.5	29.7	2.8
Disturbo delirante/schizofreni a paranoide	Avv/Psy senza esp	121	53.9	29.8	2.7
	Avv/Psy con esp	114	47.9	32.5	3.0
Disturbo schizoaffettivo	Avv/Psy senza esp	121	28.2	24.3	2.2
	Avv/Psy con esp	114	21.9	25.5	2.4
Disturbo di personalità istrionico narcisista	Avv/Psy senza esp	121	77.1	22.1	2.0
	Avv/Psy con esp	114	80.9	24.7	2.3
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	Avv/Psy senza esp	121	69.1	22.3	2.0
	Avv/Psy con esp	114	67.4	28.4	2.7
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoideo	Avv/Psy senza esp	121	48.0	26.7	2.4
	Avv/Psy con esp	114	44.4	33.4	3.1

Epilessia-crisi jacksoniane motorie- facciali crurali destre con generalizzazioni secondarie	Avv/Psy senza esp	121	73.1	25.5	2.3
	Avv/Psy con esp	114	84.0	22.8	2.1
Funzionamento intellettivo limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici	Avv/Psy senza esp	121	70.6	25.1	2.3
	Avv/Psy con esp	114	63.2	33.1	3.1

Tabella 3.

Media, deviazione standard ed errore standard dei valori delle risposte dei gruppi avvocati/magistrati con esperienza in ambito di imputabilità da una parte, e psicologi/psichiatri con esperienza in ambito forense dall'altra.

	Group	N	Mean	SD	SE
Schizofrenia	Avvocato/Magistrato	90	29.68	29.3	3.1
	Psicologo/Psichiatra	24	13.4	14.7	3.0
Disturbo bipolare	Avvocato/Magistrato	90	67.1	29.9	3.2
	Psicologo/Psichiatra	24	60.0	34.5	7.0
Disturbo delirante, tipo misto, continuo	Avvocato/Magistrato	90	59.4	29.1	3.1
	Psicologo/Psichiatra	24	50.2	31.7	6.5
Disturbo delirante/schizofrenia paranoide	Avvocato/Magistrato	90	51.1	33.4	3.5
	Psicologo/Psichiatra	24	35.8	25.9	5.3
Disturbo schizoaffettivo	Avvocato/Magistrato	90	21.3	24.9	2.6
	Psicologo/Psichiatra	24	23.9	28.2	5.8
Disturbo di personalità istrionico narcisista	Avvocato/Magistrato	90	82.1	25.1	2.6
	Psicologo/Psichiatra	24	76.2	23.1	4.7
Disturbo di personalità senza specificazione e disturbo borderline senza specificazione	Avvocato/Magistrato	90	70.4	26.4	2.8
	Psicologo/Psichiatra	24	56.1	33.2	6.8
Scompenso psicotico indotto da tossici esogeni in un grave disturbo di personalità paranoide	Avvocato/Magistrato	90	47.3	33.4	3.5
	Psicologo/Psichiatra	24	33.4	31.8	6.5
Epilessia-crisi jacksoniane motorie-facciali crurali destre	Avvocato/Magistrato	90	83.7	23.9	2.5

	Group	N	Mean	SD	SE
con generalizzazioni secondarie					
	Psicologo/Psichiatra	24	84.9	18.5	3.8
Funzionamento intellettivo limite ed un disturbo di personalità misto, con aspetti borderline ed antisociali e tratti sadici impulsivi legati a temi sessuali, verosimilmente parafilici					
	Avvocato/Magistrato	90	62.7	33.4	3.5
	Psicologo/Psichiatra	24	65.2	32.6	6.7

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (APA) (1994), DSM IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Masson, Milano, 1995.

American Psychiatric Association (APA) (1980), DSM III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Masson, Milano, 1983.

American Psychiatric Association (APA) (2013), DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014.

Benning, S. D., Patrick, C. J., Blonigen, D. M., Hicks, B. M., & Iacono, W. G. (2005). Estimating facets of psychopathy from normal personality traits: A step toward community epidemiological investigations. *Assessment*, 12(1), 3-18.

Betsos, I. M., & Luperto, S. (2007). Commenti a sentenze. *Rassegna Italiana di Criminologia*, (1), 215-252.

Brown, K. P., & Wood, M. E. (2021). Preliminary examination of an insanity defense typology: Prevalence rates and correlates. *Behavioral sciences & the law*, 39(6), 695-707.

Cassazione Penale, Sez. Unite, sentenza n. 30328 dell'11 settembre 2002.

Cassazione penale, Sez. I, sentenza n. 7523 del 12 luglio 1991.

Cassazione penale Sez. VI sentenza n. 26114 del 18 giugno 2003.

Cassazione Penale, Sez. Unite, sentenza N.9163 del 25 gennaio 2005, depositata l'8 marzo 2005.

