

AIPG
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA

**CORSO DI FORMAZIONE IN PSICOLOGIA GIURIDICA, PSICOPATOLOGIA E
PSICODIAGNOSTICA FORENSE: Teoria e Tecnica della Perizia e della
Consulenza in ambito Civile e Penale, adulti e minorile
ANNO 2010**

**Tesina su
SIMULAZIONE E DISSIMULAZIONE
DELLA CAPACITÀ DI INTENDERE E DI VOLERE**

DR.SSA GASBARRI ALESSIA

SIMULAZIONE E DISSIMULAZIONE DELLA CAPACITÀ DI INTENDERE E DI VOLERE

INDICE

<i>Introduzione</i>	p.	5
<i>I. La capacità di intendere e di volere</i>		8
1. Definizione di <i>capacità di intendere e di volere</i>		9
2. La valutazione dell'imputabilità dell'autore di reato		11
3. L'infermità di mente: vizio parziale e vizio totale		13
4. La valutazione della pericolosità sociale		18
<i>II. Simulazione e dissimulazione di una psicopatologia</i>		22
1. Simulazione, dissimulazione e menzogna		23
2. La simulazione di una psicopatologia		27
3. La dissimulazione di una psicopatologia		30
4. I disturbi reattivi alla carcerazione		32
5. I disturbi fittizi		34
<i>Conclusione</i>		38
<i>Bibliografia</i>		41

INTRODUZIONE

... Davide si preoccupò di queste parole e temette molto Achis, re del Gath. Allora cominciò a fare il pazzo ai loro occhi, a fare il folle tra le loro mani, tracciava segni sui battenti delle porte e lasciava calare la saliva sulla barba. Achis disse ai ministri: “Ecco, vedete anche voi che è un pazzo. Perché lo avete condotto da me?” (Samuele XX, 1)... Davide stava simulando, lo stava facendo per salvarsi la vita. Si trattava di un comportamento adattivo, un modo per difendere se stesso da una sorte che temeva.

In ambito giuridico, spesso gli individui simulano una patologia psichica con lo scopo di ottenere uno sconto di pena o per evitare la detenzione. Allo stesso modo il vero malato tende a dissimulare la propria patologia, nascondendo o sminuendo i sintomi, nel tentativo di migliorare la propria situazione. La simulazione e la dissimulazione possono, in quest’ottica, essere considerate due facce della stessa medaglia, in entrambe i casi, infatti, l’individuo si mostra diverso da ciò che è realmente con lo scopo di ottenere qualche beneficio.

Stabilire se un soggetto era capace di intendere e di volere nel momento in cui ha commesso il fatto è un compito molto delicato; nei casi in cui si ritiene sia presente una patologia psichica, il giudice dispone la perizia per accertare tale condizione. Compito del perito è quindi quello di individuare la presenza di una patologia e stabilire se essa si inserisce in un quadro di infermità tale da rendere il soggetto non imputabile.

La scelta di trattare tale argomento nasce da un mio interesse personale nell’approfondire una tematica di cui spesso si sente parlare, certa inoltre di trarne vantaggi dal punto di vista culturale e professionale.

Il lavoro si articola in due parti, la prima riguarda la capacità di intendere e di volere, la seconda la simulazione e la dissimulazione della psicopatologia.

Nella prima parte, dopo aver chiarito cosa si intende per capacità di intendere e di volere, prenderò in esame alcuni concetti ad essa strettamente correlati. Tratterò quindi dell’imputabilità e analizzerò poi il concetto di infermità mentale, operando una distinzione tra vizio parziale e vizio totale di mente. Passerò infine al tema della valutazione della pericolosità sociale.

Nella seconda parte tratterò della simulazione e dissimulazione in relazione alla menzogna, prendendo in esame alcuni utili indicatori del comportamento menzognero.

Dopo aver chiarito il significato di simulazione e dissimulazione della psicopatologia, darò un accenno ai disturbi reattivi alla carcerazione. Infine, per tentare

di rendere il lavoro più completo nell'analisi dei comportamenti simulatori, tratterò i disturbi fittizi.

LA CAPACITÀ DI INTENDERE E VOLERE

Prima di affrontare il tema della simulazione e dissimulazione ritengo opportuno chiarire cosa si intende per *capacità di intendere e di volere*, quale correlazione esiste tra essa e i concetti di *imputabilità, infermità di mente e pericolosità sociale*.

1. Definizione di capacità di intendere e di volere

Quando parliamo di *capacità di intendere e di volere* facciamo riferimento a due attitudini strettamente correlate, quella dell'intendere e quella del volere. Pertanto, in ambito peritale, quando il giudice si trova a valutare l'imputabilità di un soggetto autore di reato, deve tener conto che la capacità di intendere e di volere può essere compromessa anche dal cattivo funzionamento di una sola di queste attitudini.

La *capacità di intendere* consiste ne «l'attitudine dell'uomo ad orientarsi nel mondo esterno in un quadro di esatta e non distorta percezione della realtà, ossia secondo parametri di normalità, e quindi come l'idoneità psichica del soggetto a comprendere a pieno le proprie azioni, a conoscere ciò che lo circonda, a rendersi conto, interpretare e dare un significato agli accadimenti o agli stessi atti che compie, rivestendoli così di valore sociale». ¹ Essa consiste nel possesso delle facoltà cognitive di comprensione e di previsione presenti in ciascun individuo. Questa attitudine è assente nei casi di sviluppo intellettuale ritardato e deficitario tale da precludere al soggetto la capacità di orientarsi nel rapporto con il mondo esterno. ² La capacità di intendere fa dunque riferimento alla capacità di un soggetto di comprendere, non solo a capire, al momento del fatto, il valore e il disvalore sociale dell'azione commessa; ³ si tratta cioè dell'attitudine di un soggetto a conoscere la realtà esterna e di saper attribuire un valore positivo o negativo agli atti che compie. ⁴

La *capacità di volere* può invece essere definita come la «capacità di esercitare il controllo sui normali impulsi ad agire, e di autodeterminarsi in modo autonomo secondo il motivo che appare più ragionevole e preferibile in base ad una concezione di valore. Essendo la determinazione libera e volontaria del proprio comportamento, essa prevede la possibilità di optare per la condotta che appare più razionale, di resistere agli stimoli

¹CAVALLONE Iliaria, *Criminale ma non imputabile: la capacità di intendere e di volere*, in *Psychofenia*, IX, 15, 2006, 167.

² Cf *Ivi* 167.

³ Cf FORNARI Ugo, *Trattato di psichiatria forense*, Torino, UTET 2008, 137.

⁴ Cf LUSETTI Volfago, *Psicopatologia antropologica*, Roma, Edizioni Universitarie Romane 2008, 499.

degli avvenimenti esterni e di volere ciò che l'intelletto in maniera autonoma ha reputato giusto doversi fare, e di comportarsi coerentemente con tale scelta».⁵ Tale attitudine fa dunque riferimento alla capacità che il soggetto ha di autodeterminare il proprio comportamento in vista del compimento o dell'evitamento del reato,⁶ la capacità di volere consiste nella capacità di un soggetto ad agire in modo autonomo in vista di uno scopo adeguando il proprio comportamento alle scelte fatte.⁷

Le capacità di intendere e di volere costituiscono quindi la “normalità psicologica” su cui si fonda il libero arbitrio. Esse si sintetizzano nelle capacità psichiche attraverso cui si realizza una certa capacità di comprensione sociale e una certa capacità di agire in conformità a tali cognizioni.⁸ Dietro al concetto di capacità di intendere e di volere vi è quindi una questione scientifica e culturale fondamentale, cioè l'esistenza del libero arbitrio e delle possibili cause che possono farlo venir meno.

L'esame tecnico per accertare la capacità di intendere e di volere di un soggetto viene richiesto solo quando si presentano particolari quadri patologici, è infatti opportuno tener conto che, nell'adulto, tale capacità è presunta fino a prova contraria.⁹

La perizia sulla capacità intendere e di volere è sempre psichiatrica, anche se è possibile, e talvolta necessario, operare attraverso un collegio formato da diversi esperti;¹⁰ essa rappresenta un momento molto particolare, al perito viene infatti chiesto di esprimere un parere che la De Cataldo definisce “il presupposto del presupposto dell'intero sistema penale”.¹¹

⁵ CAVALLONE, *Criminale ma non* 168.

⁶ Cf DELLA MARANNA Monja, *Le perizie in criminologia*, in STRANO Marco (a cura di), *Manuale di criminologia clinica*, Firenze, SEE 2003, 209.

⁷ LUSETTI, *Psicopatologia antropologica* 499.

⁸ Cf DE CATALDO NEUBURGER Luisella (a cura di), *La prova scientifica nel processo penale*, Padova, Cedam 2007, 337.

⁹ Cf TRAMONTANO Luigi, *Capacità di intendere e di volere del soggetto agente: percorso ermeneutico tra dato normativo, dottrina e scienza psichiatrica alla luce della sentenza della Cassazione n. 9163/2005*, Matelica (MC), Editrice Halley 2006, 69-70.

¹⁰ Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 136.

¹¹ Cf DE CATALDO NEUBURGER, *La prova scientifica* 338.

2. *La valutazione dell'imputabilità dell'autore di reato*

Come accennato sopra, il principio fondamentale da tener presente è che ogni persona è responsabile delle proprie azioni ed omissioni fino a prova contraria. La “prova contraria” è contenuta negli articoli 85 – 89 del Codice Penale, tra cui vi è l’infermità di mente. Pertanto tutti coloro che, dopo il compimento del diciottesimo anno di età, commettono reato sono imputabili, tranne nei casi in cui, al momento del fatto, si trovavano in stato di infermità tale da compromettere o scemare gradatamente la capacità di intendere e di volere.¹²

L’*imputabilità* rappresenta un elemento cardine all’interno del sistema penale in quanto «definisce quelle funzioni psichiche che delimitano il *confine di senso* dell’ordinamento penale».¹³ Essa si riferisce sempre al momento in cui è stato commesso il fatto.¹⁴

L’imputabilità è parte integrante della colpevolezza, pertanto può essere considerato penalmente responsabile un soggetto imputato che ha agito in contrasto con le norme di legge e in assenza di cause che possono giustificare tale comportamento illecito.¹⁵ In quest’ottica l’imputabilità è intesa come «la capacità psicologica del soggetto agente, che, se manca, non permette alla persona di discernere il lecito dall’illecito [...]».¹⁶ Essa è legata al concetto di autodeterminazione del soggetto agente, il quale può essere chiamato a rispondere del proprio atto solo se in grado di valutare il disvalore giuridico dell’azione commessa e se non affetto da patologie psichiche che diminuiscono la propria capacità. L’imputabilità è quindi, formalmente, il momento in cui si attribuisce un illecito ad un soggetto sanzionandolo con pena, sostanzialmente, consiste nella capacità di intendere e di volere.¹⁷ A tal proposito l’Articolo 85 del Codice Penale recita: *nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato se, nel momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere.*

Le capacità di intendere e di volere sono quindi i requisiti psichici che consentono di contrassegnare l’imputabilità di una persona, ossia la sua responsabilità

¹² Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 137.

