

AIPG
Associazione Italiana di Psicologia
Giuridica

CORSO DI FORMAZIONE

In

PSICOLOGIA GIURIDICA,
PSICOPATOLOGIA E PSICODIAGNOSTICA
FORENSE
2010

TESI

“La Capacità Decisionale e la sua Valutazione”

Dr. ssa Mara Zago

INDICE

Introduzione

1. LA CONSULENZA TECNICA IN AMBITO CIVILE

La Capacità Giuridica e la Capacità di agire

Interdizione, Inabilitazione e Amministratore di Sostegno

2. LA CAPACITA' DECISIONALE

La Capacità e l'infermità di mente

3. LA VALUTAZIONE DELLO PSICOLOGO FORENSE

Il modello basato sulla Teoria del Campo

Il Modello Neuropsicologico

Il Modello proposto con il MC CAT T

4. AMBITI APPLICATIVI DELLO PSICOLOGO FORENSE IN SEDE CIVILE

Conclusioni

Bibliografia

Introduzione

Scopo di questo lavoro è descrivere, senza alcuna pretesa di completezza ed esaustività alcune acquisizioni provenienti dalla Psicologia Forense, dal Diritto e dalla loro integrazione in tema di Capacità Decisionale.

Dopo un primo inquadramento introduttivo e generale si definirà nella prima parte del lavoro il concetto di Capacità Decisionale, dei modelli esistenti per la sua Valutazione Psicodiagnostica per poi nell'ultima parte, descrivere i numerosi e possibili ambiti di intervento dello Psicologo Forense.

1. LA CONSULENZA TECNICA IN AMBITO CIVILE

In ambito Civile la perizia tecnica prende il nome di *Consulenza Tecnica d'Ufficio (C.T.U.)* ed è regolata dagli artt. 61 (...*il giudice può farsi assistere per il compimento di singoli atti o per tutto il processo da uno o più consulenti di particolare competenza tecnica...*), 62, 63, 64, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197 e 201 c.p.c e art. 220 c.p.p.. (sull'oggetto della perizia) “*la perizia è ammessa quando occorre svolgere indagini o acquisire dati o valutazioni che richiedono specifiche competenze tecniche, scientifiche o artistiche*”.

L'iter giudiziario disposto dal magistrato, vede la presenza di due parti che si contrappongono, l'attore ed il convenuto. Ciascuna delle due parti può nominare un Consulente di Parte, ad esempio uno Psicologo esperto in Psicologia Forense, mentre solo il Giudice può nominare un Consulente d'Ufficio psichiatra o medico-legale spesso coadiuvato dallo psicologo giuridico con diversa funzione: sussidiaria, complementare o preminente.

La Capacità Civile

La capacità Civile di un individuo è costituita dalla **Capacità Giuridica** e dalla **Capacità di Agire**.

Per capacità giuridica l'art.1 del codice civile intende “quella capacità che si acquista al momento

della nascita (ad es. la capacità di succedere); “è l’attitudine della persona ad essere titolare di situazioni di diritti e doveri indipendentemente dal fatto di essere l’autore di determinate azioni”.

Nell’art.2 si considera la capacità di agire come quella che si acquisisce con il compimento del 18° anno di vita; “uno Status giuridico in forza del quale la persona è in grado di essere autrice di atti (ad esercitare da sé i propri diritti e di assumere obblighi) mediante manifestazioni di volontà valide” (vedi art. 84, 250, 291, 390 c.c. e le eccezioni in materia).

In ambito giuridico “la persona” è intesa come il soggetto di diritto. Essa viene ad esistere esclusivamente con la nascita e il potere di rappresentanza è funzionalizzato in relazione all’interesse della persona. Persona ha etimologicamente il significato di maschera teatrale (pròsopon: ciò che sta davanti allo sguardo) che cela il volto e altera la voce. Le maschere sono diverse a seconda del carattere da rappresentare: nella scena giuridica gli uomini diventano persone e ciascuno recita la parte imposta dallo status che gli appartiene.

Storicamente inoltre la categoria persona è stata inventata ed elaborata dal diritto romano, in seguito è stata poi perfezionata nel diritto medioevale e rinascimentale giungendo inalterata a contatto con la filosofia del giusnaturalismo (Grozio, Hobbes, Locke, Rousseau, Leibniz, Wolff) dalla quale è stata trasformata, a seguito di oltre un secolo di alto pensiero sanzionato dalle rivoluzionarie dichiarazioni dei diritti umani e dalle codificazioni civilistiche dell’800.

