

DOMANDE FREILONE

1. **Articoli del codice che disciplinano l'imputabilità**

Perché ci sia imputabilità (ovvero affinché un soggetto sia punibile) non deve esserci nesso causale tra il disturbo e il fatto, viceversa se tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussistere un nesso eziologico, che consente di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo allora il soggetto non è imputabile.

La valutazione dell'imputabilità fa riferimento a tre articoli del codice e ad una serie di sentenze che la cassazione ha portato avanti nel corso degli anni.

- **Art 85 c.p.** *“Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere”*

L'articolo 85 quindi afferma che se una persona non è imputabile allora non è punibile, perciò, il Codice penale parte dal presupposto che siamo tutti capaci di intendere e di volere. Con capacità di intendere si fa riferimento alla funzione di pensiero e di comprensione della realtà, mentre la capacità di volere riguarda l'autodeterminarsi in funzione di uno scopo.

- **Art. 88 c.p.** *“Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o volere”.*

Perciò se il soggetto ha un vizio totale di mente allora non è imputabile ovvero, non è punibile.

- **Art. 89 c.p.** *“Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere e di volere, risponde al reato commesso, ma la pena è diminuita”.*

In caso di vizio parziale di mente il soggetto è imputabile però la pena è ridotta di un terzo.

Nota bene: Se è esclusa la capacità di intendere è anche esclusa la capacità di volere, perché se non comprendo la realtà è logico che la mia capacità di autodeterminazione è influenzata dalla mia alterata capacità di comprensione. Non è vero il contrario, potrebbero esserci situazioni in cui il soggetto comprende la realtà, ma a causa di un disturbo non è in grado di controllarsi, in questi casi potrebbe capitare che sia compromessa esclusivamente la capacità di volere (ad esempio la cleptomania o la rabbia nel disturbo borderline di personalità).

- **Art. 90 c.p.** *“Gli stati emotivi o passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità”* → quindi gli stati emotivi o passionali, pur potendo incidere sulla lucidità mentale di un soggetto, sono per espressa disposizione legislativa inidonei ad escludere l'imputabilità.

Nota bene: se lo stato emotivo però è ascritto ad una diagnosi e se la diagnosi compromette la capacità di intendere e di volere si può parlare di non imputabilità. Infatti, uno stato solo affettivo non basta però ci sono stati affettivi patologici di umore maniacale che ricadono sulla capacità di giudizio, quindi sulla capacità di intendere.

2. **Pericolosità sociale elevata: cos'è e cosa succede**

La pericolosità sociale indica la probabilità che un individuo commetta nuovi reati, più o meno gravi, nel futuro. La valutazione del perito o del consulente tecnico sulla pericolosità sociale avviene quando c'è riscontro di un vizio (parziale o totale) di mente, la pericolosità di un soggetto può essere valutata come elevata o attenuata, in base a questo il giudice chiede anche di indicare qual è la migliore ipotesi di trattamento per poter decidere le misure di sicurezza. Se la pericolosità sociale è elevata, le misure di sicurezza adottate fanno le REMS (residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza), se invece è attenuata, allora potranno esserci dei percorsi alternativi, come le comunità terapeutiche o i servizi psichiatrici ambulatoriali.

Nota bene: la legge n. 81/2014 ha abolito gli OPG (ospedali psichiatrici giudiziari) e sono state istituite le REMS, strutture sanitarie regionalizzate per cui quando un soggetto commette un reato in una regione verrà inserito in quella regione.

3. **Art. 95 c.p**

“Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89.”

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 114/1988, ha chiarito che con il termine giuridico *“cronica intossicazione”* si intende un'alterazione non transitoria dell'equilibrio biochimico del soggetto da

determinare un vero e proprio stato patologico psicofisico e non una transitoria alterazione dei processi intellettivi e volitivi.

Nota bene: lo stato di cronica intossicazione va distinto dall'ubriachezza abituale (art. 94) per il quale il legislatore ha predisposto l'aumento della pena.