¹³ DE CATALDO NEUBURGER, *La prova scientifica* 337.

¹⁴ Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 136.

¹⁵ Cf TRAMONTANO, *Capacità di intendere* 57.

¹⁶ *Ivi* 57.

¹⁷ Cf *Ivi* 52-58.

potenziale che diviene effettiva con il perpetrarsi del reato.¹⁸ L'imputabilità è costituita da entrambe le capacità, basta che una sola manchi o sia gradatamente scemata a causa di una infermità per parlare di vizio totale o parziale di mente.¹⁹

Il giudizio di imputabilità, per la legge italiana, è quindi strettamente legato alla capacità di intendere e di volere. A tale giudizio si giunge attraverso lo studio della personalità di chi ha commesso il fatto. Pur tenendo conto che l'azione illecita può essere dovuta ad un'alterazione dell'affettività, del senso morale e sociale, solo l'alterazione della capacità di intendere e di volere può portare alla non imputabilità di un soggetto.²⁰ L'imputabilità prende infatti in considerazione l'aspetto intellettuale e volitivo del soggetto tralasciando l'aspetto affettivo.

Nella valutazione dell'imputabilità, in Europa, si segue il metodo psicopatologico normativo, il perito è cioè chiamato ad elaborare la diagnosi e, sulla base di essa, a valutare la capacità di comprensione della realtà e di autodeterminazione del soggetto, elementi questi che costituiscono i requisiti giuridici per l'imputabilità.²¹ A tal proposito Bandini e Lagazzi affermano che «la valutazione dell'imputabilità prende [...] in considerazione, nel contempo, un aspetto psicologico e obiettivo (la descrizione del substrato psicopatologico), ed un aspetto normativo (la valutazione della capacità di intendere e di volere al momento del reato), sistema, questo, definito psicopatologico normativo».²² Anche Fornari sostiene che «la patologia di mente di cui il soggetto è portatore si manifesta oltre che nella sintomatologia psicopatologica (valutazione clinica), anche nel suo particolare modo di intendere e di volere quel dato comportamento delittuoso (valutazione normativa); ed è in questi casi che può mancare od essere gravemente carente ogni capacità di analisi, di critica, di possibilità di scelta, essendo patologicamente compromesse le funzioni autonome dell'Io in riferimento a quello specifico fatto – reato (valutazione forense)».²³

La valutazione dell'imputabilità di un soggetto, anche in sede clinica, non è riferita esclusivamente alle condizioni psichiche e ambientali del soggetto, su di essa retroagisce la previsione su ciò che accadrà nel caso in cui il soggetto sia dichiarato

¹⁸ Cf CANUTO Giorgio – TOLO Sergio, *Medicina legale e delle assicurazioni*, Padova, Piccin 1996, 326.

¹⁹ Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 137.

²⁰ Cf PRINCIPE Salvatore, *Salute mentale e società. Fondamenti di psichiatria sociale*, Padova, Nuova Libreria 1989, 588.

²¹ Cf DE CATALDO NEUBURGER, *La prova scientifica* 340.

²² BANDINI Tullio – LAGAZZI Marco, *Le basi normative e le prospettive della perizia psichiatrica nella realtà europea contemporanea*, in CERETTI Adolfo – MERZAGORA Isabella (a cura di), *Questioni sull'imputabilità*, Padova, Cedam 1994, 54.

²³ FORNARI Ugo, *Psicopatologia e psichiatria forense*, Torino, Utet 1989.

imputabile o meno. In questo senso, l'imputabilità non è pensata a cogliere l'aspetto intrinseco della capacità di intendere e di volere quanto a valutare le conseguenze dell'atto illecito, ossia la modalità con cui il soggetto dovrà rispondere delle proprie azioni.

Nella valutazione della possibilità e modalità in cui imputare le azioni di un soggetto si affronta anche il problema della responsabilità, intesa come l'obbligo di un individuo a rispondere delle proprie azioni. Essa consiste in una regola culturale la cui funzione regolativa mette in connessione eventi ed effetti con azioni e soggetti. La responsabilità fa riferimento ad ambiti diversi: etico - morale, sociale, giuridico, psicologico; sono le conseguenze, ossia la modalità in cui si esprime l'assunzione o l'imposizione dell'obbligo a rispondere, che definiscono la rilevanza e la significatività. Dal punto di vista psicologico, la responsabilità riguarda lo sviluppo di competenze sociali, abilità e conoscenze connesse all'assunzione dell'obbligo a rispondere alle conseguenze sociali delle proprie azioni.²⁴

Nei casi di malattia mentale risulta difficile valutare le situazioni specifiche e cercare risposte adeguate pur mantenendo vivo il principio della responsabilità, cioè l'obbligo a rispondere, in modo adeguato, alla situazione specifica.²⁵

Il ruolo della conoscenza psicologica si concretizza quindi nell'osservazione della personalità che inciderà sul processo e quindi sul giudizio. L'imputabilità è subordinata alla capacità di intendere e di volere.²⁶

3. *L'infermità di mente: vizio parziale e vizio totale*

Galimberti definisce l'*infermità mentale* come una «malattia mentale di competenza psichiatrica e psicopatologica e all'anomalia psichica in ordine ai tratti comportamentali che si discostano dalla norma sistematicamente, e non occasionalmente, con conseguente limitazione della capacità di provvedere alla propria persona e ai propri beni».²⁷ Essa consiste in qualcosa che causa la compromissione della

²⁴ Cf DE LEO Gaetano, *La responsabilità come costrutto psicosociale*, in CERETTI Adolfo – MERZAGORA Isabella (a cura di), *Criminologia e responsabilità morale*, Collana di scienze criminali Vol. 2, Padova, Cedam 1990, 235-237.

²⁵ Cf *Ivi* 231-236.

²⁶ Cf ZARA Georgia, *Le carriere criminali*, in GULLOTTA Guglielmo (diretto da), *Collana di Psicologia giuridica e criminale* Vol. 42, Milano, Giuffrè 2005, 251.

²⁷ GALIMBERTI Umberto, *Dizionario di psicologia*, Torino, UTET 1992, 486.

capacità di intendere e di volere, che non necessariamente riguarda l'aspetto patologico ma anche il funzionamento di una persona. L'infermità è dunque una condizione che, presente al momento del fatto, può scemare gradatamente influenzando sulla capacità di intendere e di volere.²⁸

Secondo Fornari, quando ci troviamo a valutare l'infermità di un soggetto in merito all'imputabilità, è di fondamentale importanza fare una chiara distinzione tra psicosi e disturbi di personalità, sia a livello concettuale sia a livello operativo. Ogni valutazione, in ambito psichiatrico forense, ha validità se l'accertamento della presenza o meno di una infermità di mente e la valutazione dell'intensità, viene effettuata in riferimento a criteri guida specifici. È dunque necessario, secondo l'Autore, «definire operativamente e a fini forensi la malattia mentale come una sindrome categoriale e dimensionale, a causalità multipla e circolare, che comporti una compromissione psichica e somatica, di cui sia proprio un carattere dinamico-evolutivo, che implichi una compromissione seria di preesistenti abilità sociali, che si configuri in quadri di stato o in momenti di temporanea compromissione delle funzioni psichiche e che richieda interventi socio-sanitari e socio-terapeutici».²⁹

La giurisprudenza tende ad ancorare il concetto di infermità ad un tipo di classificazione fondata su criteri clinici circoscritti e delimitati. Sono esclusi i tratti e i disturbi di personalità che si costituiscono come quadri di stato psicologico, ossia come modi di essere (ad esempio le psicopatie, stati nevrotici, disturbi da sostanze psicoattive, sindromi nevrotiche legate a stress e disturbi somatoformi), quadri psicopatologici in fase di remissione o stabilizzazione, scarsa e vaga sintomatologia. Vengono invece valutati gravi scompensi patologici psichici (episodi psicotici acuti o sindromi psicotiche acute o transitorie), disturbi mentali organici, disturbi gravi di personalità con episodi borderline o psicotici.³⁰

L'infermità di mente «si concretizza quando i disturbi patologici psichici, privi di adeguate contropunte, si manifestano sul piano fenomenico attraverso funzionamenti sintomatici, integratisi in fatti - reati»³¹ pertanto, assumono significato di infermità solo i reati che equivalgono ad un sintomo psicopatologico individuato in quadri clinici specifici e scompensato sul piano funzionale.³²

²⁸ Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 139.

²⁹ *Ivi* 140.

³⁰ Cf *Ivi* 139-140.

³¹ *Ivi* 140.

³² Cf *Ivi* 140.

Affinché un disturbo risulti rilevante, la struttura e il funzionamento della malattia mentale deve compromettere il senso dell'identità, il soggetto deve cioè mostrare una mancanza di coerenza interna, una perdita del senso della propria identità, dell'autostima, della soddisfazione e della gioia di vivere. Altro elemento che deve risultare compromesso è l'esame di realtà, il soggetto manifesta cioè deliri, allucinazioni, incapacità di distinguere il Sé dal non Sé e prevalenza dei meccanismi di difesa primari. I disturbi di personalità che non rientrano in un quadro psicotico clinicamente accertabile devono, a livello giuridico, essere trattati diversamente sulla base della loro gravità clinica.

