

Certificato Antiplagio

Il laureando/a **Cristian Palazzolo**, di sua spontanea iniziativa, ha richiesto l'analisi della tesi di cui è autore dal titolo:

"IL SOGGETTO TOSSICODIPENDENTE CON DISTURBO BORDELINIE DI PERSONALITA' RUOLO E RESPONSABILITA' DEL CRIMINOLOGO CLINICO ALL'INTERNO DEL SISTEMA PENITENZIARIO ITALIANO REVISIONE DELLA LETTERATURA"

Relatore: **Prof. Cristian Palazzolo**
Facoltà: **Scienze Criminologiche**
Corso: **Scienze Criminologiche**
Ateneo: **Istituto Meme di Modena**

Il documento composto da **23019** parole è stato sottoposto all'analisi del software **Compilatio.net** in data **01 July 2019** con i seguenti risultati:

Percentuale di testo originale: **84%**

Percentuale di testo non originale: **16%**

Fonti online rilevate	Percentuale similitudine
http://www.ristretti.it/commenti/2010/settembre/...	13.3%
https://docplayer.it/8335121-II-colloquio-con-il...	12.2%
http://jus.vitaepensiero.it/news-papers-casi-dif...	9.6%
http://www.antoniocasella.eu/archica/Fadda_salut...	5.7%
http://www.antoniocasella.eu/archipsy/Salvati_ps...	4.7%
http://www.antoniocasella.eu/archipsy/Fadda_disa...	3.7%

NOTE:

Il documento è stato analizzato utilizzando il servizio **Tesi^{online} VERIFIED**

Il documento, dopo il controllo della nostra redazione, rientra negli standard di qualità del programma "Impegno di eccellenza" ed ha pertanto ottenuto il Certificato Antiplagio.
Maggiori dettagli alla pagina www.tesiverified.it/certificato.v2.jsp

Il controllo effettuato dalla redazione delle fonti rilevate dall'analisi è sempre accurato, pur ricordando che lo studente è il diretto responsabile per la prevenzione di ogni tipo di plagio nel proprio elaborato

THESE FINALE EN
MASTER 1^{EME} NIVEAUS
"Sciences Criminologiques"

**IL SOGGETTO TOSSICODIPENDENTE CON DISTURBO
BORDELINIE DI PERSONALITÀ
RUOLO E RESPONSABILITÀ DEL CRIMINOLOGO CLINICO
ALL'INTERNO DEL SISTEMA PENITENZIARIO ITALIANO
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Dott. Giovanni Neri
Co-Relatore: Dott.ssa Roberta Frison

Specializzando: Dott. Cristian Palazzolo

ABSTRACT (IT)

La prevalenza dei disturbi mentali, nella popolazione dei detenuti, si attesta intorno al 10-15% negli Stati Uniti; in Europa tale media si assesta intorno al 12%.

Per quanto riguarda il tipo di disturbo: il 10% è affetto da depressione maggiore, il 47% da disturbo antisociale di personalità (Fazel & Danesh, 2002). Quest'ultimo dato risulta di fondamentale importanza in quanto del totale dei disturbi di personalità il 74,4% soffre di disturbo borderline di personalità.

Va sottolineato che tale disturbo, conduce nella maggioranza dei casi ad uso/abuso di sostanze. Tale condizione è giustificata dal tentativo di automedicazione; è vero anche che l'uso prolungato di sostanze stupefacenti conduce, nel tempo variazioni della personalità. Alla luce di tutto ciò, risulta evidente che tali soggetti si trovano costretti a compiere azioni criminose al fine di procurarsi il denaro sufficiente all'acquisto delle sostanze.

Tra le caratteristiche principali dei comportamenti di tali soggetti è frequente ritrovare alti tassi di scarsa compliance terapeutica, comportamenti di evitamento ed ansia. Il comportamento più significativo rimane comunque quello della manipolazione che attuano nei confronti del personale sanitario e penitenziario.

Gunderson definisce la manipolazione come: *"gli sforzi con i quali diversi sotterfugi sono usati per controllare o per ottenere supporto dagli altri. Tipiche modalità comprendono lamentele somatiche, azioni provocatorie o messaggi fuorvianti come pure gli atti autolesivi"*.

È stata condotta una revisione della letteratura, interrogando le principali banche dati disponibili: Scopus, Medline, UptoDate, Google Scholar e Google Books. Le parole chiave utilizzate sono le seguenti: mental disorder, prevalence, prisons, inmates, males, psychiatry, criminology; mescolandole tra loro ed utilizzando i principali operatori booleani "and", "or", "not".

Sono stati presi in considerazione gli articoli pubblicati in lingua italiana ed inglese, nel lasso di tempo dal 1990 ed il 2018, ad esclusione dei codici e dei riferimenti legislativi, riguardanti maschi adulti.

ABSTRACT (FR)

La prévalence des troubles mentaux dans la population carcérale se situe autour de 10-15% aux États-Unis; en Europe, cette moyenne est d'environ 12%.

Concernant le type de trouble: 10% souffrent de dépression majeure, 47% de trouble de la personnalité antisociale (Fazel et Danesh, 2002). Ce dernier chiffre revêt une importance fondamentale puisque 74,4% des troubles de la personnalité borderline sont liés à l'ensemble des troubles de la personnalité.

Il convient de souligner que ce trouble conduit dans la plupart des cas à une toxicomanie. Cette condition est justifiée par la tentative d'auto-médication; Il est également vrai que l'usage prolongé de drogues entraîne des modifications de la personnalité au fil du temps. À la lumière de tout cela, il est clair que ces personnes sont obligées de mener des actions criminelles afin d'obtenir suffisamment d'argent pour acheter les substances.

Parmi les principales caractéristiques du comportement de ces sujets, il est fréquent de trouver des taux élevés de comportements médiocres d'observance thérapeutique, d'évitement et d'anxiété. Cependant, le comportement le plus significatif reste celui de la manipulation qu'ils effectuent à l'égard du personnel de santé et du personnel pénitentiaire.

Gunderson définit la manipulation comme: *"les efforts avec lesquels divers subterfuges sont utilisés pour contrôler ou obtenir le soutien de tiers. Les modalités typiques comprennent les plaintes somatiques, les actes de provocation ou les messages trompeurs ainsi que les actes d'automutilation"*.

Une revue de la littérature a été réalisée, interrogeant les principales bases de données disponibles: Scopus, Medline, UptoDate, Google Scholar et Google Books. Les mots-clés utilisés sont les suivants: trouble mental, prévalence, prisons, détenus, hommes, psychiatrie, criminologie; en les mélangeant et en utilisant les principaux opérateurs booléens "et", "ou", "pas".

Les articles publiés en italien et en anglais ont été pris en compte dans les années 1990 et 2018, à l'exception des codes et des références législatives, concernant les hommes adultes.



UNIVERSITE EUROPEENNE JEAN MONNET
ASSOCIATION INTERNATIONALE SANS BUT LUCRATIF
BRUXELLES - BELGIQUE

THESE FINALE EN
MASTER 1^{EME} NIVEAUS
"Sciences Criminologiques"

**IL SOGGETTO TOSSICODIPENDENTE CON
DISTURBOBORDELINE DI PERSONALITÀ
RUOLO E RESPONSABILITÀ DEL CRIMINOLOGO CLINICO
ALL'INTERNO DEL SISTEMA PENITENZIARIO ITALIANO
REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Relatore: Dott. Giovanni Neri
Co-Relatore: Dott.ssa Roberta Frison

Specializzando:
Dott. Cristian Palazzolo

Matr. 4221

Bruxelles, 8 Novembre 2018



Indice dei Contenuti

1. INTRODUZIONE	4
1.1 Evoluzione storica della Criminologia	6
CAPITOLO 2	8
2.1. Inquadramento normativo	8
2.2. Gli strumenti del criminologo	11
2.3. Disturbi della personalità ed imputabilità	12
2.4. Il soggetto tossicodipendente con Disturbo Borderline di Personalità	17
2.5. Caratteristiche principali del soggetto tossicodipendente con DBP	20
CAPITOLO 3	27
3.1. L’ordinamento penitenziario italiano: storia ed evoluzione	27
3.2. Carceri italiane e “doppia diagnosi”: uno studio italiano	33
3.3. Legge 30 maggio 2014 n.81: il superamento degli OPG	35
3.4. La tutela del diritto alla salute del soggetto detenuto	37
3.5. Il concetto di salute nel codice penale: salute fisica e salute psichica	41
CAPITOLO 4	45
4.1. Caratteristiche della relazione con il soggetto con DBP e tossicodipendenza	45
4.2. Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici	47
CAPITOLO 5	52
5.1 Accertamenti peritali in tema di vizio di mente	52
5.2 Il raptus	54
5.3 Le condizioni ambientali sfavorevoli ed i vizi di mente	57
5.4 La consulenza tecnica nel processo civile	60
CONCLUSIONI	64
RINGRAZIAMENTI	68
BIBLIOGRAFIA	69



“Tu portami via

Dalle ostilità dei giorni che verranno

Dai riflessi del passato perché torneranno

Dai sospiri lunghi per tradire il panico che provoca l'ipocondria

Tu portami via

Dalla convinzione di non essere abbastanza forte

Quando cado contro un mostro più grande di me

Consapevole che a volte basta prendere la vita così com'è

Se c'è un muro troppo alto per vedere il mio domani

E mi trovi lì ai suoi piedi con la testa fra le mani

Se fra tante vie d'uscita mi domando quella giusta chissà dov'è

Tu non ti arrendere

Portami via dai momenti

Da questi anni violenti

Da ogni angolo di tempo dove io non trovo più energia

Amore mio portami via”

(cit. FABRIZIO MORO, 2018)

1. INTRODUZIONE

L'idea di questo elaborato nasce con l'intento di trovare un punto di unione tra la mia professione originaria, quella di infermiere, ed i miei studi successivi volti all'aspetto legale, ma soprattutto forense. Il riconoscimento, il trattamento e la riabilitazione dei soggetti rei affetti da tossicodipendenza e da disturbo borderline di personalità, all'interno degli istituti penitenziari, sono aspetti fondamentali per il recupero ed il reinserimento sociale. Il problema della prevalenza dei disturbi mentali nei sistemi penitenziari è stato oggetto di numerosi studi a livello internazionale e la sua trattazione in termini sistematici meriterebbe una revisione dedicata, che non può trovare collocazione in questo lavoro. Sembra, tuttavia, indispensabile rimandare almeno ad alcuni contributi fondamentali a partire dal discusso lavoro storico di Penrose¹ (1939), con la ipotizzata relazione inversa tra la disponibilità di posti letto in ospedali psichiatrici e numero di detenuti, fino ad arrivare ad i più recenti contributi di ricerca britannica (Birmingham et al., 1996)². In estrema sintesi, la prevalenza complessiva, per disturbi mentali gravi nella popolazione carceraria sembra attestarsi intorno al 10-15% negli Stati Uniti, al 12% in media nei diversi sistemi giudiziari europei (Blaauw et al., 2000)³, sino al 26% del Regno Unito per i detenuti imputati (Birmingham et al., 1996), essendo tale variabile oggetto di studio rispetto ai pazienti con almeno un grado di giudizio. *“In media, tra la popolazione carceraria, il 4% è affetto da disturbi psicotici, il 10-12% da depressione maggiore, il 47% (21% per le donne) da disturbo antisociale di personalità”* (Fazel & Danesh, 2002)⁴. Va sottolineato che si tratta di un fattore di rischio da 2 a 4 volte superiore per psicosi e depressione maggiore, e di 10 volte, per disturbo antisociale di personalità, superiore alla popolazione generale (Kessler et al., 1994⁵; Jenkins et al., 1997⁶).

¹ Penrose, L. S. (1939). Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 18(1), 1-15.

² Birmingham, L., Mason, D., & Grubin, D. (1996). Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study. *BMj*, 313(7071), 1521-1524.

³ Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000). Mental disorders in European prison systems: arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(5-6), 649-663.

⁴ Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359(9306), 545-550.

⁵ Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the



È stata condotta una revisione della letteratura, interrogando le principali banche dati disponibili: Scopus, Medline, UptoDate, Google Scholar e Google Books. Le parole chiave utilizzate sono state le seguenti: *mental disorder, prevalence, prisons, inmates, males, psychiatry, criminology* mescolandole tra loro ed utilizzando i principali operatori booleani “and” “or” “not”.

Sono stati presi in considerazione gli articoli pubblicati nel lasso di tempo compreso tra il 1990 ed il 2018, ad esclusione dei codici e dei riferimenti legislativi, in lingua inglese ed italiana, riguardanti solo maschi adulti.

Sono stati inclusi gli articoli sulla base di una prima lettura dell’abstract, e successivamente escluse le fonti sulla base della traduzione e lettura completa dell’articolo.

United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.

⁶ Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., & Meltzer, H. (1997). The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain—initial findings from the household survey. *Psychological medicine*, 27(4), 775-789.

1.1 Evoluzione storica della Criminologia

La Criminologia ha origini lontane, rinvenibili nell’ambito della medicina legale e della bio-antropologia già a partire dalla seconda metà del XIX secolo. Attraverso un lungo percorso tale scienza è giunta ad ottenere formale riconoscimento di disciplina specialistica a carattere interdisciplinare. Infatti, essa è, ad oggi, collocata nell’ordinamento universitario italiano entro tre differenti aree scientifico-disciplinari: quella medica, quella giuridica e quella sociologica.

La Sociologia della devianza, pur avendo radici rintracciabili già nei contributi di qualche “classico” della sociologia del 1800 (in particolare Durkheim⁷) ha una storia assai più recente per quanto concerne il suo riconoscimento formale entro gli ordinamenti degli Atenei italiani. Infatti è solo con la riforma degli ordinamenti didattici universitari del 1990 (legge n. 341/90⁸) che entra negli statuti delle nascenti Facoltà di Sociologia.

La Criminologia che ha privilegiato fin dalla nascita una prospettiva clinica, col tempo è andata ad acquisire dimensioni sempre più direzionate verso analisi di variabili relazionali e di contesto, occupandosi non solo dei soggetti (autori o vittime di crimini), ma anche di fenomeni criminosi più ampi e complessi tali per cui è auspicabile un approccio più sociologico (per esempio: crimini dei colletti bianchi, violazione dei diritti umani, traffici illeciti di persone, ecc.).

La scienza criminologica, quindi, sin dagli albori vede affermarsi due grandi scuole di pensiero: la scuola classica, che trae le sue origini dal postulato del libero arbitrio (libero arbitrio, imputabilità e teoria della retribuzione della pena) nata in Italia e che vede in Cesare Beccaria⁹ il suo fondatore con il trattato *Dei delitti e delle pene*, pubblicato a Livorno nel 1764. Negli anni a seguire a questa si contrappone la scuola positiva che nasce nell’800 secondo cui l’essere umano che delinque ha una predisposizione medico-biologica (teoria dell’antropologia criminale) che vede il suo massimo esponente in Cesare Lombroso¹⁰. La criminologia, nella sua espressione multidisciplinare, non può prescindere dai concetti di psichiatria e psicologia criminale, discipline fondamentali per l’analisi di

⁷ Durkheim, É., & Pizzorno, A. (1962). *La divisione del lavoro sociale*. Milano: Edizioni di Comunità.

⁸ Legge 19 novembre 1990, n.341. “Riforma degli ordinamenti didattici universitari” pubblicato su G.U. n.274 del 23/11/1990.

⁹ Beccaria, C. (1984 originale 1764). *Dei delitti e delle pene*. Milano.

¹⁰ Lombroso, C. (2013). *L'uomo delinquente*-quinta edizione-1897. Giunti.



soggetti rei, ma affetti da patologia psichiatrica. Questo elaborato ha proprio l'obiettivo di analizzare l'evoluzione normativa dei servizi dedicati al “contenimento” ed al trattamento dei soggetti con condotta deviante, tossicodipendenza ed affetti da disturbi psichici. Negli ultimi anni abbiamo assistito ad una riorganizzazione dei servizi psichiatrici territoriali e delle strutture penitenziarie; la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) ha sicuramente richiesto un ‘adeguamento (anche solo della disponibilità di posti letto) da parte delle strutture psichiatriche che ospitano i soggetti con Doppia diagnosi. In uno scenario che inizia con l'approvazione della legge 13 maggio 1978 n.180¹¹ (Legge Basaglia) che ha introdotto il modello medico in psichiatria (contrapposto al modello legale), ovvero istituisce le psichiatriche di comunità e sancisce la chiusura dei manicomi (dove vigeva il dovere di custodia e l'obbligo di garanzia); in questo scenario, risulta quindi difficile collocare quei pazienti che sono affetti da disturbi psichiatrici di vario genere, in concomitanza di una dipendenza da sostanze , rei di un crimine.

In questo elaborato cercherò di inquadrare quale sia il percorso detentivo-riabilitativo di tali soggetti, l'importanza della figura dello psichiatra (con specifica formazione in ambito criminologico) coadiuvato dall'infermiere anch'esso formato in ambito criminologico. Nel soggetto affetto da patologia di doppia diagnosi durante il periodo dell'astinenza possono emergere alcuni dei tratti patologici principali. Una delle caratteristiche più evidenti è la manipolazione che il soggetto mette in atto sugli operatori che ha l'obiettivo di ottenere farmaci e sostanze tali da sopperire all'astinenza. Ne deriva quindi l'importanza di adottare strategie comunicative e comportamentali per fronteggiare tale problema.

¹¹ Legge 13 maggio 1978 n. 180. “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”.

CAPITOLO 2

2.1. *Inquadramento normativo*

La figura del criminologo nel contesto italiano è regolata da norme giuridiche contestualizzate a diversi livelli gerarchici.

L'articolo 70 della Legge 354 (e successive modificazioni) stabilisce che all'interno dei Tribunali di sorveglianza sia presente una componente che non appartiene al corpus dei magistrati (*componente non togata*) che può essere composta da esperti in materia, ovvero criminologi o docenti di scienze criminalistiche.

Tale professionista può operare all'interno dei Tribunali per i minorenni secondo quanto disposto dal DPR 22 settembre 1988 N.448 che afferma al 2° comma *“agli stessi fini il pubblico ministero ed il giudice possono assumere informazioni da persone che abbiano avuto rapporti con il minorenne e sentire il parere di esperti, tra cui il criminologo, anche senza alcuna formalità”*.

Nell'attuale sistema penale tale disciplina è regolamentata dall'Articolo 220 comma 2 Codice Procedura Penale (c.p.p.), il quale pone il divieto di ricorrere a perizie per stabilire l'abitudine e la personalità dell'imputato, nonché le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche. In poche parole è previsto l'intervento della consulenza dello psichiatra forense, nel caso all'imputato sia diagnosticato un disturbo della sfera psichica. Intervento mirato, attraverso l'attività peritale, ad accertare la sussistenza di patologie inquadrabili (secondo DSM) in condizioni di non imputabilità parziale o totale. Nell'ambito del processo penale di *cognizione* tali consulenze sono più note nel sistema processuale americano (Criminal Profiling).

