

Indice

Parte I Generalità

1. Psicopatologia forense e neuropsicologia forense.	
Stato attuale e prospettive future.	3
<i>Stefano Ferracuti, Pietro Pietrini, Giuseppe Sartori</i>	
Introduzione	3
Organizzazione della psichiatria clinica e forense.	3
Psicologia e neuropsicologia forense	6
Bibliografia	10
2. Perizia e consulenza psicopatologico forense	11
Aspetti procedurali e pratici delle perizie e delle consulenze.	11
<i>Stefano Ferracuti</i>	
Introduzione	11
Prova scientifica e nesso di causalità in ambito forense	11
Consulenza tecnica	14
Perizia	17
Perito teste	21
Prova scientifica	22
Difficoltà delle perizie psicopatologico forensi: aspetti etici, giuridici e clinici	28
Aspetti metodologici delle perizie e consulenze in ambito psicopatologico forense	32
Problemi del giudizio in diversi ambiti peritali	34
Casi particolari	44
Istituti giuridici a tutela del paziente psichiatrico	46
Affidamento di minori	47
Perizia nella valutazione dell'attendibilità del testimone	49
Conclusioni.	52
Utilizzo dei reattivi mentali in ambito forense e medico-legale.	52
<i>Paolo Roma</i>	
Introduzione	52
Diverse tipologie di test.	54
Applicazione dei test in ambito forense e medico-legale	56
Oltre l'ammissibilità del test in ambito forense	59
Conclusioni.	62
Identificare la simulazione: strategie, memory detection e lie detection . .	62
<i>Giuseppe Sartori, Andrea Zangrossi</i>	
Introduzione	62
Strategie e approcci tradizionali per la rilevazione della simulazione . . .	63

Strumenti innovativi per la rilevazione della simulazione:	
lie detection e memory detection	.65
Futuro della rilevazione della simulazione	.66
Conclusioni.	.68

Neuroimmagini in ambito forense: teoria e applicazione. 68

Pietro Pietrini, Cristina Scarpazza

Introduzione	.68
Legame fra cervello e comportamento criminale	.68
Applicazione delle neuroimmagini a casi forensi	.72
Uso delle neuroimmagini in tribunale: linee guida per la pratica forense	.77
Conclusioni.	.85

Geni e ambiente nella modulazione del comportamento umano: implicazioni giuridico-forensi 86

Veronica Mariotti, Sara Palumbo, Silvia Pellegrini

Introduzione	.86
Prime evidenze dell'interazione genetica e ambiente nel modulare il comportamento umano	.86
Che cos'è l'epigenetica	.88
Asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA).	.89
Microbiota intestinale	.91
Conclusioni.	.93
<i>Bibliografia</i>	.94

3. L'infermità di mente e la responsabilità penale 105

Problemi di imputabilità. 105

Stefano Ferracuti

Introduzione	105
Breve analisi comparativa della non imputabilità tra diversi sistemi penali.	106
Imputabilità nel sistema penale italiano	108
Disturbi di personalità	112
Imputabilità del dipendente da tossici esogeni	114
Problemi e difficoltà del sistema dell'imputabilità	118
Abolizionismo e ampliamento della non punibilità	118
Problematiche legate alle neuroscienze	120

Imputabilità nell'adolescenza 124

Paolo Roma

Pericolosità sociale. 127

Stefano Ferracuti, Giuseppe Nicolò

Introduzione	127
Imputabilità e misure di sicurezza	127
Evoluzione della legislatura per i pazienti affetti da disturbi mentali ma non autori di reato	131
DPCM del 2008 e norme successive	133
Metodi di valutazione della pericolosità	146
Valutazione clinica di pericolosità di comportamenti aggressivi: metodi attuariali.	147

	Critiche e difficoltà dell'approccio clinico	150
	Conclusioni.	153
	<i>Bibliografia</i>	154
4.	Vittimologia.	159
	<i>Anna Maria Giannini, Giulia Lausi</i>	
	Definizione e scopo della disciplina.	159
	Principali teorie vittimologiche	161
	Tipologie di vittime.	163
	Vittimologia femminista	164
	Fattori di rischio e di vulnerabilità	165
	Vittime vulnerabili	166
	Psicologia della vittima	166
	Forme di vittimizzazione	168
	Conclusioni.	170
	<i>Bibliografia</i>	171
5.	Aspetti psichiatrico e psicologico forensi della testimonianza.	173
	<i>Dora Giorgianni, Giuseppe Sartori</i>	
	Introduzione	173
	Fattori che modulano l'accuratezza del ricordo.	175
	Memoria autobiografica nel trauma e nella psicopatologia	183
	Conclusioni.	197
	<i>Bibliografia</i>	198
6.	Valutazione della capacità processuale nel processo penale	203
	<i>Martina Biasi, Stefano Ferracuti</i>	
	Introduzione	203
	Capacità processuale nella legislazione italiana.	204
	Accertamento della capacità processuale	205
	Criteri di valutazione per l'incapacità processuale	209
	<i>Bibliografia</i>	209
7.	Intelligenza artificiale in psicologia e psichiatria	211
	<i>Graziella Orrù, Giuseppe Sartori</i>	
	Introduzione	211
	Reti neurali artificiali e connessionismo in psicologia cognitiva	211
	Origini e sviluppo storico del connessionismo	211
	Attuale stato del dibattito e ruolo dei LLM.	212
	Transformer e LLM	212
	Scaling Law e proprietà emergenti	213
	Riproduzione della mente umana.	213
	Allucinazioni nei LLM	213
	Quali compiti cognitivi i LLM non riescono a svolgere bene?	214
	Strumenti di AI generativa per la ricerca bibliografica ai fini forensi	214
	Applicazioni pratiche della AI in ambito psicoforense	215
	<i>Bibliografia</i>	216

Parte II La clinica

8. Aspetti psichiatrico forensi delle malattie mentali.	219
Schizofrenia e rischio di comportamenti violenti: dalla valutazione standardizzata ai piani di trattamento	219
<i>Luca Castelletti, Giovanni de Girolamo, Laura Iozzino</i>	
Introduzione	219
Epidemiologia della schizofrenia nella popolazione generale e in ambito forense	219
Schizofrenia e rischio di comportamenti violenti e antisociali	220
Fattori di rischio per i comportamenti violenti in persone con DSS	221
Metodologie di valutazione per pazienti con DSS autori di reato	223
Modello esplicativo del rischio di comportamenti violenti in persone con DSS	225
Tassi di recidive nei pazienti forensi	227
Progetto europeo EU-VIORMED.	227
Trattamenti evidence-based per pazienti con DSS.	229
Sfide e dilemmi etici	230
Conclusioni.	231
Il disturbo bipolare in psichiatria forense	231
<i>Antonello Catinari, Gabriele Sani, Debora Vitaletti</i>	
Introduzione	231
Manifestazioni cliniche e implicazioni forensi del disturbo bipolare	232
Compromissione della capacità di intendere e di volere nel disturbo bipolare	234
Pericolosità sociale: valutazione del rischio di recidiva e misure di sicurezza nel disturbo bipolare	234
Conclusioni.	235
Disturbi di personalità: classificazione e implicazioni forensi	236
<i>Pietro Pietrini, Marco Saettoni, Ilaria Zampieri</i>	
Introduzione	236
Quando si può considerare patologico lo sviluppo della personalità	236
Caratteristiche generali dei disturbi di personalità nella nosografia corrente	237
Disturbi di personalità nello scenario forense.	239
Come i disturbi di personalità compromettono la capacità di intendere e volere	242
Psicopatologia forense dei disturbi da trauma	245
<i>Antonio Del Casale</i>	
Introduzione	245
Focus sulla dissociazione in ambito forense	247
Disturbi dissociativi propriamente detti e psicopatologia forense	249
PTSD in psicopatologia forense	252
Disturbi dell'adattamento in psicopatologia forense	256
Conclusioni.	257
<i>Bibliografia.</i>	<i>259</i>