Quando viene diagnosticata una malattia mentale, sia che si tratti di un disturbo psicotico, acuto o cronico, o di un disturbo grave di personalità, è necessario accertare se e in quale misura esso assume valore di malattia, in riferimento al reato commesso, e valutare il grado di incidenza sul giudizio di infermità. Costituisce vizio di mente un quadro di infermità tale da rendere un soggetto non imputabile, ciò può essere dovuto a intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti per cause fortuite o di forza maggiore (Articoli 91 e 93 Codice Penale), per mancanza di capacità di intendere e di volere (Articoli 88 e 89 Codice Penale), ancora perché il soggetto è stato reso da altri non capace di intendere e di volere (Articolo 86 Codice Penale), infine, tra i 14 e i 18 anni, per immaturità (Articolo 98 Codice Penale).³³

La diagnosi di infermità mentale deve essere costruita non solo sulla base dello stato psicopatologico attuale ma anche in relazione ad altri elementi che si possono ottenere attraverso l'anamnesi e l'osservazione, raccogliendo cioè quanti più dati possibili che consentono di coordinare i sintomi che possono assumere il significato di infermità, ossia alterazioni psichiche che differiscono quantitativamente dalla norma e che attuano funzioni psichiche malferme.³⁴

I concetti clinici e scientifici sono da soli irrilevanti in ambito giuridico, dove l'attenzione è rivolta alla responsabilità individuale, valutazione della disabilità e imputabilità. Oltre all'utilizzo delle classificazioni è infatti opportuno operare attraverso l'analisi delle storie di vita, la biografia clinica e l'anamnesi. In ambito giuridico è di fondamentale importanza accertare attraverso quale dinamismo mentale il soggetto ha commesso il fatto – reato.³⁵

³³ Cf *Ivi* 138.

³⁴ Cf BISI Roberta, *Psicodiagnostica e storie di vita in criminologia*, Milano, Franco Angeli 2004, 48.

³⁵ Cf *Ivi* 50.

La diagnosi è un momento importante della perizia ma non sufficiente ed esauriente; ciò che è importante è stabilire una connessione tra disturbo psicopatologico, funzionamento patologico psichico e delitto.³⁶ «Il vizio di mente è in stretta correlazione con i disturbi patologici psichici presenti nella categoria diagnostica individuata perché aventi connessione funzionale diretta con le modalità del fatto reato».³⁷

Affinché la condizione di infermità comprometta la capacità di intendere e di volere non è necessario che tale condizione sia abituale, purché sia presente al momento del fatto. A determinare una condizione di infermità mentale, infatti, possono essere anche condizioni passeggere di disordine mentale che producono alterazioni fisiche o psichiche. Può anche trattarsi di un disturbo psichico dovuto ad una malattia comune, in ogni caso per poter parlare di infermità deve sussistere l'aspetto patologico. Gli aspetti emotivi e passionali non rientrano nel vizio di mente, tranne nei casi in cui rappresentano la sintomatologia di un disturbo psicotico.³⁸ Tale aspetto viene trattato nell'Articolo 90 del Codice Penale, che recita quanto segue: *gli stati emotivi e passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità*.

Dopo aver stabilito se un disturbo psicopatologico costituisce o meno vizio di mente è necessario valutare se si tratta di vizio totale o parziale.

Possiamo quindi distinguere diversi gradi di infermità mentale. Il più grave è il *vizio totale di mente*, che consiste in una condizione psichica che esclude totalmente la capacità di intendere e di volere. Vi è poi una condizione di infermità transitoria, ossia delle condizioni che incidono momentaneamente sulla capacità di intendere e di volere. Infine, il *vizio parziale di mente* si ha quando, in conseguenza ad una psicopatologia, la capacità di intendere e di volere viene gradatamente scemata.³⁹

Partendo dal presupposto che, in ogni caso, il disturbo psicopatologico deve compromettere la categoria giuridica dell'imputabilità, secondo Fornari, sarebbe opportuno attribuire la nozione di vizio parziale di mente nei casi in cui il funzionamento patologico psichico scompensato non intacchi tutte le aree di libero movimento dell'Io e che si manifesta, in riferimento al fatto, attraverso un comportamento ancora sufficientemente coordinato, lucido, pianificato e organizzato. Il vizio totale di mente andrebbe invece attribuito solo nei casi in cui i soggetti presentano

³⁶ Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 141.

³⁷ *Ivi* 141.

³⁸ Cf CANUTO – TOLO, *Medicina legale e* 328-329.

³⁹ Cf TRAMONTANO, *Capacità di intendere* 69-71.

una grave compromissione patologica del loro funzionamento mentale e il cui comportamento si caratterizza per disorganizzazione, bizzarria, assenza di progettazione e pianificazione. Più aree dell'Io sono investite dal disturbo psicopatologico maggiore sarà la compromissione del comportamento.⁴⁰

Il Codice Penale tratta il vizio totale e parziale di mente rispettivamente agli Articoli 88 e 89:

ART. 88: non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere.

ART. 89: chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era per infermità, in tal stato di mente da scemare gradatamente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita.

Il vizio totale di mente comporta la non applicabilità della pena ma prevede la misura di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (O.P.G.) per assenza di imputabilità.⁴¹ Il vizio parziale di mente comporta invece la riduzione della pena di un terzo, per difetto di imputabilità, e quindi l'internamento in Casa di Cura e di Custodia (C.C.C.). L'internamento C.C.C. segue la pena della reclusione mentre l'O.P.G. viene disposto al posto della reclusione, che viene non applicata o interrotta. Tali provvedimenti vengono attuati solo qualora ci si trovi di fronte ad un quadro di patologia mentale in atto e tale da assumere rilevanza da comportare l'applicazione delle misure di sicurezza psichiatrica,⁴² secondo quanto stabilito dall'Articolo 22 del Codice Penale: *Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un ospedale psichiatrico giudiziario per un tempo non inferiore a due anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'autorità di pubblica sicurezza.*

⁴⁰ Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 142.

⁴¹ Cf TRAMONTANO, *Capacità di intendere* 71.

⁴² Cf FORNARI *Trattato di psichiatria* 135.

4. *La valutazione della pericolosità sociale*

In tutti i casi in cui è presente un vizio di mente, il perito deve rispondere anche al quesito sulla pericolosità sociale psichiatrica del periziando,⁴³ accertando se, al momento della perizia, persiste una psicopatologia tale da rendere il soggetto pericoloso socialmente.⁴⁴

Per *pericolosità sociale* si intende un «giudizio prognostico sulla capacità e probabilità dell'individuo di commettere nuovi reati (persistere nel crimine), risultando quindi, da un lato, una caratteristica, o meglio un modo di essere, dell'individuo delinquente e, dall'altro, il centro di imputazione di un giudizio non fondato sul rimprovero per la colpevolezza di un fatto – reato (azione), ma sulla necessità di prevenzione e controllo della commissione di probabili, ulteriori, eventi criminosi».⁴⁵

Secondo quanto stabilito dall'Articolo 203 del Codice Penale, la pericolosità sociale consiste nella condizione della persona che ha già commesso un reato, e che, pur non essendo imputabile o punibile, si prevede possa commetterne altri.⁴⁶

La pericolosità sociale si riferisce, quindi, alla tendenza antisociale di un individuo che ha commesso un reato ed in capo al quale si ravvisa la probabilità che reiteri una nuova condotta criminosa.⁴⁷ La risposta giurisdizionale alla pericolosità avviene attraverso l'amministrazione delle misure di sicurezza, il cui scopo è quello del reinserimento e della rieducazione delle persone socialmente pericolose che hanno commesso un reato.⁴⁸ Dall'imputabilità dell'autore di reato deriva la sua punibilità, dalla sua pericolosità ne consegue l'attivazione delle misure di sicurezza, «solo l'affermazione della pericolosità sociale psichiatrica presente e persistente al momento dell'erogazione del provvedimento comporterà l'applicazione delle misure di sicurezza psichiatrica, che, in caso di vizio parziale, consiste nell'internamento in casa di cura e custodia (C.C.C.) e, in caso di vizio totale, in O.P.G., se valutata di grado elevato; se attenuata si traduce in un regime di libertà vigilata».⁴⁹

La valutazione della pericolosità sociale avviene sulla base di due operazioni distinte: *diagnosi di pericolosità* e *prognosi di pericolosità*. La prima implica

⁴³ Cf Ivi 136.

⁴⁴ Cf DELLA MARIANNA, *Le perizie in 202*.

⁴⁵ ZARA, *Le carriere criminali* 248.

⁴⁶ Cf LUSETTI, *Psicopatologia antropologica* 502.

⁴⁷ Cf ZARA, *Le carriere criminali* 246.

⁴⁸ Cf Ivi 251.

⁴⁹ FORNARI *Trattato di psichiatria* 135.

l'individuazione di alcuni fattori che inducono il soggetto a compiere atti violenti. Tali fattori possono essere individuati attraverso l'analisi della personalità e dell'adattamento sociale. La prognosi, invece, rappresenta la specifica predizione del grado effettivo di probabilità secondo cui l'evento criminoso può riprodursi.⁵⁰

L'attribuzione di pericolosità ad un soggetto non è automatica in caso di malattia mentale, a tal proposito Fornari rileva un automatismo di fatto tra non imputabilità e pericolosità sociale. Secondo l'Autore, il comportamento umano è unico e irripetibile, risulta pertanto impossibile prevedere l'evolversi di condotte future, se non fare previsioni cadenzate sulla probabilità.⁵¹ La valutazione della pericolosità è infatti molto difficile in quanto sono diversi i fattori che intervengono ad influire sul comportamento umano, il quale è sempre in funzione dell'individuo e della sua identità, del mondo relazionale nel quale interagisce, delle situazioni che si vengono a creare e dalla variabile temporale che modifica aspetti psicologici, fisici e sociali dell'individuo. Esiste dunque una cusazione sociale (insieme di regole e pressioni psicologiche, sociali, normative e culturali) che contribuisce a dare significato alle azioni e ad orientare il comportamento.⁵²

Il concetto di pericolosità sociale psichiatrica risulta spesso funzionale ad esigenze di controllo piuttosto che terapeutiche, pertanto il perito può trovarsi in grande difficoltà nel valutare se la persona a cui è stata attribuita un'infermità sia anche socialmente pericoloso. Occorre quindi, secondo Fornari, rivisitare il significato clinico di pericolosità sociale nel rispetto della multifattorialità e circolarità del disturbo mentale, affinché vengano impiegati strumenti non solo finalizzati alla neutralizzazione, ma che consentano anche di svolgere un lavoro terapeutico a sostegno del soggetto. Bisognerebbe cioè «abbandonare la dizione di socialmente pericoloso per sostituirla con quella più funzionale e adeguata di bisognoso di trattamento».⁵³ La nozione di pericolosità sociale psichiatrica dovrebbe cioè essere sostituita con quella di necessità di cure e di assistenza specialistica, o di trattamento, dove necessario anche attraverso un regime di coazione (Trattamento Sanitario Obbligatorio Giudiziario), inoltre gli ambiti prevalenti di competenza dovrebbero essere diversificati: l'ambito sociosanitario nel caso delle psicosi e dei disturbi gravi di personalità (la psichiatria giudiziaria e del

⁵⁰ Cf ZARA, *Le carriere criminali* 248-249.