In merito si sono avanzate questioni di legittimità costituzionale volte ad espungere il divieto di perizia criminologica per una serie di motivi, così riassumibili:

- ✓ Per contrasto con la finalità rieducativa e ri-socializzativa della pena, che nell'applicazione della sanzione in concreto impone il vaglio di esperti (art. 133 Codice Penale)

- ✓ Si ravvisa per l'imputato maggiorenne una negazione del diritto alla difesa, poiché il mezzo della perizia può provare anche fatti a lui favorevoli (per i minori si ammette un'indagine sulla personalità psichica dell'autore; R.D.L. 1404/1934 che istituisce il Tribunale dei Minori)

Ad oggi rimane la concezione di non poter ricorrere allo strumento peritale in sede di Cognizione, garantendo i diritti dell'imputato, perché dalle indagini psicologiche potrebbero trarsi elementi confessori o attinenti responsabilità, al di fuori delle garanzie difensive e degli strumenti di acquisizione delle prove previsti dal Codice di Procedura Penale.

L'autore del testo però è in disaccordo con tale sfiducia, che non tiene conto delle evoluzioni della criminologia come scienza accreditata e idonea a coadiuvare il Giudice. Si obietta che il diritto penale non è un “diritto dell'atteggiamento”, ma uno strumento di punizione del fatto concretamente commesso; pur tuttavia, lo stesso legislatore, accanto a criteri oggettivi, invoca l'analisi delle capacità a delinquere del reo per parametrare al meglio la sanzione, e le perplessità possono essere superate con una puntuale disciplina dell'attività peritale, in sede di cognizione, che si fondi su certezze di professionalità degli esperti, e che controlli l'operato per non sconfinare nell'arbitraria limitazione del diritto alla difesa.

In tal caso il perito potrà guidare il magistrato nella comprensione della pericolosità del reo, perché il giudice, da solo, non può avere una visione d'insieme. Inoltre, il divieto di uso della perizia in fase di cognizione contrasta con la possibilità di usufruirne in sede esecutiva.

Sarebbe, quindi, auspicabile una rivisitazione del codice di procedura penale che preveda l'utilizzo della perizia criminologica tra gli strumenti del magistrato volti a valutare il fatto commesso, ponendo fine alla sfiducia verso discipline extra-giuridiche, anche se oggi sono pienamente accreditate.

Oggi si ricorre alla perizia criminologica solo nella fase esecutiva del processo penale, laddove il ruolo del criminologo diviene centrale per analizzare la personalità del condannato per valutare misure alternative alla detenzione o la possibilità di fruire di alcuni benefici penitenziari, in un'ottica di risocializzazione e rieducazione. Come esplicitato prima, il criminologo fa parte del Tribunale di Sorveglianza in qualità di



membro esperto non togato, nonché del gruppo di professionisti interno al carcere, che si occupa della formulazione e definizione del trattamento rieducativo (Legge 26 luglio 1975 n.354 e successive modifiche). Pertanto, il criminologo svolge un importante ruolo terapeutico a favore del condannato, e coadiuva l'autorità giudiziaria nella difficile analisi della psicologia del rieducando. L'osservazione criminologica è di tipo scientifico ed esige il convergere di una pluralità di esperti: l'assistente sociale, l'educatore, il criminologo dell'equipe medica del carcere, lo psichiatra penitenziario. Il criminologo ha un duplice ruolo: istituzionale e clinico; ciò lo porta a spogliarsi di quell'affettività che in genere caratterizza il rapporto medico-paziente, il che giova all'amministrazione della giustizia che deve assolvere nel modo migliore il mandato repressivo e contenitivo che gli è stato affidato.

2.2. *Gli strumenti del Criminologo*

Il momento cardine dell'osservazione è il colloquio clinico-criminologico; qui l'esperto tenta di rispondere ad interrogativi diagnostici (di criminogenesi e di criminodinamica) e prognostici (prevedendo anche in modo attendibile le condotte future), al fine di consentire il reinserimento del reo nella comunità sociale. Secondo le tre tappe dell'indagine, le finalità del colloquio risultano essere:

1. Analisi dei motivi che hanno condotto alla scelta criminosa.
2. Valutazione del modo di preparare ed eseguire il reato.
3. Studio delle reazioni del singolo a vari stimoli nelle varie condizioni.

Attraverso un dialogo mirato, il criminologo deve rilevare i dati salienti per saggiare la personalità dell'intervistato (vita anteatta, ambiente sociale di riferimento, educazione ricevuta, precedenti delinquenti in famiglia, ecc), per mettere in evidenza la criminogenesi (modalità di interazione delle caratteristiche del reo con la situazione al momento del fatto delittuoso) e illustrando la criminodinamica, per stabilire l'intrecciarsi delle dinamiche psicologiche che hanno condotto alla commissione del fatto.

Si utilizzano test predeterminati (reattivi mentali, cioè strumenti psicodiagnostici che riducono l'interferenza soggettiva dell'esaminatore, permettendo una valutazione qualitativa e quantitativa dei processi psichici di un soggetto.

Ad esempio il *test di Rorschach* attraverso cui si mostrano macchie senza significato e senza forma precisa; il soggetto proietta nell'interpretazione delle macchie la capacità di immaginazione, l'intelligenza, il carattere, la fantasia, il tipo di emozione, i sentimenti.

I risultati del colloquio confluiscono in una relazione di sintesi che definisce le modalità di pena consigliate nel caso di specie, al fine della reintegrazione nella società. Sarà poi l'educatore a programmare tutte le attività (culturali, ricreative o sportive) che, compatibilmente con le caratteristiche personali del detenuto, ne favoriscano l'acquisizione di competenze per il suo inserimento in iniziative di gruppo, per incrementare in modo positivo le sue relazioni sociali.

2.3. Disturbi della personalità e imputabilità

Lo studio delle patologie psichiche consente una migliore comprensione della condotta tenuta, sia in termini di criminogenesi che di criminodinamica, che è frutto di più elementi, ambientali e personologici che, a parità di condizioni esogene, determinano negli individui processi di reazione diversa agli impulsi e stimoli criminogeni.

L'interesse della criminologia e della psicologia forense si è focalizzato sull'esigenza di individuare i tratti dei disturbi e delle malattie psichiche in grado di determinare il livello e il tipo d'infermità che esclude o riduce (ex art.88 e 89 del Codice Penale) la capacità di intendere e di volere dell'agente e la relativa imputabilità in relazione al fatto commesso. Oggi il concetto si estende, dai disturbi psichiatrici, vere e proprie patologie mediche, a disturbi psicologici ed altre anomalie date da disturbi sociali o di tipo borderline che compromettono il carattere del singolo che ne è affetto, senza concretizzarsi in psicosi cliniche di tipo cronico, compromettendo così le relazioni sociali.

Nei codici viene recepito il principio della non imputabilità per gli autori dei reati affetti da disturbi e patologie mentali, sulla base di tre orientamenti:

1. Metodo normativo, che fa leva sull'effettiva capacità di intendere e di volere del reo al momento del fatto, anche se non è di tipo cronico, ma sia di natura temporanea.
2. Psicopatologico, che si basa sulla sola classificazione nosografica del disturbo, a prescindere dalla reale influenza esercitata nel fatto concreto (Codice Zanardelli).
3. Psicopatologia e Normativa, basato sul nesso causale tra infermità riconosciuta e fatto concreto (Codice Rocco).

La dottrina si divide tra correnti conservatrici, incentrate tout court sul concetto di malattie penalmente rilevanti, e altre scuole favorevoli all'allargamento del concetto di infermità; anche la giurisprudenza sul tema è vaga.

In un primo momento la Suprema Corte optò per un orientamento restrittivo (solo malattie di genesi organica), accettando solo patologie clinicamente accertate, o alterazioni psichiche come le psicosi organiche,

le schizofrenie, ecc. invece, l’orientamento giurisprudenziale recente abbandona classificazioni aprioristiche e riconduce la nozione di infermità ad ogni anomalia che, nel caso di specie, può avere influenza sulla capacità di discernimento del reo.

È epocale la sentenza 9163/2005 della Suprema Corte di Cassazione a Sezioni Unite, che riconosce valore di infermità anche a disturbi atipici, ma comunque in grado di incidere sull’autodeterminazione del reo alla commissione del delitto, purché vi sia sempre il presupposto del nesso causale. Si legge, infatti, nella sentenza: ***“ai fini del riconoscimento del vizio totale o parziale di mente, rientrano nel concetto di infermità anche i gravi disturbi della personalità, a condizione che il giudice ne accerti la gravità e l’intensità, tali da escludere o scemare grandemente la capacità di intendere o di volere ed il nesso eziologico con la specifica azione criminosa”***.

Premesso che, *ogni comportamento umano (conforme, difforme, deviante, delinquenziale, patologico) è espressione del nostro funzionamento in un preciso contesto esistenziale e in un determinato periodo della nostra storia individuale, dal momento che “lo stile di vita” individuale è unitario e coerente con aspetti strutturali, organizzativi e funzionali del nostro “essere nel mondo”*. (Fornari, 2005)¹².

Qualsiasi disturbo di personalità si manifesta, in concreto, attraverso comportamenti tipici che servono per fare diagnosi. Tali sono i mezzi, gli strumenti e le strategie che il soggetto traduce in comportamenti e attraverso i quali si manifesta il suo stile di vita ed il suo funzionamento.

Sarà ora opportuno distinguere tra i tratti di personalità ed i disturbi di personalità. I primi rappresentano modi costanti di percepire, rapportarsi e pensare nei confronti dell’ambiente e di sé stessi, che si manifestano in un ampio spettro di contesti sociali e personali importanti.

I disturbi di personalità (DP) si costituiscono quando i tratti di personalità sono rigidi e non adattativi, e causano quindi una significativa compromissione del funzionamento sociale o lavorativo, oppure una sofferenza soggettiva.

I DP si collocano sull’Asse II (Disturbi mentali con caratteristiche di stato) e sono suddivisi, a loro volta, in tre gruppi:

¹² Fornari, U., (2005). “I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto di infermità?”. www.giustizia.lazio.it

1. Disturbi di personalità Antisociale, Paranoide, Schizoide e Schizotipico (gli individui con questi disturbi appaiono spesso strani o eccentrici).
2. Disturbi di personalità Antisociale, Borderline, Istrionico e Narcisistico (gli individui con questi disturbi appaiono spesso drammatici, emotivi o imprevedibili).
3. Disturbi di personalità Evitante, Dipendente, Ossessivo-Compulsivo (gli individui con questi disturbi appaiono spesso ansiosi e paurosi).

Altri sistemi di classificazione delle diagnosi, classificano diversamente i disturbi di personalità, distinguendoli in:

- ✓ Disturbi di personalità specifici.
- ✓ Forme miste.
- ✓ Modificazioni durature della personalità non attribuibili a malattie organiche.
- ✓ Disturbi delle abitudini e degli impulsi.
- ✓ Disturbi dell'identità sessuale.
- ✓ Disturbi della preferenza sessuale.

In questo tipo di classificazione, che risulta obsoleta, il disturbo borderline è descritto come sottocategoria del disturbo di personalità emotivamente instabile, che viene ricondotto nella classificazione delle Schizofrenie, di cui però, costituisce categoria a sé stante.

In entrambi questi sistemi di classificazione diagnostica, non esistono classificatori dei **disturbi gravi di personalità**.

Per affrontare tale tematica, è necessario ricorrere ad altri sistemi di riferimento.

Il funzionamento del soggetto con D.B.P. è fondamentalmente astenico, di ritiro, confusivo, intensamente disforico, affettivamente instabile e ricco di atteggiamenti improntati a rabbia distruttiva auto o etero-diretta; la problematica soggettiva è vissuta e agita secondo modalità scissionali; spesso è presente un tentativo di mobilitare difese di tipo narcisistiche o paranoide, difese, che non tengono nei momenti di stress. I meccanismi di difesa, spesso sono di tipo primario (scissione, identificazione proiettiva, onnipotenza, idealizzazione/svalutazione e diniego); l'esame di realtà è comunque mantenuto, vi è quindi, assenza di delirio o allucinazioni.

Un soggetto che presenta una tale organizzazione di personalità, in condizioni di stress acuto o cronico, può slittare verso il registro psicotico

(con alterazione del senso di realtà e conseguente perdita dei confini tra il mondo interno e mondo esterno e della capacità di differenziare il Sé dal Non-Sé).

Nella compilazione di un elaborato peritale, quindi, non è la dimensione categoriale (la diagnosi) bensì quella funzionale (la criminodinamica) che aiuta a ricostruire e comprendere lo stato di mente di un autore (o di una vittima) di reato. Dal momento che però questo modello di lettura consentirebbe di concludere che qualsiasi funzionamento primario, in quanto patologico, potrebbe conferire “valore di malattia” all’atto ed escludere o scemare grandemente l’imputabilità dell’autore di reato, è chiaro che esso deve essere riportato ad una dimensione psicopatologica alterata e attribuita ad un disturbo mentale codificato, in funzione del quale il reato agito o subito assume valore di malattia, o meglio, significato di infermità. Nei casi in cui il funzionamento primario non faccia parte di una categoria psichiatrica convenzionalmente stabilita, e quindi non rientri in una categoria alfanumerica, il discorso si limita ad esplorare criminogenesi e criminodinamica al di fuori di quel “valore di malattia” attribuibile all’atto agito o subito.

Il problema clinico e la conseguente valutazione psichiatrica forense di un Disturbo Grave di Personalità, è quello di documentare, alla luce della storia clinica, delle risultanze delle indagini psicodiagnostiche, delle modalità che hanno preceduto, accompagnato e seguito il delitto, se il disturbo si è (o meno) manifestato in maniera qualitativamente o quantitativamente sufficiente per conferire “valore di malattia” al reato commesso. In altre parole, anche in presenza un disturbo grave e serio di personalità, se la genesi (progettazione) e la dinamica (esecuzione) del comportamento criminale indicano che nello svolgimento complessivo e nel resoconto retrospettivo dello stesso, l’autore conserva, sostanzialmente indenni, le aree funzionali del suo Io preposte alla comprensione del significato del suo atto e delle conseguenze dello stesso (funzioni percettivo-memorizzative, organizzative, previsionali, decisionali ed esecutive) non si può concludere nel senso dell’esistenza di un vizio di mente.

Entrano, quindi, tra i vizi di mente i disturbi di personalità. Pertanto, tra i motivi di causa che elimina o diminuisce l’imputabilità, troviamo anche l’ubriachezza, lo stato di intossicazione da sostanze stupefacenti. *“L’imputabilità non è esclusa quando l’incapacità dell’agente deriva dall’inosservanza di una regola cautelare rispetto al fatto realizzato,*



ovvero quando l'agente si è messo in stato di incapacità con l'inosservanza di una regola cautelare rispetto al fatto realizzato, e questo si sia realizzato a causa dello stato di incapacità procuratosi” (articolo 94 Codice penale). La tendenza a dilatare il concetto di infermità ai concreti sviluppi delle moderne scienze psichiatriche consente un maggior rispetto del principio di colpevolezza ed un più certo adeguamento sull'eventuale sanzione da applicare alle circostanze del caso concreto.

2.4. Il soggetto tossicodipendente con disturbo borderline di personalità

La comorbidità, o doppia diagnosi, è definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la *“coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico”* (OMS, 1995). Secondo l'ufficio delle Nazioni Unite contro la droga ed il crimine (UNO-DC), una persona con doppia diagnosi è una *“persona cui è stato diagnosticato un problema per abuso di alcool o di altre sostanze stupefacenti in aggiunta ad un altro problema solitamente di natura psichiatrica* (UNODC, 2000). In altre parole, per comorbidità in questo contesto s'intende la coesistenza temporale di uno o più disturbi psichiatrici o della personalità assieme al consumo problematico di sostanze stupefacenti. Le ricerche esistenti sul rapporto causale tra disturbi psichiatrici e disturbi derivanti da sostanze stupefacenti non portano ad alcuna conclusione. I sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente. Dalle ricerche emerge che i disturbi psichiatrici e della personalità di solito si manifestano prima dei disturbi derivanti dall'uso di sostanze, vale a dire accentuano la suscettibilità individuale a tali problemi; tuttavia, i disturbi psichiatrici possono essere anche aggravati dal consumo di sostanze stupefacenti oppure possono manifestarsi in parallelo. Il consumo di sostanze, allo stesso modo, può essere considerato anche come una componente o il sintomo di un disturbo psichiatrico o della personalità, oltre che come un tentativo di automedicazione da parte del paziente. Il fatto che il consumo di sostanze vada ad alleviare le manifestazioni dello stress incoraggia lo sviluppo della dipendenza. Nel momento in cui il consumo di stupefacenti viene interrotto, ad esempio con un trattamento di disassuefazione o con una terapia sostitutiva, i sintomi possono ricomparire. Le psicosi acute indotte da sostanze stupefacenti caratterizzavano in particolare i consumatori di cocaina, anfetamine ed allucinogeni, le quali, di solito, si attenuano relativamente in fretta. Può essere però molto difficile operare una distinzione tra i sintomi che sono dovuti all'intossicazione da sostanze e gli episodi psicotici privi di correlazione.

Rispetto alla patologia della Doppia Diagnosi sono state evidenziate quattro categorie differenti:

- ✓ Una diagnosi primaria di malattia mentale, con diagnosi successiva di abuso di sostanze stupefacenti, che incide negativamente sulla salute mentale.
- ✓ Una diagnosi primaria di tossicodipendenza con complicanze psichiatriche che conducono alla malattia mentale.
- ✓ Una diagnosi di abuso di sostanze concomitante con i disturbi psichiatrici.
- ✓ Una doppia diagnosi di abuso di sostanze e disturbi depressivi, ascrivibili entrambi ad una preesistente esperienza traumatica.

La valutazione regolare dei disturbi psichiatrici e della personalità non sempre rientra nelle procedure diagnostiche standard applicate all'inizio del trattamento nei servizi per le tossicodipendenze.

La difficoltà principale che si può riscontrare rispetto a tutto questo è che la comorbilità è notoriamente difficile da diagnosticare soprattutto a causa della tossicodipendenza che, con gli effetti imponenti che provoca, domina spesso il quadro clinico e nasconde i sintomi psichiatrici. Allo stesso modo l'abuso di sostanze può provocare alcuni sintomi di natura psichiatrica difficilmente distinguibili dai veri e propri disturbi psichiatrici; la disassuefazione o l'intossicazione acuta, dal canto loro, possono anche provocare quasi tutti questi disturbi. Inoltre, mentre la depressione e l'ansia possono rientrare nella sintomatologia del ciclo intossicazione-disassuefazione, i sintomi che tendono ad essere attenuati dalle sostanze possono manifestarsi in situazioni di astinenza o nel corso delle terapie sostitutive.