Semplificando al massimo, e avvicinandoci ai tempi moderni, il concetto giuridico di persona assume che il soggetto adulto debba essere considerato come un agente intenzionale, capace di scegliere autonomamente sulla base delle proprie convinzioni, sempre protetto da diritti “fondamentali” indivisibili della persona “non riducibili” alla logica dello scambio ed alla dinamica dei rapporti mercantili. D’obbligo citare l’Art.2 -*La Repubblica riconosce e garantisce i diritti Inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’ adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale* e di seguito l’Art.3 - *E’ compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’ eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’ effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’ organizzazione politica, economica e sociale del Paese.*

Anche “La Convenzione Sui Diritti Dell’ Uomo E Sulla Biomedicina adottata ad Oviedo il 4 aprile 1997 (“quasi ratificata” con legge 28 marzo 2001, n. 145)” richiama l’attenzione sui diritti di privacy, alla salute, alla corretta informazione, attraverso l’ Art.10 (Vita privata e diritto all’informazione) –

- (1) *Ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata allorché si tratta di informazioni relative alla propria salute.*
- (2) *Ogni persona ha il diritto di conoscere ogni informazione raccolta sulla propria salute. Tuttavia, la volontà di una persona di non essere informata deve essere rispettata.*
- (3) *A titolo eccezionale, la legge può prevedere, nell'interesse del paziente, delle restrizioni all'esercizio dei diritti menzionati. (Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea).*

Ritornando dopo questa premessa necessaria al tema di base del presente lavoro ossia all'agire intenzionale inteso come, il dar vita ad azioni corrispondenti ai propri scopi e interessi, il termine "capacità" identifica usualmente un concetto inteso in senso giuridico - per ciò detta anche *competenza legale* ("competency" nella terminologia anglosassone) -, che sta ad indicare "qualcosa che distingue tra una persona che è in grado di prendere una decisione e la cui scelta va quindi rispettata (indipendentemente dalla ragionevolezza di tale decisione), e quella che necessita che altri decidano al suo posto". Solo un giudice può pertanto dichiarare una persona legalmente incapace.

Sul *piano clinico*, "la capacità" - detta in quest'ambito anche "competenza clinica" - definisce tutte quelle abilità individuali che permettono di compiere determinate azioni, più o meno complesse - dalle attività più elementari della vita quotidiana a complesse scelte economiche - che poggiano sia sulle capacità decisionali del paziente che sull'idoneità cognitiva al compito richiesto. La valutazione di tali capacità, è compito del clinico e rappresenta il cardine delle informazioni che permetteranno poi di prendere una decisione in ambito giuridico.

E' bene rimarcare che "la determinazione dell'incapacità rappresenta uno dei più violenti attentati ai diritti del cittadino", dal momento che la revoca legale della capacità di agire determina la perdita delle libertà individuali basilari, quali quelle che permettono di decidere delle proprie risorse economico-finanziarie o di ciò che è meglio per la propria salute. L'ambito della valutazione della capacità è di conseguenza dominato da un delicato equilibrio tra 2 contrapposti principi etici: il rispetto dell' autonomia (o autodeterminazione) e la protezione del paziente (principio di beneficiabilità). Per questo è stato spesso da più parti fermamente difeso il concetto che, tranne in casi estremi (es. coma, ritardo mentale grave), qualsiasi soggetto debba essere considerato capace fino a che non si dimostri il contrario ed è per questo che gli psicologi esperti che si cimentano in questo compito delicato sono particolarmente tenuti a rispettare obblighi di natura etica e deontologica. In altre parole **agire intenzionalmente presuppone che il soggetto possieda la capacità di formare**

rappresentazioni coscienti della realtà esterna ed interna, le sappia integrare e concatenare in un processo chiamato pensiero e che le riesca ad utilizzare per i suoi scopi. Il concetto giuridico di capacità di intendere e volere che può essere considerato l'equivalente "penalistico del concetto di capacità di agire è una sintesi di coscienza, volontà e razionalità".

Il riferimento filosofico fondamentale e ancora attuale per una Teoria dell'"agentività = agency" è Aristotele, precisamente il III libro *dell'Etica a Nicomaco*. Basti pensare a due celebri espressioni metaforiche: "*L'uomo è principio e padre delle proprie azioni come lo è dei figli*" (1113b 18-19) e "*Siamo padroni delle azioni dal Principio alla Fine*" (1114b 31-32). E' una fondazione forte del principio di autonomia che fa del soggetto la *Causa prima* dell'azione in senso aristotelico.