⁵¹ Cf FORNARI *Trattato di psichiatria* 231.

⁵² Cf DE LEO Gaetano, *Psicologia della responsabilità*, Bari, Laterza 2003, 128.

⁵³ FORNARI *Trattato di psichiatria* 231.

territorio), quello socio-terapeutico nel caso invece dei disturbi di personalità meno complicati.⁵⁴

La pericolosità sociale psichiatrica andrebbe quindi valutata analizzando sia i fattori interni sia quelli esterni al soggetto. I primi consistono in criteri clinici individuali, i secondi sono invece di carattere socio – ambientale. È bene tener conto che tali indicatori non possono essere considerati come reali fattori predittivi, essi rappresentano piuttosto degli indici cui tener conto nella valutazione della pericolosità sociale di un soggetto.⁵⁵

Per quanto riguarda gli indicatori interni è necessario verificare se la sintomatologia psicotica persista in relazione al reato che ha assunto valore di malattia e se il soggetto è consapevole della propria condizione o se tale capacità è assente o gravemente compromessa.

È anche importante valutare la risposta alla terapia per constatare se il soggetto si oppone ad essa o se risponde in maniera insufficiente nel caso in cui venga praticata. Inoltre risulta indicativo il deterioramento o la destrutturazione psicotica della personalità nell'impedire un miglioramento entro tempi brevi. Infine, è necessario valutare l'eventuale progressione di gravità delle condotte di scompensazione e dei disturbi psicopatologici.

Indicatori esterni rilevanti consistono nella caratteristica dell'ambiente familiare e sociale di appartenenza, nella valutazione della possibilità di reinserire il soggetto nel proprio ambiente lavorativo o valutare eventuali soluzioni alternative. Verificare il tipo, il livello e il grado di accettazione del rientro nell'ambiente in cui il soggetto viveva precedentemente al fatto. Risulta inoltre opportuno verificare l'esistenza e l'adeguatezza dei servizi psichiatrici di zona.

Essendo un compito molto delicato quello di valutare la pericolosità sociale di un soggetto, è necessario che gli esperti cui viene affidato tale incarico abbiano seguito una specifica formazione. È inoltre opportuno integrare l'aspetto clinico e quello forense giudiziario procedendo attraverso un intervento tempestivo e instaurando un dialogo tra magistratura e operatori psichiatrici. A tal proposito, i periti o i consulenti dovrebbe acquisire la consapevolezza e la responsabilità di essere mediatori tra il sistema della giustizia e quello del trattamento.

⁵⁴ Cf *Ivi* 231-235.

⁵⁵ Cf LUSETTI, *Psicopatologia antropologica* 502-503.

Secondo Fornari sarebbe inoltre necessario che tutti gli accertamenti peritali vengano svolti attraverso un lavoro collegiale che preveda la nomina, accanto alla figura dello psichiatra, di uno psicologo giudiziario e utilizzare un linguaggio più vicino a quello psicologico e psichiatrico, tenendo conto che deve essere sempre posta in primo piano la tutela della salute anche per il malato di mente autore di reato.⁵⁶

⁵⁶ Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 231-234.

SIMULAZIONE E DISSIMULAZIONE DI UNA PSICOPATOLOGIA

Dal punto di vista clinico - terapeutico, il tema della simulazione e dissimulazione della malattia mentale non ha molto spazio. In un setting terapeutico, infatti, non vi è motivo di dubitare dell'onestà e sincerità del soggetto, in quanto ciò che è importante è ottimizzare la relazione duale terapeuta – paziente, attraverso la creazione di obiettivi comuni e condivisi. Ben diverso è per quanto riguarda l'ambito giuridico, dove lo scopo non è la terapia ma la valutazione della condizione mentale del soggetto nel momento in cui ha commesso il fatto.⁵⁷

Molti scompensi psicopatologici rappresentano spesso un tentativo di sfuggire al procedimento penale e agli interrogatori. È dunque importante valutare quanto è intenzionale e quanto è autentico. L'analisi psicopatologica è l'unica che può permettere di discriminare i veri malati da quelli che simulano. Ciò è possibile solo se si interviene tempestivamente in quanto il trascorrere del tempo, l'indottrinamento o il contatto diretto con i veri malati di mente può influenzare a tal punto il soggetto che la malattia mentale da lui simulata assuma caratteristiche di veridicità e di autenticità. È quindi possibile che una sintomatologia, inizialmente simulata e amplificata si sovrapponga ad un vero quadro psicotico. Ciò avviene soprattutto nei soggetti deboli di mente che, essendo facilmente suggestionabili, si convincono di essere veramente malati. Tale situazione può presentarsi anche in soggetti che pur essendo intelligenti presentano una personalità particolarmente fragile e disturbata.⁵⁸

1. Simulazione, dissimulazione e menzogna

Il termine simulare, dal latino *simulatio*, significa finzione, inganno. Alla stessa radice appartiene il termine dissimulare (*dissimulatio*).⁵⁹ Elementi costitutivi della simulazione e della dissimulazione, intese come false rappresentazioni di una condizione mentale, sono la coscienza di falsità e l'intento di ingannare con la finalità di perseguire un determinato scopo.⁶⁰ La menzogna, dunque, sottende all'azione simulatoria e dissimulatoria. Risulta a tal proposito importante sottolineare che chi

⁵⁷ Cf CAIALELLA Costantino – RINALDI Raffaella, *Simulazione e dissimulazione di malattia mentale*, in GIUSTI Giusto (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini, Vol. 4: genetica, psichiatria forense e criminologia, medicina del lavoro*, Padova, Cedam 2009, 555.

⁵⁸ Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 267.

⁵⁹ Cf CAIALELLA – RINALDI, *Simulazione e dissimulazione* 553.

⁶⁰ Cf FERRACUTI Stefano – PARISI Leoluca – COPPITELLI Antonio, *Simulare la malattia mentale*, Torino, Centro Scientifico Editore 200719.

mente, in ambito giudiziario, non sempre lo fa in modo intenzionale.⁶¹ Esistono infatti diversi tipi di menzogna che hanno origini psicologiche diverse.

La *menzogna volontaria* è quella deliberata che consiste nella «manipolazione di informazione che si produce nella pienezza delle proprie facoltà mentali al fine di ottenere vantaggi materiali e interpersonali».⁶² La *bugia psicogena* consiste invece nel risultato di un conflitto psicologico affrontato dal soggetto falsando alcuni aspetti della realtà. Esiste poi una *bugia patologica*, caratteristica delle situazioni di ritardo, deficit intellettivo, psicosi e di alcune alterazioni della personalità.⁶³ In questi casi, i soggetti non sono in grado di giudicare o sono gravemente condizionati da un disturbo mentale o di personalità. La finalità di questa bugia è intrinseca in quanto volta alla costruzione di un mondo di cui il soggetto necessita per raggiungere una propria coerenza interna.⁶⁴ Si distingue anche una bugia tipica del debole di mente, la quale risulta poco organizzata e verosimile.

La bugia dello psicotico, tipica delle fasi di eccitamento maniacale del disturbo ciclotimico, comprende anche la *confabulazione psicogena* e *psicorganica*.⁶⁵ La prima consiste nella costruzione di un pensiero parallelo alla realtà in cui si raccontano a sé e agli altri storie che soddisfano la psicologia di chi le crea. Essa si differenzia dalla menzogna in quanto è assente la volontà di ingannare l'altro. La seconda consiste in ricordi falsi e fantastici che sostituiscono gravi amnesie.⁶⁶

Infine, la *mitomania* consiste nella «tendenza sistematica e non problematizzata alla menzogna, alla simulazione e invenzione di fatti ed eventi in cui l'immaginifico e lo stupefacente sono elementi integranti il bisogno di attirare su di sé l'attenzione e di eludere la realtà».⁶⁷ Questa tipologia di menzogna è tipica dei soggetti isterici, dei deboli di mente, dei bambini e degli adulti che propongono un'immagine ideale del proprio sé in quanto non accettano quello reale.

Secondo Ekman simulazione e dissimulazione rappresentano due strategie attraverso cui un soggetto mente. La differenza tra le due strategie consiste nel fatto che

⁶¹ Cf GOTTI Valentina – BEDETTI Massimo, *Tecniche di colloquio con il criminale*, in STRANO (a cura di), *Manuale di criminologia* 159.

⁶² FERRACUTI – PARISI – COPPITELLI, *Simulazione di malattia* 19.

⁶³ Cf GOTTI – BEDETTI, *Tecniche di colloquio* 159.

⁶⁴ Cf FERRACUTI – PARISI – COPPITELLI, *Simulazione di malattia* 19.

⁶⁵ Cf GOTTI – BEDETTI, *Tecniche di colloquio* 159.

⁶⁶ Cf FERRACUTI – PARISI – COPPITELLI, *Simulazione di malattia* 20.