I progressi metodologici hanno migliorato la diagnosi di entrambi i disturbi sia di natura psichiatrica che derivanti dal consumo di stupefacenti. Sono oggi disponibili numerosi strumenti standardizzati e convalidati a disposizione dello psichiatra o del criminologo clinico, che misurano sintomi psichiatrici e disturbi della personalità, nonché il livello dei modelli di consumo degli stupefacenti e della dipendenza. Tra questi ricordiamo, ad esempio, l'Addiction Severity Index (ASI): un'intervista costruita allo scopo di raccogliere informazioni sulla gravità della dipendenza. Questo valido strumento viene definito plurifunzionale tanto da essere utilizzato per la diagnosi, la programmazione della terapia, il successivo follow up e la ricerca. L'ASI ha il vantaggio di essere pluridimensionale, di misurare quindi i problemi passati e presenti in sette aree differenti:



- a) Lo stato di salute.
 - b) Occupazione ed autosufficienza del soggetto.
 - c) Il consumo di alcool.
 - d) Il consumo di sostanze stupefacenti.
 - e) Lo stato civile.
 - f) Le relazioni familiari e sociali.
 - g) I sintomi psichiatrici.
- (EMCDDA, 2004)¹³

¹³ Eaton, G., Morleo, M., Lodwick, A., Bellis, M. A., & McVeigh, J. (2005). United Kingdom Drug Situation. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2004 Edition. London: Department of Health.

2.5. *Caratteristiche principali del soggetto tossicodipendente con disturbo borderline di personalità*

Il Disturbo Borderline di Personalità (DBP) viene considerato il più diffuso nella popolazione tossicodipendente, accanto ad altri disturbi di personalità. Si tratta di un disturbo pervasivo in quanto colpisce tutte le principali aree del funzionamento psichico; è, infatti, caratterizzato da una marcata instabilità dell'umore, dell'immagine di sé, delle relazioni interpersonali e del comportamento. Oltre ad essere riconosciuto come uno dei disturbi di personalità più diffusi nella popolazione in generale, interessando circa l'1-6% degli adulti, si è osservato che la sua prevalenza aumenta considerevolmente nei soggetti in trattamento per DBP e abuso/dipendenza da sostanze psicoattive (Disturbo da Uso di Sostanze DUS), per quanto ancora oggi le stime disponibili presentino una variabilità molto elevata.

La ricerca epidemiologica e la pratica clinica suggeriscono, altresì, che i tossicodipendenti in comorbilità psichiatrica con DBP sono in costante crescita, determinando nuove sfide per i servizi penitenziari deputati alla custodia, cura e riabilitazione di tali soggetti. Il DBP è infatti un disturbo molto complesso da trattare a causa dell'intreccio di disregolazioni di tutte le principali aree di funzionamento, ovvero cognitiva, comportamentale, emotiva, interpersonale e della rappresentazione di sé; *la presenza contemporanea dell'abuso di droghe tende ad aggravare e cronicizzare la sintomatologia del DBP, dilatando e peggiorando il decorso della patologia tossicomane* (Molteni & Pellegrini, 2013)¹⁴. Questo tipo di doppia diagnosi, oltre che essere così frequente, è particolarmente grave, sia sul versante psichiatrico che su quello della tossicomania. Per quanto riguarda l'aspetto psicopatologico del DBP, esso si palesa con una sintomatologia quanto mai multiforme, con manifestazioni confuse (e confusive) prevalentemente di tipo nevrotico, ma che lasciano intravedere un'implicazione psicopatologica più seria: angoscia di frammentazione, perdita del senso di sé, sintomi bizzarri, processi primari del pensiero, aggressività auto ed etero diretta, impulsività incontrollata, nonché abuso di alcol o sostanze.

¹⁴ Molteni, L., & Pellegrini, G. (2013). Tossicodipendenza e disturbo Borderline di personalità. Uno studio sui pazienti afferenti ai Ser. D. della provincia Autonoma di Trento. *Italian Journal on Addiction*, 3(5).

Sul versante tossicomano, la situazione si presenta in maniera non meno complessa: questi sono infatti i tossicodipendenti più a rischio di overdose e di gravi patologie mediche correlate all'uso di sostanze (HIV, Epatiti, ecc.), ad elevato rischio suicidario che quasi sempre si portano alle spalle una serie di fallimenti terapeutici; inoltre sono non solo abusatori occasionali di sostanze, ma dipendenti spesso poli-tossicofilici, essendo legati all'assunzione contemporanea di molteplici sostanze d'abuso (oppiacei, cocaina, alcool, psicofarmaci, ecc.), esse stesse, magari, induttrici di ulteriori disturbi sia somatici che psichiatrici (Damiani, Trinciarelli & Zane, 2012)¹⁵.

Il percorso terapeutico e riabilitativo del soggetto tossicodipendente con DBP risulta complicato da una maggiore frequenza di comportamenti auto-distruttivi (overdose, autolesionismo, scambio di siringhe, ecc.), da una scarsa motivazione al trattamento, dall'instabilità e caoticità delle relazioni con i terapeuti, gli educatori ed i criminologi stessi, da livelli di compliance al piano terapeutico inferiori, da una frequenza maggiore di recidive tossicomane e da outcomes peggiori; non è da trascurare, inoltre, la frequente comorbidità di questi soggetti, che *complica ulteriormente la possibilità di formulare diagnosi ed interventi adeguati.* (Molteni & Pellegrini, 2013)¹⁴. Dal quadro descritto fino ad ora, risulta chiaro che la struttura penitenziaria (nel caso in cui il soggetto si sia reso responsabile di un atto criminoso) non può rappresentare il setting terapeutico e riabilitativo adeguato. Il criminologo, gli educatori, gli psichiatri e gli psicoterapeuti, ma anche gli agenti di polizia penitenziaria si trovano a dover fronteggiare una situazione estremamente complessa, in quanto tali soggetti, all'interno della popolazione reclusa, rappresentano un elemento di alta instabilità relazionale.

Il CREST (Centro Medico per i disturbi di personalità e tossicomania-Milano) ha compiuto una ricerca su un campione di 78 adulti tossicomani trattati all'interno dell'Istituto penitenziario, somministrando il questionario PDQ (Personality Disorder Questionnaire). Si tratta di uno strumento validato ideato per formulare la diagnosi di disturbo di personalità. I risultati sono riassunti nella tabella 1:

¹⁵ Damiani, A., Trinciarelli, G., Zane P., (2012). Tossicodipendenza e disturbi gravi di personalità: un'ipotesi di trattamento psicoterapeutico. Associazione Psichiatria online Italia.

Tipo di disturbo	Percentuale
Disturbo paranoide	80.8%
Disturbo schizoide	24.4%
Disturbo schizotipico	64.1%
Disturbo antisociale	69.2%
Disturbo borederline	74.4%
Disturbo istrionico	83.3%
Disturbo narcisistico	79.5%
Disturbo di evitamento	64.1%
Disturbo dipendente	60.3%
Disturbo ossessivo-compulsivo	41.0%
Disturbo passivo-aggressivo	56.4%
Disturbo auto frustrante	47.4%

Tabella 1.

Esaminando i dati fin qui citati si possono fare in primo luogo due osservazioni: vi è una certa concordanza nel reperimento di disturbi di personalità nei soggetti tossicodipendenti ma soprattutto ogni paziente esaminato è risultato portatore di più di un disturbo di personalità (Rovera, 1996)¹⁶.

Ciò può essere confermato dalla presenza di alcuni sintomi in comune tra il Disturbo Borderline e i Disturbi dell'Umore, in particolare il Disturbo Bipolare II. In entrambi i disturbi, infatti, sono presenti oscillazioni tra stati depressivi e momenti di euforia o di umore elevato caratterizzato da prevalente irritabilità. Condizione che spesso, associata alla necessità di reperire denaro con lo scopo di acquistare sostanze, porta il soggetto a compiere azioni criminose tipo rapine, rapine violente, furti e danneggiamenti contro il patrimonio e/o la persona. Tale fase, tuttavia, è caratterizzata da disregolazione emotiva pervasiva e le oscillazioni dell'umore sono più facilmente dipendenti dal contesto. È chiaro quindi, come la pena commisurata a tali soggetti dovrebbe tenere in considerazione tali variabili e considerare l'opportunità del trattamento di custodia in strutture alternative alla struttura carceraria, essendo il setting causa di recrudescenza della sintomatologia.

Il disturbo mentale, in generale, ed il disturbo di personalità, in particolare, si collocano sicuramente, per diversi motivi concomitanti, tra i fattori di rischio più importanti per la tossicodipendenza: la mancanza di controllo sulla forte impulsività e la disorganizzazione cognitiva,, tipiche di certuni

¹⁶ Rovera, G. G. (1996). La “Hybris” del paziente borderline. ROVERA, GG (a cura di), Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici. CSE, Torino, 3-26.

dei suddetti disturbi, possono indurre all'abuso di sostanze; in più in tali soggetti troviamo una vulnerabilità di base rispetto alle sollecitazioni dell'ambiente, che spesso è socialmente svantaggiato e quindi facilitante l'accesso alle sostanze stesse. *Inoltre il tentativo di sedare emozioni troppo forti per l'io fragile di questi soggetti, quali la rabbia, la delusione o la vergogna, può agire da spinta inarrestabile all'uso di sostanze* (Damiani, Trinciarelli & Zane, 2012)¹⁵.

La prognosi e la riabilitazione sono più sfavorevoli in presenza di scontri fisici, tratti antisociali, abuso massivo di alcool e droghe, tratti paranoidi. Il comportamento autolesionista (che comporta frequentemente tagli, maggiormente agli avambracci) ed i tentativi di suicidio che possono diventare ricorrenti, sono tra i tratti più eclatanti del disturbo ma non sempre presenti. In genere questi atteggiamenti anti conservativi potrebbero far pensare, a volte erroneamente, alla presenza di un disturbo depressivo maggiore. Lo sviluppo di dinamiche di tensione e dolore che si esprimono con irritabilità, aggressività, conflittualità ed incapacità a sopportare i limiti e gli impegni, chiusura ed op positività, nonché incapacità di stabilire e continuare le relazioni, portano presto o tardi al “drop out”, ossia interruzione precoce non concordata della terapia e del programma rieducativo. *Il soggetto mette in atto un intervento fondamentalmente errato che riproduce e rafforza la stessa disfunzionalità che voleva modificare. In particolar modo egli non vorrà mettere distanze e limiti dall'ambiente disfunzionale che lo circonda, con l'illusione ed una presunzione smisurata di poter cambiare gli altri anziché sé stesso, di potersi costruire un'autonomia fondata su obiettivi esterni, su soluzioni concrete di vario ordine, più che una presa di coscienza e di distanza emotiva dalle dinamiche in gioco* (Floriani, 2014)¹⁷.

L'abbandono

Il soggetto con DBP si caratterizza per la percezione che vi sia in sé qualcosa di profondamente sbagliato, mostruoso, folle, inetto, per cui è in uno stato di continua auto invalidazione, denigrazione e rabbia verso sé e gli altri. È presente il timore continuo di poter essere facilmente ferito ed abbandonato: tale rappresentazione può essere accompagnata da sintomi tipo ansia, paura o disturbi dissociativi. La paura costante è quella di essere

¹⁷ Floriani, A., (2014). Trattamento doppia diagnosi.

abbandonato, e proprio da questa derivano i suoi sforzi titanici per evitare di abbandoni reali o solo temuti. Questi soggetti, infatti, sperimentano emozioni intense e devastanti e le manifestano in modo molto drammatico. Proiettano spesso le loro inadempienze sugli altri, sembrano vittime degli altri quando ne sono spesso i carnefici e si comportano in modo diverso nel giro di qualche ora o, a volte, minuti. Ciò che più desiderano è essere protetti ed accuditi, per cui espongono in modo manifesto ed emotivamente intenso la loro richiesta. Percepiscono e si aspettano che l'interlocutore reagisca trascurandoli, abbandonandoli o maltrattandoli e proprio per questo, reagiscono con rabbia all'ingiustizia subita. *Segue un breve periodo di chiusura ed introspezione al fine di auto tutelarsi ed evitare nuovi abbandoni, ma presto la necessità ed il bisogno di accadimento si riattiva e inizia così un nuovo ciclo di questo tipo* (Borderline, 2016)¹⁸.

Il criminologo clinico, durante il primo colloquio deve tenere in considerazione tale ciclicità, anticipando il soggetto nella risposta ai suoi bisogni. Dovrebbe quindi, proporre un colloquio basato sull'accettazione dell'altro, sulla presa in carico e sull'ascolto empatico.

L'ansia

Anche i disturbi d'ansia hanno una buona comorbilità con l'uso di sostanze: come dimostrato in diversi studi questi individui tendono ad assumere principalmente sostanze ad azione sedativa con giustificazioni auto-terapiche improprie. In letteratura è riportata una stretta relazione tra Disturbi da Attacchi di Panico (DAP) ed uso/abuso di cannabis con aumento, rispetto alla popolazione generale, sia del numero degli attacchi di panico che della durata della malattia. Tale relazione viene spesso sottostimata e misconosciuta dagli assuntori che attribuiscono erroneamente proprietà ansiolitiche ai cannabinoidi.

La relazione di tipo causale che unisce il disturbo d'ansia generalizzata e la fobia sociale con il Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) appare essere biunivoca e può essere immaginata come un circuito chiuso: l'ansia spinge alla sperimentazione delle sostanze e si ripresenta, essa stessa, come sintomo caratteristico delle fasi astinenziali, divenendo così il principale fattore di mantenimento del comportamento d'abuso,

¹⁸ “Borderline”, (2016), ©2016 Centro TMI – Terapia Metacognitiva Interpersonale – Roma, tratto da sito web il 29 agosto 2016: www.centrotmiroma.altervista.org/wp/?page_id=440

potenziando anche la sintomatologia ansiosa che si voleva medicare (Costantini, 2015)¹⁹.

La manipolazione

Data l'elevata correlazione tra abuso di sostanze e disturbi di personalità del “cluster B”, di cui si è già detto, non ci stupiremmo di trovare nel tossicodipendente la disonestà e la menzogna del disturbo antisociale, la cronica sensazione di vuoto e le condotte suicidarie del disturbo borderline, e, infine, la mancanza di empatia caratteristica del disturbo narcisistico con il conseguente disconoscimento dei bisogni altrui e la tendenza a strumentalizzare gli altri (Muscara & Zipparrì, 2009).

Proprio per questo motivo spesso tali soggetti instaurano relazioni interpersonali estremamente arbitrarie, dove cioè l'altra persona deve sottostare a regole molto rigide ed inaccettabili, rimanendo a sua costante disposizione in modo pressoché assoluto senza avanzare alcuna critica od osservazione per non scatenare crisi di rabbia e frustrazione. A causa di questo atteggiamento però, naturalmente costruiscono relazioni non solide e durevoli nel tempo come spererebbero. Di conseguenza vengono attuati comportamenti manipolatori atti ad evitare l'abbandono o per attirare l'attenzione o *suscitare compassione nel suo “salvatore”* (Forward, 2013). Tutte quelle elencate precedentemente sono caratteristiche che hanno genericamente a che fare con la “manipolatività” del tossicomane. *Possono trovare una singolare coincidenza con la descrizione psicopatologica del “caratteriale ostile-dipendente” che vive sfruttando gli altri e dipendendo da coloro con cui instaura un rapporto simbiotico-parassitario* (Muscara & Zipparrì, 2009)²⁰.

La vera e propria manipolazione si realizza, però, con l'intento di raggiungere un obiettivo desiderato con l'uso dell'inganno, di un tranello o di una imposizione, senza riguardo per gli interessi di coloro che sono usati nel processo. Gunderson ha definito la manipolazione come *“questi sforzi con i quali diversi sotterfugi sono usati per controllare o per*

¹⁹ Costantini, G., (2015). La doppia diagnosi: ad ogni disturbo le sue sostanze. State of Mind© 2011-2016.

²⁰ MUSCARÀ, S. (2009). La speciale (rectius: speciosa) disciplina della tutela cautelare in materia di atti volti al recupero di aiuti di Stato. AA. VV., “Agevolazioni fiscali e aiuti di Stato”. a cura di M. Ingrosso e G. Tesauro, Jovene editore.

ottenere supporto dagli altri. Tipiche modalità comprendono lamentele somatiche, azioni provocatorie o messaggi fuorvianti come pure gli atti auto lesivi”. Altri autori, descrivendo certi atteggiamenti sprezzanti, certe deliberate modalità di creare intralci o di insinuare argomenti, rifiutandosi poi di ascoltare o di rispondere, pongono la questione se la manipolazione sia un tipo di aggressione o un altro comportamento deliberatamente ingiurioso ed in particolare se il comportamento auto lesivo dei borderline deve essere sistematicamente inquadrato come manipolatorio (Cernuto, n.d.).

Durante il colloquio, il criminologo clinico, dovrà essere pronto a gestire i sentimenti positivi o negativi del soggetto e la percezione che questi ha nei suoi confronti. È utile porre dei limiti chiari nei ruoli e nei comportamenti; questi limiti sono norme etiche e pratiche che facilitano il clinico nella raccolta dei dati e delle informazioni necessarie, senza che il soggetto lo confonda distorcendo la percezione della realtà. Tali soggetti spesso assumono diversi ruoli, che sovente possono dipendere dalle interazioni sociali e dalle situazioni. Alcuni di questi ruoli includono: la vittima, il persecutore e il salvatore. Se l’individuo assume un ruolo specifico (la vittima) gli altri possono essere indotti ad assumere un ruolo complementare (il salvatore o il carnefice). *Il criminologo clinico, deve quindi essere consapevole del proprio stato di benessere e del proprio equilibrio, poiché si corre il rischio di essere trascinati nel gioco di ruoli disfunzionali (Blanco, 2010)²¹.*

²¹ Blanco, S., (2010). Elementi predittivi di successo/insuccesso nella psicoterapia del paziente con doppia diagnosi.

CAPITOLO 3

3.1. L'ordinamento penitenziario italiano: storia ed evoluzione

Il termine “penitenziario” (che in tante occasioni ricorre quando si parla dell'argomento istituti di pena) potrebbe essere considerato sinonimo del termine “carcerario”, per chi non ne conosce l'origine e gli sviluppi di contenuto e di finalità che esso ha assunto nel tempo. Per chi, al contrario conosce tale origine e tali sviluppi, specialmente recenti, potrebbe essere considerato anacronistico. Invece, non è così. Infatti, quel termine, oltre ad essere più ampio di quello “carcerario”, in quanto si estende alla vigilanza dei soggetti sottoposti a misure limitative della libertà.

Si è detto che il termine “penitenziario” è legato ad un momento lontano della storia del carcere ed è noto quanto questa storia sia triste e dolorosa. La pena sorse ispirata al concetto di “vendetta” e per lunghi secoli si realizzò essenzialmente nella “pena corporale” (flagellazione, mutilazione, ecc.).