Molteplici sono le aree della capacità umana che il clinico può essere chiamato ad esaminare, spesso su richiesta di figure giuridiche (giudice, commissione medico-legale, etc.): la capacità di consentire ad un trattamento, di votare, di testimoniare, di fare testamento, di gestire le proprie finanze, di guidare un'automobile, di detenere ed usare un'arma, di svolgere un professione, etc. Come si è detto, l'essere in grado di agire queste attività, oltre ad richiedere l'idoneità specifica al compito richiesto, dipende strettamente dal mantenimento di una adeguata *capacità decisionale*.

Trattasi di un concetto complesso e multidimensionale, risultante da un mosaico di molte singole capacità che variano quantitativamente e qualitativamente nello stesso individuo in occasioni e situazioni diverse. La riduzione della capacità decisionale è direttamente proporzionale a livelli decrescenti di capacità cognitive (come avviene per esempio nell'anziano), per cui il passaggio dalla piena capacità decisionale alla assenza di capacità decisionale avviene di regola lungo una scala continua, potendo essere essa fluttuante, intermittente o situazione-specifica. La perdita della capacità rappresenta una condizione che è definita dalla presenza di difetti funzionali - causati da affezioni di varia natura, neurologiche o psichiatriche in primis, ma non solo-, giudicati essere sufficientemente rilevanti da compromettere la capacità di decidere del soggetto di fronte ad uno specifico compito, soppesata alla luce delle potenziali conseguenze.

Il concetto di capacità di agire ha una intrinseca pluralità di significati così come si è venuto delineando nell'ordinamento giuridico italiano dopo l'entrata in vigore della legge sull'amministrazione di sostegno (legge 9 gennaio 2004, n°6) che ha completamente rinnovato, lo stato giuridico delle persone in difficoltà nell'esercizio della propria autonomia personale. A questa profonda innovazione giuridica che si allinea con quanto già avvenuto in Europa, corrisponde una attenzione maggiore alle specifiche componenti della capacità decisionale stessa e alla sua

valutazione, capacità di autodeterminarsi in ambito sanitario, di provvedere ai propri interessi patrimoniali, di prendersi cura di sé etc...

La capacità di agire è un costrutto di natura eminentemente giuridica e consiste nella sua accezione più elementare nella capacità di esercitare autonomamente i propri diritti e doveri, dei quali la persona è ovviamente già entrata in possesso al momento della nascita (art. 1 e 2 c.c.)

La capacità di agire consiste nella possibilità di decidere in autonomia circa il proprio progetto di vita e destino, nel rispetto delle regole della civile convivenza e solidarietà sociale. Si tratta evidentemente di uno dei più elementari principi del liberalismo giuridico, non a caso posto a fondamento del diritto civile e della stessa carta costituzionale (fra gli altri artt. 3-13-31) sopra citati. La capacità di agire presuppone l'integrità e l'esercizio efficace di una vasta famiglia di competenze di natura cognitiva, emozionale e sociale, a loro volta riassunte nelle locuzioni giuridiche di capacità di provvedere ai propri interessi (artt. 404,414, 415) o in quella più generica di capacità di intendere e volere. (art.428); solo qualora il soggetto maggiorenne sia ritenuto incapace, l'ordinamento interviene per proteggerlo nei confronti dei danni che può procurare a se stesso o ad altri dall'esercizio irresponsabile o pericoloso di tale libertà.

Fino al 2004 l'ordinamento tutelava proattivamente questi soggetti, (giuridicamente e cognitivamente fragili) con le misure della inabilitazione e interdizione, finalizzate a prevenire i possibili danni futuri ma anche gravemente riduttive della loro libertà; li tutelava retroattivamente con la protezione offerta dall'art.428, riguardante coloro che pur non legalmente tutelati erano tuttavia naturalmente incapaci al momento in cui avevano compiuto determinati atti. La legge sull'amministratore di sostegno non ha aggiunto solo un' ulteriore strumento di tutela giuridica molto più flessibile rispettoso delle esigenze di libertà, ma ha radicalmente ripensato il concetto di capacità di agire.

Entrando nello specifico del Codice Civile, l'articolo 414 del codice civile è stato sostituito dal seguente: «Art. 414. -(Persone che possono essere interdette).