⁶⁷ GOTTI – BEDETTI, *Tecniche di colloquio* 159.

chi dissimula nasconde delle informazioni senza dire nulla di falso, chi simula, invece, presenta una informazione alterata come se fosse vera.⁶⁸

Nel caso della dissimulazione il soggetto nasconde una verità o attraverso l'omissione o attraverso l'occultamento. Per mezzo dell'omissione il soggetto omette di fornire informazioni importanti per il destinatario, ad esempio attraverso la reticenza e il silenzio. Per mezzo dell'occultamento, invece, chi comunica nasconde alcune informazioni rilevanti fornendo informazioni vere ma divergenti, in modo da fuorviare il destinatario facendo sì che questo assuma false credenze.⁶⁹

Chi mente può commettere “errori” che lasciano trasparire indizi nei gesti, nella postura, nell'espressione del viso e nel tono della voce.⁷⁰ Alcuni di questi errori lasciano trapelare la verità (indizi rilevatori) mentre altri smascherano l'intenzione da parte del soggetto di comunicare un'informazione falsa (indizi di falso).⁷¹ Uno degli indizi rilevatori di menzogna più frequenti è il *lapsus verbale*, il quale può essere ricondotto all'intenzione cosciente di tenere qualcosa per sé.⁷² Un altro tipo di lapsus è definito da Ekman *lapsus gestuale* in cui «il soggetto si lascia sfuggire un gesto che tradisce qualcosa che sta cercando di nascondere».⁷³

A tradire una menzogna sono spesso le emozioni. Le emozioni che si attivano maggiormente in chi comunica un'informazione falsa sono soprattutto negative, le quali insorgono spesso di fronte alla paura di essere scoperti e portano ad un aumento di ansia e di stress emotivo. L'insorgenza di tali emozioni attiva delle risposte fisiologiche definite *arousal emotivo*.⁷⁴ Tali emozioni possono, talvolta, essere tenute sotto controllo da chi parla fino al punto di essere inibite: si tratta di ciò che viene definito *coping emotivo*, ossia la «capacità di far fronte alle emozioni e di esercitare un controllo sulle proprie condotte emotive».⁷⁵ A tradire maggiormente un soggetto che sta mentendo sono dunque spesso le emozioni negative in quanto risultano più difficili da controllare. Tra le emozioni positive non vere il sorriso è quello che risulta più facile in quanto rappresenta la mimica facciale più facile da assumere, attraverso espressioni di felicità

⁶⁸ Cf EKMAN Paul, *I volti della menzogna: gli indizi dell'inganno nei rapporti interpersonali, negli affari, nella politica, nei tribunali* [*Telling Lies. Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage*, W. W. Norton & Co., New York 1985], Firenze, Giunti 1995 15.

⁶⁹ Cf ANOLLI, *Mentire*, Bologna, Il Mulino 1997, 26.

⁷⁰ Cf EKMAN, *I volti della menzogna* 57.

⁷¹ Cf *ivi* 25.

⁷² Cf FREUD Sigmund, *Psicopatologia della vita quotidiana* [*Zur Psychopathologie des Alltagslebens*, 1901], in ID, *Opere 1900-1905*, Volume 4, Torino, Boringhieri 1970, 107-108.

⁷³ EKMAN, *I volti della menzogna* 75.

⁷⁴ Cf CAVAZZA, *La persuasione*, Bologna, Il Mulino 1996, 66.

⁷⁵ *Ivi* 67.

si copre facilmente l'inganno.⁷⁶ Elementi non verbali, tra cui la postura, le espressioni del viso, i movimenti delle mani rappresentano dunque importanti indizi sulla possibilità che il soggetto stia mentendo. Un importante studio sulle espressioni è stato condotto da Ekman e Collaboratori, i quali hanno elaborato il FACS (Facial Action Coding System).⁷⁷

Quando un soggetto elabora una menzogna attua dunque un notevole sforzo psicologico che traspare attraverso alcuni indicatori involontari. Gli studi volti a comprendere come smascherare un soggetto che mente sono stati molteplici, alcuni dei quali hanno messo in evidenza che quando un soggetto dice una menzogna si attivano determinate zone cerebrali; i cambiamenti neurovegetativi prodotti dalla menzogna possono essere rilevati attraverso appositi strumenti, è il caso ad esempio del poligrafo, meglio conosciuto come macchina della verità. Sembrerebbe inoltre che la menzogna produca dei cambiamenti termici al viso.

Tra gli strumenti psicometrici utilizzati in ambito giuridico, l'MMPI II permette di rilevare indici di simulazione e dissimulazione attraverso le scale di controllo L (Lie), F (Frequency) e K (Correction).⁷⁸

La scala L, composta da 15 item che indicano comportamenti socialmente desiderabili, comprende aree quali la negazione di cattivi pensieri, disonestà personale, aggressioni e debolezza del carattere. Attraverso questa scala è possibile verificare se il soggetto ha risposto in modo onesto all'MMPI: tanto più alto è il punteggio ottenuto nella scala L minori sono i punteggi ottenuti nelle scale cliniche. Spesso ci troviamo, infatti, di fronte ad una negazione, ossia un rifiuto da parte del soggetto a riconoscere la psicopatologia e il tentativo di mostrarsi migliore. La scala K è invece formata da 30 item dal contenuto eterogeneo: autocontrollo, famiglia e relazioni interpersonali. Punteggi bassi in questa scala sono spesso accompagnati da punteggi alti alle scale cliniche.

L'indice di dissimulazione F-K è un utile strumento per la valutazione della validità del profilo in quanto permette di confrontare la rigidità della patologia con la difensività evidenziata. Nei casi in cui gli altri indici indicano una esasperazione del sintomo ci troviamo invece in presenza di simulazione. Più è alto il punteggio ottenuto nella scala F più il soggetto è gravato da difficoltà e può esagerare la sintomatologia per

⁷⁶ Cf EKMAN, *I volti della menzogna* 19-22.

⁷⁷ Cf GOTTI – BEDETTI, *Tecniche di colloquio* 159-165.

⁷⁸ Cf CAIALLELLA – RINALDI, *Simulazione e dissimulazione* 562.

ottenere un aiuto immediato o per ottenere vantaggi secondari. Un punteggio alto nella scala F e basso nella scala K sono infatti indice di simulazione.⁷⁹ Un altro parametro è fornito dalle risposte agli item ovvi, cioè quelli a contenuto evidente, e sottili, ossia quelli a contenuto psicotico non identificabile. I simulatori si caratterizzano per i punteggi bassi agli item sottili e punteggi alti a quelli ovvi.⁸⁰

2. *La simulazione di una psicopatologia*

Secondo Callieri e Semerari, la *simulazione* consiste in un «processo psicologico caratterizzato dalla decisione cosciente di riprodurre, imitandoli, sintomi patologici e di mantenere tale imitazione per un tempo più o meno lungo con l'aiuto di uno sforzo continuo fino al conseguimento dello scopo, ovvero fino a quando il simulatore non si renda conto dell'inutilità del suo atteggiamento».⁸¹

Il DSM IV TR definisce la simulazione come la «produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni».⁸² La simulazione è quindi la «pianificazione consapevole di simulare una malattia».⁸³

La simulazione è molto frequente nei reati gravi, in cui il soggetto può trarne grandi vantaggi, come ad esempio ottenere la non imputabilità. La simulazione è fortemente sospettata nel contesto medico legale o quando è presente una marcata discrepanza tra lo stress e la compromissione lamentata dal soggetto e i reperti obiettivi. Altro elemento che può far sospettare la simulazione è la mancanza di collaborazione durante la valutazione diagnostica e di accettazione del regime terapeutico prescritto e quando siamo in presenza di disturbo antisociale della personalità.⁸⁴ La definizione di simulazione proposta dal DSM IV è di tipo criminologico in quanto sottolinea

⁷⁹ Cf CAVIGLIA Giorgio – DEL CASTELLO Emanuele (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica*, Milano Franco Angeli 2008, 33-37.

⁸⁰ Cf CAIALLELLA – RINALDI, *Simulazione e dissimulazione* 562.

⁸¹ *Ivi* 556.

⁸² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Terza edizione italiana a cura di ANDREOLI Vittorino – CASSANO Giovanni B. – ROSSI Romolo, Milano, Masson 1996, 785.

⁸³ OLDFHAM John M. – SKODOL Andrew E. – BENDER Donna S. (a cura di), *Trattato dei disturbi di personalità [The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorder*, London 2005) edizione italiana a cura di DEL CORNO Franco – LINGIARDI Vittorio, Milano, Raffaello Cortina 2008, 994.

⁸⁴ Cf AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV TR* 785.

maggiormente la natura illecita del disturbo piuttosto che il suo valore patologico, riconducendo tale condotta al disturbo antisociale di personalità.

La simulazione si caratterizza per la presenza del meccanismo cosciente di produrre intenzionalmente sintomi fisici e psichici e il proposito di amplificarli e di esagerarli, al fine di richiamare su di se prepotentemente l'attenzione altrui e ottenere determinati benefici lucidamente perseguiti. La vera e propria simulazione può dunque essere attribuita solo ad un soggetto capace di intendere e di volere in quanto viene attuata a mente lucida in previsione di un danno o di una situazione cui intende sfuggire.

Quando invece ci troviamo di fronte ad una situazione di stress, come ad esempio la carcerazione, il soggetto può simulare, ma in questo caso il tentativo di simulazione va a sovrapporsi alle reazioni emotive e allo stress compromettendo la coscienza e facendo sì che non ci troviamo di fronte ad una simulazione cosciente anche se possono manifestarsi atteggiamenti finalistici di difesa. La difesa è un meccanismo istintivo e come tale anche la simulazione a scopo difensivo può essere considerata un naturale meccanismo di difesa. Atteggiamenti finalistici possono manifestarsi anche nei casi in cui la capacità di intendere e di volere risulti compromessa, in tali casi però non ci troviamo di fronte ad una vera e propria simulazione dal punto di vista giuridico.⁸⁵

In ambito medico-legale si possono distinguere tre forme di simulazione: la *creazione*, cioè la simulazione vera e propria di una malattia con caratteristiche personalizzate; l'*imitazione*, cioè la riproduzione di sintomi osservati precedentemente in altri soggetti malati; la *rievocazione*, ossia la riproduzione di quadri sintomatici che il soggetto ha esperito in un periodo precedente della propria vita.⁸⁶

Simulare una psicopatologia è molto difficile in quanto i sintomi devono essere prolungati nel tempo, inoltre nei casi di psicosi, la terapia non modifica lo status clinico. Spesso vengono manifestati sintomi e segni incongrui nella simulazione di deliri e allucinazioni.⁸⁷ Per poter individuare i tentativi di simulazione attuati da un soggetto, è necessario quindi che il perito ponga delle domande approfondite circa le tematiche discusse affinché possa innanzi tutto valutare se il soggetto sia congruo e consapevole nel racconto.⁸⁸

Il simulatore in genere si ammala e guarisce molto rapidamente, in correlazione con l'andamento del procedimento penale. Manifesta sintomi singoli, isolati, non legati

⁸⁵ Cf PRINCIPE, *Salute mentale e 350*.