4. **Differenza tra intossicazione acuta e cronica intossicazione**

- intossicazione acuta → è uno stato transitorio, che può essere anche sporadico o occasionale, dovuto alla recente ingestione di alcol o sostanze in quantità eccessiva. Può favorire una capacità critica inferiore, quindi comportamenti violenti/inappropriati e una riduzione della percezione cognitiva riguardo il pericolo. Tale condizione non ha alcun effetto sull'imputabilità anzi costituisce un'aggravante.
- cronica intossicazione → alterazione non transitoria dell'equilibrio biochimico del soggetto tale da determinare un vero e proprio stato patologico psicofisico che compromette la capacità di intendere e di volere anche dopo che il soggetto ha smesso di assumere la sostanza. Si tratta di un termine giuridico definito e sistematizzato nella sentenza n. 114/1988 della Corte costituzionale per cui è cronico intossicato chi ha degli effetti psichici/psicopatologici (deliri, allucinazioni o sintomi di tipo neuro-cognitivo) che vanno al di là temporalmente dell'intossicazione acuta; quindi, non sono transitori ed hanno rilevanza giuridica ai sensi degli articoli 88 e 89 del Codice penale.

5. **Se un soggetto commette un reato in stato di intossicazione acuta che ripercussioni ha sull'imputabilità?**

L'intossicazione acuta non comporta alcuna riduzione dell'imputabilità, quindi se una persona commette un reato in uno stato di intossicazione acuta da alcol, anche se ha delle alterazioni psicologiche evidenti, sarà considerato imputabile poiché prima di bere il soggetto è ritenuto capace e consapevole del fatto che l'alcol comporterà degli effetti sul suo comportamento. Inoltre, l'intossicazione acuta può rappresentare un'aggravante.

Una condizione molto particolare è quella di un reato commesso da un soggetto in fase di intossicazione acuta che ha un "disturbo da uso di alcol, in questo caso l'aver un disturbo da uso di alcol, non ha nessun significato dal punto di vista forense a meno che il soggetto non sia un "cronico intossicato da alcol".

Nota bene: "disturbo da uso di alcol" e "cronica intossicazione" sono due concetti diversi. Il disturbo da uso di alcol è condizione necessaria ma non sufficiente per dire che ci sia una cronica intossicazione.

6. **DSM: distinzione tra abuso e dipendenza**

Il DSM-5 non utilizza più i termini "abuso" o "dipendenza" ma parla di "disturbo da uso di sostanze". In passato, il DSM-IV-TR faceva invece una netta distinzione tra "abuso" e "dipendenza": l'abuso riguardava l'uso prolungato di una sostanza che causava problemi nella vita dell'individuo, mentre la dipendenza era caratterizzata da una forte compulsione ad usare una sostanza, l'abilità di tollerare maggiori quantità di sostanza nel tempo e sintomi di astinenza quando l'uso veniva ridotto o interrotto.

Con l'introduzione del DSM-5, la distinzione tra abuso e dipendenza è stata superata a favore di una valutazione più complessa e dettagliata del disturbo da uso di sostanze, che viene valutato sulla base di 11 criteri distinti che valgono per qualunque tipo di sostanza (alcol e sostanze stupefacenti).

7. **Che sintomi comportano le varie sostanze (crack, eroina, ecc.)?**

Le sostanze stupefacenti possono comportare sintomi psicotici, come deliri e allucinazione molto diversi tra loro. In particolare:

- La cocaina, somministrata in vari modi (inalatoria, endovenosa ed inalatoria come crack), può causare potenti effetti disinibitori e provocare comportamenti violenti, soprattutto se usata in combinazione con l'alcol.
- Il crack, che è una forma cristallizzata della cocaina, è correlato in particolare con la violenza e il rischio di omicidio.
- L'eroina, in genere somministrata per via endovenosa, può provocare una forte sensazione di euforia e benessere seguita però da una sensazione di depressione, stanchezza e sonnolenza.