Il carcere sorse quale mezzo cautelativo per impedire al reo di sfuggire al giudizio e all'inflizione della pena. A tale scopo, era usato qualunque luogo da cui fosse impossibile fuggire, per cui le carceri consistevano nell'adattamento di ambienti orridi, spesso sotterranei, privi di spazio, carenti di aria e di luce. Da ciò si evince che possono ritenersi valide ambedue le etimologie della parola “carcere” su cui discutono gli studiosi: *coercio* (rinchiudo, rinserro) e *carcere* (sotterro, tumulo).

Per quanto riguarda la pena, vi furono in epoche successive le note limitazioni della *lex taglionis*, che introdusse il principio ancora attuale della proporzionalità tra fatto dannoso e pena.

Quando si affermò il potere pubblico, i delitti si trasformarono, per la maggior parte, da delitti privati in delitti pubblici, i quali divennero di conseguenza direttamente puniti dallo Stato. Pressoché contestualmente, le prime forme di carcere privato scomparvero, per dar luogo alle carceri pubbliche. La pena pubblica restò concettualmente una vendetta, ma non più privata, bensì sociale, a seconda della concezione religiosa o laica dello Stato, e continuò ad essere, in modo prevalente, di tipo corporale e a realizzarsi in forme severe e crudeli. Anche il carcere continuò ad essere,

salvo rare eccezioni, un luogo di sofferenza fisica e morale, spesso atroce. È stata la Chiesa a sopprimere, verso la fine del X secolo, nell'interno delle sue istituzioni, le pene corporali, sostituendole con le prigioni-monastero per i chierici colpevoli di delitto.

In tali prigioni venne reso obbligatorio il sistema penitenziale, a cui all'epoca si sottomettevano volontariamente i peccatori animati dallo spirito di mortificazione.

Attraverso la penitenza, il colpevole doveva pervenire al pentimento e, quindi, al suo riavvicinamento a Dio, cioè alla sua emenda. Questa fu la prima forma di pena detentiva che la storia registra, dalla quale prese appunto il termine *penitenziario*.

Fuori dall'ambito della Chiesa, la pena restò di tipo corporale e, di fronte al dilagare e all'aggravarsi delle forme di delinquenza, divenne sempre più ampiamente applicata in modo atroce. Il carcere continuò ad essere un mezzo cautelativo per assicurare il colpevole alla giustizia e all'esecuzione delle pene corporali e ad essere, nel contempo, salvo rare eccezioni, un luogo di sofferenza fisica e morale.

Soltanto nell'arco dei secoli XVI e XVII, di fronte all'inefficienza delle pene corporali, cominciò ad affermarsi, ad iniziare da alcune città del Baltico, l'idea di sostituire dette pene con la detenzione (reclusori). Nacquero così le prime forme di edilizia penitenziaria caratterizzate dal sistema cellulare (fra cui vanno ricordati il carcere di Rasp-Huis ad Amsterdam, le Carceri Nuove in via Giulia a Roma e la Casa di correzione per ragazzi “discoli” in piazza di Porta Portese a Roma) per consentire l'isolamento notturno, allo scopo di combattere i danni morali della promiscuità. Il sistema a fondamento di tali istituzioni era naturalmente ispirato al concetto di penitenza, finalizzato alla rigenerazione morale dei soggetti.

A testimonianza impressionante di tale situazione restano numerosi scritti, fra cui sono da ricordare quelli famosi dell'inglese John Howard (1726-1790), ai quali si accompagna l'altrettanto famoso libro “Dei delitti e delle pene” di Cesare Beccaria (1738-1794).

Howard non si limitò a denunciare il tragico stato delle prigioni nel mondo, ma formulò realistiche proposte ispirate ai modelli del predetto carcere olandese e della citata Casa di correzione di Porta Portese a Roma, costruita nel 1703 da papa Clemente XI. Le idee di Howard, dopo la sua morte, dettero luogo alla teoria dei sistemi penitenziari, dalla quale nacque

una polemica che durò fino al Congresso penitenziario di Praga del 1930.

Il primo sistema, che iniziò ad attuarsi nel 1790 nello stato di Pennsylvania (prigione di Walnut-Street in Filadelfia), era ispirato ad una interpretazione quacquera del pensiero di Howard; consisteva, infatti, nella segregazione continua ed assoluta del condannato, che avrebbe dovuto portarlo, attraverso la penitenza, alla sua rigenerazione morale.

Il secondo sistema, che iniziò ad attuarsi nel 1816 nello Stato di New York (prigione di Auburn), era modellato sulla ricordata Casa di correzione di Roma: isolamento notturno e vita in comune durante il giorno con l'obbligo del silenzio e con la sottoposizione ad una rigorosa disciplina, per evitare i temuti danni della promiscuità.

Il terzo sistema, che fu sperimentato in Irlanda nel 1859 (prigione di Luck), consisteva in quattro stadi progressivi: isolamento continuo, regime auburniano, campo di lavoro all'aperto e liberazione anticipata in prova. Come si vede, col decorrere del tempo, si passò concettualmente dal sistema della penitenza a quello del riadattamento sociale del condannato, da conseguirsi mediante la religione, il lavoro e la disciplina, elementi del trattamento segnalati come fondamentali dall'Howard.

I tre sistemi, come si è accennato, furono oggetto di una lunga polemica in sede di studi e, soprattutto, di dibattiti congressuali.

La nuova corrente di pensiero in tema di penalità, che prese le mosse dall'indirizzo antropologico del medico carcerario Cesare Lombroso, fu successivamente elaborata da Raffaele Garofalo e da Enrico Ferri, prendendo il nome di Scuola positiva di Diritto penale, in contrapposto alla scuola tradizionale, che venne definita per contrasto Scuola classica. La Scuola positiva influì sulla predetta polemica a cominciare dal Congresso internazionale penitenziario di Cincinnati del 1870.

Dell'incidenza del nuovo movimento di idee nel nostro Paese è testimonianza il Regolamento per le carceri e i riformatori governativi del 1891, che seguì all'emanazione del Codice penale Zanardelli del 1889.

Gli studi e i Congressi nazionali e internazionali continuarono a dibattere la materia penale e penitenziaria, sotto la spinta dei nuovi orientamenti nel campo giuridico e criminologico, che ponevano sempre più la loro attenzione sulla esecuzione penale.

Il Ferri, dopo che il suo famoso progetto di Codice penale del 1921 fu insabbiato, si adoperò perché fossero create le premesse di una riforma penale che, anche se ancora imperniata sui concetti classici della pena,

realizzasse la possibilità di modificare dal punto di vista giurisdizionale la pena nel corso della sua esecuzione, in relazione all'esito del trattamento penitenziario. Egli appoggiò, quindi, gli studi ordinati fin dal 1917 dal ministro dell'Interno on. Orlando relativi al passaggio dell'Amministrazione penitenziaria dal ministero dell'Interno a quello della Giustizia, sede che appariva più opportuna per l'attuazione del predetto intento. La riforma penale Rocco del 1930 si mantenne, equidistante nei confronti del dibattito tra Scuola classica e quella positiva, ispirandosi all'indirizzo tecnico-giuridico. Essa, infatti, attuò il cosiddetto sistema del doppio binario: ha conservato, cioè, la pena nella sua essenza e nelle finalità tradizionali, ponendo, però, accanto ad essa (ad integrazione o surrogazione) le misure di sicurezza. In aderenza agli orientamenti dottrinali, il nuovo legislatore penale prevede l'intervento del giudice nell'esecuzione penitenziaria, che denominò *giudice di sorveglianza*, attribuendogli rilevanti poteri decisori nel processo di sicurezza successivo al giudizio di cognizione ed affidandogli funzioni di vigilanza, deliberative e consultive nell'esecuzione delle pene detentive.

Alla riforma penale seguì il Regolamento per gli istituti di prevenzione e di pena, approvato con regio decreto 18 giugno 1931, n. 787, emanato in forza dell'art. 1 della legge 31 gennaio 1926, n. 100, sulla facoltà del potere esecutivo di emanare norme giuridiche. La riforma si completò con le norme istitutive del Tribunale per i minorenni del 1934, con il Regolamento per le Case di rieducazione per i minorenni del 1939 e con l'ordinamento giudiziario del 1941.

La nuova normativa penitenziaria, infatti, attuò nel campo dell'esecuzione delle pene e delle misure di sicurezza detentive il principio penalistico dell'individualizzazione ai fini del reinserimento sociale dei condannati. Tale normativa, inoltre, regolamentò in modo tassativo gli interventi del giudice di sorveglianza nell'esecuzione penitenziaria a titolo di vigilanza e a carattere deliberativo, onde evitare ogni possibile conflittualità con gli organi centrali e periferici dell'Amministrazione penitenziaria.

La legislazione penitenziaria del 1931 continuò ad adottare per le lunghe pene il sistema progressivo, prevedendo uno “stage” dei condannati negli stabilimenti di riadattamento sociale prima di fruire della liberazione condizionale. Nel 1937 venne approvato il nuovo Regolamento per il Corpo degli Agenti di custodia (r.d. 30 dicembre, n. 2584 e successive modificazioni), il quale, nel disciplinare i compiti dei componenti del Corpo, pose l'accento sulla finalità rieducativa delle pene.

L'ordinamento penitenziario italiano è regolato e sancito dalla Legge 26 luglio 1975 n.354. L'importanza del rispetto della dignità umana, dell'imparzialità di trattamento sono i principi che hanno ispirato il legislatore nella stesura di questa Legge.

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.) è uno dei quattro dipartimenti in cui si divide il Ministero di grazia e giustizia italiano, e da esso dipende il Corpo di Polizia penitenziaria. Sul territorio il DAP è articolato e suddiviso in provveditorati regionali, i quali hanno competenza ed autonomia amministrativa.

Con la Riforma dell'ordinamento penitenziario, Legge 23 giugno 2017 n.103 si è notevolmente snellita l'organizzazione delle diverse forme di istituti presenti sul territorio nazionale. Ad oggi gli istituti per adulti si distinguono in:

1. Istituti di custodia cautelare.
2. Istituti per l'esecuzione delle pene.
3. Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza.
4. Centri di osservazione.

Gli istituti di custodia cautelare a loro volta si suddividono in case circondariali e case mandamentali, ai sensi dell'articolo 60 della Legge 354/75. Nelle prime i detenuti, in attesa di giudizio sono a disposizione di qualunque autorità giudiziaria, mentre nelle seconde quelli a disposizione del Pretore. Nel 1998 il D. Lgs. N.51 ha soppresso la figura del pretore, quindi ad oggi la distinzione tra le due tipologie risulta pleonastica.

Gli istituti per l'esecuzione delle pene, secondo quanto stabilito dall'art. 61 della L.354/1975²² sono le case di arresto per l'espiazione della pena dell'arresto e le case di reclusione, per l'espiazione della pena della reclusione. Le case di arresto non sono mai state istituite a causa di difficoltà di carattere organizzativo dovute anche all'esiguo numero di condannati a questa pena.

Sezioni di case di reclusione, secondo quanto stabilisce la stessa norma, possono essere istituite presso le case di custodia circondariali. Per esigenze particolari vi può essere anche una diversa assegnazione dei condannati, secondo le regole stabilite dall'art. 110 del D.P.R. 30 giugno 2000, n.230 (regolamento di esecuzione): i condannati alla pena della reclusione, o con un residuo pena non superiore a due anni e che non

²² Legge n°663 del 10/10/1986 che modifica la Legge n°354 del 1975. Norme in tema di Ordinamento Penitenziario.

presentino particolari problemi di custodia, possono essere assegnati anche alle case mandamentali; i condannati alla pena dell'arresto e i condannati ad una pena, o con un residuo di pena, non superiore a cinque anni, possono essere assegnati alle case circondariali.

Per quanto concerne gli istituti per le misure di sicurezza detentive, la riorganizzazione risulta più complessa; il legislatore, della vecchia norma, ha salvato alcune forme di restrizione della libertà:

- ✓ Le colonie agricole.
- ✓ Le case di lavoro.
- ✓ Le residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS).

Quest'ultime dal 1 aprile 2015 hanno sostituito le case di cura e custodia e gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG). Tali strutture sono il luogo in cui, su decisione del Giudice, può essere destinato un reo dichiarato incapace di intendere e di volere. Tale disposizione può avere, tuttavia, carattere residuale, cioè prima di disporre l'ingresso in REMS è necessario prendere in considerazione tutte le altre possibilità, tra quelle non detentive. Mentre negli OPG vi era la possibilità di rimanervi per un tempo indeterminato, la nuova legge prevede che la durata di una misura di sicurezza in REMS non possa essere superiore al massimo editabile della pena prevista per il reato. Al 17 febbraio 2017 le REMS funzionanti sono 30 per un totale di 604 posti con una presenza di 571 pazienti. Per quanto riguarda l'Emilia Romagna quelle già operative sono a Bologna e Parma.

3.2. Carceri italiane e “doppia diagnosi”: uno studio italiano

La condizione clinica che si manifesta sia come tossicodipendenza che come disturbo psichiatrico, solitamente nota come “Doppia Diagnosi” (DD), è attualmente una delle condizioni cliniche più difficili da riconoscere e trattare all’interno delle carceri.

In accordo con il DSM, alcuni dati mostrano che i disturbi in Asse I e i disturbi in Asse II sono comuni nei soggetti tossicodipendenti. Altri dati evidenziano che la percentuale di persone con un disturbo psichiatrico che usa sostanze è tra il 44 e il 74%. Una ricerca preliminare (Berto et al., 2005)²³ realizzata in due carceri italiane mostrava come il 55% di tossicodipendenti in carcere presentasse anche un disturbo psichiatrico.

La prevalenza dei sintomi psichiatrici nella popolazione generale è del 12%, nei tossicodipendenti del 60%, nei tossicodipendenti detenuti attorno all’85%.

L’obiettivo di questo studio è individuare l’incidenza di DD grazie al vasto campione di popolazione detenuta raggiunto. Un ulteriore obiettivo è fornire una linea guida per il miglioramento del trattamento di tali soggetti, la cui sintomatologia può essere amplificata dalla condizione di reclusione, provocando talora comportamenti autolesivi o suicidari.

Il campione è composto da 1298 detenuti provenienti da 19 strutture carcerarie del nord, del centro e del sud Italia. I detenuti hanno aderito su base volontaria allo studio. Il 90% di italiani ed il 45% di detenuti stranieri con diagnosi di tossicodipendenza ha scelto di partecipare allo studio, che consiste in quattro fasi:

1. Formazione del personale di polizia penitenziaria e degli operatori professionali del carcere.
2. Somministrazione del primo questionario di screening al campione di detenuti tossicodipendenti.
3. Somministrazione di tre strumenti psicodiagnostici.
4. Individuazione e realizzazione di programmi terapeutici individualizzati (farmacologici, psicologici individuali, psicologici di gruppo, combinati).

²³ Berto D. (2005). Tossicodipendenza e doppia diagnosi in carcere. Realtà e prospettive. Atti del convegno del 27 ottobre 2005. Roma Ministero di Grazia e Giustizia.

Per lo screening iniziale è stato utilizzato un questionario che consentiva di individuare se i soggetti fossero eleggibili per una più specifica e approfondita valutazione diagnostica (ASI-mod).

Il campione di 1298 detenuti è composto dal 70% di nazionalità italiana ed il 30% di nazionalità straniera. La gran parte dei soggetti sono uomini non coniugati. Per l'assessment sono stati utilizzati il test MMPI-II e l'intervista SCID II. All'interno del campione il 40% circa, ha una diagnosi unica di dipendenza, mentre il 60% circa, sono affetti da DD. Il disturbo antisociale è risultato il principale disturbo associato alla dipendenza ed il secondo disturbo è quello Borderline.

Questo studio ha evidenziato che almeno il 50% dei tossicodipendenti reclusi ha una condizione di DD. La popolazione detenuta con DD richiede trattamenti terapeutici particolari inerenti l'uso di sostanze ma anche, allo stesso tempo, trattamenti psichiatrici. Omettendo questi ultimi, si corre il rischio di rispondere solo parzialmente alle necessità di questa popolazione. Tale fallimento riabilitativo si ripercuote su tutta la popolazione detenuta, in quanto tali soggetti non sono detenuti separatamente dagli altri. Altri aspetti messi in luce da questo studio (e che richiederebbero ulteriori approfondimenti) sono:

- ✓ La necessità di uno psichiatra “speciale”, quale lo psichiatra con formazione transculturale, poiché un'alta percentuale di detenuti stranieri ha mostrato una DD.
- ✓ Il drop out dallo studio di detenuti stranieri tossicodipendenti potrebbe essere ridotto attraverso l'utilizzo di strumenti di ricerca nelle loro lingua di origine.
- ✓ La realizzazione degli interventi trattamentali richiede la collaborazione sia di personale specializzato che della polizia penitenziaria, auspicando la possibilità di coinvolgere questi ultimi negli interventi educativi degli istituti.

Allo stato attuale ciò che emerge con maggior urgenza è la necessità di un collegamento efficace con i servizi psichiatrici del territorio e le altre istituzioni presenti sul territorio. Il carcere attualmente è un luogo in cui persone sofferenti vengono “ristrette” e spesso la “punizione” prevale sulla cura e la riabilitazione.

Molti degli istituti penitenziari che hanno partecipato alla ricerca stanno tuttora proseguendo con le attività realizzate nella quarta fase dello studio.

3.3. Legge 30 maggio 2014 n.81: il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)

La Legge 30 maggio 2014 n.81 ha posto fine al lungo cammino per il superamento degli OPG in Italia. Una sola di queste strutture si discostava positivamente dalla valutazione nella valutazione della Commissione ministeriale: Castiglione delle Stiviere, rispetto alle 6 strutture presenti sul territorio nazionale (Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto, Montelupo Fiorentino, Napoli e Reggio Emilia). A fine settembre 2014 nelle strutture sopra citate erano presenti 826 soggetti, di cui 476 considerati dimissibili e 36 non valutabili. Fra le motivazioni che portavano a considerare i 314 internati “non dimissibili” si registravano le seguenti motivazioni:

- ✓ Cliniche 40,2%.
- ✓ Pericolosità sociale 16,9%.
- ✓ Non valutato/da rivalutare 14,9%.
- ✓ In attesa di provvedimento definitivo 5,6%.
- ✓ Altro 22,4%.

Nei 6 istituti esistenti gli internati avevano commesso nella maggioranza dei casi, reati contro la persona e, in minima parte, contro il patrimonio. Inoltre il 20% degli internati non era più socialmente pericoloso ma, pur dimissibile, era in attesa di trovare una collocazione territoriale, sia perché le strutture sul territorio erano già oberate di richieste, sia perché spesso mancano le possibilità di comunicazione tra mondo carcerario e territorio. In Europa, nel corso degli ultimi due decenni, è in atto un processo di re-istituzionalizzazione, con incremento dei posti letto di psichiatria forense e con aumento della durata dei trattamenti forensi. Un progetto europeo “Long Term Forensic Psychiatric Care” (LTFPC), sta lavorando a partire dalla variabilità dei programmi di trattamento e cura che si riscontra per via dei diversi ordinamenti giuridici, di differenti politiche e risorse nei paesi dell’Unione Europea.