Cassazione Penale, Sez. IV, sentenza n. 43786 del 13 dicembre 2010.

Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2005). PEER REVIEWED: A Catalog of Biases in Questionnaires. *Preventing Chronic Disease*, 2(1). /pmc/articles/PMC1323316/

Corte d'assise d'appello di Perugia, 11 aprile 1996.

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 VIII*, International Journal of Criminological and Investigative Sciences.

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

Dhami, M. K. (2008). On measuring quantitative interpretations of reasonable doubt. *Journal of Experimental Psychology: Applied*, 14(4), 353.

- Dhami, M. K., Lundrigan, S., & Mueller-Johnson, K. (2015). Instructions on reasonable doubt: Defining the standard of proof and the juror's task. *Psychology, Public Policy, and Law*, 21(2), 169
- Fornari, U. (2006). I Disturbi Gravi di Personalità rientrano nel concetto di infermità. *Cass. pen*, 274.
- Fornari U., (2018), *Trattato di psichiatria forense*, VII ed., UTET, Torino.
- Gardner, O. B., Murrie, C. D., & Torres, N.A. (2018). Insanity findings and evaluation practices: A state-wide review of court-ordered reports. *Behavioral Sciences & the Law*, 36(3), 303-316.
- Glöckner, A., & Engel, C. (2008). *Can we trust intuitive jurors? An experimental analysis* (No. 2008, 36). Preprints of the Max Planck Institute for Research on Collective Goods.
- Gowensmith, W. N., Murrie, D. C., & Boccaccini, M. T. (2013). How reliable are forensic evaluations of legal sanity? *Law and Human Behavior*, 37(2), 98–106. <https://doi.org/10.1037/lhb0000001>
- Guarnera, L. A. & Murrie, D. C. (2017). Field reliability of competency and sanity opinions: a systematic review and metaanalysis. *Psychol. Assess.* 29, 795–818.
- Gulotta, G. (2020). *Compendio di psicologia giuridico-forense, criminale e investigativa* (Vol. 53). Giuffrè Editore. 169
- Horowitz, I. A., & Kirkpatrick, L. C. (1996). A concept in search of a definition: The effects of reasonable doubt instructions on certainty of guilt standards and jury verdicts. *Law and Human Behavior*, 20(6), 655–670. <https://doi.org/10.1007/BF01499236>
- Kernberg, O. F. (2004). Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy. *Handbook of personality disorders: Theory and practice*, 92-119.
- Kois, L. E., & Chauhan, P. (2018). Criminal responsibility: Meta-analysis and study space. *Behavioral Sciences & the Law*, 36, 276–302.
- Loftus, E. F., & Ketcham, K. (1991). *Witness for the defense: The accused, the eyewitness, and the expert who put memory on trial*. New York: St. Martin's Press.
- Lundrigan, S., Dhami, M. K., & Mueller-Johnson, K. (2016). Predicting verdicts using pre-trial attitudes and standard of proof. *Legal and Criminological Psychology*, 21(1), 95–110. <https://doi.org/10.1111/LCRP.12043>

- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology bulletin*.
- Packer, I. K. (2009). *Evaluation of criminal responsibility*. New York, NY: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780195324853.001.0001>
- Parmigiani, G., Mandarelli, G., Meynen, G. *et al.* (2019). Translating clinical findings to the legal norm: the Defendant's Insanity Assessment Support Scale (DIASS). *Transl Psychiatry* 9, 278. <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0628-x>
- Parmigiani, G., Mandarelli, G., Roma, P., & Ferracuti, S. (2022). Validation of a new instrument to guide and support insanity evaluations: the defendant's insanity assessment support scale (DIASS). *Translational psychiatry*, 12(1), 1-7.
- Pennington, N. and R. Hastie (1991). "A Cognitive Theory of Juror Decision Making. The Story Model." *Cardozo Law Review* 13: 519-557.
- Pennington, N. and R. Hastie (1988). "Explanation-Based Decision Making. Effect of Memory Structure on Judgement." *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition* 14: 521-533.
- Pezzuolo, S., & Ciappi, S., (A cura di). (2020). *Psicologia giuridica: la teoria, le tecniche, la valutazione* (2° ed). Hogrefe, pag. 247-253
- Poggi, F. (2010). Tra il certo e l'impossibile. La probabilità nel processo. *Diritto e questioni pubbliche*, 10, 456-477.
- Sammicheli L., Donzella G. (2004). *I rapporti tra imputabilità e infermità mentale*, in *Rassegna Penitenziaria e Criminologica*, n. 3
- Sammicheli, L., & Sartori, G. (2008). Neuroscienze e imputabilità
- Wright, D. B., & Hall, M. (2007). How a "reasonable doubt" instruction affects decisions of guilt. *Basic and Applied Social Psychology*, 29(1), 91-98.