9.	Caratteristiche fotografiche della memoria autobiografica	263
	<i>Antonietta Curci, Tiziana Lanciano</i>	
	Introduzione	263
	Accuratezza del ricordo: la natura costruttiva della memoria autobiografica	263
	Falsi ricordi.	264
	Ricordi fotografici	265
	Caratteristiche distintive dei ricordi fotografici	265
	Flashbulb memories checklist.	268
	Conclusioni.	269
	<i>Bibliografia</i>	270
10.	Pedofilia e abuso sessuale infantile	273
	<i>Cristina Scarpazza</i>	
	Introduzione	273
	Eziologia	274
	Correlati neurali	275
	Modus operandi	277
	Indagine neuroscientifica della pedofilia acquisita	280
	Possibili interventi terapeutici	280
	Implicazioni legali	282
	Possibili conseguenze di una diagnosi errata	284
	Conclusioni.	285
	<i>Bibliografia</i>	285
11.	Trattamento degli autori di reato in misura di sicurezza	287
	<i>Alessia D'Andrea, Brunella Lagrotteria, Giuseppe Nicolò, Roberta Ortenzi, Dina Esmeralda Posteraro, Corrado Vilella</i>	
	Introduzione	287
	Premesse al trattamento socio-riabilitativo integrato in REMS	289
	Valutazione del paziente autore di reato in REMS	290
	Interventi psicosociali integrati nel paziente autore di reato	290
	Limiti e criticità del percorso di cure nel contesto forense	295
	Trattamenti psicoterapici	295
	Fattori di rischio per la violenza	297
	Trattamento farmacologico: evidenze dalla letteratura scientifica.	298
	Specificità del setting REMS	298
	<i>Bibliografia</i>	300
12.	Trattamento della salute mentale in ambito penitenziario	303
	<i>Stefano Ferracuti</i>	
	Introduzione	303
	L'ambiente detentivo e la salute mentale	304
	Cenni sull'organizzazione dei servizi sanitari di salute mentale dentro le carceri.	309
	Servizio Nuovi Giunti	314
	Lo psicologo in carcere	316
	Terapie (farmaci, psicoterapie)	318
	Riabilitazione (TeRP).	320
	Servizi sociali	322
	Questioni aperte	323

Conclusioni.	325
Bibliografia	327
Lecture consigliate	327

Parte III Criminologia e psicopatologia forense

13. La violenza come fenomeno globale multidimensionale 331

Benedetta Barchielli, Stefano Ferracuti

Introduzione	331
Stress ambientali e socioeconomici e violenza interpersonale	332
Maltrattamento e abuso su minori	332
Violenza di partner intimo	333
Violenza sugli anziani	333
Violenza sessuale	334
Violenza sul posto di lavoro	335
Migrazione e violenza: vulnerabilità in transito.	336
Disturbi psichiatrici e violenza: un legame complesso e multilivello.	336
Bibliografia	337

14. Il fenomeno dell'omicidio-suicidio 341

Silvia Biondi, Paolo Roma

Introduzione	341
Caratteristiche	341
Aspetti demografici.	343
Storia del fenomeno dal 1985 al 2018	343
Conclusioni.	345
Bibliografia	345

15. I comportamenti suicidari 347

Giovanni Battista Gnecco, Caterina Magni, Gabriele Rocca

Introduzione	347
Epidemiologia	350
Il contesto italiano	353
Effetto dei media sulla popolazione generale	353
Rischio suicidario	354
Altri fattori di rischio.	359
Valutazione sistematica del rischio	360
Elementi di intervento	364
Spunti di prevenzione.	365
Bibliografia	367

16. Terrorismo 369

Arije Antinori

Introduzione	369
Definizione e caratteristiche	369
Principali matrici del terrorismo	372
Cause del terrorismo	378
Ideologie emergenti.	379
Terrorismo e salute mentale	380
Radicalizzazione violenta.	381
Foreign Terrorist Fighters.	382

Spontaneismo violento e attori solitari	382
Donne e terrorismo	383
Minori e terrorismo	383
Terrorismo e comunicazione	385
Gioco online e terrorismo	386
Prevenzione e contrasto	387
<i>Bibliografia</i>	388
<i>Lecture consigliate</i>	390
17. Criminalità organizzata	391
<i>Arije Antinori</i>	
Introduzione	391
Evoluzione storica	393
Esperienza italiana	397
Principali entità mafiose autoctone	399
Subcultura e identità mafiosa	403
Religione e mafia	404
Donne e minori	405
Principali entità mafiose estere	407
Criminalità organizzata e crisi pandemica COVID-19	409
Reti criminali ad alto rischio	409
<i>Bibliografia</i>	410
18. Delinquenza giovanile e fenomeni di violenza legati allo sport	413
<i>Benedetta Barchielli</i>	
Definizione e inquadramento	413
Delinquenza giovanile, violenza e sport	419
<i>Bibliografia</i>	421
19. Nelle pieghe dei colletti bianchi. Antropologia e criminologia dei reati dei potenti.	425
<i>Giulio Vasaturo</i>	
Lo sterco del diavolo: antropologia del crimine elitario.	425
Dalla teoria di Sutherland ai giorni nostri: criminologia dei reati economici	428
<i>Homo oeconomicus</i> e neuroscienze.	430
Predatori, narcisisti, cinici, edonisti: i <i>corporate psychopaths</i>	431
Follow the money: l'impresa mafiosa	433
Criptovalute, intelligenza artificiale e nuove sfide della criminalità economica	436
<i>Bibliografia</i>	439
20. Il fenomeno settario	443
<i>Cristina Scarpazza</i>	
Introduzione	443
Brevi cenni storici sulla nascita e lo sviluppo di culti e sette	443
Definizioni e caratteristiche generali	445
Cosa si intende per gruppo psicologicamente abusante?	447
La figura del leader	448
Tecniche di manipolazione	450
Caratteristiche dei membri di una setta	454
Permanenza nella setta e salute mentale	455