⁸⁶ Cf CAIALELLA – RINALDI, *Simulazione e dissimulazione 556*.

⁸⁷ Cf *Ivi* 562-563.

⁸⁸ Cf *Ivi* 559.

da una correlazione patologica, cioè li riproduce per imitazione. Egli esibisce ed elenca con enfasi i propri disturbi, a differenza del vero malato di mente che invece tende a dissimularli o a minimizzarli. Il simulatore non è in grado di mantenere la distanza psicopatologica tipica del malato di mente, è molto meno coerente, costante, e convincente rispetto al vero malato psichico; richiama l'attenzione del perito denunciando stati crepuscolari di coscienza e quadri pseudo - demenziali (ad esempio perdita di tutte o di parte delle nozioni, anche le più elementari, apprese nella vita; disorientamento temporo - spaziale, dimenticanza di ogni notizia anamnestica, sia familiare sia personale). Tali comportamenti scompaiono quando il soggetto viene osservato, nel corso della valutazione clinica, senza che egli ne sia consapevole.

Talvolta il simulatore descrive deliri e allucinazioni dando ad essi una definizione precisa attraverso l'uso di una terminologia appropriata, escludendoli dunque dall'essere elementi psicopatologici. Quando un soggetto simula sintomi così gravi, la componente recitata e finalistica del suo atteggiamento appare evidente. Le amnesie simulate non sono uniformi, troppo estese e tendono ad essere circoscritte ad episodi sfavorevoli mentre i ricordi più vantaggiosi sono conservati. Altro elemento caratteristico del simulatore è il ricorrere di risposte senza senso (risposte di traverso), perseverazioni motorie, aprassie, asimbolie, denominazione delle dita, ma anche malumore, ottusità emotiva, disforia, ipocondria, alterazioni del ritmo sonno-veglia. Il simulatore manifesta spesso comportamenti puerili, si mostra ingenuo, tende a drammatizzare, mostra paure di vario genere, disegna pupazzetti, cerca la mamma e parla farfugliando.

Per quanto riguarda la risposta all'eventuale somministrazione di psicofarmaci, essa risulta paradossale e non in linea con quella che dà il soggetto realmente affetto da disturbi psicotici, ad esempio, il disturbo schizofrenico non segue la propria evoluzione, ma subisce oscillazioni e miglioramenti che non sono tipici del decorso della malattia.

Appare quindi chiaro l'atteggiamento finalistico di evitare situazioni spiacevoli, dolorose e pericolose con lo scopo di esonerarsi dalla responsabilità nei confronti del reato commesso.⁸⁹

⁸⁹ Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 267-269.

3. *La dissimulazione di una psicopatologia*

In ambito psicopatologico, *dissimulare* significa nascondere, minimizzare, non lasciare spazio alla propria individualità ed espressività, non far trasparire o far trasparire solo in parte la propria sofferenza e i segni della propria malattia.⁹⁰ Ad esempio, un soggetto schizofrenico giudicato incapace di intendere e di volere, tenta di nascondere i sintomi psicotici nel tentativo di far ridimensionare il giudizio sulla pericolosità sociale e dunque di evitare la propria permanenza presso la struttura psichiatrica.

La dissimulazione è molto frequente non solo in ambito penale, ma anche in ambito civile dove il soggetto tenta di evitare di perdere alcuni benefici, quali ad esempio il proprio posto di lavoro, la patente o il porto d'armi, ma soprattutto è molto frequente nei casi di affidamento e adozione, situazioni in cui la presenza di psicopatologia renderebbe complicata la posizione del soggetto.⁹¹

Le cause della dissimulazione sono in parte intrinseche alla patologia stessa, in parte si organizzano nel contesto relazionale in cui vive il soggetto. Un effetto negativo può essere generato, ad esempio, dall'esperienza della prima carcerazione o del ricovero in una struttura psichiatrica; spesso infatti il malato, dopo aver commesso un reato molto grave teme per il proprio destino giudiziario.

Lo stile relazionale del dissimulatore è caratterizzato da sospettosità, egli attribuisce al perito un potere misterioso che alimenta paura e diffidenza, mostrando sin dal primo interrogatorio atteggiamenti di sfiducia, i quali possono talvolta essere legati al modo in cui sono state condotte precedenti indagini o accertamenti.

La dissimulazione è molto frequente nei deliri di persecuzione, di riferimento, di veneficio, di influenzamento, e in altre forme deliranti che, nella loro autonomia psicopatologica, inducono il malato a nascondere, evitare, eludere la sintomatologia per paura di subirne le conseguenze.

Un'altra patologia in cui è frequente riscontrare la dissimulazione è la depressione. Questo disturbo rallenta e inibisce tutte le funzioni vitali e comporta che il malato si ripiega sulla propria disperazione. Il depresso, in questi casi, tenta in ogni modo di nascondere le tematiche patologiche che hanno caratterizzato la genesi e la dinamica del delitto che ha commesso. Egli teme di non riuscire a portare a compimento

⁹⁰ Cf *Ivi* 270.

⁹¹ Cf CAIALELLA – RINALDI, *Simulazione e dissimulazione* 563.

i suoi frequenti tentativi suicidari o di essere ostacolato nel compiere il suo progetto patologico, nel caso in cui il reato consiste in semplici aggressioni o tentativi mal riusciti di provocare la morte della vittima.

La dissimulazione è molto frequente quando è assente nel soggetto la consapevolezza di essere malato. In questi casi la persona è convinta di essere nel giusto, e tale consapevolezza la porta ad essere reticente. Lo stesso accade nei casi di alterazione nel rapporto con la realtà e con gli altri.

Tentativi di dissimulazione si riscontrano anche in presenza di processi psicotici coperti e mascherati da disturbi di personalità. Sono infatti i disturbi di personalità che possono trarre in inganno, in quanto manifestati e agiti con maggiore immediatezza ed evidenza rispetto a quelli psicotici.

Nel procedere con la propria valutazione, il perito deve tener presente che in molti malati la somministrazione di psicofarmaci attenua o maschera la sintomatologia. Nel caso in cui l'osservazione da parte del perito avviene quando il quadro di scompenso acuto è già andato incontro ad una sua spontanea evoluzione clinica, le difficoltà cliniche sono maggiori, soprattutto se il soggetto mette in atto difese volte a negare e a scindere la sua patologia. Se, invece, l'incontro con il periziando avviene immediatamente dopo il reato, la sintomatologia si è momentaneamente scaricata nel passaggio all'atto (deplezione psicotica), per cui le componenti psicotiche sono estremamente attenuate.

Un'altra difficoltà in cui può incorrere l'osservatore al primo incontro è quella in cui il soggetto psicotico mette in primo piano ed esaspera le sue difese ipomaniacali, con lo scopo di negare l'angoscia psicotica di frammentazione, di annullamento, e l'angoscia derivante dalla relazione con l'altro, percepito in una dimensione minacciosa e persecutoria. È importante in questi casi cogliere il finalismo difensivo messo in atto dal soggetto e andare oltre l'aspetto fenomenico. Soffermandosi, infatti, alla superficiale analisi del comportamento verbale e non verbale immediato del soggetto, si rischia di decodificare come non psicotico o simulato ciò che ha in realtà un valore patologico.

Nell'eseguire gli accertamenti il perito deve quindi utilizzare un procedimento di tipo deduttivo e non induttivo, deve cioè evitare di porre domande volte a confermare la propria ipotesi diagnostica, rischiando in questo modo di risultare inquisitorio e poco empatico. Un atteggiamento di questo tipo da parte del perito induce il malato a nascondere il proprio quadro patologico e ad offrire elementi banali. Una

decodificazione patologica dell'ambiente induce quindi il soggetto a dissimulare la propria patologia con conseguente errore diagnostico e terapeutico da parte del perito.

Il perito deve porre molta attenzione anche alle proprie reazioni emotive che possono innescarsi di fronte a determinati fatti delittuosi, deve cioè evitare di mettere in atto atteggiamenti controtrasferiali di rifiuto che possono produrre errori diagnostici. Reazioni di questo tipo da parte del perito si manifestano, ad esempio, quando il malato mostra tratti narcisistici o antisociali di personalità o di difese ipomaniacali, di fronte cui l'esperto può sviluppare un controtransfert negativo con lo scopo di salvaguardare il suo Sé grandioso.

Per riuscire a comprendere la psicopatologia di un soggetto autore di reato è talvolta necessario entrarci in collisione; il malato di mente autore di reato non si lascia mai andare a confidenze, non si sente compreso ed è convinto che verrà ascoltato con diffidenza. Un atteggiamento attento e professionale da parte del perito è quindi necessario per evitare di cadere nell'errore di esprimere un giudizio morale e non tecnico.⁹²

4. I disturbi reattivi alla carcerazione

Il tema della simulazione della malattia mentale rimanda al concetto di psicosi carcerarie, che, secondo Fornari, possono essere meglio definite come *sindromi o disturbi reattivi alla carcerazione*.

I sintomi che il soggetto manifesta possono essere talvolta autentici, ma spesso recitati con lo scopo di ottenere benefici. È bene infatti tener conto che la sola reclusione non può generare un quadro psicotico ma può fungere da fattore patoplastico, cioè può fare emergere una pregressa condizione di precario equilibrio mentale innescando disturbi reattivi o aggravando quadri psicotici già esistenti facendo saltare meccanismi di difesa troppo fragili. L'amplificazione dei sintomi dunque, oltre ad essere parte integrante della simulazione, può rappresentare il tipo di funzionamento di determinati disturbi di personalità o una normale e soggettiva elaborazione della sofferenza psichica.

⁹² Cf FORNARI, *Trattato di psichiatria* 270-273.

E' quindi importante distinguere fra *quadri reattivi alla carcerazione*, cioè sintomi che il detenuto, in modo più o meno consapevole, elabora soggettivamente, enfatizzandoli, ampliandoli e aggravandoli manifestando disturbi di tipo patologico, e veri quadri psicotici. In ambito forense sono infatti le vere patologie che assumono rilevanza ai fini della sospensione del procedimento, per l'adozione di eventuali misure terapeutiche, e per l'accertamento dell'imputabilità del soggetto.