Tre gruppi di lavoro italiani si stanno occupando dei tre principali filoni del progetto europeo:

1. Definizione delle caratteristiche dei pazienti che ricevono trattamenti di lunga durata.

2. Individuazione di buone prassi per i pazienti con trattamenti di lunga durata allo scopo di abbreviare i tempi.
3. Individuazione dei bisogni dei pazienti e miglioramento della qualità di vita.

La legge in Italia ha previsto la creazione delle REMS a carattere riabilitativo. Ognuna di esse ha una dotazione massima di 20 posti letto, di esclusiva competenza sanitaria, prevedono il rispetto di requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi, questi ultimi fondati sui principi del governo clinico (governance clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di standard assistenziali elevati, garantendo contemporaneamente la massima sicurezza.

Ancora oggi e sempre di più per il futuro, sarà necessaria una buona dose di flessibilità nell'applicazione di tale Legge a livello regionale e locale, in base alle situazioni oggettive, strutturali e territoriali peculiari e diverse da Regione a Regione. È, comunque, iniziata una nuova era, che idealmente segue alla Legge 180/1978 (L. Basaglia)¹¹, durante la quale si dovrà con determinazione perseguire l'obiettivo di curare e riabilitare le persone affette da disturbi mentali e autrici di reato al di fuori di istituzioni penitenziarie vere e proprie, ma sul territorio, con il coinvolgimento delle reti familiari e sociali e delle migliori risorse tecnico-scientifiche, e di monitorarne con accuratezza i processi e gli esiti. La figura del criminologo clinico trova ampio spazio proprio in tale contesto, affiancandosi allo psichiatra forense, nel valutare i determinanti diagnostici e prognostici della criminogenesi, che completano la valutazione di pericolosità sociale. Altro aspetto fondamentale è la compilazione del parere criminologico a completamento della relazione medica finalizzata alla stesura del piano riabilitativo e risocializzativo. Proprio nelle REMS, come nelle altre istituzioni, il criminologo svolge un ruolo fondamentale, sempre mantenendo una visione multi disciplinare.

3.4. La tutela del diritto alla salute del soggetto detenuto

La problematica concernente la salute in carcere coinvolge tematiche importanti come la salvaguardia dei diritti dei detenuti, le caratteristiche del trattamento, i poteri del magistrato di sorveglianza, la collaborazione inter-istituzionale. È in corso, infatti, un rilevante cambiamento dell'esecuzione della pena, penalità in quanto l'aumento dei reati sanzionati dalla detenzione, comporta rilevanti conseguenze non solo perché riempie lo spazio fisico delle carceri, ma anche perché incide su tutto il sistema penale, soprattutto in quello dei diritti e delle garanzie dei suoi *utenti*.

Il sovraffollamento delle carceri non è solo un trattamento degradante inflitto sul corpo e sulla dignità della persona, ma produce l'effetto di limitare, di ridurre i diritti soggettivi anche qualora non vi sia stata sul punto una consapevole scelta di politica penitenziaria. In carcere lo spazio fisico a disposizione del detenuto rappresenta la proiezione tangibile dei diritti e delle garanzie: infatti, più il sistema è garantista, meno si accanisce sul corpo e sulla sua incapacitazione.

Secondo Foucault²⁴, *il potere penale si esercita sul corpo e sulla sua immagine e, oggi come non mai, tale condizione sembra attuale, tanto che si è definito il carcere come l'ultima pena corporale che però, non si esercita più sul corpo fisico, ma sul corpo vivente che viene ora sottomesso a una politica di rieducazione ben più efficace in quanto ne riduce le relazioni con il mondo.*

Nell'attuale realtà penale, però, dopo l'atto pubblico del processo, con l'internamento, il corpo del soggetto perde visibilità, diventa oscuro, nascosto, dimenticato; neppure la circostanza che ci sia un giudice preposto a conservarne i diritti ha fatto sì, in questi quarant'anni, che le pareti del carcere diventassero effettivamente di vetro o comunque meno impenetrabili.

Il campo del diritto alla salute è soprattutto quello che risente della drammatica situazione descritta, ma forse anche quello in cui l'azione di tutela del diritto, considerato che l'interlocutore è ormai inter-istituzionale perché costituito non più soltanto dall'amministrazione penitenziaria, ma

²⁴ Foucault, M. (2012). *Discipline and punish: The birth of the prison*. Vintage.

anche da quella regionale, è suscettibile di produrre cambiamenti. La situazione attuale, ha fatto dire che noi operiamo in un sistema, quello penitenziario, in cui sembra che la carta dei diritti abbia creato dei diritti di carta.

Occorre innanzitutto chiarire che non esiste, nel nostro sistema giuridico, una nozione univoca di tutela della salute, coinvolgendo tale concetto varie discipline, diverse e concorrenti tra loro, che concorrono a formarlo: la medicina, il diritto, la sociologia, la psicologia, l'economia e la politica. Inoltre, i testi giuridici di riferimento, codice penale, costituzione repubblicana e quelli sovranazionali sono stati scritti in epoche storiche differenti e risentono di modelli valoriali e culturali diversi.

La stessa nozione giuridica di salute non è definita, tanto che si è detto che si tratta di una nozione polisemica che ha avuto nel tempo diversi significati. Infatti, nella storia dei vari ordinamenti statali, con il variare dei fini politici e delle condizioni socio economiche, la nozione del bene giuridico salute, si è modificata, ampliandosi. Vi è stato così un passaggio da una nozione individuale (necessità del singolo di essere curato) a una collettiva (interesse della comunità ad avere individui sani), che rappresenta il potenziato atteggiamento delle istituzioni verso la questione sanitaria. La Conferenza Internazionale della Sanità (New York, 1946) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definiscono la salute: *“uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie ed infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale”*. Da tale definizione è possibile individuare sia il compito precipuo dello Stato, che quello di apprestare l'attività di prevenzione dalle malattie ed eliminare quelle condizioni di non-benessere che sono di ostacolo ad una vita dignitosa, sia cosa debba intendersi per salute intesa come efficienza psico-fisica dell'individuo considerata non solo come bene individuale ma quale presupposto indispensabile per l'intera collettività.

È nozione generalmente acquisita che la tutela della salute, in quest'accezione, faccia parte del patrimonio giuridico inalienabile di ogni persona, indipendentemente da quale sia la sua condizione rispetto alla libertà personale, se cioè sia libera o detenuta. Proprio l'OMS ha emanato le direttive “Principio di equivalenza delle cure” con cui ha sancito l'esigenza di garantire al detenuto le stesse cure mediche e psicosociali che

sono assicurate a tutti gli altri membri della comunità. Da tale principio derivano altri due fondamentali diritti che devono essere perseguiti dal servizio sanitario nazionale (SSN):

- ✓ La garanzia dell’equità del diritto alla salute senza discriminazione alcuna, di censo, provenienza territoriale o condizione di detenzione, valevole per tutti i cittadini.
- ✓ La garanzia dell’equità delle cure erogate, cioè la garanzia dell’accesso, uguale per tutti, a cure uguali per tutti.

La Costituzione italiana ha definito la salute nell’Articolo 32, definendola sia come fondamentale diritto dell’individuo che come interesse della collettività. Lo Stato rappresenta l’interlocutore del cittadino titolare del diritto in quanto organo che deve assicurare la realizzazione dell’attività di prevenzione, cura e riabilitazione. La duplice valenza, privatistica e pubblicistica del diritto costituisce, proprio per i soggetti detenuti, la garanzia che non possa essere tollerata dal sistema giuridico una *deminutio* di entità tale da far degradare il sistema complessivamente al di sotto degli standard internazionali in materia: *“l’esecuzione della pena e la rieducazione che ne è finalità, nel rispetto delle irrinunciabili esigenze di ordine e disciplina, non possono mai consistere in “trattamenti penitenziari” che comportino condizioni incompatibili con il riconoscimento della soggettività di quanti si trovano nella restrizione della loro libertà”*. Inoltre, il diritto alla salute, così come garantito dalla Costituzione, è anche il diritto alla salute del soggetto detenuto. Tuttavia la Corte Costituzionale, ha specificato (in almeno 2 sentenze) che pur riconoscendosi in capo al cittadino la titolarità del diritto, sussiste la podestà del legislatore di modularne la fruibilità specificando che questa si realizza nei tempi, nei modi e con gli strumenti previsti dal legislatore ordinario. Il secondo comma dell’Art. 32 della Costituzione ha poi stabilito che: *“nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in ogni caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*.

Da qui il raccordo, soprattutto per quanto riguarda il secondo inciso e per i soggetti ristretti, con il principio di cui all’art.27 della Costituzione, la cui sintesi è poi trasfusa nell’articolo 146 c.p. che disciplina le ipotesi di differimento obbligatorio della pena. Occorre chiarire che la possibilità di sospendere l’esecuzione della pena per ragioni di salute rappresenta un’assoluta eccezione nel panorama giuridico europeo.



Infatti, in considerazione dello stato terminale della malattia, l'esecuzione della pena in carcere diventa, per il nostro legislatore, non più rispettosa della dignità della persona condannata e contraria al senso di umanità. Del pari, l'esecuzione in carcere non è stata ritenuta rispettosa della condizione della donna in stato di gravidanza e madre di un figlio di meno di un anno di età (art. 146 comma 1 lett. A c.p.)

Nella situazione attuale si verificano delle compressioni, delle limitazioni al diritto, che, pur non arrivando a violare l'art.3, sono tuttavia significative e segnano la distanza, la differenza, con la condizione di libero cittadino.

3.5. Il concetto di salute nel codice penale: salute fisica e salute mentale

La nozione di diritto alla salute per i detenuti non deve essere inquadrata soltanto con riferimento alle fonti giuridiche che stabiliscono il diritto stesso, ma anche riguardo al significato del concetto di salute, in senso meta-giuridico. La nozione scientifica ed anche culturale, oggi generalmente acquisita, individua nella salute una condizione di equilibrio tra corpo e mente per cui salute mentale e salute fisica sono intrinsecamente correlate (il picco del rischio suicidario è massimo nei primi 14 giorni dalla reclusione). Finalmente, dopo quasi tre secoli di predominio di una mentalità di derivazione illuminista che concettualmente aveva separato la mente dal corpo come due monadi distinte e non comunicanti, viene comunemente ritenuto che la salute della mente e quella del corpo interagiscono tra loro, ma non solo perché l'una influisce sull'altra, ma anche perché la mente e il corpo costituiscono due aspetti, due parti, di una sola persona che deve essere considerata nel suo insieme e non a pezzi distinti.

Ad oggi coesistono, nel nostro ordinamento, due sistemi normativi diversi tra loro che si occupano del malato psichico a seconda che questa persona debba affrontare una vicenda giudiziaria penale perché ha commesso un reato, oppure sia un cittadino libero che non ha commesso reati. Esiste così un doppio binario: da un lato la legislazione civile e amministrativa che riguarda il cittadino libero e che individua il malato mentale come titolare di una serie di diritti di valenza tale da imporre forti limitazioni alla potestà coercitiva del sistema sanitario. Dall'altro, un concetto di malattia mentale che, secondo il codice penale, per quanto riguarda i rei pericolosi, non può essere vissuta e curata dentro il carcere, ma in un sistema manicomiale fondato su un'ottica coercitiva e non di cura. L'O.P.G. rappresentava, infatti, la fusione di due istanze differenti, il carcere ed il manicomio, in un sistema in cui l'esigenza da tutelare è quella di preservare la collettività dal pericolo di recidiva rappresentato dal reo folle e non quello della cura del paziente, secondo una nozione culturale, quella dell'associazione tra malattia mentale e violenza, di derivazione lombrosiana, così radicata nella nostra cultura che, nonostante il tempo trascorso dalle teorizzazioni di Lombroso, permane ai nostri giorni la sostanziale diffidenza nei confronti del soggetto affetto da patologia psichiatrica.

La legislazione civile, inoltre, ha abolito il concetto di pericolosità che in precedenza alla Legge 180/1978 era insito in quello di malattia mentale e ha equiparato il malato psichico al malato fisico prevedendo soltanto in casi eccezionali il ricovero del primo nei reparti psichiatrici degli ospedali civili, trasformando così la cura da custodialistica-coercitiva a terapeutico-riabilitativa. All'interno del sistema penale esiste, invece, una bipartizione tra gli autori di reato, a seconda che siano afflitti da disagio psichico, in riferimento alla possibilità o meno di essere condannati e di espiare la pena in carcere o in altre strutture (REMS), bipartizione che non appare finalizzata alla migliore cura del reo affetto da disagio psichico e neppure alla predisposizione di un trattamento riabilitativo che si faccia carico di questo tipo di malattia, ma alla tutela della società dalla pericolosità sociale del condannato. Spesso dunque, esigenza di tutela della persona ed esigenza di tutela della società configgono.

Peraltro, occorre evidenziare che, l'attenzione verso l'imputabilità è presente soprattutto in casi in cui il reato appare aberrante o particolarmente efferato, mentre per le altre (e assai più diffuse) fattispecie di delitti, relativi a reati contro il patrimonio o in materia di stupefacenti, la presenza di disagio psichico non emerge in fase processuale, ma in sede di esecuzione della pena.

Del resto l'emarginazione sociale e disagio psichico sono condizioni molte volte sovrapposte e il carcere costituisce sempre di più un contenitore di persone che vivono in gravi condizioni di disagio e marginalità caratterizzata anche da disturbi psichici, sfuggita alle maglie dell'assistenza territoriale e per il quale il carcere rappresenta quasi una sorta di tappa obbligata (Venturini et al., 2010)²⁵. È evenienza non residuale, dunque, che entri in carcere una persona già affetta da una condizione di disagio psichico di cui peraltro non è consapevole, soprattutto di tipo para-psicotico come il disturbo di personalità, in particolare il disturbo borderline di personalità, narcisistico e antisociale, così come non è evenienza residuale che sia proprio il carcere ad amplificare tale disagio. La malattia, dunque, costituisce un elemento totalizzante in grado di condizionare l'esecuzione della pena, ma attraverso modalità differenti che si tratti di malattia del corpo o della mente.

La legislazione italiana, infatti, prevede la possibilità di sospendere l'esecuzione della pena del condannato affetto, ex art. 146 c.p., da una

²⁵ Venturini, E., Casagrande, D., Toresini, L. (2010). “Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e l'imputabilità del paziente.” Edizioni Franco Angeli, Milano.

malattia “così grave da non rispondere più ai trattamenti sanitari disponibili e alle terapie”, oppure affetto, ex art. 147 c.p., da una “grave infermità fisica”. La *ratio* di tali disposizioni, che costituiscono un’eccezione al principio che le pene inflitte devono essere espiate, si rinviene nell’Art. 27 della Costituzione che sancisce che le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e che devono avere una finalità rieducativa.

Tali norme, però, sembrano prevedere le ipotesi di differimento dell’esecuzione della pena non quando sopravviene una malattia della mente, ma soltanto quando si verifica una malattia che colpisca l’integrità del corpo fisico, ribadendo dunque, quella dicotomia tra due concetti in realtà inscindibili (Venturini et al., 2010)²⁵.

Occorre poi evidenziare che la definizione di grave infermità e di grave malattia non è presente nel testo normativo, ma è di origine giurisprudenziale. Pertanto, è necessario valutare se, in sede di giudizio sul differimento eventuale della pena, a fronte della difficoltà di individuare dei criteri univoci in una materia che non è la nostra, sia criterio prudenziale, nei casi medici più gravi o più complessi, in cui è difficile valutare lo stato di gravità della malattia psichica, disporre la C.T.U. (Consulenza Tecnica d’Ufficio). Lo strumento di valutazione ordinaria del magistrato di sorveglianza è costituito dalla relazione sanitaria che proviene dalla direzione sanitaria dell’istituto di pena, che dovrebbe esaustivamente e comprensibilmente indicare l’anamnesi della malattia, la sua origine e l’eventuale aggravamento nel tempo, la regolare assunzione della terapia e le ragioni addotte dal detenuto per giustificare il rifiuto, la possibilità di cura in carcere e all’esterno, compresi i tempi necessari per ottenere la visita, l’eventuale mancata rispondenza alle terapie e la possibilità o probabilità di eventi a rischio o acuzie improvvise. Tuttavia, poiché a volte la relazione sanitaria non è sufficiente a offrire elementi dirimenti ai fini della decisione, ecco allora che si pone il problema se disporre o meno la C.T.U. (Cass. Pen., sez I, 26 ottobre 2010 n.2448).

L’ipotesi di differimento della pena è stata ammessa più di recente dal Supremo Collegio quando si è in presenza di malattie psichiche di gravità tale da incidere gravemente sull’infermità fisica (ad esempio l’anoressia, che è disturbo di tipo psicotico grandemente invalidante oppure la depressione maggiore).

Una sindrome ansioso-depressiva può costituire causa di differimento dell’esecuzione della pena solo quando sia di gravità tale da indurre una



patologia fisica non fronteggiabile in ambiente carcerario o da rendere l’espiazione della pena contraria, per le eccessive sofferenze, al senso di umanità (Cass. Pen., sez. I, 8 maggio 2009 n. 22373).

È facile intuire come in uno scenario assai complesso come quello penitenziario italiano, manchi una figura di supporto allo psichiatra forense, all’educatore del carcere o anche solo al medico presente nell’istituto. Il criminologo con le sue specifiche competenze è in grado di completare la valutazione dello psichiatra in caso di un soggetto reo che richiede un trattamento differente alla pena detentiva, ma che in via prudenziale viene lasciato in carcere per l’elevato rischio di recidiva. In un contesto di questo tipo il criminologo, elaborando un’analisi completa della criminogenesi e della criminodinamica del reato commesso, in una valutazione più globale del contesto sociale e di vita del soggetto è in grado di predire in modo sufficientemente affidabile il rischio di recidiva; tale valutazione (parere criminologico), a completamento della consulenza psichiatrica potrebbero aiutare il magistrato di sorveglianza nella scelta corretta del regime da applicare al soggetto reo affetto da patologia di “doppia diagnosi”.

CAPITOLO 4

4.1. Caratteristiche della relazione con il soggetto con DBP e tossicodipendenza

Durante il primo approccio con tale soggetto, oltre al setting idoneo, occorre la professionalità degli operatori e la capacità di un approfondito assessment. Lo spessore umano e l'equilibrio personale di chi lavora è necessario con soggetti in doppia diagnosi; questo perché costoro, per le loro caratteristiche, tendono ad insidiare, lusingare, screditare e manipolare gli operatori. La scadente compliance terapeutica e la debole relazione che questi soggetti instaurano con chi li cura, non necessariamente dipende unicamente dalla loro patologia, come si tende a credere.