Problema giuridico	457
Conclusioni.	461
<i>Bibliografia</i>	462
21. Tossicodipendenze	465
Le dipendenze da “nuove sostanze psicoattive”	465
<i>Alessandro Emiliano Vento</i>	
Introduzione	465
Cannabimimetici sintetici.	466
Catinoni sintetici	466
Fenetilamine psichedeliche classiche e nuovi derivati: MDMA-simili	467
Altre nuove sostanze psicostimolanti di rilevanza clinica	468
Oppioidi sintetici	468
Triptamine	468
Agonisti dei recettori GABA-A/GABA-B: GHB e simili	469
Sostanze dissociative e allucinogene (psicodislettici)	470
Accertamento della dipendenza da sostanze psicoattive.	472
<i>Alessandro Emiliano Vento</i>	
Introduzione	472
Prospettiva forense in tema di dipendenza da sostanze psicoattive	475
Test tossicologici	476
Analisi di laboratorio e psicometria	477
Medicina legale pubblica e patologie psichiche:	
idoneità alla guida e al porto d’armi	478
<i>Laura Fenudi</i>	
Premessa	478
Idoneità alla guida	479
Idoneità alla guida in relazione alle patologie psichiatriche.	480
Idoneità al porto d’armi	483
<i>Bibliografia</i>	485

Parte IV Implicazioni in ambito civile

22. I contratti	489
Nullità di atti e contratti.	489
<i>Cristiano Barbieri, Francesca Gnoato, Gianmarco Tessari</i>	
Capacità di agire in tema di annullamento di atti e contratti	489
Valutazione della capacità di agire	491
Esame degli aspetti cognitivi	494
Esame degli aspetti psicopatologici	495
Conclusioni.	497
Nullità testamentaria	497
<i>Francesca Gnoato, Gianmarco Tessari</i>	
Introduzione	497
Valutazione della capacità di testare	500
Valutazione <i>post mortem</i> della capacità testamentaria	500
Valutazione <i>intra vitam</i> della capacità testamentaria	501

Perizia medico-legale in diritto canonico.	505
<i>Cristiano Barbieri</i>	
Introduzione	505
Perizia nel diritto canonico matrimoniale.	505
Perizia nel diritto canonico penale	507
Perizia in tema di idoneità alla vita religiosa	509
Perizia in tema di discernimento in caso di presunti fenomeni soprannaturali	509
Conclusioni.	510
<i>Bibliografia</i>	510
23. Amministrazione di sostegno	513
<i>Stefano Ferracuti, Gianmarco Tessari</i>	
Introduzione	513
ADS ordinaria e straordinaria	513
Criteri per la nomina di un amministratore di sostegno	514
Sentenze della Corte di Cassazione	514
Revoca amministrazione di sostegno	517
Amministrazione di sostegno e capacità finanziarie.	517
Valutazione della capacità finanziaria	518
Amministrazione di sostegno in pazienti psichiatrici	519
ADS e capacità di esprimere consenso informato alle cure	520
Conclusioni.	520
<i>Bibliografia</i>	520
24. Valutazione delle competenze genitoriali	521
<i>Paolo Roma</i>	
Introduzione	521
Valutazione delle competenze genitoriali in ambito forense: il concetto di capacità genitoriale	525
<i>Bibliografia</i>	525
25. Il medico competente: ruolo e responsabilità nella gestione delle psicopatologie del lavoratore.	527
<i>Laura Marcellini</i>	
<i>Bibliografia</i>	540
26. Danno biologico di natura psichica	541
<i>Brenda Briasco, Gabriele Rocca</i>	
Introduzione	541
Danno biologico	544
Danno biologico psichico.	546
Disturbi psichici correlati a traumi ed eventi stressanti	552
<i>Bibliografia</i>	555

Parte V Deontologia ed etica

27. Cenni di bioetica in psichiatria forense	559
<i>Felice Carabellese, Mary Davoren, Hanry Gerard Kennedy, Lia Parente</i>	
Etica	559

Bioetica	560
Bioetica applicata alla psichiatria forense.	562
Conclusioni.	566
<i>Bibliografia</i>	566
28. Trattamento sanitario obbligatorio	569
<i>Renato Ariatti, Michela Casoria, Stefano Ferracuti</i>	
Introduzione	569
Modalità operative	572
Rilievi critici	582
<i>Bibliografia</i>	587
29. Capacità decisionale in psichiatria forense	589
<i>Giovanna Parmigiani</i>	
Introduzione	589
Consenso informato al trattamento e alla ricerca nelle popolazioni vulnerabili	589
Capacità a prestare consenso al trattamento nel TSO	590
Tecniche di <i>enhancing</i> della capacità di prestare consenso informato alla ricerca	591
Capacità decisionale e capacità processuale	592
Capacità decisionale e responsabilità criminale.	592
Capacità finanziaria	594
Altri compiti decisionali	595
Conclusioni.	596
<i>Bibliografia</i>	596
30. La responsabilità professionale dello psichiatra e il risk management	599
<i>Stefano Ferracuti</i>	
Introduzione	599
Profili di colpa nell'intervento terapeutico	600
Responsabilità civile del sanitario	602
Responsabilità professionale dello psichiatra	603
Gestione del rischio in ambito psichiatrico	606
<i>Bibliografia</i>	609
31. La responsabilità penale dello psichiatra: un excursus giurisprudenziale.	611
<i>Renato Ariatti, Michela Casoria</i>	
Introduzione	611
Caso 1	613
Caso 2	615
Caso 3	616
Caso 4	618
Caso 5	625
Conclusioni.	626
<i>Bibliografia</i>	627

Psicopatologia forense e neuropsicologia forense. Stato attuale e prospettive future

Stefano Ferracuti, Pietro Pietrini, Giuseppe Sartori

Introduzione

Gli ultimi anni sono testimoni di un'autentica esplosione dell'interesse nei confronti delle scienze del comportamento in relazione al mondo giuridico. La psichiatria forense e la psicologia giuridica, una volta espressione di una dimensione culturale e scientifica marginale, limitata a settori specialistici e spesso con scarse applicazioni pratiche al di fuori delle valutazioni medico-legali a fini processuali, sono, invece, diventate centrali anche nella pratica clinica. La tendenza a un'estensione dei domini culturali delle scienze del comportamento, e del sapere scientifico più in generale, applicati al mondo giuridico è universale, con caratteristiche specifiche nei diversi Paesi. In Italia, tuttavia, il fenomeno ha assunto aspetti molto controversi e, allo stato, non si può conoscere quale sarà il punto di equilibrio.

Psichiatria forense, psicologia giuridica e criminologia sono materie interdisciplinari e il presente volume cerca di fornire a un lettore non necessariamente specialista gli strumenti per muoversi in un contesto così complesso. In questo capitolo vengono analizzate le problematiche principali nei diversi settori, senza alcuna pretesa di esaustività, rimandando agli altri capitoli per i relativi approfondimenti.