- L'alcol, somministrato per via orale, è una sostanza che non ha solo effetti disinibitori, ma che in quantità elevate può provocare comportamenti imprevedibili e alterazioni comportamentali.

Nota bene: le sostanze comportano anche una serie di effetti fisici sulla salute dell'individuo.

8. *Differenze tra DSM IV e V sui disturbi neuro-cognitivi e rischio vittimologico*

Il DSM-IV e il DSM-V presentano alcune differenze significative nella classificazione dei disturbi neuro-cognitivi e nella valutazione del rischio vittimologico.

In primo luogo, il DSM-IV classificava i disturbi neuro-cognitivi come demenze, mentre il DSM-V li ha suddivisi in disturbi neuro-cognitivi maggiori e lievi in base al grado di compromissione. Il DSM-V ha inoltre introdotto nuove categorie come il disturbo neuro-cognitivo lieve con alterazioni comportamentali, il disturbo neuro-cognitivo lieve con soltanto deficit della memoria e il disturbo neuro-cognitivo dovuto a malattie di tipo traumatico. Inoltre, il DSM-IV era più focalizzato sulla diagnosi dei disturbi mentali e sulla descrizione delle caratteristiche cliniche dei disturbi neuro-cognitivi mentre il DSM-V ha un maggior orientamento verso la valutazione del rischio clinico e della sicurezza dei pazienti: ha introdotto infatti una nuova sezione dedicata alla valutazione del rischio di violenza ("Sezione III: Valutazione diagnostica degli aspetti clinici e del rischio di violenza in relazione a disturbi mentali") che prevede una serie di strumenti e linee guida per la valutazione del rischio di violenza in soggetti con disturbi mentali. Infatti, per quanto riguarda il rischio vittimologico dei soggetti con disturbo neuro-cognitivo, la graduale compromissione delle funzioni cognitive influisce sulla capacità del soggetto di svolgere attività quotidiane in modo indipendente e questo espone questi soggetti ad un rischio maggiore di essere vittime di specifici reati, come la circonvenzione di incapace (art. 643 c.p.).

9. *DSM: alcool e sostanze / classificazione ed effetti*

Il DSM-5 ha uniformato tutti i criteri diagnostici per il disturbo da uso di sostanze includendo anche l'alcol.

- I criteri generali sono la presenza di una forte compulsione o bisogno di assumere la sostanza, una riduzione del controllo sull'uso della sostanza, un aumento della tolleranza alla sostanza e la presenza di sintomi di astinenza. Inoltre, il mancato adempimento degli obblighi, la riduzione della partecipazione alle attività sociali o lavorative e l'uso della sostanza in situazioni pericolose o illegali sono altri indicatori del disturbo da uso di sostanze.
- Gli effetti dei disturbi legati all'alcol e alle sostanze variano in base alla tipologia di sostanza utilizzata, alla quantità di sostanza assunta, alla modalità di assunzione, alla durata dell'assunzione e alle caratteristiche individuali. Tra gli effetti più comuni si includono disturbi del sonno, apatia, ansia, cambiamenti dell'umore, problemi di memoria, instabilità emotiva, delirio e allucinazioni. Inoltre, l'uso di sostanze può avere effetti sul sistema nervoso e comportare un rischio maggiore di incidenti stradali, problemi legali e relazionali, e danni alla salute fisica e mentale.

La diagnosi richiede che le problematiche siano presenti convenzionalmente per un periodo di 12 mesi.

10. *Rischio di violenza collegato alle sostanze e imputabilità*

L'assunzione di sostanze (come alcol e droghe) rappresenta un importante fattore di rischio per la commissione di reati, anche non necessariamente violenti, poiché può aumentare la predisposizione alla violenza e portare a comportamenti aggressivi. A seconda della sostanza ci possono essere differenti ricadute forensi, ad esempio l'assunzione di cocaina può causare un aumento dell'aggressività e della sessualità, nonché attivare un'ideazione paranoica. Inoltre, l'astinenza da cocaina può indurre un down dell'umore, che può portare a comportamenti impulsivi e violenti. Altre sostanze possono dare a volte luogo a veri e propri disturbi psicotici.