Codice Civile (abrogato) Art. 414. (Persone che <u>devono</u> essere interdette). Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovano in condizioni di abituale	Legge 9 gennaio 2004, n. 6 Art. 414. (Persone che <u>possono</u> essere interdette). Il maggiore di età e il minore emancipato, i quali si trovano in condizioni di abituale
--	---

infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti.	infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, sono interdetti quando ciò è necessario per assicurare la loro adeguata protezione.
--	---

I presupposti e le condizioni per **l'interdizione** sono:

- l' infermità di mente, non definita dal codice civile
- il carattere "abituale" duraturo nel tempo di tale infermità
- l'incapacità di provvedere ai propri interessi, quando necessario per assicurare adeguata protezione

L' Art. 415 (Persone che possono essere **inabilitate**) *-Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato. Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé e la loro famiglia a gravi pregiudizi economici. Possono infine essere inabilitati il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, salva l'applicazione dell'art. 414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi-.*

I presupposti e le condizioni per **l'inabilitazione** sono:

- l' infermità di mente abituale (prodigalità, abuso di alcolici o sostanze stupefacenti, deficit sensoriali) che non sia talmente grave da dar luogo alla interdizione
- incapacità di provvedere ai propri interessi
- la limitata capacità di agire (riferita agli atti di straordinaria amministrazione che possono influire sulla sfera patrimoniale)

Nell' Art. 417 del Codice Civile *-Istanza d'interdizione o di inabilitazione- L'interdizione o l'inabilitazione possono essere promosse dal coniuge, dai parenti entro il quarto grado, dagli affini entro il secondo grado, dal tutore o curatore ovvero dal pubblico ministero. Se l'interdicendo o l'inabilitando si trova sotto la patria potestà o ha per curatore uno dei genitori, l'interdizione o l'inabilitazione non può essere promossa che su istanza del genitore medesimo o del pubblico ministero.*

La Legge 9 gennaio 2004, n. 6 "Introduce nel libro primo, titolo XII, del codice civile del capo I, relativo all'istituzione dell'amministrazione di sostegno e modifica degli articoli 388, 414, 417, 418, 424, 426, 427 e 429 del codice civile in materia di interdizione e di inabilitazione, nonché le relative norme di attuazione, di coordinamento e finali";

La nuova integrazione del codice civile (**amministratore di sostegno**) ha la finalità di tutelare, *con la minore limitazione possibile della capacità di agire*, le persone prive di tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente" (art. 1). Il testo de Legge (1.9.1.2004, n°6) *introduce accanto alle già esistenti figure del tutore e del curatore, l'amministratore di sostegno*, e sostituisce la rubrica del titolo XII del libro primo del codice civile con le "misure di protezione delle persone prive in tutto o in parte di autonomia". Gli aspetti innovativi e qualificanti dell'art.404 c.c. – Amministratore di Sostegno: *"la persona che, per effetto di una infermità ovvero di una menomazione fisica o psichica, si trova nella impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi può essere assistita da un amministratore di sostegno nominato dal giudice tutelare del luogo in cui questa ha la residenza o il domicilio."*

I presupposti e le condizioni per l'**amministratore di sostegno**:

- l'esistenza di una infermità e di una menomazione fisica o psichica
- che determina in tutto o in parte la perdita di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana
- l'impossibilità anche parziale o temporanea di provvedere ai propri interessi.

Mentre l'interdizione riguarda gli infermi di mente abituali totalmente incapaci, il nuovo strumento di protezione civilistica viene incontro ai bisogni di qualsiasi persona si trovi in difficoltà = impossibilità, anche solo temporanea a esercitare i propri diritti: soggetti incapaci di provvedere ai propri interessi per una causa che temporaneamente li veda incapaci di intendere e volere (ad e. un disturbo mentale transitorio), o anziani della 4° età, handicappati sensoriali, alcool o tossicodipendenti, traumatizzati, disabili fisici, etc....in cui residua una capacità parziale ossia vi sia presente una incapacità parziale (la nomina A.S. avviene perché il soggetto è impossibilitato genericamente nello svolgimento di alcune mansioni ma non per incapacità ad agire) dovuta a menomazione fisica o psichica. La durata è temporanea o a tempo indeterminato e l'amministrazione degli interessi del beneficiario vede sia beni patrimoniali che ogni attività della

vita civile giuridicamente significativa.

Lo spirito della nuova legge è stato quello di introdurre una forma di morbida tutela articolata e duttile nei confronti di persone che hanno bisogno di essere assistite nella cura dei propri interessi senza ricorrere a provvedimenti di interdizione e inabilitazione. Ne deriva che questi ultimi sono incompatibili con l'Amministratore di Sostegno. Con queste caratteristiche, la nuova Legge sull'Amministratore di Sostegno, di fatto, affida al Giudice e ai suoi Consulenti il delicato compito di stabilire, caso per caso, l'esistenza delle condizioni che eventualmente giustificano il tipo e l'estensione della misura di tutela da adottare sempre con la minore limitazione possibile della capacità di agire; una sorta di vestito su misura che come esperti dobbiamo cucire sulla persona, per proteggerla e tutelarla.