La psichiatria forense presuppone la conoscenza della psichiatria clinica. Tuttavia, non si esaurisce in una approfondita conoscenza della dimensione clinica e farmacologica, ma richiede la comprensione dell'autore del reato affetto da problematiche clinico-psichiatriche all'interno della sua dimensione personologica, del suo contesto sociale e culturale e delle norme – e della loro interpretazione – di riferimento. Considerazioni simili si possono applicare alla psicologia giuridica. Sia la psicologia sia la psichiatria, quando articolate nella dimensione "forense", richiedono una conoscenza di una materia di derivazione sociale, la criminologia, anch'essa in

continua evoluzione. L'insieme di queste conoscenze è spesso identificabile con la dimensione della psicopatologia forense.

Organizzazione della psichiatria clinica e forense

In Italia la psichiatria clinica, dopo la promulgazione della legge 180 del 1978, successivamente integrata nello stesso anno nella legge 833/1978, è stata in grado di mantenere una completa scissione con il mondo giuridico per circa quarant'anni. La legge 180, infatti, aveva trasferito l'intero corpus delle competenze trattamentali per le persone affette da disagio mentale al Sistema sanitario nazionale, stabilendo la centralità del trattamento su base territoriale, con l'istituzione dei Dipartimenti di salute mentale (DSM), decretando la chiusura degli ospedali psichiatrici, mantenendo solo un tipo di reparto psichiatrico per il trattamento delle acuzie (gli SPDC, Servizi psichiatrici di diagnosi e cura), ponendo la priorità sul trattamento comunitario e stabilendo che il ricovero involontario, il cosiddetto trattamento sanitario obbligatorio (TSO), può essere effettuato solo per esigenze di cura e non per una richiesta di sicurezza sociale.

Questo insieme organico di riforme, peraltro ampiamente riconosciuto come estremamente innovativo in ambito internazionale, aveva trascurato del tutto la dimensione giudiziaria. La legge, dato che riguardava solamente i pazienti civili affidati al Sistema sanitario nazionale, aveva completamente ignorato gli autori di reato affetti da malattia mentale, che ricadevano in un'altra legislazione, improntata agli articoli nn. 85, 88 e 89 del Codice penale. Dal 1978 al 2015 sono dunque continuati a esistere manicomi criminali, definiti come Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) gestiti dal ministero di Giustizia.

È stato solo dal 2008, dopo la promulgazione di un DPCM governativo del primo aprile, che vi è stato un progressivo trasferimento delle competenze per la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato dal ministero di Giustizia alla sanità regionale. Questo processo non è stato e non è, indolore, per una molteplicità di fattori che saranno analizzati con maggiore specificità nei capitoli dedicati alla pericolosità sociale. Tuttavia, questa ulteriore riforma della salute mentale ha trasferito ai DSM la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato, generando non poche difficoltà, perché la riforma non ha solo chiuso gli OPG e istituito speciali comunità per la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato giudicati non imputabili e socialmente pericolosi (REMS, Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza), ma ha anche trasferito ai DSM la gestione della salute mentale in ambito penitenziario e dei liberi vigilati. I servizi psichiatrici si sono perciò trovati, in pochissimi anni, a dover fare fronte a un'utenza di assistiti con la quale avevano scarsa o nulla dimestichezza, assoluta mancanza di formazione e mezzi – sia risorse, sia norme – inadeguati, con un accentuarsi della sensazione di crisi nella categoria degli operatori della salute mentale.

Sul fronte giudiziario vi erano state alcune importanti evoluzioni che, involontariamente, avevano contribuito all'accentuazione della situazione di crisi quando erano stati chiusi gli OPG. In particolare, la sentenza della Cassazione a sezioni riunite n. 9163 dell'8 marzo 2005, aveva stabilito che anche i gravi disturbi di personalità, qualora il fatto reato sia causalmente collegato al disturbo mentale, possono essere causa di non imputabilità. La sentenza, ampiamente commentata e molto apprezzata per diversi aspetti in ambito giuridico e psicopatologico forense, ha risolto una problematica che si trascina dal secondo dopoguerra e che vedeva al centro la valutazione medico-legale degli autori di reato affetti da "gravi caratteriopatìe", rispetto ai quali la valutazione di imputabilità rimaneva spesso problematica, apposta per la presenza di quadri clinici molto cangianti in questi pazienti. Tuttavia, con le norme in vigore fino al 2014, gli autori di reato giudicati non imputabili e socialmente pericolosi erano inviati in OPG o in Casa di cura e custodia (entità differenziate dal Codice penale, ma nella pratica omologhe, trattandosi degli stessi luoghi fisici con il medesimo personale) e non ricadevano certamente nelle competenze dei DSM. Peraltro, non esistendo

alcun obbligo di cura una volta terminata la misura di sicurezza, queste persone potevano effettuare l'intero percorso giudiziario della misura di sicurezza senza avere alcun contatto con operatori sanitari dei Dipartimenti. La chiusura degli OPG ha riversato un gran numero di persone giudicate socialmente pericolose nelle utenze dei DSM, che si sono trovati a doversi far carico di una popolazione di pazienti con gravi disturbi di personalità borderline, paranoidei e quadri simili (fra cui molti antisociali-psicopatici), senza disporre delle competenze e del personale per trattare questi soggetti che, peraltro, spesso non hanno alcuna intenzione di essere curati. I DSM, infatti, sono strutture ideate e tarate sulla base di una legge di oltre quarant'anni fa, per una popolazione di pazienti psichiatrici composta prevalentemente da disturbi dello spettro schizofrenico e dello spettro bipolare, secondo le attuali classificazioni.

Le competenze per il trattamento psicoterapeutico dei gravi disturbi di personalità non sono frequenti nei Servizi e il modello organizzativo dei DSM rimane incentrato su una dimensione esageratamente "medica" quando, invece, per queste popolazioni di pazienti con gravi disturbi di personalità, la gestione è certamente più di impronta psicoterapeutica, riabilitativa e infermieristica. Il discorso è ulteriormente complicato da prese di posizione ideologiche, aprioristiche, che tendono a non tenere conto dei dati e a difendere posizioni e prospettive che risultano ormai poco attuali.

Un ulteriore fattore di complicazione della situazione è la diffusione di nuove sostanze che generano quadri psicopatologici complessi. In certi casi, ormai sempre più frequenti, fattori legati a dimensioni psicopatologiche individuali, spesso già presenti in adolescenza, si complicano sotto la spinta di quadri di intossicazione da tossici esogeni, la cui natura non è sempre agevole accertare. La definizione e valutazione psichiatrico forense di queste situazioni sono complesse (si veda il Capitolo 3).

Queste problematiche, alle quali qui si accenna rimandando ai singoli capitoli per l'approfondimento, evidenziano che, per la psichiatria clinica e per i DSM, le problematiche psicopatologico forensi sono ineludibili e richiedono una formazione specifica, non più demandabile al semplice percorso individuale su base esperienziale. Sebbene la psichiatria clinica tenda a fare resistenza, vi sono anche ulteriori ragioni per le quali la prospettiva psicopatologico forense è ormai parte integrante della pratica clinico psichiatrica.