Si possono inoltre distinguere reazioni abnormi *semplici e complesse*. Le prime si manifestano in soggetti con personalità immature, insufficienze mentali e personalità primitive, ossia appartenenti ad etnie diverse o deprivate a livello socioculturale. Le reazioni abnormi complesse, intese come veri quadri psicotici, si sviluppano invece in soggetti già psicotici e in coloro che presentano un deterioramento cognitivo o un deterioramento organico di personalità.⁹³

Quando parliamo di psicosi carcerarie facciamo quindi riferimento ad una categoria residuale in cui è stata inserita una serie di condotte simulatorie, ganseriane o di disturbi fittizi, dal momento che la detenzione in sé non è in grado di causare una psicosi, ma piuttosto di slantizzare reazioni, anche psicotiche, in soggetti con pregresso disturbo di personalità, e dove la detenzione, specialmente nella fase iniziale della stessa, è un fattore di stress che agisce su una struttura già instabile.⁹⁴

Le sindromi reattive alla carcerazione rimandano alla *sindrome di Ganser* la quale, pur essendo un quadro clinico preciso, viene utilizzata per descrivere l'insieme delle possibili sindromi che un soggetto può manifestare nel tentativo di simulazione di un disturbo mentale. Ganser, nel 1898, descrisse tale sindrome come una manifestazione di isterismo e quindi di malattia.⁹⁵

La sindrome di Ganser può essere definita come uno «stato crepuscolare isterico, durante il quale il detenuto cerca di recitare, più o meno consapevolmente, la parte del malato di mente, in conformità a quello che egli ha imparato o ritiene essere la malattia mentale».⁹⁶ In tale disturbo la componente intenzionale è scarsa in quanto prevale l'aspetto isterico, è quindi caratterizzato dalla componente dissociativa. Il soggetto presenta stati crepuscolari e confusionali psicogeni, che hanno rapporti anche con quella che viene definita come personalità multipla. Il DSM IV classifica infatti la sindrome di Ganser come Disturbo Dissociativo NAS.

⁹³ Cf Ivi 265-266.

⁹⁴ Cf FERRACUTI – PARISI – COPPITELLI, *Simulare la malattia* 54.

⁹⁵ Cf PRINCIPE, *Salute mentale e* 355.

⁹⁶ FORNARI, *Trattato di psichiatria* 264.

Caratteristica di questa sindrome è la presenza delle “risposte di traverso”, le quali possono essere valutate come espressione di una risposta disadattiva automatica di fronte a situazioni incontenibili e ingestibili sul piano emozionale, senza attribuire loro valore identificativo di una condizione clinica. In ambito penitenziario, le risposte di traverso si caratterizzano per la loro completa ed evidente irrazionalità, divenendo un semplice correlato di un comportamento complessivo messo in atto da un simulatore, il quale identifica la malattia mentale come comportamento irrazionale rispetto al senso comune.⁹⁷

L'incoerenza dei sintomi e l'interesse a simulare non sono gli unici elementi che fanno pensare che il soggetto stia simulando. La sindrome di Ganser si manifesta dopo pochi giorni di reclusione e scompare subito dopo che il soggetto ha raggiunto i propri scopi o non appena si da conto che i propri tentativi di simulazione risultano vani. Durante gli interrogatori il soggetto accentua i sintomi mostrandosi incoerente e incapace di operazioni elementari. Sintomo frequente è l'amnesia retrograda, il soggetto si sforza cioè di ricordare mostrando grande difficoltà.⁹⁸

5. *I disturbi fittizi*

I *disturbi fittizi* sono caratterizzati da sintomi fisici e psichici che il soggetto produce o simula intenzionalmente con lo scopo di mostrarsi malato. I sintomi cioè sono prodotti intenzionalmente dal soggetto, che ovviamente nega.⁹⁹ Si tratta di una «condizione psichiatrica per la quale una persona si presenta con una malattia deliberatamente prodotta o falsificata al solo scopo di presupporre il ruolo del malato e non legate ad una finalità medico - legale».¹⁰⁰

Il disturbo fittizio consiste dunque nella «simulazione di patologie fisiche o psichiche per vantaggi emotivi – piuttosto che economici – e include l'induzione di una condizione di malattia oppure la manipolazione o la modificazione di condizioni mediche esistenti al fine di ricevere supporto emotivo come attenzioni e cure da parte di professionisti della salute, amici e colleghi».¹⁰¹

⁹⁷ Cf FERRACUTI – PARISI – COPPITELLI, *Simulare la malattia* 54.

⁹⁸ Cf PRINCIPE, *Salute mentale* e 357.

⁹⁹ Cf AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV – TR* 551.

¹⁰⁰ FERRACUTI – PARISI – COPPITELLI, *Simulare la malattia* 93.

¹⁰¹ OLDHAM – SKODOL – BENDER (a cura di), *Trattato dei disturbi*, 994.

È bene tener conto del fatto che anche se ci troviamo di fronte ad un disturbo fittizio non possiamo escludere la presenza di sintomi veraci.

I disturbi fittizi si distinguono dalla simulazione vera e propria in quanto, accanto alla produzione di sintomi, sono assenti incentivi esterni per tale comportamento. Nella simulazione, abbiamo infatti visto che il soggetto, oltre a produrre intenzionalmente il sintomo, persegue uno scopo facilmente riconoscibile all'interno del contesto ambientale. La simulazione, inoltre, può essere considerata un comportamento adattivo normale in circostanze particolari, mentre la diagnosi di disturbo fittizio comporta sempre la presenza di una psicopatologia.

Caratteristica fondamentale di un disturbo fittizio è dunque la produzione intenzionale di sintomi che possono manifestarsi attraverso l'invenzione di lamentele soggettive, falsificazione di segni obiettivi, condizioni auto procurate, l'amplificazione o l'esacerbazione di condizioni mediche generali preesistenti, oppure attraverso la combinazione di più di questi elementi. La sola motivazione è quella di assumere il ruolo di malati, non si perseguono quindi finalità dettate da incentivi esterni.¹⁰² I malati fittizi sono al tempo stesso agenti attivi e soggetti passivi della malattia, i cui comportamenti sono autoreferenziali e tendenzialmente impermeabili alla logica delle relazioni.¹⁰³

In genere i soggetti con disturbo fittizio raccontano la propria storia in toni drammatici ma rimangono molto vaghi e incoerenti quando interrogati sui particolari, conoscono spesso molto bene la terminologia medica. I soggetti affetti da disturbo fittizio sono disposti a sottoporsi ad indagini invasive che portano ovviamente ad un responso negativo. Nel momento in cui la natura fittizia dei sintomi viene smascherata, i soggetti negano e, nei casi in cui sono ricoverati, si dimettono velocemente per poi rivolgersi ad un'altra struttura.

Il disturbo fittizio viene registrato sulla base della predominanza dei sintomi, si distinguono tre sottotipi: con segni e sintomi psichici predominanti, con segni e sintomi fisici predominanti, con segni e sintomi psichici e fisici combinati.

Nel primo caso i sintomi psichici si presentano in maniera multiforme, difficilmente riconducibili ad un quadro psicotico ben definito, le risposte al trattamento risultano inusuali. È inoltre possibile notare un peggioramento dei sintomi nei momenti in cui il paziente viene osservato. I soggetti con questo tipo di disturbo fittizio

¹⁰² Cf AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV – TR* 551-552.

¹⁰³ Cf FERRACUTI – PARISI – COPPELLI, *Simulare la malattia* 92.

lamentano di solito disturbi quali la depressione, perdita della memoria, allucinazioni, disturbo post traumatico da stress e sintomi dissociativi. Alcuni soggetti sono in grado di comprendere i sintomi da adottare in seguito alle risposte dell'esaminatore, altri possono risultare negativistici e poco collaborativi. Il soggetto può ricorrere all'utilizzo di sostanze psicoattive per produrre i sintomi, la combinazione di più sostanze psicoattive può produrre casi clinici insoliti.¹⁰⁴ Quando predominano i segni e i sintomi fisici, invece, il soggetto simula problemi fisici, come ad esempio infezioni, dolori, ipoglicemia, anemia sintomi neurologici. La forma più grave di questo disturbo è conosciuta come sindrome di Munchhausen.

La *sindrome di Muchhausen* si caratterizza per frequenti ricoveri, la peregrinazione da un ospedale all'altro e per la pseudologia fantastica, ossia il mentire patologico. Componenti centrali del disturbo sono il mentire in modo consapevole e la volontà di ingannare. Comprende anche parole, comportamenti e processi ingannevoli inconsci ma esclude deliri, allucinazioni e confabulazione. Altro elemento caratterizzante è l'autolesionismo.¹⁰⁵ I comportamenti tipici di un soggetto affetto da tale sindrome corrispondono in gran parte a quelli del disturbo fittizio, ma è necessario tener conto del fatto che la sindrome di Muchhausen corrisponde ad una vera e propria organizzazione globale dello psichismo del soggetto che rende il disturbo molto pervasivo e cronico, e quindi molto grave.¹⁰⁶

I soggetti che presentano un disturbo fittizio cronico hanno difficoltà a svolgere le attività comuni e presentano problemi nel relazionarsi.

I fattori per cui un soggetto può essere predisposto ad un disturbo fittizio sono la presenza di disturbi mentali, particolari condizioni igienico – mediche che durante la fanciullezza e l'adolescenza hanno comportato frequenti ricoveri o trattamenti medici, disgregazione della famiglia, abuso fisico o emotivo subito nella fanciullezza, presenza di un disturbo grave di personalità, presenza del disturbo borderline di personalità.¹⁰⁷

Il disturbo fittizio deve dunque essere distinto da un vero e proprio disturbo mentale e da una vera condizione medica generale. Tenendo conto del fatto che il disturbo fittizio include sempre l'inganno non è facile individuarlo.

Il DSM IV distingue i disturbi fittizi dal disturbo fittizio NAS, in cui sono presenti la produzione o la simulazione intenzionale di segni o sintomi fisici o psichici

¹⁰⁴ Cf AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV – TR* 552-553.

¹⁰⁵ Cf FERRACUTI – PARISI – COPPELLI, *Simulare la malattia* 111-114.