2. LA CAPACITA' DECISIONALE

La *competence* come concetto complesso e multidimensionale, ha alla base delle singole capacità che variano quantitativamente e qualitativamente nello stesso individuo, in occasioni e situazioni contingenti diverse. Il compito perentorio dello psichiatra e dello psicologo forense nominati per la valutazione della capacità di decidere (*competence*) è di tipo prettamente valutativo per una comprensione e non una classificazione. Ogni approccio al soggetto incapace deve "essere condotto sul piano relazionale e transazionale e l'analisi deve essere collocata non tanto a livello categoriale bensì dimensionale e funzionale; si deve ammettere la competenza fondamentale e primaria dello psicopatologo e dello psicologo forensi (U. Fornari, 2008).

Mentre inoltre esistono delle Linee Guida create *ad hoc* per quanto riguarda la Valutazione della Capacità Genitoriale e la Valutazione del Danno Biologico, delle griglie di consultazione per quanto riguarda l'ambito relativo all'invalidità, il tecnico che si trova a dover accertare ed indagare l'infermità di mente in rapporto alla capacità di agire, di testare e alla capacità di donare, ad esempio, non ha una linea direttiva ufficiale da seguire, ma si atterrà al Codice Deontologico degli Psicologi Italiani, alle "Linee guida dello Psicologo Forense" e alla formazione Clinica e Giuridica esperienziale stratificata nel tempo.

Ugo Fornari recentemente ha sostenuto che "la valutazione della capacità di agire e decidere in ambito civile che sia fatta a posteriori o richiesta preventivamente deve essere anch'essa preceduta da un'informazione corretta e completa e la metodologia non riconosce differenze sostanziali

rispetto alla clinica o alla pratica forense poiché l'oggetto è la dimostrazione dell'eventuale correlazione tra dimensione psicopatologica, gravità e specificità della funzione alterata e atto consenziente o dissenziente, il cui eventuale valore di malattia va analizzato e contestualizzato sul piano relazionale e storico attraverso indagini complesse che richiedono un approccio integrato sul piano psicologico e psicopatologico" (U. Fornari, Il consenso Informato in Psichiatria, 1997).

L'intervento valutativo che può essere richiesto ad uno Psicologo Forense nel settore Civilistico è vario e precisamente può riguardare:

- l'amministratore di sostegno; interdizione; inabilitazione;
- l'impugnazione di un atto (testamento, donazione, contratto);
- l'affidamento di minori nei casi di separazione giudiziale;
- l'affidamento e adozione di minori in stato di abbandono;
- il danno biologico di natura psichica;
- invalidità civile;
- le problematiche relative al consenso informato;
- la responsabilità professionale;
- l'idoneità al lavoro, alla guida, al porto d'armi, allo sport agonistico

In letteratura ci sono diversi termini per indicare la Volontà decisionale e per evitare ambiguità semantiche di seguito sono elencate tutte:

- Competence;
- Decision making capacity;
- Mental capacity;
- Abilità cognitive e consapevolezza;
- Capacità naturale;
- Competenza decisionale e Capacità di intendere e di volere (stereotipo giuridico).

La capacità decisionale o *competence o capacity* o capacità di prendere decisioni consapevoli ed autonome in ordine all'amministrazione dei propri beni e alla gestione del personale diritto alla salute è un insieme di capacità che riguarda atti diversificati; in tal senso un soggetto può essere competente in alcuni settori del suo agire e non in altri. Ciò significa a rischio di ridondanze che deve essere sempre specificata, contestualizzata e riferita ad uno specifico atto, riportata ad uno preciso contesto, ad un determinato problema, al momento della decisione e al correlato

funzionamento mentale del soggetto interessato dalla decisione.

Qualora lo psicologo forense sia chiamato ad esempio ad esprimere una valutazione circa l'eventuale presenza di impedimenti alla capacità decisionale di un soggetto in esame, per esempio nel corso di un procedimento per l'assegnazione dell'amministratore di sostegno, è opportuno disporre di una procedura flessibile ma completa allo scopo. L'indagine comprenderà sia i punti di forza, le abilità conservate, le strategie di *coping*, eventuali possibili trattamenti, ausili o strategie di rimedio e sostegno disponibili realisticamente al soggetto, sia quelli di debolezza, ossia le disfunzioni, i sintomi e le alterazioni disturbanti per l'esaminando in un'ottica contestuale al suo ambiente quotidiano di vita.