Il consenso informato è la dimensione centrale della cura medica e una specifica legge, la n. 219 del 22 dicembre 2017, ne ha chiaramente stabilito i confini, sancendo anche la possibilità di disposizioni anticipate di trattamento in caso di possibile incapacità futura. Il dovere di informare i pazienti sulla natura della loro condizione, sui possibili benefici e rischi connessi al trattamento con un linguaggio comprensibile, la necessità di acquisire il consenso in forma scritta per trattamenti off-label e per trattamenti che comportino particolari rischi, è un tema che non si applica solo alle cure che comportino una qualche forma di invasività fisica (per es. in ambito psichiatrico, l'elettroshock terapia, TEC), ma anche ai trattamenti farmacologici e perfino alla psicoterapia. Peraltro, appare sempre più evidente che un dispositivo come quello congeniato per procedere al TSO, basato solo sull'esigenza delle cure, senza che sia richiesto un benché minimo consenso da parte del paziente, se non nei termini di accettazione del trattamento proposto dal medico, fa riferimento a un modello di rapporto medico-paziente ormai difficilmente applicabile (si veda il Capitolo 27). In genere è l'intera problematica dei trattamenti in assenza di consenso che ha posto e pone particolari difficoltà alla psichiatria. Basti pensare che la sentenza della Corte costituzionale n. 22 del 2022 tematizza il problema del trattamento in assenza di consenso all'interno delle REMS, senza che vi sia una omogeneità di vedute tra gli operatori della salute mentale su come attuare queste procedure che, invece, per la loro delicatezza e rilevanza etica, sono centrali.

È solo il caso di accennare brevemente alle problematiche legate alla contenzione, sulle quali la V sezione della Cassazione, con sentenza cosiddetta "Mastrogiovanni" del 20 giugno 2018 n. 50497, ha chiaramente stabilito che non è un atto terapeutico, ma una misura di sicurezza da attuare rigidamente all'interno del perimetro dell'art. n. 54 del Codice penale, che comunque va prescritta da un medico quando necessaria e attentamente vigilata dagli infermieri, all'interno di ben definite linee guida. La problematica è, comunque, tutt'altro che esaurita, dal momento che l'effettiva applicabilità della prospettiva stabilita dalla Cassazione pone controversie in ambito clinico-applicativo.

Parimenti, la mancanza di un effettivo dibattito in psichiatria clinica sul problema del consenso informato, si andrà esasperando con le problematiche legate ai trattamenti di fine vita. Diversi Paesi

europei, compreso il Belgio, l'Olanda e la Spagna, consentono l'accesso ai trattamenti di fine vita ai pazienti psichiatrici e già oggi alcuni di loro richiedono certificazioni al fine di poter andare ad attuare procedure di fine vita in Svizzera, sull'esempio di Lucio Magri, storico leader del "Manifesto", che, sembra, soffriva di una grave depressione. È evidente che la dimensione etica di queste richieste comporta una riflessione ben più approfondita sulla capacità decisionale delle persone affette da malattia mentale e sulla loro valutazione clinica, con la necessità di pervenire a parametri di valutazione obiettivi e il più possibile condivisi, a prescindere dalla specificazione etica dei singoli specialisti. Il problema di una piena applicazione della dottrina del consenso informato in psichiatria è comunque ancora maggiore rispetto a questi casi di richiesta di certificazioni per il fine vita, considerabili come estremi. Per esempio, è controverso se riportare chiaramente a un paziente la diagnosi di "schizofrenia", con la conseguente prognosi, non sia in sé una procedura stigmatizzante e tale da ridurre la speranza di cura. Il tema non è secondario dal momento che, se la psichiatria è una branca della medicina, non può mantenere parametri di giudizio e valutazione dei pazienti diversi dal restante corpus di conoscenze e pratiche che denominiamo "medicina".

Il consenso, a nostro parere, andrebbe considerato all'interno delle variabili cliniche, alla stessa stregua dell'umore o del pensiero, e andrebbe valutato in termini dimensionali, sebbene la legge richieda una soluzione dicotomica. In ambito civilistico molto è stato fatto con la normativa sull'amministratore di sostegno, ma i limiti e le effettive possibilità dell'istituto rimangono poco specifici rispetto alle attuali esigenze di particolari popolazioni.

Il tema del consenso consente di introdurre un altro elemento rilevante in ambito psicopatologico forense, ovvero che le problematiche concernenti la cosiddetta "competence" degli anglosassoni sono molto più estese di quella che può essere considerata una popolazione psichiatrica standard, ma riguardano, in questo caso, anche vasti settori di pazienti di competenza neurologica o geriatrica, come persone affette da Mild Cognitive Impairment per diversi tipi di processi degenerativi encefalici, persone con diverso grado di disabilità mentale, persone con esiti di traumi cranici o di intossicazioni cerebrali. Tutti questi pazienti non sono utenti "standard" dei DSM, ma sono persone che hanno particolari problemati-

che di capacità decisionale, i cui risvolti possono riguardare sia la dimensione civilistica sia quella penalistica, e in tal senso la formazione psicopatologica forense si estende ben oltre la semplice formazione psichiatrico-clinica.

Un ulteriore tema che aprirà nuove problematiche psicopatologico forensi è lo sviluppo di una salute mentale digitale, opzione sempre più presente, specialmente per fasce di reddito basse o in popolazioni dove non siano possibili SSN con standard europei e la gestione della privacy di questi dati. Parimenti, andrà attentamente valutato e considerato l'uso di sistemi di intelligenza artificiale (AI) nelle popolazioni psichiatrico forensi, specialmente per quando concerne la valutazione di pericolosità. In questo ultimo periodo molto si parla della cosiddetta giustizia predittiva che si affida a modelli di AI per prevedere il rischio di reiterazione del reato.

Infine, per quando concerne la pratica clinico-psichiatrica è evidente a tutti gli operatori del campo che le condizioni di esercizio della professione, considerando le evoluzioni delle problematiche di responsabilità professionale, sono radicalmente mutate rispetto a cinquant'anni orsono. Allo psichiatra è demandata una particolare posizione di garanzia, tale da proteggere sia il paziente da possibili atti autolesivi, in particolare il suicidio, e, contemporaneamente, la comunità circostante da possibili atti eteroaggressivi. Nel corso del tempo si sono andate stratificando diverse decisioni della Cassazione sul tema, con conseguenti prese di posizione estremamente critiche da parte degli psichiatri clinici che vedono in questa prospettiva adottata dalla Cassazione una forma di ritorno al custodizionalismo e alla privazione di libertà dei pazienti. Il problema, posto in questi termini, è irrisolvibile. Quello che, invece, a nostro parere, è necessario, è un adeguamento delle pratiche cliniche alle moderne esigenze di valutazione di risk management e lo sviluppo di una pratica clinico-psichiatrica improntata a dati di *evidence-based medicine* (i cui limiti si riconoscono appieno), alla luce di una specifica normativa che va sotto il nome di legge Gelli Bianco (L. 8 marzo 2017, n. 24) la quale richiede la valutazione dei rischi per gli utenti nei diversi ambienti di trattamento, lo sviluppo di specifiche linee guida e la gestione del rischio clinico, tramite procedure di audit, formazione e costante miglioramento delle pratiche cliniche. Anche questo discorso appare sostanzialmente inascoltato in ambito clinico, con la conseguente

difficoltà di gestire in modo efficace il contenzioso che deriva dalle procedure di responsabilità professionale che, inevitabilmente, si generano.