Spesso l'insuccesso o la recidiva è frutto di una formazione insufficiente del terapeuta, di trattamenti troppo brevi o infarciti di interventi trasversali e poco efficaci. Anche il ricorso affrettato a farmaci in presenza dei prodromi di una crisi, può costituire la premessa per un insuccesso.

Sarebbe il caso di dire che talvolta i farmaci servono più a chi li prescrive che a chi li assume. E ciò non sfugge al soggetto con DBP, che da un lato rafforza la propria posizione di supremazia nel setting terapeutico, dall'altro peggiora l'aspettativa di remissione o di miglioramento. Questi soggetti, sono di norma oppositivi e tendono a demolire i successi ottenuti. Non è mai utile interfacciarsi con loro simmetricamente tanto che è del tutto controproducente ai fini della relazione difendersi o contrattaccare rispetto alle sfide rivolte all'interlocutore. *Chi è affetto da doppia diagnosi non insulta nessuno per scelta, perciò è inutile prendersela sul piano personale* (Cafiso, 2016)²⁶.

Di conseguenza ne emerge che è fondamentale creare una relazione stretta e soprattutto di fiducia con l'operatore in modo tale da permettere al soggetto di aprirsi il più possibile nonostante le difficoltà date dalla patologia.

In uno studio condotto dalla Fondazione Australiana per la Salute Mentale (1997), è risultato che gli utenti preferiscono usufruire di un luogo dove

²⁶ Cafiso, R. (2016). La doppia diagnosi nelle dipendenze.

sentirsi al sicuro e accettati, dove trovare qualcuno con cui parlare nei momenti più duri, dove poter gestire le proprie emozioni e con la volontà di ascoltarli. In un successivo studio condotto nel 2001, *l'operatore empatico venne considerato fondamentale per l'erogazione di una buona assistenza nel contesto dell'igiene mentale: gli utenti che parteciparono allo studio di Baker manifestarono il desiderio di poter instaurare una relazione più stretta nella quale l'operatore dovrebbe essere capace di condividere di più con il soggetto* (Picciolato, 2015)²⁷. È esperienza comune, in particolar modo nelle sezioni carcerarie, riscontrare come moltissimi problemi si manifestino nella fase di disintossicazione (anche da sostitutivi) così come in quella di “reinserimento”, a termine del percorso comunitario. È allora che si hanno gravi ricadute, ulteriore devianza, lo stabilirsi di nuove dipendenze, accanto o in sostituzione di quella precedente. Il recupero viene molte interrotto proprio dall'emergere di una sofferenza, che si presenti o meno come patologia psichiatrica, potenzialmente slatentizzatasi durante i programmi effettuati. La dipendenza in sé è caratterizzata da ripetute ricadute dell'uso di sostanze. È andato emergendo sempre più, dunque, il concetto che molti fallimenti siano imputabili ad altre problematiche, specificatamente di tipo psichiatrico, evidenziate da franche crisi psicotiche, depressive e di altro tipo. La presenza di una patologia psichiatrica in un paziente tossicodipendente, oltre ad influenzarne il trattamento, aumenta il rischio di ricaduta nell'utilizzo di sostanze.

Il particolare rapporto con questo tipo di soggetti fa sì che la fiducia oscilli incessantemente tra gli estremi. I giochi della logica tossicomana, le manipolazioni e l'inattendibilità sono infatti costantemente presenti, in modo più o meno latente (Floriani, 2014)¹⁷.

²⁷ Picciolato, P. (2015). “Raccomandazioni e problematicità dell'assistenza infermieristica al paziente con disturbo borderline di personalità: una revisione della letteratura”.

4.2. Il colloquio con il detenuto: aspetti antropologici

In ambito penitenziario il colloquio con il detenuto presenta differenti valenze a seconda degli operatori coinvolti. Per la loro valenza terapeutica, particolare attenzione meritano il colloquio criminologico ed il colloquio psichiatrico.

Il colloquio criminologico, come previsto dall'art. 80 dell'ordinamento penitenziario del 1975, ha come obiettivo l'osservazione della personalità del condannato, finalizzata alla formulazione del programma trattamentale rieducativo. Tale obiettivo conferisce al colloquio criminologico una valenza terapeutica, seppur specificatamente legata alla condizione penitenziaria dell'individuo.

Tuttavia, il tempo trascorso dall'entrata in vigore dell'ordinamento penitenziario non ha fugato le numerose perplessità, e difficoltà, in merito al colloquio criminologico. In particolare, è da segnalare l'ambiguità che coinvolge il ruolo del criminologo che, da una parte, ha mandato dell'istituzione penitenziaria e, dall'altra, riveste un certo ruolo terapeutico; pertanto, specifici aspetti quali il mantenimento del segreto professionale, la specificità del contesto in cui si svolge il colloquio, la volontarietà alla partecipazione al colloquio, ecc. si confrontano quotidianamente con obiettive difficoltà che condizionano la relazione con il detenuto.

Numerosi autori hanno segnalato l'importanza e le difficoltà del colloquio criminologico, suggerendo la necessità di *utilizzare specifiche tecniche di colloquio per poter meglio operare in ambito penitenziario* (Nivoli, 1980)²⁸. In particolare Nivoli sottolinea l'importanza, per il criminologo, di conoscere le differenti strategie comunicative e relazionali utilizzate dal detenuto, che potrebbero condizionare l'andamento del colloquio qualora il criminologo non fosse in grado di riconoscerle; pertanto, atteggiamenti quali la rivendicazione, la manipolazione, la drammatizzazione, la seduzione, ecc., dovrebbero essere correttamente decodificati dal criminologo al fine di comprendere il reale contenuto della comunicazione. Il colloquio psichiatrico rientra negli interventi terapeutici dell'assistenza specialistica offerta ai detenuti. Anche il colloquio psichiatrico non è

²⁸ Nivoli, G. C. (1980). *Il colloquio criminologico. Manuale del colloquio e dell'intervista*. Milano: Mondadori.

scevro da problematiche, molte delle quali legate al contesto penitenziario che non garantisce, nella totalità, una corretta relazione terapeutica, in quanto condizionato da una forte impronta custodialistica, a scapito di quella assistenziale. La relazione terapeutica si confronta con la doppia responsabilità dello psichiatra che, da una parte, è responsabile del paziente-detenuto e, dall'altra è anch'egli dipendente dall'amministrazione penitenziaria ed anche a questa deve rispondere. Da tale “conflitto di interessi” scaturisce una relazione terapeutica minata alla base nelle sue caratteristiche fondamentali che concernono i principi di riservatezza, beneficialità, confidenzialità.

Numerose altre figure professionali si relazionano al detenuto nell'ambito di differenti contesti, non tutti a valenza terapeutica. Tuttavia, pur nell'ambito della diversità professionale, è utile segnalare la presenza di denominatore comune che, con modalità trasversale condiziona numerose relazioni con il detenuto: la diffidenza. In ambito penitenziario, infatti, la diffidenza è universalmente presente. Tra gli operatori penitenziari la diffidenza nei confronti del detenuto è alimentata da numerosi pregiudizi sullo stesso, spesso percepito esclusivamente come manipolatore, costantemente orientato ad ottenere benefici secondari da chiunque ed in qualunque momento. Tra i detenuti la diffidenza nei confronti degli operatori è spesso legata alla tipica sottocultura carceraria che prevede una netta distinzione tra il mondo del detenuto e il mondo “degli altri” ed una tipica strutturazione paranoidea del detenuto che, senza necessariamente sconfinare nella patologia, si caratterizza tuttavia per diffidenza, sospettosità, sfiducia, e marcato utilizzo della proiezione. In tale clima di diffusa e reciproca diffidenza, i contenuti del colloquio con il detenuto devono necessariamente essere attentamente decodificati e riconosciuti nel loro profondo significato e nelle specifiche dinamiche.

Inoltre è utile segnalare, anche se può apparire ovvio, che il detenuto non è diverso dalle altre persone che sono fuori dalle istituzioni penitenziarie. Tuttavia per molti individui che entrano nel circuito penitenziario e subiscono lunghe detenzioni, non è possibile ignorare che il “mondo del carcere” implica valori, sottoculture, scelte di comportamenti non sempre sovrapponibili a quelli che una persona può gestire, in apparente piena libertà, al di fuori delle mura carcerarie e delle regole strette che ne condizionano la vita fisica e psicologica.

Sotto questo esclusivo e specifico aspetto è parso utile sottolineare una serie di osservazioni, sviluppate soprattutto per quanto riguarda l'aspetto antropologico-culturale, che possono arricchire di informazioni, per una migliore comprensione ed un migliore intervento terapeutico, le figure professionali che si relazionano con chi è ristretto dentro le mura penitenziarie. Nell'ambito di questi principi generali, che possono essere considerati utili per meglio affrontare sotto il profilo cognitivo e terapeutico il colloquio con il detenuto, possiamo considerare, seppur non esaustivi e non reciprocamente escludenti, gli aspetti che seguono:

- ✓ **La ricerca di una perduta e gratificante visibilità sociale**, secondaria all'etichettamento e stigmatizzazione della devianza. Questo porterà il detenuto durante il colloquio a ricercare un'accettazione di sé stesso come “brava persona”, secondo i valori tipici della propria cultura.
- ✓ **L'assunzione del ruolo di vittima**, derivante dalla mancata accettazione di non aver concluso e costruito nulla di gratificante dopo lunghi periodi passati in carcere. L'attribuzione della colpa viene proiettata sugli altri (genitori, coniugi, ecc.)
- ✓ **Le risposte a largo alone semantico**, spesso i detenuti tendono a non fornire informazioni obiettive, precise, specifiche anche a domande apparentemente chiare e semplici. Le risposte spesso sono vaghe e confuse e tendono a modificarsi durante il colloquio stesso
- ✓ **L'affollamento confuso di mille pensieri**, spesso i detenuti richiedono con urgenza colloqui, adducendo motivazioni inderogabili. Tuttavia durante il colloquio non emerge nulla di preciso, ma miriadi di problemi tutti importanti, a dire dell'ospite, e, spesso, quasi tutti senza una soluzione. Tale comportamento è sintomo di ansia e agitazione.
- ✓ **Il passaggio all'azione come meccanismo di difesa dai sentimenti penosi**, il detenuto nell'adattarsi a nuove situazioni, spesso è oggetto di gravi frustrazioni, per la detenzione, per l'ansia di essere strappato alla famiglia, tali frustrazioni si manifestano con atti di autolesionismo, tentativi di suicidio, aggressioni, crisi pantoclastiche, ecc. Spesso i prodromi sono rappresentati dalla continua richiesta di farmaci da parte del soggetto.
- ✓ **L'uso patologico dell'attenzione selettiva**, il colloquio spesso mette in luce dei contenuti che sono estremamente selettivi e

- specifici nei confronti dell'unica realtà che il detenuto vuole vivere e illustrare al suo interlocutore.
- ✓ **La tendenza ad auto-confermare le previsioni**, nell'ambiente carcerario spesso non solo vengono vissuti sentimenti di tipo depressivo che rappresentano classicamente la difficoltà a nutrire delle speranze per il futuro (*hopelessness*), la difficoltà a poter ottenere aiuto (*helplessness*), la difficoltà ad avere una buona autostima (*worthlessness*), ma può esservi anche la messa in atto, di previsioni spesso a sfondo nichilista, depressivo, di impotenza.
 - ✓ **La persistenza di schemi mentali di comportamento non funzionali**, l'ingresso in struttura è accompagnato da tutti i problemi sociali, psicologici, e soprattutto, dagli schemi mentali del soggetto. Anche in carcere cercherà di ripetere quello che era solito ripetere, a parità di stimoli.
 - ✓ **Le scuse più disperate e disparate per essere ascoltato**, il carcere non è solo, nell'ambito di una rappresentazione simbolica, un padre crudele, cattivo che toglie la libertà, impone solo sacrifici e punizioni; è altresì, per alcuni detenuti, la rappresentazione di una madre accogliente ed accettante. In questi casi l'istituzione rappresenta l'unico ambiente in cui molte persone hanno un tetto sotto cui ripararsi, del cibo caldo di cui nutrirsi, un letto su cui dormire, vengono curati se malati, ma soprattutto vengono accettati ed ascoltati.
 - ✓ **La specifica reattività del singolo a specifici eventi traumatici**, in ambito carcerario la maggior parte dei detenuti si trova ad affrontare specifici eventi traumatici. Ad esempio l'impatto della prima carcerazione, oppure la “vertigine dell'uscita”.
 - ✓ **La contestualizzazione del soggetto nelle sottoculture carcerarie**, vivere in carcere è, per molti detenuti, entrare a far parte di culture madri del carcere o di sottoculture specifiche dette culture figlie. Una tendenza tipica è quella di interpretare in senso malevolo, come pericoloso ed intrusivo, il comportamento degli altri.
 - ✓ **Il mondo del baratto**, in carcere non può circolare denaro e le persone che spesso non possono disporre di alcun bene voluttuario cercano di scambiarsi i pochi privilegi che hanno attraverso il modo più primitivo di commercio, e cioè il baratto.



- ✓ **Il regno della nostalgia**, negli istituti per l'esecuzione della pena, non solo vi è una situazione obiettivamente sgradevole e frustrante, la restrizione della libertà, un ambiente chiuso, sporco, pericoloso, a stretto contatto con altri esseri umani nervosi, irascibili, di cui non ci si può liberare, ma anche un senso di disagio per vivere lontani da un ambiente ritenuto più gratificante come la propria casa, con la propria donna, i propri divertimenti e i propri beni personali. Si sviluppa così, un vero e proprio proliferare di fenomeni di nostalgia verso il bello ed il buono dell'esterno, perduto ed in contrasto con il brutto dell'interno.

CAPITOLO 5

5.1. Accertamenti peritali in tema di vizio di mente

La valutazione dello stato di infermità mentale, che risulti rilevante ai fini della responsabilità penale, solleva annose questioni di attualità. L'opinione pubblica ed i mass media additano spesso i disturbi psichici come il fondamento di condotte criminali, soprattutto quelle commesse con violenza²⁹. Di fronte ai confini non sempre netti tra condizioni psichiche di vera e propria malattia e altre situazioni ad essa non equiparabili sul piano clinico ma non dimeno idonee ad influire in concreto sull'autodeterminazione e sulle scelte di comportamento, è necessario un contributo di conoscenza, competente ed affidabile, volto ad approfondire e a chiarire il retroterra medico-scientifico coinvolto.

L'esigenza rimane quella di distinguere le condotte effettivamente meritevoli di esenzione dalla pena per assenza di colpevolezza da quelle rispetto alle quali l'argomento del vizio di mente è stato utilizzato come strategica via di fuga dalla sanzione. Indagini sulla capacità di intendere e di volere dell'autore sono spesso sollecitate rispetto a crimini violenti contro la persona: aggressioni alla vita, all'integrità fisica, e alla libertà di autodeterminazione della sfera sessuale³⁰. Molti di questi reati, consumati nell'ambito di relazioni di conoscenza, richiedono accertamenti volti a chiarire le problematiche psichiche dotate di un nucleo patologico clinicamente riconoscibile, collegate in un rapporto causa-effetto con il reato commesso, da altre situazioni di sofferenza psicologica prive di un valore di malattia.

La casistica emersa in tema di imputabilità riflette anche la complessità delle condizioni dell'attuale convivenza sociale, caratterizzata dalla diffusione di fenomeni come l'uso di sostanze stupefacenti, in grado di alterare in misura notevole i processi cognitivi e volitivi dell'individuo e le sue modalità relazionali nell'ambiente di riferimento. Anche la diffusione

²⁹ Ceretti, A., Natali, L. (2009). *Cosmologie violente. Percorsi di vita criminale*. Milano.

³⁰ Bertolino, M. (2015). *Violenza e famiglia: attualità di un fenomeno antico*. Riv. Italiana di Procedura Penale: (4) pag. 1710.



di altre dipendenze come quella dal gioco d’azzardo³¹, ha progressivamente acquistato visibilità rispetto ad alcuni reati, in particolare contro la persona e contro il patrimonio, mentre emergono altresì le ricadute psicologiche negative dell’inserimento in contesti relazionali di particolare stress e in ambienti lavorativi opprimenti che possono costituire lo sfondo di atti penalmente rilevanti. Le criticità che ciascuna di tali specifiche problematiche è in grado di provocare tendono inoltre ad amplificarsi quando i fattori che le hanno determinate concorrono, rendendo più complessi i relativi accertamenti peritali³².

³¹ Bianchetti, R. (2016). *Disturbo da gioco d’azzardo ed imputabilità*. Dir. Pen. Cont. rivista trimestrale (1): p. 383.

³² Rigliano, P. (2015). *Doppia Diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia*. Milano.

5.2. *Il raptus*

Rivolgendo l'attenzione in particolare ai casi in cui è stata posta in discussione la piena capacità di intendere e di volere dell'autore al momento del fatto a causa di un vizio di mente, si può osservare che il ricorso a tale argomento difensivo avviene soprattutto quando l'evento lesivo rappresenta l'esito di un irrazionale, così da indurre a ritenere che lo stesso non possa che costituire il risultato di un condizionamento di qualche forma di patologia psichica. Se è innegabile che le modalità della condotta e le circostanze di fatto nell'ambito delle quali la stessa si è realizzata assumono notevole importanza ai fini dell'accertamento di un eventuale stato di infermità mentale, occorre tuttavia evitare l'errore metodologico insito nel desumere da anomalie comportamentali o da disarmonie caratteriali, quali l'impulsività o l'aggressività, elementi dimostrativi di un vero e proprio disturbo psichico³³.

Simili insidie deduttive si ritrovano in particolare nei casi di comportamenti abnormi o sproporzionati, nelle reazioni estreme, che appaiono deviare dai canoni della “normalità” o che si inseriscono in modo del tutto inedito in esperienze di vita scandite da “regolarità” di comportamento. Compare in questi casi il riferimento al *raptus*, etichetta dal forte impatto suggestivo ma dalla scarsa valenza esplicativa³⁴. Se il ricorso al *raptus* si presta a fornire una spiegazione apparentemente esaustiva dell'atto commesso, con effetti stigmatizzanti in qualche misura circoscritti per il soggetto interessato, dall'altro lato lo stesso sembra offrire anche una soluzione rassicurante sul piano della percezione sociale del crimine violento, come fenomeno che non può essere considerato espressione di “normalità”.

La categoria del *raptus*, tuttavia, è oggetto di critiche da parte della psichiatria forense, che ne addita la scarsa valenza scientifico-epistemologica. Si tratta, infatti, di una definizione priva di univocità e che è necessario comunque oltrepassare, esaminando la specifica condizione clinica del soggetto coinvolto, al fine di comprendere se la stessa possa essere ricondotta ad una determinata classificazione nosografica. La

³³ Papagno, C. (2012). *Aspetti biologici del comportamento criminale*. Cass. Pen (5): p. 1960.