Dunque, è importante sottolineare che il rischio di violenza è un esito complesso e dipende da molti fattori, quando viene valutata l'imputabilità di un soggetto, infatti, il tribunale tiene conto di una serie di fattori per stabilire l'imputabilità del soggetto, tra cui la quantità di sostanza assunta, la tipologia di sostanza, la soglia di tolleranza alcolica del soggetto, il tipo di reato e le condizioni in cui è stato commesso.

In generale, il fatto di aver commesso il reato sotto l'influenza di sostanze non esclude l'imputabilità del soggetto. Ad esempio, gli eroinomani vengono considerati imputabili a meno che non ci sia una condizione psicopatologica sottostante.

Nota bene: il crack è la forma di cocaina che correla di più con la violenza. Alcol e crack sono un connubio terribile, perché, se assunto prima, l'alcol favorisce i picchi della cocaina provocando importanti alterazioni comportamentali.

11. Perché le demenze si presentano maggiormente in età avanzata?

Le demenze si presentano maggiormente in età avanzata poiché, sebbene non sia l'unico, l'età avanzata rappresenta il principale fattore di rischio per la comparsa delle demenze. Infatti, la maggior parte dei disturbi neurodegenerativi è legata a processi di invecchiamento cerebrale. Con l'avanzare dell'età, il nostro cervello subisce un graduale declino strutturale e funzionale che può portare alla comparsa di sintomi neurologici. In particolare, l'atrofia cerebrale (= riduzione della materia grigia ovvero dei neuroni) e l'accumulo di lesioni vascolari rappresentano due dei principali fattori di rischio per la comparsa di demenze in età avanzata. **Nota bene:** alcuni fattori di rischio, come la familiarità per alcune forme di demenza e l'assunzione di alcol e altre sostanze, possono influire sulla comparsa di tali disturbi anche in età più giovane.

12. Distinzione tra disturbo neuro-cognitivo lieve e maggiore e conseguenze in contesto forense

Per fare diagnosi di disturbo neuro-cognitivo maggiore, è necessario sia presente un declino che interessa tutte le funzioni cognitive come attenzione, funzioni esecutive, apprendimento, linguaggio, funzione percettivo-motoria e la capacità di giudizio sociale.

La differenza tra disturbo neuro-cognitivo lieve e maggiore riguarda non tanto i domini cognitivi bensì la compromissione che ne deriva in particolar modo nell'indipendenza nelle attività quotidiane. Nel disturbo neuro-cognitivo lieve, infatti, il soggetto manifesta un declino cognitivo modesto, ma è ancora in grado di gestire le attività quotidiane senza grossi problemi. Nel disturbo neuro-cognitivo maggiore, invece, il declino cognitivo è molto più grave e comporta una forte compromissione dell'indipendenza nelle attività quotidiane.

In contesto forense, il disturbo neuro-cognitivo maggiore può avere delle conseguenze significative in quanto comporta una riduzione importante della capacità di giudizio sociale. Ciò significa che, a seconda della gravità del disturbo, il soggetto potrebbe essere considerato meno responsabile per i propri atti e, di conseguenza, essere sottoposto a misure di protezione civile o giudiziarie come la custodia cautelare in una struttura protetta. D'altro canto, il disturbo neuro-cognitivo lieve può rappresentare un'attenuante nella condanna per un possibile reato. Tuttavia, è importante sottolineare che ogni caso è diverso e che le conseguenze in contesto forense dipendono da molti fattori, tra cui la natura del reato commesso e la gravità del disturbo.