Psicologia e neuropsicologia forense

Un proficuo sviluppo della psicologia e della neuropsicologia in ambito giuridico può offrire possibilità ancora più ampie. Temi classici della psicologia forense, come la valutazione della testimonianza, sia nel soggetto con problematiche mentali, ma anche e specialmente nel testimone "neurotipico", sono stati ampliati da una mole di conoscenze neuropsicologiche che consentono, a oggi, un apprezzamento obiettivo delle dichiarazioni rese da testimoni che in precedenza non era certamente possibile. Il discorso è particolarmente rilevante dal momento che la problematica su quello che il teste può affermare ed essere scientificamente congruo è sicuramente centrale nell'ambito di un processo civile o penale basato su dati obiettivi. È evidente che, per avere cognizione delle effettive possibilità di ricostruzione di un evento di interesse legale, l'apprezzamento dettagliato del funzionamento cognitivo è necessario per la valutazione. Parimenti, sempre in questa linea di sviluppo le tecniche di valutazione della testimonianza di minori, supposte vittime di abusi, si sono ampiamente perfezionate, con accordi sulla metodologia che ormai trovano consenso nella maggioranza degli operatori del campo.

Lo sviluppo di tecniche di validazione del ricordo ha avuto un notevole sviluppo in questi ultimi anni. Vi sono oggi tecniche che permettono di effettuare la valutazione del contenuto di una narrazione testimoniale basandosi sulla struttura della narrazione stessa (per es. CBCA e tecniche di AI) e sull'analisi delle latenze di risposta in test computerizzati (per es. Concealed Information Test, aIAT). Queste tecniche possono essere di aiuto e fornire dati utili al processo penale quando è necessaria la valutazione della credibilità di un testimone, tema questo particolarmente insidioso visto che la capacità di una distinzione accurata fra sincerità e menzogna è estremamente difficoltosa. Queste tecniche, inoltre, hanno un ruolo importante nella valutazione endoperitale della genuinità dell'amnesia per il crimine, una forma di amnesia psicogena che si osserva con alta frequenza quando il criminale è chiamato a ricostruire

gli eventi che lo hanno visto protagonista. Nel caso di amnesia per il crimine di tipo psicogeno esiste il problema di valutare la genuinità delle dichiarazioni del periziando il quale, ovviamente, ha interessi di vario tipo nel fornire una “versione amnesica” del fatto di interesse penale. In neuropsicologia vi sono diversi strumenti per valutare l’attendibilità dell’amnesia come, per esempio, il TOMM che consente di stimare una propensione a simulare il quadro amnesico. Per valutare la genuinità della lacuna mnemonica per il fatto reato sono disponibili il CIT (1) e lo aIAT (2). Lo aIAT è maggiormente flessibile in quanto l’utilizzo di frasi per la descrizione del ricordo consente di valutare la genuinità di ricordi complessi. Spesso la persona indagata sa nel dettaglio di cosa sia accusata e quindi l’oggetto della valutazione non è fra ricordo/non ricordo, ma fra ricordo tra il percepito e la conoscenza di quanto accaduto perché se ne è discusso con l’avvocato oppure perché letto negli atti d’indagine.

La dimensione psicopatologica forense, quando rivolta alle attività più specificatamente psicologiche, trova continui elementi di ampliamento e riconoscimento. Si pensi alla valutazione delle capacità genitoriali divenuta ormai sistematica nelle separazioni conflittuali, il cui livello di scientificità risulta certamente inadeguato, all’affinamento delle procedure psicometriche e al loro rapporto con altre tecniche di indagine sul sistema nervoso centrale, al trattamento e alla gestione delle vittime, ai bias cognitivi nei processi decisionali di giudici, consulenti e operatori. L’intero ambito del trattamento degli autori di reato è in gran parte delegato alla psicologia e vi è necessità di trattamenti *evidence based* per problematiche ormai centrali come il trattamento dei criminali sessuali o degli uomini violenti. Parimenti la valutazione del danno, in particolare il danno da trauma cranico, è obiettivamente solo con strumenti integrati a carattere neuropsicologico, permanendo enormi problemi di obiettività per molte condizioni post-traumatiche, come il disturbo post-traumatico da stress, rispetto alle quali non si dispone di marker biologici attendibili e vi è controversia sugli strumenti psicometrici da usare.

Questi temi, già di per sé molto ampi e articolati, vanno declinati all’interno di un quadro sociale in continua evoluzione. Negli ultimi cinque anni si sono verificati diversi eventi globali che hanno prodotto profondi cambiamenti sociali e, conseguentemente, evoluzioni dei fenomeni di devianza e crimi-

nalità e della loro espressività clinica. Ciò richiede un’attenta osservazione e analisi approfondite per comprendere limiti e possibilità di ciascuna variabile in considerazione.

Lo sviluppo dell’AI, cui si è accennato in relazione a possibili valutazioni di pericolosità sociale, è uno di quegli elementi di sviluppo tecnologico che può dar luogo a cambiamenti sociali analoghi a quelli determinati dall’introduzione in commercio del motore a scoppio. I sistemi di previsione basati sull’intelligenza artificiale possono migliorare la previsione della reiterazione del reato sia basandosi su informazioni biografiche sia su test psicometrici (per es. Hare Psychopathic Checklist), ma comportano rischi etici che vanno accuratamente valutati.

La pandemia da Covid-19 ha modificato profondamente le dinamiche e i rapporti del mondo. Si sono ampiamente diffuse teorie complottiste, più o meno fantasiose, i cui confini con la psicopatologia spesso risultano sfumati. Parimenti, alcuni percorsi individuali di radicalizzazione di personalità disturbate tramite meccanismi di reclutamento nell’infosfera sono di interesse in ambito psicologico forense.

Il sistema della pena come mera retribuzione comporta la necessità di sviluppo di sistemi di modifica del comportamento non punitivi. Certamente nuove prospettive sono state aperte dalla riforma Cartabia, quali la mediazione penale e la giustizia riparativa, ma questo richiede la formazione di una cultura condivisa di operatori esperti, le cui competenze sono fortemente interdisciplinari e dove, invece, continua a prevalere, per ragioni politiche o consuetudinarie, l’uso del carcere.