³⁴ Fornari, U. (2014). *Follia transitoria. Il problema dell'irresistibile impulso e del raptus omicida*. Milano.

definizione in questione, in altre parole, è fuorviante e non risolutiva, poiché non equivale ad individuare un fondamento scientifico riconoscibile per il fenomeno che ha trovato nel comportamento criminale il proprio esito.

La stessa giurisprudenza dimostra di condividere questa tendenza critica, quando riconosce che anche atti espressivi di crudeltà e di “mancanza di *pietas*”, così come “azioni estreme e particolarmente riprovevoli”, possono essere commessi da autori di integra “imputabilità”. Simili dichiarazioni, attente nel recepire in ambito giuridico acquisizioni provenienti dal sapere scientifico di riferimento, contrastano la diffusione di inaccettabili argomentazioni difensive, che pretenderebbero di rintracciare anche in regole di comune esperienza il fondamento probatorio di un determinato stato patologico.

È sempre la giurisprudenza ad osservare che comportamenti abnormi e violenti potrebbero essere espressione, tra l’altro, di un momentaneo discontrollo degli impulsi, da ricondurre alla sfera degli stati emotivi o passionali, condizioni psichiche in grado di interferire con i normali processi cognitivi e volitivi dell’individuo. Vengono in considerazione stati d’animo quali la rabbia, l’odio, l’ansia, l’angoscia, la gelosia, che ben possono costituire il substrato psichico di azioni criminose senza per questo integrare vere e proprie cause di esclusione o attenuazione della capacità di intendere e di volere³⁵.

Vincolante, in questo senso, è il dettato normativo dell’art. 90 c.p., che sancisce l’irrelevanza giuridica degli stati emotivi o passionali. In applicazione di questa disciplina sono state risolte negativamente questioni di imputabilità sollevate in difesa di autori di crimini efferati motivati da rabbia, da odio o da gelosia. Con specifico riferimento a quest’ultima condizione si è così affermato, tra l’altro, che alla gelosia come tratto caratteriale oppure come “modo di concepire le relazioni personali” non può essere riconosciuta valenza escludente la capacità di intendere e di volere per il fatto commesso, da riservare alle sole ipotesi nelle quali sia rintracciabile un vero e proprio “squilibrio psichico”, identificabile con un substrato di carattere patologico che, nell’incidere sul processo di determinazione o di inibizione, travolge l’agente in una condotta abnorme e automatica³⁶.

³⁵ Ferracuti, F., Giarrizzo, C. (1990). *Stati emotivi e passionali*. Enc. Dir. XLIII: p. 661.

³⁶ Romano, M., Grasso, G. (2012). *Commentario sistematico del codice penale*. II 4^a ed. Milano: p. 46.



Tale mancanza di flessibilità normativa è spesso oggetto di critiche in ambito psichiatrico forense, in quanto è possibile dimostrare gli effetti di condizionamento che stati emotivi o passionali di particolare intensità possono avere sulle capacità decisionali di taluni individui³⁴. Alla luce di tali riflessioni critiche si discute circa la possibilità di una futura riforma dell'articolo 90 del codice penale, nel senso dell'attribuzione di una “potenziale rilevanza anche a situazioni di profondo perturbamento della coscienza”, siano esse determinate da processi patologici o meno, comprendendo anche gli effetti sulla “sfera emozionale-affettiva dell'agente”.

5.3. Le condizioni ambientali sfavorevoli ed i vizi di mente

La valutazione dello stato psicologico dell'imputato è rilevante ai fini del giudizio sull'infermità mentale e può implicare spiccata difficoltà, anche per l'intervento di fattori di natura non strettamente psicopatologica. Questo emerge anche in particolari vicende a cui si riconducono manifestazioni di efferata ed immotivata violenza, in tali casi si delinea immediatamente l'ipotesi che la causa del comportamento criminale sia da ricondurre ad un'infermità di mente. Non tutte le modalità di condotta, tuttavia, sono riconducibili alla malattia mentale. Nel caso, ad esempio, della schizofrenia paranoide, le dispercezioni, siano esse uditive o visive, possono essere legate ad alcune caratteristiche ambientali. Così che si verifica la possibilità che soggetti diversi, affetti dalla stessa patologia, possono manifestare allucinazioni in taluni ambienti, e non in altri.

Ma a quale titolo condizioni ambientali sfavorevoli o di soggettiva sofferenza psico-fisica dovrebbero influire sulla salute mentale al punto da poter assumere rilevanza giuridica come causa di esclusione dell'imputabilità? L'interrogativo appare importante per la tenuta di una categoria giuridica che, diversamente, rischia di assumere una connotazione eccessivamente indefinita, di impronta sociologica; nel contempo tale quesito appare di estrema urgenza, considerato anche il costante aumento nel nostro Paese del numero di soggetti con importante disagio sociale, rispetto ai quali non è infrequente la presenza di disturbi psichici. Studi psichiatrici e criminologici evidenziano, infatti, che i soggetti con disagio sociale, come ad esempio gli immigrati, sono esposti a svariate forme di problematiche mentali, alcune delle quali sviluppate in seguito al distacco dal Paese di origine e connesse alle gravi difficoltà materiali e adattive riscontrate nell'ambiente ospitante³⁷.

Come la stessa prassi ha avuto modo di evidenziare, anche un profondo “straniamento” psicologico legato alla necessità di coniugare il rispetto della propria tradizione culturale con un modello comportamentale molto differente radicato nel Paese di insediamento può contribuire ad implementare un pre-esistente disturbo psichico, favorendo le condizioni

³⁷ Coluccia, A., Ferretti, F., Fagiolini, A., Pozza, A. (2015). *Incidenza e fattori di rischio per disturbi psicotici nelle popolazioni migranti in Europa: una meta-analisi di studi trasversali*. *Rass It di Criminologia* (1): p. 29.

per un deficit nel controllo degli impulsi in risposta ad una specifica provocazione ricevuta³⁸.

Di fronte all’esteriorizzazione di atti connotati da efferata ed immotivata violenza, è necessario svolgere accertamenti scientifici, di natura psichiatrica, sulle condizioni mentali degli autori dei fatti criminosi, al fine di verificare la presenza di eventuali patologie in grado di spiegarne le cause. A tal fine assume valore dirimente, infatti, la questione di quale grado di invasività la malattia mentale abbia concretamente manifestato nella sfera psichica del singolo agente, limitandone o escludendone l’autodeterminazione al momento della condotta. Il vizio viene riconosciuto totale (anche se molto raramente) quando la gravità con la quale le normali facoltà cognitive e volitive della persona sono state compromesse, al punto da indurre a commettere, in un ristretto arco temporale, aggressioni mortali nei confronti di perfetti estranei. Altro fattore caratteristico è manifestato dalla sostanziale inconsapevolezza del disvalore etico-sociale delle proprie azioni.

In tali casi la perizia deve presentarsi completa nell’analisi delle fonti cognitive e degli elementi analizzati ed articolata in funzione dei diversi approcci di analisi, infine esaustiva quanto alle conclusioni in merito alla correlazione tra le condotte consumate e la imputazione delle stesse ad un fare consapevole. Sul piano dell’affidabilità scientifica, l’elaborato peritale, deve presentare chiarezza espositiva e atteggiamento fedele nei confronti delle fonti scientifiche di riferimento³⁹.

Nell’attuale sistema giudiziario italiano la consulenza tecnica di ufficio (CTU) permette un accertamento circa una condizione di infermità mentale che non può fondarsi su un dato empirico-naturalistico, ma deve porsi in relazione con le circostanze di fatto nelle quali l’agire criminale si è realizzato e con le sue modalità, oltre che con lo specifico evento provocato. A questo fine, se è imprescindibile il contributo di conoscenza offerto dal perito, l’unico soggetto in grado di illuminare il retroterra medico-biologico nel quale l’azione criminale ha affondato le proprie radici, è rimessa comunque al giudice la responsabilità di una valutazione complessiva circa la possibilità di muovere un rimprovero di colpevolezza al rispettivo autore.

³⁸ Ciliberti, P., Peloso, P.F., Scapati, F., Ferrannini, L. (2014). *Esperienza migratoria, salute mentale e comportamento criminale nella prospettiva della psichiatria di comunità*. *Rass It di Criminologia* (2): p. 90.

³⁹ Trib. Milano, Ufficio G.I.P., 6 Febbraio 2012, n.309, cit., pag. 13.

Quella che attesta un vizio di mente *totale*, infatti, è una conclusione di significato perentorio, traducendosi, sul piano degli effetti giuridici, nel proscioglimento dell'imputato da ogni accusa, anche a fronte di delitti efferati. Occorre raggiungere, dunque, una verifica in termini di certezza circa la sussistenza di una condizione di non agevole riscontro nella prassi, vale a dire che il soggetto agente non abbia preso coscienza, neppure in minima parte, del contesto fattuale del quale i propri atti sono stati posti in essere e del profondo disvalore etico-sociale ad essi riconducibile.

Gli atti penalmente rilevanti commessi da soggetti con problematiche psichiche rappresentano, in questo senso, anche un decisivo banco di prova circa il grado di responsabilizzazione reciprocamente assunto da ciascuno dei soggetti coinvolti nell'accertamento processuale. Al perito è richiesto di offrire un contributo di conoscenza scientifica informato, obiettivo, rigoroso e metodologicamente corretto circa il substrato empirico-naturalistico sul quale si è innestato il comportamento criminale, che nessun altro soggetto processuale sarebbe in grado di avvicinare con pari competenza; al giudice è richiesto di controllare l'approfondimento e l'attendibilità di tale accertamento, conservando una sufficiente autonomia di giudizio rispetto ai profili normativi della valutazione, inerenti l'effettiva capacità di colpevolezza e la meritevolezza di pena del soggetto agente, adempiendo in tal modo ai propri compiti di decisore ultimo circa l'esito della vicenda.

La valutazione psichiatrico-forense circa lo stato mentale dell'agente si scontra dunque con difficoltà obiettive, inerenti anche al fatto che la condizione rilevante ai fini del giudizio sull'imputabilità (presente al momento della condotta) dovrà essere valutata a *posteriori*. L'infermità mentale, inoltre, può essere espressione tanto di una condizione patologica conclamata e persistente, verificabile anche a distanza di tempo dal compimento dell'azione, quanto di uno stato mentale alterato in modo soltanto temporaneo.

5.4. La consulenza tecnica nel processo civile

Nel codice del 1940 la perizia è sostituita dalla *consulenza tecnica*. Tale modifica riveste un'importanza non solo formale, ma anche sostanziale. Il consulente tecnico è un ausiliare del giudice, dotato di “*speciale competenza tecnica in una determinata materia*” iscritto in un apposito albo tenuto presso il Tribunale. Il suo compito principale non è quello di accertare i fatti rilevanti di causa, ma quello di valutare prove già acquisite e aiutare il giudice a risolvere le problematiche di carattere tecnico al fine di permettergli di comprendere meglio il “*thema decidendum*” ogni qualvolta tali valutazioni richiedano speciali competenze. La figura del perito deve conoscere i principi fondamentali che regolano il processo civile e deve avere un “*modus agendi*” imparziale, deve evitare di porre in essere comportamenti equivoci tali da alterare i diritti e le posizioni delle parti, come incontri privati con una sola delle parti o con alcune solo di esse in violazione del principio del contraddittorio, così come deve evitare l'esame di documenti o atti prodotti da una delle parti ad insaputa delle altre.

La disciplina del C.T.U. e della sua attività è contenuta in diversi libri del codice di procedura civile:

- Nel primo libro, gli articoli da 61 a 64, disciplinano la figura del perito quale ausiliario del giudice.
- Nel libro secondo, gli articoli da 191 a 200, disciplinano la funzione del C.T.U.
- Nelle disposizioni di attuazione del codice di procedura civile, gli articoli da 89 a 92, disciplinano la funzione ad integrazione del precedente libro.

Per ciò che concerne la retribuzione della consulenza, essa viene regolata dal D.P.R. 115/2000. I principi fondamentali del dibattimento civile sono: “*ne procedat iudex ex officio*” cioè il principio della domanda, detto anche principio del dispositivo in senso sostanziale, consacrato nell'articolo 2907 c.c. del codice di rito⁴⁰. Secondo tale principio alla tutela giurisdizionale dei diritti provvede l'autorità giudiziaria su domanda di parte e solo in casi

⁴⁰ Gennaro, B. (2007). *Manuale del perito e del consulente tecnico nel processo civile e penale*. Maggioli editore.

eccezionali, tassativamente previsti dalla legge, su istanza del Pubblico Ministero o d'ufficio al fine di tutelare gli interessi pubblicistici. Il suddetto principio serve a garantire l'imparzialità del giudice rispetto alla controversia. Altro principio è “*ne eat iudex ultra petita partium*” secondo cui spetta alle parti determinare il “*thema decidendum*” e cioè il potere di delimitare l'area entro la quale il giudice potrà esercitare il potere decisionale. Tale principio è accolto dall'articolo 112 c.p.c. secondo cui il giudice non può pronunciarsi d'ufficio su eccezioni che possono essere proposte soltanto dalle parti. Il giudice ha, però, la possibilità di accertare la nullità del contratto di cui è stato chiesto l'adempimento. In caso contrario si incorrerebbe nel vizio di ultrapetizione.

Infine, “*iudex secundum alligata et probata partium decidere debet*”, le parti hanno l'onere di allegare, cioè introdurre nel processo, i fatti posti a fondamento delle proprie domande e delle proprie eccezioni, cui consegue l'onere di provarli. A tale onere corrisponde il dovere del giudice di porre a fondamento della decisione le prove proposte dalle parti e dal pubblico ministero, nonché i fatti non specificatamente contestati dalle parti costituite. Il giudice può, tuttavia, ai sensi dell'articolo 115 comma 2 c.p.c. utilizzare ai fini della decisione di fatti notori che quel particolare momento storico sono o debbono ritenersi conosciuti dalla collettività⁴¹.

Il potere del giudice di ammettere la consulenza è discrezionale, questo significa che spetta ad egli valutare l'opportunità e l'ammissibilità di una perizia e che l'eventuale richiesta di parte va considerata come una mera sollecitazione rivolta al giudice (sentenza Cassazione 9861/10). Il giudice gode di ampia discrezionalità nell'individuare la persona fisica del consulente; individuare la categoria cui deve appartenere il consulente; formulare i quesiti a cui questo dovrà rispondere e stabilire i termini per il deposito della perizia. Egli può, inoltre, decidere se convocare il consulente per fornire chiarimenti oppure se rinnovare le indagini o sostituire il perito.

Dopo la nomina ufficiale, e dopo aver prestato giuramento, il consulente provvede all'esame completo e minuzioso della documentazione contenuta nei fascicoli di parte, nei verbali di causa, ecc. La compilazione della relazione deve poi contenere obbligatoriamente tutti riferimenti generali di incarico (la nomina, l'udienza, i termini ed i quesiti) la bibliografia di riferimento alla quale si è ispirato il consulente e la risposta analitica ai

⁴¹ Frediani, P. (2011). *L'esperto del giudice*. Simone editore.

quesiti posti dal magistrato. Il termine di deposito della relazione non essendo stabilito a pena di nullità è ordinatorio, l'eventuale ritardo nel deposito del C.T.U. non è causa di nullità, fatte salve le ipotesi di responsabilità del consulente. Egli può chiedere una proroga per il deposito della relazione presentando formale istanza alla cancelleria del giudice che l'ha nominato, in calce alla quale il giudice stabilirà l'eventuale termine di deposito concesso⁴².

Come qualsiasi altro atto processuale, anche la consulenza può essere viziata. Un atto processuale è invalido quando è difforme rispetto al modello che lo prevede. Il giudice, benché definito “*peritus peritorum*”, non può entrare nel merito delle osservazioni tecnico-scientifiche e stabilire la correttezza dell'elaborato della consulenza sotto il profilo tecnico. Ciò che il giudice è tenuto a fare è verificare se la perizia abbia seguito un metodo scientifico e quindi informarsi sui presupposti di validità del metodo della prova scientifica che vengono utilizzati nel processo e prima ancora di verificare i suddetti criteri, dare il più ampio spazio al contraddittorio ed esaminare le contrapposte visioni scientifiche al fine di scegliere quella che dimostra maggiore competenza scientifica e più adeguate argomentazioni cui non siano seguite obiezioni insuperabili, tenendo conto delle evidenze probatorie anche al fine di confermare o smentire il giudizio dell'esperto. Nei casi in cui il giudice si trovi di fronte a soluzioni contrastanti formulate dai consulenti tecnici, egli dovrà stabilire quale fra le opinioni avanzate debba ritenersi preferibile. A tal fine, il giudice, dovrà adottare una serie di criteri indispensabili al fine di valutare criticamente i risultati delle perizie.

Secondo l'orientamento della Cassazione, la perizia stragiudiziale, anche quando asseverata con giuramento, costituisce una semplice allegazione difensiva di carattere tecnico, che riveste un mero valore indiziario, al pari di ogni documento proveniente da un terzo, in quanto nel nostro ordinamento non è prevista la costituzione di un siffatto mezzo di prova fuori del giudizio. Ciò nonostante, la perizia stragiudiziale può essere posta a fondamento della decisione per il principio del libero convincimento del giudice, purché con adeguata motivazione ove non contestata da controparte o supportata da elementi obiettivi (Cassazione 9551/09). La perizia stragiudiziale giurata ha minore rilevanza processuale delle consulenze tecniche di parte che muovono critiche dettagliate e puntuali

⁴² Minardi, M. (2013). *Gli strumenti per contestare la C.T.U.* Giuffrè editore.

alla C.T.U. in quanto non impone al giudice che intende disattendere la perizia stragiudiziale particolari obblighi di motivazione (Cassazione 20821/06). Essa può accrescere la propria rilevanza processuale qualora le circostanze di fatto accertate dal consulente, vengano da questo confermate in veste di testimone, con conseguente possibilità di acquisire dignità e valore di prova. Su tali circostanze il giudice di merito dovrà esprimere, esplicitamente o implicitamente la propria valutazione ai fini della decisione (Cassazione 443/97).

Il magistrato civile che intende discostarsi dal parere espresso dal C.T.U. su un punto decisivo della controversia e decide di avvalersi della consulenza disposta nel procedimento penale e introdotta ritualmente nel processo civile, ha l'obbligo di motivare il dissenso secondo la sentenza 13202/2012 della sezione III della Corte di Cassazione.

La parte che con ricorso impugna le carenze e lacune della decisione del giudice di merito che si è basato sugli accertamenti eseguiti dal consulente, non può limitarsi a censure apodittiche di erroneità e/o inadeguatezza della motivazione o di omesso approfondimento.

All'udienza di conferimento dell'incarico il giudice accerta le generalità del consulente, si accerta che non vi siano cause di incompatibilità e lo informa circa gli obblighi e le responsabilità. A questo punto il consulente esegue le dichiarazioni di rito in osservanza all'articolo 226 c.p.c. in questa sede il giudice formula i quesiti e fissa un termine (di norma entro e non oltre i 90 giorni), lo stesso dispone che venga data comunicazione alle parti e ai consulenti di parte. Le operazioni peritali devono riportare tutte le specifiche di legge ed i riferimenti temporali di inizio e fine.