13. Ruolo dell'alcol e delle sostanze nell'imputabilità

L'assunzione di alcol e sostanze può influire sull'imputabilità del soggetto che ha commesso un reato. L'art. 94 del Codice penale stabilisce che "quando il reato è commesso in stato di ubriachezza, e questa è abituale, la pena è aumentata".

Infatti, sebbene l'alcol e le sostanze possano alterare la condizione psicologica del soggetto, la legge considera il soggetto capace di sapere che l'assunzione di alcol potrebbe provocare questi effetti, rendendolo responsabile dei suoi atti. Perciò un soggetto è considerato imputabile anche se in condizione di intossicazione acuta (**nota bene:** l'essere in uno stato di intossicazione da alcol non significa necessariamente avere un disturbo di uso da alcol).

Quando si valuta l'imputabilità di una persona, l'assunzione di sostanze e il disagio psichico possono complicare la situazione e richiedono una valutazione specifica. In generale, il tribunale tiene conto di una serie di fattori, tra cui la soglia di tolleranza alcolica del soggetto, la quantità di sostanza assunta, la natura del reato e le condizioni in cui è stato commesso. L'imputabilità viene meno quando il soggetto agisce sotto l'effetto di una patologia o di una grave alterazione psichica o sotto il vincolo di costrizione fisica irresistibile.

14. Cosa sono i reati diretti e i reati indiretti (e cauzione circolare) con droghe e altre sostanze?

- I reati diretti sono quei reati commessi a causa degli effetti della sostanza che disinibiscono e provocano alterazioni comportamentali che portano direttamente a commettere reati.

Possono includere comportamenti violenti, reati contro la proprietà, reati sessuali e reati di guida in stato d'ebbrezza.

- I reati indiretti sono invece quelli commessi da coloro che, a causa dell'assunzione della sostanza, hanno bisogno di denaro per procurarsi la sostanza stessa. Questi reati possono includere furti, rapine e truffe.
- La cauzione circolare è una disposizione giuridica che impone al soggetto che ha commesso un reato sotto l'influenza di sostanze di astenersi dal consumare altre sostanze e dall'avvicinarsi a luoghi dove possano essere reperite. In pratica, la cauzione circolare è finalizzata a prevenire il rischio di recidiva e a garantire la sicurezza del soggetto stesso e delle persone a lui vicine.

Nota bene: Su piano di imputabilità, gli eroinomani vengono considerati imputabili a meno che non ci sia una condizione psicopatologica sottostante.

15. Il concetto di disturbo da uso di sostanze è recente o c'è sempre stato?

Il concetto di disturbo da uso di sostanze non è recente, ma è stato adottato dal DSM-5 in sostituzione dei termini "dipendenza" e "abuso" di sostanze. Questo cambiamento semantico è stato fatto per riflettere la complessità del fenomeno, visto che l'uso di sostanze può comportare una vasta gamma di problemi di natura fisica, psicologica e sociale. Il concetto di disturbo da uso di sostanze comprende le condizioni di intossicazione, astinenza, dipendenza e abuso, ma integra inoltre altri aspetti essenziali, come il craving, ovvero il forte desiderio di usare la sostanza, e il deterioramento del controllo degli impulsi.

16. I criteri del disturbo da uso di alcol cosa riguardano in generale?

I criteri del disturbo da uso di alcol riguardano una serie di condizioni che indicano un pattern problematico di consumo di alcol, che dura almeno 12 mesi.

Ci sono 11 criteri che si riferiscono alla presenza di comportamenti disfunzionali in relazione all'abuso di alcol, tra cui il desiderio persistente o gli sforzi infruttuosi di non assumere la sostanza, una gran parte del tempo impegnata in attività necessarie a procurarsi alcol, l'uso ricorrente di alcol che causa un fallimento nell'adempimento dei principali obblighi di ruolo lavorativo, sociale o interpersonale, il craving, la tolleranza inversa (= il soggetto pur bevendo pochissimo va incontro a fenomeni di intossicazione acuta), i criteri comportamentali e socio-comportamentali e l'astinenza.