Contemporaneamente si stanno sviluppando nuove prospettive criminologiche quali la criminologia ambientale, l’interesse per gli animali e la criminologia femminista. Quest’ultima si concentra sull’analisi dei reati, delle dinamiche criminali e delle risposte giuridiche e sociali alla luce delle prospettive e implicazioni di genere, aprendo interessanti prospettive di analisi. Nel nucleo degli studi criminologici femministi si insinua l’assunto di una “cecità di genere”, cioè non tanto una mancata considerazione del fattore di genere in sé, quanto piuttosto l’ampia prevalenza di atteggiamenti e stereotipi di genere all’interno delle indagini criminologiche, che ha concorso a instaurare una cultura che favorisce prospettive maschili a scapito dell’“invisibilità” delle esperienze femminili (3). Alla criminologia femminista e ai femminismi, alla fine degli anni ’70, si devono gli studi

sulla criminalità femminile e la crescente attenzione sulla violenza domestica e sessuale contro le donne in una prospettiva che legava tale violenza al “sistema sociale patriarcale”. Questi livelli di analisi forniscono nuovi e interessanti spunti di riflessione per la comprensione delle dinamiche sottostanti i fenomeni devianti e di violenza.

Come si rapportano la psichiatria e la psicologia a questo insieme complesso di fattori e variabili? La prospettiva neuroscientifica, assieme a un rigoroso approccio psicopatologico, appare l'unica possibile, ovviamente mediata e modulata in relazione alle specificità sociali e culturali.

Le scienze del comportamento tendono a fondarsi su strategie interdisciplinari. La psichiatria è basata sull'uso delle scienze biologiche, dalla biologia molecolare alla genetica, alla genomica, fino ad arrivare alla psicologia evoluzionista e alle specificità antropologico-culturali e sociali. La seconda tende a effettuare misurazioni nel corso del tempo, per verificare gli eventuali cambiamenti in relazione al fattore temporale. Un esempio di questo tipo di strategia sono stati gli studi di coorte di Wolfgang (4) che hanno evidenziato che la maggior parte dei reati è compiuta da un piccolo gruppo di persone che tende a recidivare nel corso dell'intera vita. Appartengono a questa strategia anche gli studi sull'efficacia di un farmaco, gli studi sulle traiettorie evolutive di strutture di personalità o quelli legati alle conseguenze a lungo termine di eventi catastrofici.

Una prospettiva psicopatologico forense richiede la considerazione delle persone come parte di un sistema organizzativo interconnesso composto di livelli multipli di organizzazione biopsicosocio-culturale. È centrale la modalità con cui in ambito psicopatologico forense viene costruita la causalità e la razionalità. Spesso si è obiettato che in ambito psicopatologico forense la causalità psicopatologica sia scambiata con la mancanza di responsabilità (5). Questo problema, conosciuto come il problema del “nesso di causalità”, è ampiamente riconosciuto e dibattuto in ambito psicopatologico forense da tempo e si pone come determinante nelle valutazioni. A una causalità di comportamento di tipo psichiatrico non segue necessariamente una conclusione di mancanza di responsabilità, altrimenti vi sarebbe un'equiparazione completa con la dimensione clinica.

È anche, tuttavia, necessario per una valutazione psicopatologico forense adeguata, che le diverse determinanti comportamentali siano poste in relazio-

ne al funzionamento del sistema nervoso centrale (o di alcune sue aree), come vanno anche chiarite alcune delle possibili determinanti sociali. Per esempio, nel corso del lockdown del marzo 2020 a seguito dell'epidemia di Covid-19, si sono avuti eventi criminali e manifestazioni cliniche di psicosi che hanno richiesto un'attenta valutazione per poter essere adeguatamente inquadrati e compresi (6-7).

Sicuramente è necessario giungere a definire ragioni neuropsichiatriche per le quali alcune disfunzioni cerebrali possono avere una valenza legalmente rilevante. Si può anche osservare che la maggior parte delle nostre conoscenze deriva da studi di correlazione tra tecniche funzionali e determinati stati mentali, ma questo non ha impedito di sviluppare un quadro concettuale, ampiamente accettato in ambito neuroscientifico, su come è organizzato il sistema morale negli esseri umani, il che è sicuramente importante ai fini di una valutazione psicopatologico forense.

Nelle valutazioni psicopatologico forensi il nesso di causalità è abitualmente tematizzato in relazione a quella che è la fattispecie in esame, il che presenta evidenti discrepanze a seconda del contesto in cui è esaminato. Si prenda, per esempio, una valutazione di danno biologico a seguito di un sinistro stradale da cui è derivato un ematoma intraparenchimale emisferico sinistro in un soggetto destrimane. In questo caso, se vi è un allineamento dei dati obiettivi, ovvero dell'esame neurologico, della valutazione neuropsicologica e dei dati neuroradiologici, il livello di controversia rispetto al caso potrà sempre essere presente, ma nessuno andrà a porre in dubbio il collegamento che esiste tra la lesione cerebrale e la limitazione funzionale, ovvero il danno che deriva dalla lesione cerebrale. Se lo stesso soggetto dovesse essere valutato in relazione a un evento a valenza criminale, magari un reato sessuale, si avrebbe, invece, una feroce controversia se effettivamente quel tipo di lesione può essere o meno causalmente collegata alla condotta criminale in esame.

Questa problematica di sviluppo del nesso di causalità in relazione a determinati comportamenti diventa controversa, a nostro parere, solo quando il nucleo centrale del discorso si articola intorno alla possibilità di scelta in relazione alla violazione di limiti sociali, mentre è decisamente meno problematico quando si articola all'interno di un procedimento civilistico. Il nesso di causalità diventa controverso solo quando esiste la possibilità, o almeno non si è in grado di dimostrare inequivocabilmente, che la

condotta di violazione dei limiti sociali non ha come unica o prevalente ragion d'essere la lesione cerebrale, lasciando intendere che possono esistere fattori ulteriori che inesorabilmente acquisiscono valenza metafisica, che possono avere determinato il comportamento.

Il sistema giuridico, e in particolare il sistema penale, stabilisce una forma di razionalità a priori della persona giuridica, che ha valore normativo. Questo processo di generazione di valori normativi per definire le persone è presente anche nei sistemi di classificazione psichiatrici e, foucaultianamente, appartiene ai discorsi di generazione dei sistemi di potere. Norme e classificazioni che riguardano la costruzione sociale della persona fanno parte di un processo la cui natura ultima è sostanzialmente politica e hanno come nucleo centrale la natura del potere, delle relazioni di potere che definiscono la persona, la sua costruzione sociale e le deviazioni da una supposta norma, il che comporta sistemi di facilitazione o ostacolo per certi gruppi sociali.

Accettare o meno un discorso neuroscientifico sulla natura della responsabilità acquisisce perciò una valenza legata al discorso del potere. È ovvio che la responsabilità (l'aspetto maggiormente controverso delle valutazioni psicopatologico forensi) è un concetto che esiste esclusivamente all'interno di una dimensione morale e conseguentemente sociale della persona, e certamente il problema della responsabilità non esiste solo nelle valutazioni psicopatologico forensi in ambito penale, né è esclusivo di un tipo particolare di valutazione.