Dalla lettura dell'articolo 228 c.p.p. non si evince in capo al perito alcun autonomo potere di acquisizione di atti e documenti da parte di privati. Il perito può essere autorizzato a servirsi di ausiliario di sua fiducia per lo svolgimento di attività materiali non implicanti valutazioni.

CONCLUSIONI

Le caratteristiche qualitative delle osservazioni che precedono non hanno alcuna pretesa di escludere le varie psicopatologie di ordine psichiatrico, psicologico e le problematiche sociologiche che il singolo individuo può presentare. Inoltre, non desiderano ignorare l'estrema diversità di reattività alla carcerazione nei singoli soggetti interessati e il differente stile di vita che esiste in ogni specifica istituzione penitenziaria. Pur tuttavia, tenendo presente queste limitazioni, le osservazioni che precedono, sotto il profilo generale e sempre da verificare nel singolo caso specifico, possono essere di aiuto a tutti i diversi operatori che ruotano intorno al “mondo carcere”.

La complessità della corretta decodificazione del contenuto di un colloquio con il detenuto suggerisce di ottimizzare la comunicazione nella rete di operatori (criminologi, psichiatri, psicologi, educatori, ecc.) che ad esso si relazionano. Il contenuto di un colloquio, a volte, risulta un mosaico i cui tasselli sono sparsi tra i vari operatori; solo una buona e corretta comunicazione tra questi permette di ricostruire il reale significato un colloquio che altrimenti rimarrebbe frammentato, incompleto e, soprattutto, incomprensibile e non terapeuticamente utilizzabile.

Appare opportuno saper adeguatamente valutare il contesto e la temporalità del colloquio. Niente è più costante, nel carcere, della variabilità dei significati del verbalizzato del detenuto: ciò che in un dato momento ha un significato potrebbe non averlo in un momento successivo. Pertanto, il reale significato delle comunicazioni del detenuto dovrebbe sempre essere verificato e contestualizzato nell'attualità del momento. Inoltre, il criminologo, dovrebbe saper cogliere il reale significato del colloquio con il detenuto al di là della “cortina di diffidenza” che, fisiologicamente, avvolge gli operatori all'interno del carcere ed i detenuti. Infine lo psichiatra, dovrebbe *sapersi utilizzare come strumento diagnostico e terapeutico attraverso una corretta valutazione ed identificazione dei meccanismi psicologici utilizzati alla base delle proprie emozioni e comportamenti che, qualora non adeguatamente riconosciuti, contribuiscono a formare una “lene discorsiva” che non consente di*

cogliere la realtà clinica per utilizzarla a scopo terapeutico e riabilitativo (Loretto, 2000)⁴³.

L'attenzione ai costi/benefici della terapia in Italia, come in molti paesi, è divenuto uno degli obiettivi da perseguire in ambito sanitario: per questo i servizi si stanno attivando per mettere a punto dei percorsi di cura adeguati per i soggetti in doppia diagnosi, vista anche la diffusione del problema all'interno delle strutture penitenziarie, al fine di ottimizzare la selezione del trattamento e il rapporto tra risorse impiegate e risultati (Carrà et al., 2003)⁴⁴.

La presenza di modificazioni indotte dall'uso protratto di sostanze nel comportamento e nell'attività psichica in genere (diminuzione del rendimento, dell'attenzione e della memoria, perdita di interesse relazionale) e la presenza eventuale di caratteristiche di personalità e di disturbi psicopatologici nei tossicomani, già preesistenti al contatto con le sostanze, sottolineano l'importanza della valutazione criminologica del soggetto recluso con tossicodipendenza, valutazione che potrebbe fungere da filtro per l'invio allo step successivo rappresentato dallo psichiatra.

Gli studi passati in rassegna in questa sede mostrano come in ordine al rapporto tra tossicodipendenza e disturbo della personalità si possa individuare un'evoluzione nel corso del tempo da posizioni incerte e contrastanti a posizioni di relativa certezza.

Il criminologo, attraverso la consulenza, si inserisce nell'equipe multidisciplinare, apportando un contributo fondamentale al processo di riabilitazione che in questi soggetti appare lungo e difficoltoso. Il setting non è sicuramente favorente tale processo, gli spazi angusti, la mancanza di privacy e la condivisione con gli altri detenuti possono essere spunti di conflitto, che implementano il bisogno di uso di sostanze.

Inoltre, la facilità con cui si riesce a reperire droga all'interno del carcere, rende il percorso riabilitativo ancora più difficile. È proprio in questo scenario che le figure di sostegno operano al fine di condurre fuori dalla dipendenza queste persone.

⁴³ Loretto, L. (2000). “Le reazioni emotive al paziente violento: implicazioni diagnostiche e terapeutiche.” Centro Scientifico Editore.

⁴⁴ Carrà, G., & Clerici, M. (2003). The Italian association on addiction psychiatry (SIPDip), formerly the Italian association on abuse and addictive behaviours. *Addiction*, 98(8), 1039-1042.

Una valutazione diagnostica approfondita, che abbia inizio con una relazione criminologica, è, quindi, indispensabile per avviare i soggetti ad interventi e trattamenti efficaci. Poiché i bisogni e le opportunità d’identificazione dei casi variano notevolmente nei diversi setting, sia per i disturbi mentali sia per quelli correlati a sostanze, non è possibile suggerire un unico approccio o un’unica modalità di screening e di assessment.

Il criminologo, si trova, quindi, a dover condurre un colloquio complesso, in cui l’attività manipolatoria del soggetto in doppia diagnosi, mina le basi di fiducia e veridicità delle informazioni raccolte, in un setting, spesso, inidoneo. Il colloquio preliminare, tuttavia, rimane uno strumento indispensabile per poter predire con una certa precisione eventuali recidive e per poter identificare i bisogni del soggetto.

Il colloquio criminologico, come previsto dall’art. 80 dell’ordinamento penitenziario del 1975, ha come obiettivo l’osservazione della personalità del condannato, finalizzata alla formulazione del programma trattamentale rieducativo. Tale obiettivo conferisce al colloquio criminologico una valenza terapeutica, seppur specificamente legata alla condizione penitenziaria dell’individuo.

Il *colloquio psichiatrico* rientra negli interventi terapeutici dell’assistenza specialistica offerta ai detenuti. Anche il colloquio psichiatrico non è scevro da problematiche, molte delle quali legate al contesto penitenziario che non garantisce, nella totalità, una corretta relazione terapeutica, in quanto condizionato da una forte impronta custodialistica, a scapito di quella assistenziale. La relazione terapeutica si confronta con la doppia responsabilità dello psichiatra che, da una parte, è responsabile nei confronti del paziente-detenuto e, dall’altra, è – anch’egli – dipendente dell’amministrazione penitenziaria ed anche a questa deve rispondere. Da tale “conflitto di interessi” scaturisce una relazione terapeutica minata alla base nelle sue caratteristiche fondamentali che concernono i principi della riservatezza, beneficialità, confidenzialità. Numerose altre figure professionali si relazionano al detenuto nell’ambito di differenti contesti, non tutti a valenza terapeutica. Tuttavia, pur nell’ambito della diversità professionale, è utile segnalare la presenza di un denominatore comune che, con modalità trasversale condiziona numerose relazioni con il detenuto: la diffidenza. In ambito penitenziario, infatti, la diffidenza è universalmente presente. Tra gli operatori penitenziari la diffidenza nei confronti del detenuto è alimentata da numerosi pregiudizi sul detenuto,



spesso percepito esclusivamente come un manipolatore, costantemente orientato ad ottenere benefici secondari da chiunque ed in qualunque momento. Tra i detenuti la diffidenza nei confronti degli operatori è spesso legata alla tipica sottocultura carceraria che prevede una netta divisione tra il mondo del detenuto e “gli altri” e ad una tipica strutturazione paranoidea del detenuto che, senza necessariamente sconfinare nella patologia, si caratterizza tuttavia per diffidenza, sospettosità, sfiducia, e marcato utilizzo della proiezione. In tale clima di diffusa e reciproca diffidenza, i contenuti del colloquio con il detenuto devono necessariamente essere attentamente decodificati e riconosciuti nel loro profondo significato e nelle specifiche dinamiche.



RINGRAZIAMENTI

La fine di un percorso porta inesorabilmente a fare delle riflessioni. In questo periodo della mia vita sono successe veramente tante cose, che mi hanno fatto cadere, rialzarmi a volte ricadere e per alcuni istanti restare a terra. Per essermi sempre rialzato devo ringraziare le mie splendide figlie che senza sapere come, mi trasmettono ogni giorno, la forza di essere l'uomo che sono e che ogni giorno mi spingono a migliorare. Devo a loro la conoscenza dell'amore più profondo. Grazie Martina, Nicole, Valentina e Ludovica.

Un ringraziamento particolare a Roberta e Claudio che, anche se in modo discreto, mi sono stati vicino e mi hanno supportato in questa impresa ed in tante altre.

Desidero ringraziare Il Dott. Neri, il mio relatore, per avermi aperto gli occhi ed avermi “folgorato” con le sue conoscenze e per avermi fornito il supporto per questo elaborato.

Un grazie speciale a chi, in fondo, ci è sempre stata, a chi ha sempre creduto nelle mie capacità, a chi da quindici anni rappresenta una presenza costante, ma che non si è mai fatta dare per scontato. Grazie Francesca (gli angeli custodi hanno mille sembianze, il mio ha le tue).

Grazie a chiunque mi abbia dato e continuerà a dare fiducia, a chi mi ha regalato un sorriso e a chi, non sapendo magari come, mi ha reso la persona che sono ora.

BIBLIOGRAFIA

- **Agostini, C., (2006).** *Tossicodipendenza e doppia diagnosi a confronto.*
- **Balloni, A. (2000).** *Criminalità, scienze criminologiche e prospettive future.* Clueb edizioni, Bologna, pp. 7-14.
- **Beccaria, C. (1984 originale 1764).** *Dei delitti e delle pene.* Milano.
- **Beccaria, C. (2009).** *On crimes and punishments and other writings.* University of Toronto Press.
- **Berto D. (2005).** *Tossicodipendenza e doppia diagnosi in carcere. Realtà e prospettive.* Atti del convegno del 27 ottobre 2005. Roma Ministero di Grazia e Giustizia.
- **Bertolino, M. (2015).** *Violenza e famiglia: attualità di un fenomeno antico.* Riv. Italiana di Procedura Penale: (4) pag. 1710.
- **Bianchetti, R. (2016).** *Disturbo da gioco d'azzardo ed imputabilità.* Dir. Pen. Cont. rivista trimestrale (1): p. 383.
- **Birmingham, L., Mason, D., & Grubin, D. (1996).** *Prevalence of mental disorder in remand prisoners: consecutive case study.* **BMj**, **313(7071)**, **1521-1524.**
- **Blaauw, E., Roesch, R., & Kerkhof, A. (2000).** *Mental disorders in European prison systems: arrangements for mentally disordered prisoners in the prison systems of 13 European countries.* **International Journal of Law and Psychiatry**, **23(5-6)**, **649-663.**
- **Blanco, S., (2010).** *Elementi predittivi di successo/insuccesso nella psicoterapia del paziente con doppia diagnosi.*
- **“Borderline”, (2016), ©2016 Centro TMI – Terapia Metacognitiva Interpersonale – Roma,** tratto da sito web il 29 agosto 2016:
www.centrotmiroma.altervista.org/wp/?page_id=440
- **Bodner, E., et al., (2010).** *Staff attitudes toward patient with borderline personality disorder.* Israel. Comprehensive psychiatry.
- **Cafiso, R. (2016).** *La doppia diagnosi nelle dipendenze.*
- **Carrà, G., & Clerici, M. (2003).** *The Italian association on addiction psychiatry (SIPDip), formerly the Italian association on abuse and addictive behaviours.* *Addiction*, **98(8)**, 1039-1042.
- **Ceretti, A., Natali, L. (2009).** *Cosmologie violente. Percorsi di vita criminale.* Milano

- **Cernuto, F. (2000).** *Approccio alla manipolazione nell'incontro con il paziente con disturbo borderline di personalità.*
- **Ciliberti, P., Peloso, P.F., Scapati, F., Ferrannini, L. (2014).** *Esperienza migratoria, salute mentale e comportamento criminale nella prospettiva della psichiatria di comunità.* *Rass It di Criminologia* (2): p. 90.
- **Coluccia, A., Ferretti, F., Fagiolini, A., Pozza, A. (2015).** *Incidenza e fattori di rischio per disturbi psicotici nelle popolazioni migranti in Europa: una meta-analisi di studi trasversali.* *Rass It di Criminologia* (1): p. 29.
- **Costantini, G., (2015).** *La doppia diagnosi: ad ogni disturbo le sue sotanze.* *State of Mind*© 2011-2016.
- **Costantini, G., Epskamp, S., Borsboom, D., Perugini, M., Mõttus, R., Waldorp, L. J., & Cramer, A. O. (2015).** *State of the aRt personality research: A tutorial on network analysis of personality data.* *R. Journal of Research in Personality*, 54, 13-29.
- **D.P.R. n°448 del 22/09/1988**
- **Damiani, A., Trinciarelli, G., Zane P., (2012).** *Tossicodipendenza e disturbi gravi di personalità: un'ipotesi di trattamento psicoterapeutico.* Associazione Psychiatry online Italia.
- **Di Gennaro, G., Bonomo, M., & Breda, R. (1978).** *Ordinamento penitenziario e alternative alla detenzione: commento alla legge 26 luglio 1975, n. 354, con riferimenti al regolamento di esecuzione, nonche alla legge 12 gennaio 1977, n. 1, alla legge 20 luglio 1977, n. 450 e el DPR 24 maggio 1977, n. 339, contenenti modificazioni all'ordinamento penitenziario e la regolamento di esecuzione.*
- **Durkheim, É., & Pizzorno, A. (1962).** *La divisione del lavoro sociale.* Milano: Edizioni di Comunità.
- **Eaton, G., Morleo, M., Lodwick, A., Bellis, M. A., & McVeigh, J. (2005).** *United Kingdom Drug Situation. Annual Report to the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2004 Edition.* London: Department of Health.
- **Fazel, S., & Danesh, J. (2002).** *Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review of 62 surveys.* **The lancet**, 359(9306), 545-550.
- **Ferracuti, F., Giarrizzo, C. (1990).** *Stati emotivi e passionali.* Enc. Dir. XLIII: p. 661.
- **Floriani, A., (2014).** *Trattamento doppia diagnosi.*
- **Foucault, M. (2012).** *Discipline and punish: The birth of the prison.* Vintage.
- **Fornari, U., (2005).** *“I disturbi gravi di personalità rientrano nel concetto di infermità?”.* www.giustizia.lazio.it
- **Fornari, U. (2014).** *Follia transitoria. Il problema dell'irresistibile impulso e del*

raptus omicida. Milano.

- **Forward, S., (2013).** *La relazione con un soggetto borderline. SOSPSICHE.*
- **Frediani, P. (2011).** *L'esperto del giudice.* Simone editore.
- **Gennaro, B. (2007).** *Manuale del perito e del consulente tecnico nel processo civile e penale.* Maggioli editore.
- **Giostra, G. (Ed.). (2009).** *Il processo penale minorile: commento al DPR 448/1988.* Giuffrè Editore.
- **Griffiths, P., Lopez, D., Sedefov, R., Gallegos, A., Hughes, B., Noor, A., & Royuela, L. (2010).** *Khat use and monitoring drug use in Europe: the current situation and issues for the future.* Journal of ethnopharmacology, 132(3), 578-583.
- **Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981).** *The diagnostic interview for borderline patients.* The American Journal of Psychiatry.
- **Howard, J. A., & Sheth, J. N. (1969).** *The theory of buyer behavior* (No. 658.834 H6).
- **Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., & Meltzer, H. (1997).** *The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain—initial findings from the household survey.* **Psychological medicine, 27(4), 775-789.**
- **Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994).** *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey.* **Archives of general psychiatry, 51(1), 8-19.**
- **Legge 19 novembre 1990, n.341.** “Riforma degli ordinamenti didattici universitari” pubblicato su G.U. n.274 del 23/11/1990.
- **Legge n° 1404 del 20/07/1934 (modificato dall’articolo e Legge n° 1441 del 27/12/1956 e successive modifiche).**
- **Legge n°397 del 07/12/2000.**
- **Legge n°663 del 10/10/1986 che modifica la Legge n° 354 del 1975. Norme in tema di Ordinamento Penitenziario.**
- **Legge 13 maggio 1978 n. 180.** “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”.
- **Loretto, L. (2000).** “Le reazioni emotive al paziente violento: implicazioni diagnostiche e terapeutiche.” Centro Scientifico Editore.
- **Minardi, M. (2013).** *Gli strumenti per contestare la C.T.U.* Giuffrè editore.
- **Ministero di Grazia e Giustizia.** *Codice di procedura civile.*
- **Ministero di Grazia e Giustizia.** *Codice di procedura penale.*
- **Molteni, L., & Pellegrini, G. (2013).** *Tossicodipendenza e disturbo Borderline di*

personalità. Uno studio sui pazienti afferenti ai Ser. D. della provincia Autonoma di Trento. Italian Journal on Addiction, 3(5).

- **MUSCARÀ, S. (2009).** *La speciale (rectius: speciosa) disciplina della tutela cautelare in materia di atti volti al recupero di aiuti di Stato.* AA. VV., “Agevolazioni fiscali e aiuti di Stato”. a cura di M. Ingrosso e G. Tesaro, Jovene editore.
- **Nivoli, G. C. (1980).** *Il colloquio criminologico. Manuale del colloquio e dell'intervista.* Milano: Mondadori.
- **Penrose, L. S. (1939).** *Mental disease and crime: outline of a comparative study of European statistics.* Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 18(1), 1-15.
- **Picciolato, P. (2015).** “*Raccomandazioni e problematicità dell'assistenza infermieristica al paziente con disturbo borderline di personalità: una revisione della letteratura*”.
- **Rigliano, P. (2015).** *Doppia Diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia.* Milano.
- **Romano, M., Grasso, G. (2012).** *Commentario sistematico del codice penale.* II 4a ed. Milano: p. 46.
- **Rovera, G. G. (1996).** *La “Hybris” del paziente borderline.* ROVERA, GG (a cura di), *Il paziente borderline. Aspetti clinici, psicopatologici e terapeutici.* CSE, Torino, 3-26.
- **Trib. Milano, Ufficio G.I.P., 6 Febbraio 2012, n. 309, cit., pag. 13.**
- **Venturini, E., Casagrande, D., Toresini, L. (2010).** “*Il folle reato. Il rapporto tra la responsabilità dello psichiatra e l'imputabilità del paziente.*” Edizioni Franco Angeli, Milano.