In generale, i criteri del disturbo da uso di alcol rappresentano una serie di indicatori utili per valutare la gravità (quanti più aspetti problematici ci sono, tanto più saremo di fronte a un problema grave) e la natura del disturbo e sono utilizzati come riferimento per effettuare una diagnosi accurata e affidabile.

17. Quale dei sintomi è quello che più mi fa pensare che il soggetto abbia un problema con l'alcol? (Craving)

Il craving è uno dei sintomi del disturbo da uso di alcol e rappresenta un forte desiderio di assumere la sostanza in modo compulsivo. La presenza del craving è un elemento importante da considerare quando si valuta la possibilità che un soggetto abbia un problema con l'alcol, ma non rappresenta l'unico sintomo da tenere in considerazione. Ci sono altri criteri comportamentali e socio-comportamentali, come i problemi sociali derivanti dall'assunzione di alcol e il deterioramento del controllo degli impulsi, che possono indicare la presenza di un disturbo da uso di sostanze. In generale, è necessario valutare l'insieme di sintomi osservati e la loro gravità per poter formulare una diagnosi accurata.

18. Quali domini cognitivi sono compromessi nei disturbi neuro-cognitivi?

Nei disturbi neuro-cognitivi ci sono diversi domini cognitivi che possono essere compromessi, tra cui l'attenzione, la memoria, la percezione, il linguaggio, la capacità di ragionamento astratto e la risoluzione dei problemi. Inoltre, ci possono essere difficoltà nel controllo degli impulsi e nel comportamento sociale, nello specifico alterazione della cognizione sociale (= capacità di giudizio sociale alterata). La gravità di questi deficit può variare a seconda del tipo di disturbo cognitivo e della gravità della patologia in sé.

19. Psicopatia e imputabilità

La psicopatia non è da sola una condizione che esclude l'imputabilità, ma la presenza di una personalità psicopatica potrebbe influenzare la decisione di imputabilità, in quanto questi individui presentano un disprezzo per la legge e gli altri. Tuttavia, la decisione finale di imputabilità dipende da molti fattori, come la presenza di una malattia mentale che possa aver influenzato la capacità di intendere e volere del soggetto al momento dell'azione criminale. In ogni caso, la decisione spetta alla magistratura, che si basa su prove legali e psichiatriche.

20. Diagnosi differenziale tra disturbi psicotici e con riferimento all'età di esordio

I disturbi psicotici coinvolgono sintomi come deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato e comportamento disorganizzato o catatonico. La diagnosi differenziale tra i disturbi psicotici deve essere fatta caso per caso e considerando tanti fattori, tra cui l'età di esordio. In generale, l'esordio precoce dei sintomi psicotici è associato a una probabilità maggiore di schizofrenia, mentre un esordio più tardivo potrebbe essere indicativo di altre forme di disturbo psicotico. Infatti, la schizofrenia solitamente esordisce tra i 18 e i 35 anni, mentre gli altri disturbi psicotici (come ad esempio il disturbo schizoaffettivo, il disturbo delirante, il disturbo psicotico breve, ecc.) possono esordire a qualsiasi età. Esistono anche disturbi psicotici con esordio nell'infanzia, come ad esempio la schizofrenia infantile o il disturbo psicotico dell'infanzia.

Nota bene: Il processo di diagnosi differenziale tra disturbi psicotici può essere complicato e richiede una valutazione clinica attenta e approfondita, altri fattori che possono influenzare la diagnosi differenziale includono la forma di presentazione dei sintomi, l'intensità dei sintomi e la durata dei sintomi, nonché la presenza di eventuali disturbi concomitanti come disturbi depressivi o di ansia.

21. Quando viene colpito il dominio della memoria nei disturbi neuro-cognitivi, quale viene intaccata?

Nei disturbi neuro cognitivi, il dominio della memoria tipicamente è il primo ad essere colpito infatti nelle demenze tipicamente degenerative, di solito, il sintomo sentinella è rappresentato dal deficit della memoria, in particolare a breve termine o di fissazione, in seguito vengono poi progressivamente interessati anche i ricordi remoti.