La capacità o incapacità di un soggetto non si sovrappone alla diagnosi psicopatologica ma si correla alla presenza o meno di patologie mentali che incidono significativamente sul funzionamento mentale indispensabile all'esercizio della capacità decisionale.

Ad esempio le aree critiche più conosciute sono nell'ambito neurologico i deficit cognitivi dovuti a patologie come la sclerosi multipla, la sindrome delle apnee ostruttive, l'epilessia, il morbo di Parkinson, le demenze primarie e secondarie o i disturbi psicotici organici mentre in ambito psichiatrico le depressioni e le psicosi funzionali.

Ogni persona dotata di capacità giuridica e di capacità di agire (maggiore età, emancipazione, non interdizione o inabilitazione, non incapacità naturale) può prendere decisioni riguardo i diversi atti della propria vita, che siano di tipo patrimoniale o non in qualsiasi momento "ora per ora" e "ora per allora", dal momento che questo suo diritto è costituzionalmente garantito.

La perizia in altre parole non è utilizzata a provare se un soggetto abbia commesso o no un fatto-reato ma serve ad accertare attraverso quale dinamismo mentale (con o senza capacità di intendere e/o volere o con queste grandemente scemate) un soggetto abbia commesso il fatto al quale si conferisce la qualifica di reato.

Ai sensi dell'art. 85 c.p. perché un soggetto sia imputabile e quindi punibile, occorre che sia in possesso delle "capacità di intendere e volere". Non è imputabile chi, nel momento in cui abbia commesso il fatto non aveva 14 anni compiuti (art. 97 c.p.) e ancora è imputabile chi nel momento in cui ha commesso il fatto aveva compiuto 14 anni ma non ancora i 18 se aveva capacità di intendere e volere, ma con una pena diminuita (art. 98 c.p.).

Vizio totale di mente, (art.88 c.p.) "*non è imputabile chi nel momento del fatto era per infermità in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e volere*";

Vizio parziale di mente (art.89 c.p.) "*chi nel momento in cui ha commesso il fatto era in tale stato*

di mente da scemare grandemente senza escluderla la capacità di intendere o di volere risponde del reato commesso ma la pena è diminuita”;

occorre cioè che il vizio tragga origine da una infermità temporanea o irreversibile che abbia causato uno stato di mente tale da escludere o da scemare grandemente la capacità di intendere o di volere. Il vizio totale o parziale causato da infermità deve sussistere al momento in cui il soggetto avrebbe commesso il reato. Il criterio di parzialità o totalità del vizio di mente appare meramente quantitativo e non qualitativo infatti si usa il termine “scemare grandemente”.

L’infermità è un concetto ben più ampio di malattia ossia è una deviazione della funzione e diversa dal concetto di malattia intesa come uno stato morboso ben individualizzato e suscettibile di una determinata evoluzione.

Spesso a tal proposito i quesiti posti dal giudice riguardano la necessità di accertare se un soggetto si trovi in condizioni di abituale infermità di mente che lo renda incapace di provvedere ai propri interessi o in uno stato di infermità mentale che incida apprezzabilmente sulla capacità di provvedere ai propri interessi ai fini di un’eventuale interdizione o inabilitazione, temi trattati precedentemente.

3. LA VALUTAZIONE DELLO PSICOLOGO FORENSE

L’indagine che lo psicologo forense si trova a fare riguarderebbe ancora una volta, il funzionamento mentale del soggetto nel momento in cui ha deciso lo svolgimento di un atto o la comunicazione di una testimonianza o qualsiasi atto che richieda una presa decisionale anche collocata nel passato e da rivedere nel *qui et ora*.

La psicodiagnosi, con i suoi strumenti e le sue tecniche, rappresenta un sussidio valido e spesso insostituibile nella valutazione. La valutazione psicodiagnostica si fonda sull’anamnesi completa, sull’osservazione, sui colloqui clinici e sull’integrazione di una batteria mirata e scelta di test. □ Nel nostro caso, ad esempio, e in sede di valutazione, la somministrazione di test e reattivi è fondamentalmente mirata a due aspetti fondamentali: la valutazione della personalità e la valutazione delle abilità cognitive.