¹⁰⁶ Cf *Ivi* 120.

¹⁰⁷ Cf AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM IV – TR* 553.

in un'altra persona che è affidata al soggetto, allo scopo di assumere indirettamente il ruolo del malato.¹⁰⁸ Si tratta di quello che viene indicato come disturbo fittizio per procura. La motivazione di tale simulazione consiste nel bisogno psicologico di assumere il ruolo del malato dettato da un'altra persona. Di solito i sintomi non sono simulati tanto frequentemente dalla vittima quanto più dal perpetratore.¹⁰⁹ All'interno dei disturbi fittizi NAS, il DSM IV TR include la sindrome di *Muchhausen per procura*. L'attenzione nei confronti di tale sindrome nasce in quanto coinvolge soprattutto i bambini. Nella sindrome di Mucchausen per procura, infatti, un individuo, molto spesso una madre, fa ammalare deliberatamente un'altra persona, di solito il proprio figlio, o convince gli altri che questa sia malata.¹¹⁰

¹⁰⁸ Cf *Ivi* 554-555.

¹⁰⁹ Cf *Ivi* 828.

¹¹⁰ Cf FERRACUTI – PARISI – COPPELLI, *Simulare la malattia* 130.

CONCLUSIONE

Sulla base di quanto stabilito dall'Articolo 85 del Codice Penale, è imputabile solo chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era capace di intendere e di volere.

Per capacità di intendere e di volere si intende la capacità di un soggetto di comprendere il valore, socialmente positivo o negativo, dell'azione commessa e di autodeterminare il proprio comportamento in vista del compimento o dell'evitamento di un reato.

Dalla capacità di intendere e di volere, che, come abbiamo visto, costituisce la normalità psicologica di un soggetto in grado di comprendere ed orientare il proprio comportamento, deriva l'imputabilità di un soggetto autore di reato. Al contrario, quando il soggetto viene dichiarato incapace di intendere e di volere, per vizio parziale o totale di mente, la sua imputabilità viene meno. La presenza di un'infermità mentale comporta quindi la non imputabilità. Abbiamo visto come è delicato il compito di attribuire la presenza di infermità ad un soggetto, e ancora di più lo è quello di stabilire se si tratta di un vizio parziale, inteso come una infermità dovuta ad una psicopatologia che scema gradatamente la capacità di intendere e di volere senza comprometterla del tutto, o totale, dovuto ad una psicopatologia tanto grave da rendere un soggetto incapace di intendere e di volere.

Insieme alla perizia sulla capacità di intendere e di volere, al perito viene chiesto, nel caso in cui al soggetto sia attribuito un vizio di mente, di esprimere un giudizio sulla pericolosità sociale, ossia di valutare la possibilità che il soggetto commetta un nuovo reato. La valutazione della pericolosità sociale è un momento importante all'interno dell'iter valutativo di un soggetto incapace di intendere e di volere autore di reato, pertanto nel procedere nella valutazione è necessario prendere in esame sia elementi clinici sia socio – ambientali, tenendo comunque presente che non è possibile prevedere con certezza se il soggetto possa o meno reiterare.

Dalla valutazione della pericolosità sociale deriva l'attuazione delle misure di sicurezza. Nel caso di vizio parziale, si adotta la misura di sicurezza di detenzione all'interno di una Casa di Cura e Custodia con riduzione della pena di un terzo, nel caso di vizio totale è invece previsto l'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario con conseguente sospensione o non attuazione della pena per assenza di imputabilità.

L'attribuzione o meno della capacità di intendere e di volere ad un soggetto autore di reato influisce quindi in modo determinante sul suo destino giudiziario. Per questo spesso il perito può incorrere in soggetti che mettono in atto azioni simulatorie con lo scopo di ottenere specifici vantaggi, tra cui ottenere la non imputabilità. La

simulazione consiste, infatti, nel creare una sintomatologia patologica con lo scopo da parte del soggetto di apparire malato.

Un altro problema è quello della dissimulazione, comportamento attraverso cui un soggetto affetto da psicopatologia tende a nascondere o a minimizzare la sintomatologia per ottenere alcuni benefici, tra cui evitare la permanenza nella struttura psichiatrica e condizionare positivamente il giudizio sulla pericolosità sociale. La dissimulazione è frequente anche in ambito civile dove chi dissimula persegue come scopo quello di non perdere alcuni benefici e, nel caso specifico della causa di affidamento e adozione, di mostrarsi idoneo ad assumersi il ruolo per cui si è proposto.

Accanto alla simulazione vera e propria si collocano altri disturbi che prevedono un comportamento simulatorio e la tendenza ad esagerare i sintomi. Si tratta dei disturbi reattivi alla carcerazione e dei disturbi fittizi. Quest'ultimi si distinguono in maniera più netta dalla simulazione in quanto i soggetti con disturbi fittizi non perseguono scopi esterni, come invece avviene nel caso della simulazione vera e propria.

Nello svolgere una perizia in merito alla capacità di intendere e di volere, e quindi nella valutazione della presenza di una infermità, il perito deve porre attenzione a quegli elementi che possono far supporre che ci si trova di fronte a un caso di simulazione o dissimulazione. Essendo la menzogna alla base di entrambe, il perito deve prestare attenzione ad eventuali indizi di menzogna che possono trasparire attraverso il comportamento verbale e non verbale, la postura, i gesti e le emozioni. Il perito può inoltre servirsi di strumenti psicometrici in grado di rilevare indizi di simulazione e dissimulazione, un valido strumento è ad esempio l'MMP II.

Facendo uso della propria professionalità ed esperienza e impiegando un metodo deduttivo che escluda pericolosi "pregiudizi", il perito può evitare di incorrere nell'errore di giudicare sul piano morale e non tecnico il soggetto periziato, o di giudicare come simulato ciò che costituisce invece una vera e propria patologia, riuscendo a smascherare tutti quelli che si fingono "pazzi" nel tentativo di sfuggire alla propria responsabilità a scapito della giustizia. Allo stesso modo, il perito può evitare di incorrere nell'errore di giudicare sana una persona affetta da una reale patologia e, come tale, bisognosa di cure.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *DSM-4.: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali / American psychiatric 3. ed. italiana / a cura di ANDREOLI Vittorino, CASSANO Giovanni B., ROSSI Romolo, Milano, Masson 1996.*
- ANOLLI, *Mentire*, Bologna, Il Mulino 1997.
- BANDINI Tullio – LAGAZZI Marco, *Le basi normative e le prospettive della perizia psichiatrica nella realtà europea contemporanea*, in CERETTI Adolfo – MARZAGORA Isabella (a cura di), *Questioni sull'imputabilità*, Padova, Cedam 1994.
- BISI Roberta (a cura di), *Psicodiagnostica e storie di vita in criminologia*, Milano, Franco Angeli 2004.
- CAIALELLA Costantino – RINALDI Raffaella, *Simulazione e dissimulazione di malattia mentale*, in GIUSTI Giusto (a cura di), *Trattato di medicina legale e scienze affini, Vol. 4: genetica, psichiatria forense e criminologia, medicina del lavoro*, Padova, Cedam 2009.
- CAVALLONE Ilaria, *Criminale ma non imputabile: la capacità di intendere e di volere*, in *Psychofenia*, IX, 15, 2006, 163-179.
- CAVIGLIA Giorgio – DEL CASTELLO Emanuele (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica*, Milano Franco Angeli 2008.
- CANUTO Giorgio – TOLO Sergio, *Medicina legale e delle assicurazioni*, Padova, Piccin 1996.
- CAVAZZA, *La persuasione*, Bologna, Il Mulino 1996.
- CAVIGLIA Giorgio – DEL CASTELLO Emanuele (a cura di), *La diagnosi in psicologia clinica*, Milano Franco Angeli 2008.
- DE CATALDO NEUBURGER Luisella (a cura di), *La prova scientifica nel processo penale*, Padova, Cedam 2007.
- DE LEO Gaetano, *Psicologia della responsabilità*, Bari, Laterza 2003, 128.
- *La responsabilità come costrutto psicosociale*, in CERETTI Adolfo – MERZAGORA Isabella (a cura di), *Criminologia e responsabilità morale*, Collana di scienze criminali Vol. 2, Padova, Cedam 1990.
- EKMAN Paul, *I volti della menzogna: gli indizi dell'inganno nei rapporti interpersonali, negli affari, nella politica, nei tribunali [Telling Lies. Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage, W. W. Norton & Co., New York 1985]*, Firenze, Giunti 1995.
- FERRACUTI Stefano – PARISI Leoluca – COPPELLI Antonio, *Simulare la malattia mentale*, Torino, Centro Scientifico Editore 2007.

- FORNARI Ugo, *Trattato di psichiatria forense*, Torino, UTET 2008.
- *Psicopatologia e psichiatria forense*, Torino, Utet 1989.
- FREUD Sigmund, *Psicopatologia della vita quotidiana [Zur Psychopathologie des Alltagslebens, 1901]*, in ID, *Opere 1900-1905*, Volume 4, Torino, Boringhieri 1970
- GALIMBERTI Umberto, *Dizionario di psicologia*, Torino, UTET 1992.
- LUSETTI Volfago, *Psicopatologia antropologica*, Roma, Edizioni Universitarie Romane 2008.
- OLDHAM John M. – SKODOL Andrew E. – BENDER Donna S. (a cura di), *Trattato dei disturbi di personalità [The american psychiatric publishing textbook of personality disorder, London 2005]*, edizione italiana a cura di DEL CORNO Franco – LINGIARDI Vittorio, Milano, Raffaello Cortina 2008.
- PRINCIPE Salvatore, *Salute mentale e società. Fondamenti di psichiatria sociale*, Padova, Nuova Libreria 1989.
- STRANO Marco (a cura di), *Manuale di criminologia clinica*, Firenze, SEE 2003.
- TRAMONTANO Luigi, *Capacità di intendere e di volere del soggetto agente: percorso ermeneutico tra dato normativo, dottrina e scienza psichiatrica alla luce della sentenza della Cassazione n. 9163/2005*, Matelica (MC), Editrice Halley 2006.
- ZARA Georgia, *Le carriere criminali*, in GULLOTTA Guglielmo (diretto da), *Collana di Psicologia giuridica e criminale* vol. 42, Milano, Giuffrè 2005.