22. Schizofrenia: decorso e criterio cronologico

In generale, per tutti i disturbi, il DSM-5 utilizza alcuni criteri, uno tra questi è il criterio cronologico. Occorre quindi che i sintomi siano presenti per un certo periodo di tempo. Per quanto riguarda la schizofrenia, per la sua diagnosi, occorre che un periodo sintomatologico di almeno 6 mesi, in cui per almeno 1 mese i criteri devono essere attivi. Questo criterio è fondamentale anche nelle diagnosi differenziali, per esempio ci sono dei disturbi che hanno sintomatologia analoga alla schizofrenia, ma durano un po' più di un 1 giorno e meno di 1 mese (disturbo psicotico breve).

Per i disturbi di personalità, il disturbo deve insorgere nella prima età adulta; inoltre, la schizofrenia tende ad essere un disturbo cronico-episodico: la durata è cronica con degli episodi di maggiore accensione sintomatologica.

La schizofrenia ha un andamento episodico, con la possibilità di episodi acuti di malattia in cui la sintomatologia si fa più incandescente. Quando i sintomi si attenuano si va in remissione parziale (non scompaiono del tutto) o completa. Il momento di rischio maggiore di agiti violenti sarà quanto il soggetto è in una condizione di episodio acuto, la remissione sposta la correlazione. L'andamento però non è mai a episodio singolo, gli episodi di riaccensione sintomatologica nel corso della vita possono ripresentarsi; quindi, si parla di decorso ad episodi multipli. Il decorso può anche essere un decorso continuo, come accade in molti casi una remissione completa non c'è mai e il paziente oscilla tra emissioni parziali e momenti acuti continuativamente.

23. Sintomi positivi nella schizofrenia

I sintomi positivi della schizofrenia sono 2:

- Deliri → l'aspetto percettivo della realtà è conservato, è il significato ad essere modificato.
- Allucinazioni → sono disturbi della percezione, meno presenti rispetto ai deliri ma comunque molto significative per la diagnosi. Si distinguono dalle illusioni perché in esse vi è un precetto reale che viene performato; nelle allucinazioni invece viene percepito qualcosa che gli altri non percepiscono. Nella schizofrenia quelle più rappresentative sono quelle uditive, ossia voci dialoganti o commentanti. I pazienti sentono nello spazio esterno, o interno, un dialogo che

solitamente riguarda le sue azioni. Tra le allucinazioni commentanti è importante individuare le voci imperative ed esortative, ossia quelle voci che ordinano o invitano un'azione al paziente (grande fattore di rischio criminologico).

I deliri possono anche essere presenti senza che si accompagnino alle allucinazioni, mentre alla presenza di allucinazioni è molto frequente la presenza di deliri.

La correlazione con la violenza è soprattutto in relazione a questi due sintomi positivi, soprattutto quando sono ad alta connotazione emotiva.

24. Diagnostica differenziale tra disturbo delirante e schizofrenia

Nel disturbo delirante, deve esserci la presenza di almeno un delirio che duri almeno un mese, inoltre non devono essere soddisfatti i criteri della schizofrenia. Questi pazienti, al di fuori del delirio, riescono ad avere un comportamento e un modo di stare al mondo sufficientemente lucido. Questo fa sì che trattino con straordinaria convinzione la loro idea delirante in modo attivo nei confronti degli altri. Questo nei pazienti schizofrenici avviene raramente perché essi vengono risucchiati dalla loro patologia e non vogliono autoaffermarla nel mondo, si ritirano in esso. I pazienti con disturbo delirante sono attivi nel mondo, si muovono in maniera organizzata e lucida. Il paziente schizofrenico, nei suoi sproloqui non riuscirebbe a convincere nessuno. Es di paziente con delirio persecutorio: pensava che i ripetitori potessero influenzare il suo pensiero e che avessero un effetto nocivo sulla salute; tutta questa costruzione di influenzamento del pensiero legato ai ripetitori aveva una lucidità e intelligenza ed era riuscito a far sì che vi fosse l'interrogazione parlamentare sul problema dei ripetitori nella zona.