È ormai largamente diffusa la consapevolezza, infatti, da parte dei medici e dei colleghi psicologi,

di tutte le specialità e specializzazioni, che la comprensione globale di un soggetto, non può prescindere da un inquadramento di quella che è la sua personalità. Non si può fare a meno, di riferirsi al modo in cui la gestione delle emozioni e delle relazioni interpersonali, il sistema dei valori, convinzioni e aspettative riguardo al mondo, le sue risorse e potenzialità cognitive, lo stile con cui fa fronte alle difficoltà del vivere quotidiano, si sono integrate in un'insieme di funzionamento stabile che dà senso all'esperienza quotidiana della persona. Questo insieme di modalità stabili di funzionamento della persona è appunto la personalità. □

Una batteria di strumenti psicodiagnostici- Rorschach, Wais-r, MMPI-2, DFU, che per le potenzialità dimostrate in molti decenni di utilizzo da parte di professionisti in tutto il mondo, per la mole di letteratura di ricerca accumulata, rappresentano dei riferimenti insostituibili per la psicodiagnosi. Ognuno di per sé mette in evidenza una vasta porzione della personalità, insieme costituiscono una batteria psicodiagnostica che lascia inesplorati pochissimi aspetti del funzionamento mentale. La loro utilità in ambito di valutativo deriva dalla loro proprietà di fornire, seppur con modalità diverse, informazioni sulla personalità del soggetto e sulla compatibilità del risultato del test con le altre valutazioni diagnostiche; essi costituiscono una utile integrazione all'esame clinico poiché, attraverso le risposte ottenute dai soggetti, è possibile definire la struttura di personalità, la sincerità della persona che si sottopone a valutazione, la presenza di aspetti o di complessi sintomatologici non emersi nel corso dell'esame clinico. La scelta di quali test utilizzare per l'approfondimento diagnostico di ciascun caso è affidata alla competenza dello psicologo che, sulla base delle osservazioni raccolte nei colloqui preliminari, stabilisce il dominio di maggiore interesse ed attinenza attraverso cui condurre la fondamentale operazione di diagnosi differenziale tra le idee emerse. □

In linea generale sono diffusi oltre alla prima batteria di Test, poc'anzi descritta anche i Test neuropsicologici: semplici e la batteria complessa.

Semplici: MMSE –Mini Mental State Examination (Kime C. Evaluating Consent Capacity in Alzheimer' s Disease, Psichiatr. Serv, 2002) che offre delle indicazioni rispetto al punteggio finale globale dato dal soggetto, per cui con un valore tra 12 e 19/30 non è prevedibile se la persona sia capace o no a prendere una decisione consapevole;

Batterie neuropsicologiche complesse: Fluenza verbale semantica e fonemica, Trail Making test,

sub test di memoria logica immediata e differita, test della matrici attenzionali numeriche, ecc.).

Sono inoltre molto utilizzati allo scopo di comprendere la *competence* anche - Interviste e questionari come il MAC Arthur Competence Assessment Tool - Treatment (MacCAT-T); il MacArthur competence Assessment Tool-Criminal Adjudication che valuta la comprensione di un caso fittizio con la situazione del processo in atto. E' di Facile somministrazione (15-30 m') per professionisti specificatamente formati; consiste in una intervista semi-strutturata composta da 10 item (con punteggi da 0 a 2) che esplorano i 4 domini della capacità decisionale in situazione reali di vita quotidiana. Non esiste un cut-off predeterminato (la scala è un ausilio alla decisione) e qui di seguito si riportano degli esempi di domande ai quali la consegna il soggetto deve dare un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze:

- Secondo Lei quali sono i suoi problemi di salute?
- Crede di aver bisogno di un qualche tipo di trattamento?
- A cosa dovrebbe servire il trattamento?
- Cosa le fa pensare che avrà questo effetto?
- Cosa le accadrebbe non ricevendo alcun trattamento?
- Perché secondo Lei è stato proposto questo trattamento?

I Domini quindi della abilità/disabilità funzionale (comportamentale e decisionale) sono univoci sia per la scuola americana che italiana infatti come si può osservare i criteri base considerati da T. Grisso e P. Appelbaum, (*Assessing Competence In Consent To Treatment*, 1998) prevedono:

- Capacità di manifestare/esprimere una scelta (ex pressing choice)
- Capacità di comprendere le informazioni (undertstanding)
- Capacità di dare un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze (appreciation)
- Capacità di utilizzare razionalmente le informazioni (reasoning)

I criteri di analisi del funzionamento mentale della persona secondo U. Fornari e la metodologia italiana dell'Università di Torino dovrebbero articolarsi secondo il seguente schema:

- la capacità /possibilità di ricevere le informazioni

- la capacità/possibilità di comprenderle
- la capacità/possibilità di ragionare su di esse
- la capacità/possibilità di valutare il loro significato
- la capacità/possibilità di esprimere una scelta.