Un approccio psicopatologico forense deve, perciò, trovare un equilibrio tra queste diverse visuali. Si può considerare che molti disturbi neuropsichiatrici comportano diversi livelli di disabilità, e che questa limitazione avviene all'interno di un connettivo sociale. Persone con disturbi mentali possono avere disfunzioni (disabilità) che compromettono la responsabilità sociale della persona, il cui accertamento deve necessariamente avvenire con metodi clinici, che richiedono, o possono richiedere, l'uso di tecnologie strumentali. La valutazione deve perciò comprendere un livello di analisi psicologico, uno sociale e uno neurobiologico. Non attuare una valutazione multidimensionale di questo tipo porta a raccolte incomplete di dati, valutazioni inadeguate e mancanza di cure adeguate, senza contare che si possono non fornire alla giustizia elementi necessari per il giudizio.

Gli ultimi orientamenti sul processo diagnostico a errore minimo hanno messo in evidenza la necessità di far ricorso al teorema di Bayes nella diagnosi. Nella sua formulazione verbale il teorema di Bayes afferma che l'accuratezza di una diagnosi in un caso specifico non è data solamente dall'accuratezza dello specifico sistema diagnostico ma dalla probabilità di incontrare un paziente non diagnosticato. Per esempio, è più probabile che ci sia un HIV positivo in un soggetto tossicodipendente rispetto a un'anziana vedova che vive in casa di riposo. È stato dimostrato che il soggetto medio, anche professionista, tende a ignorare quella che viene chiamata la frequenza di base dando origine a un errore di ragionamento diagnostico chiamato *base rate fallacy* (8). Il teorema di Bayes, un principio matematico del XVIII secolo, trova un'importante applicazione nel campo della diagnosi psichiatrica, consentendo ai professionisti di valutare la probabilità di una determinata condizione mentale basandosi su sintomi osservati e prevalenza della malattia nella popolazione. Il teorema di Bayes trova numerose applicazioni cliniche, in particolare nella valutazione dell'accuratezza dei test diagnostici e nell'interpretazione dei loro risultati. Questo approccio consente di calcolare la probabilità che un paziente abbia effettivamente una determinata condizione, dato un risultato positivo o negativo del test. Il teorema tiene conto della sensibilità e specificità del test, nonché della prevalenza della malattia nella popolazione, fornendo così una stima più precisa del valore predittivo del test. La metodologia è particolarmente utile in ambiti come la diagnosi medica, dove permette di aggiornare le probabilità iniziali (pre-test) di una malattia in base ai risultati dei test, migliorando l'accuratezza diagnostica e supportando il processo decisionale clinico.

Cercando quindi di chiarire meglio, si può affermare che il discorso rispetto a "cosa" determini alcuni comportamenti si sviluppa su diversi livelli. Su un piano epistemologico il modello deterministico di causalità è stato progressivamente sostituito da un modello probabilistico, con un ambito di validità del principio causale che risulta limitato al fenomeno osservato. In ambito giuridico, tuttavia, la nozione di causalità si esprime tramite l'art. n. 40 del Codice penale che fa dipendere l'esistenza di un reato da un evento dannoso o pericoloso che sia conseguenza di azione o omissione. Nell'articolo n. 41 del Codice penale si tematizza il "concorso di cause", dove le cause sopravvenute interrompono il nesso quando

siano state da sole sufficienti a determinare l'evento. Si può osservare che il Codice penale usa termini come "cagionare", "derivare", "produrre" e il Codice civile all'art. n. 2043 e ss. afferma che è obbligato al risarcimento chi "cagiona" un danno ingiusto, lessico che comporta in sé una certa visione della causalità. Di fatto il diritto, sebbene non lo esprima mai in forma esplicita, interpreta l'atto volontario con l'idea di un movimento corporeo guidato da una rappresentazione mentale del movimento, supponendo, aprioristicamente e cartesianamente, che l'idea sia autodeterminata.

A riflettere ulteriormente sul problema della causalità si hanno delle oggettive difficoltà quando il Codice penale parla di concetti come "istigazione a commettere un reato" oppure di "costrizione mediante minaccia", ovvero si entra nel merito della relazione tra due soggetti che rimandano necessariamente a problematiche psicologiche di ordine generale. Perciò, quando si entra nell'ambito dell'imputabilità e della criminogenesi, il discorso slitta inevitabilmente, per ragioni complesse che sono state accennate e saranno affrontate nel capitolo sull'imputabilità, anche sul tema del libero arbitrio, rendendo controverso l'uso di un modello neuroscientifico, che comunque deve far parte del sistema valutativo.

Quando, invece, si deve prendere atto di una condizione che per la presenza di "un danno ingiusto" possiamo in questo contesto definire "causa", la valutazione non comporta la necessità di accertare se vi sia stato o meno un movimento della "volontà" e perciò non genera il tipo di difficoltà e resistenze che si osservano nelle valutazioni di imputabilità. Le valutazioni assicurative sociali e private, le valutazioni nel sistema dell'equo indennizzo dei pubblici

dipendenti e nella pensionistica di guerra e gli esiti di eventi "ingiusti" di cui all'art. n. 2043 del Codice civile, sono tutte situazioni nelle quali l'applicazione di un modello neuroscientifico di valutazione della condizione clinica e mentale della persona non trova alcun tipo di resistenza epistemologica. In tutti questi casi è sufficiente ammettere per l'esistenza di un nesso di causalità che un'azione, meccanica, chimica, elettrica o di altro tipo, abbia innestato una reazione psichica su una particolare personalità.

Bibliografia

1. Meijer EH, Verschuere B, Ben-Shakhar G. 16 Practical Guidelines for Developing a CIT. Memory Detection: Theory and Application of the Concealed Information Test. 2011;293-302.
2. Sartori G, Agosta S, Zogmaister C et al. How to Accurately Detect Autobiographical Events. Psychological Science. 2008;19(8):772-80.
3. Walklate S, Fitz-Gibbon K, Maher J et al. The Emerald Handbook of Feminism, Criminology and Social Change. Emerald Publishing Limited 2020.
4. Wolfgang ME, Figlio RM, Sellin T. Delinquency in a Birth Cohort. University of Chicago Press 1972.
5. Morse SJ. New Neuroscience, Old Problems. In: Garland B, MS Frankel. Neuroscience and the Law: Brain, Mind, and the Scales of Justice. Dana Press 2004;157-98.
6. Morena D, Di Fazio N, La Russa R et al. When COVID-19 Is Not All: Femicide Conducted by a Murderer with a Narcissistic Personality "Masked" by a Brief Psychotic Disorder, with a Mini-Review. Int J Environ Res Public Health. 2023;19(22):14826.
7. Esposito CM, Biagianti B, D'Agostino A et al. First Episode Psychosis During the Covid-19 Pandemic in Milan, Italy: Diagnostic Outcomes at 1-Year Follow-Up. Psychiatry Research. 2023;321:115068.
8. Koehler J. The Base Rate Fallacy Reconsidered: Descriptive, Normative, and Methodological Challenges. Behavioral and Brain Sciences. 1996;19(1):1-17.