25. Correlazione con il rischio di violenza in riferimento all'episodio maniacale e ipomaniacale

Più aumenta la maniacalità più c'è il rischio di azioni che sono aggressive o diventano reati. L'episodio maniacale è un fattore di rischio psicopatologico molto importante rispetto alla violenza perché vi è l'associazione tra umore elevato e distorsioni del pensiero. La violenza sarà impulsiva in quanto quella proattiva, organizzata è incompatibile con questa condizione maniacale: si passa da una cosa all'altra, si è distraibili quindi essi agiscono in base a quello che gli viene in mente. La commistione di deliri di grandezza e deliri persecutori è un coefficiente psicopatologico importantissimo sul rischio di violenza perché più il paziente ha umore elevato e più è delirante, non solo in grandezza ma anche in modo persecutorio. Tenderà ad agire violentemente se contrastato nei confronti dei presunti persecutori in modo impulsivo.

Per quanto riguarda lo stato depressivo maggiore, normalmente il paziente depresso ha più rischi di farsi male. A volte però questi individui possono pensare che non solo la loro vita non valga la pena di essere vissuta, ma anche che debbano liberare dalle sofferenze della vita le persone che sono a loro più care. Si ha quindi una dinamica di omicidio-suicidio su base altruistica. In genere questi pazienti si sentono profondamente in colpa, fino a una colpa delirante, per la loro inadeguatezza e pensano di non poter fare più nulla per il loro figlio. La criminodinamica attingerà anche ad altri fattori, per esempio la presenza o meno dell'altro genitore, perché più c'è una rete protettiva, relazionale, più questa farà da fattore protettivo; più questa verrà meno più aumenterà il rischio psicopatologico di mettere in atto omicidio altruistico e suicidio.

Il rischio di violenza nella maniacalità è alto anche in relazione a due condizioni:

- Quella data dai limiti che pone il mondo esterno, cioè il paziente si sente energico, di poter fare quello che vuole, perde giudizio rispetto a capire i limiti relazionali e quindi nel momento in cui l'altro lo contrasta lui diventa violento e reagisce
- Violenza di tipo sessuale nel momento in cui non accetta i limiti da parte dell'altro, si impone reagendo in modo sessualmente violento.

26. Imputabilità maniacale e ipomaniacale

Più c'è maniacalità nel momento in cui viene valutata l'imputabilità, più essa è esclusa. La difficoltà sta nel capire quale livello di maniacalità c'era nel momento in cui è stato commesso il fatto. Quando facciamo una ricostruzione forense dell'imputabilità, la facciamo sempre a posteriori, il fatto è già accaduto e talvolta anche molto tempo prima. Può sorgere il problema nel caso in cui: vi sia stata una durata dell'episodio, poi il paziente sia tornato alla sua condizione abituale che è radicalmente diversa da quella dell'episodio e noi abbiamo difficoltà a ricostruire, se non abbiamo dati documentali che ci aiutino, qual era davvero la condizione al momento del fatto. Più la condizione era francamente maniacale più il soggetto non sarà considerato imputabile, ma se la condizione fosse ipomaniacale

potremmo dire che era semi-imputabile quindi viene riconosciuto un vizio di mente ma non tale da escludere la capacità di intendere e di volere. Per esempio, nella schizofrenia la valutazione è più semplice da realizzare perché essa ha una sua continuità nel tempo, quindi viene ricostruito avendo davanti una persona che è ancora sofferente. Un fattore che ci aiuta è quello del ricovero in quanto molto spesso gli individui che commettono reati violenti vengono poi intercettati clinicamente e ricoverati, abbiamo quindi a disposizione anche del materiale documentale.