Nel caso specifico, in cui allo psicologo forense sia richiesto di valutare un soggetto nel *qui et ora* o valutarlo nel momento attuale comparandolo con uno stato preesistente all'evento causale e ciò rende nel secondo caso necessaria una stima del funzionamento antecedente all'evento (donazione di un soggetto, modifica repentina del testamento). Esistono varie procedure metodologiche di questo tipo di valutazione "di stima del funzionamento antecedente di un soggetto".

Il Metodo della raccolta anamnestica, scolastica e lavorativa del soggetto in esame e in modo accurato e preciso; con i dati ottenuti, si possono fare delle deduzioni descrittive, sempre coerenti ai dati oggettivi di vita oppure si può utilizzare il metodo attuariale statunitense ossia l'Indice di Barona (Barona, Reynolds e Chastain 1984); è una equazione molto diffusa ma basata su un campione statunitense di standardizzazione della Scala Wais-r (Wechsler, 1981), e consente di predire il quoziente di intelligenza (QI) a partire dall'età, sesso, razza, livello di scolarità, professione e luogo di residenza in apposite tabelle.

In Europa il Campione di riferimento utilizzabile e più vicino alle caratteristiche della popolazione italiana, è francese (che omette la variabile "razza" rispetto alla statunitense) e corrisponde alla formula di Pichot (Pichot et al, 1993).

L'uso delle equazioni di regressione appare raccomandabile perché elimina la soggettività inerente ai metodi anamnestico-clinici. L'approccio attuariale tiene conto della natura non solo additiva delle relazioni tra le diverse variabili tra loro, cosa che il clinico anamnestico da solo non è in grado di fare.

Continuando questa rassegna metodologica, l'approccio basato sulle abilità conservate si basa sull'osservazione che alcune misure del funzionamento cognitivo sono particolarmente resistenti agli effetti sia dell'invecchiamento sia di eventuali lesioni cerebrali-traumi, adatte perciò a stimare un comportamento pre-morboso.

Storicamente a partire dai lavori pionieristici di Wechsler, queste misure sono state chiamate "che tengono- invariabili –hold" in opposizione a quelle misure che al contrario "non tengono-variabili -

don't hold" cioè risentono degli effetti sia dell'invecchiamento sia di patologie acquisite. Anche in questo caso esistono almeno due modi diversi di stima:

- metodi basati sui risultati ai sub test della scala WAIS-R "che tengono" come vocabolario, Informazione, Completamento di Figure. Alcuni autori hanno raccomandato l'uso del miglior punteggio, altri una media dei punteggi ai tre sub test. In generale, l'affidabilità di questo approccio è risultata meno sicura di quanto inizialmente previsto, per cui sono stati recentemente messi a punto dei metodi più sofisticati che, pur basandosi sui risultati ai sub test "che tengono" tengono conto anche delle variabili di tipo anamnestico e demografico per cui il livello di affidabilità delle stime migliora sensibilmente (Vanderploeg e Schrinka, 2004);
- metodi basati sull'abilità di lettura di parole; anche l'abilità di lettura in quanto acquisita in età infantile risulta resistente e potenzialmente incontaminata dall'invecchiamento e da lesioni cerebrali acquisite-traumi purchè non coinvolgenti le aree del linguaggio (Nart, National Adult Reading Test). La questione della stima affidabile del funzionamento mnemonico è ancora irrisolta.

Come si evince non esiste nessuna metodica di eccellenza. In altre parole le interviste semi-strutturate e le batterie di livello-cognitive non hanno un cut-off pre-determinato e non valutano gli aspetti emozionali/sociali e conseguentemente nessun test può sostituire il parere clinico dell'"esperto" sia pur riducendo la variabilità di giudizio e la soggettività clinica. La validità dell'esame psicodiagnostico è una questione aperta e gli esperti sono chiamati a confronti che stabiliscono la credibilità di quanto riportano perché esistono almeno tre possibili sorgenti di minaccia alla validità di un test diagnostico:

- l'imprecisione di uno strumento di misura, non esistono infatti strumenti puri o perfetti;
- il contesto della valutazione;
- le motivazioni interne al soggetto esaminato per cui si incorre nella simulazione "mento coscientemente" .

Dopo questa breve rassegna metodologica, preme riportare tre possibili modelli raccolti nella letteratura attuale, per una possibile comprensione qualitativa e quantitativa della capacità decisionale, ognuno con pregi e difetti e con caratteristiche molto diverse ma con un obiettivo comune: la valutazione.

MODELLO DELLA TEORIA DEL CAMPO

Nell'ambito della consulenza tecnica d'ufficio in sede civile occorre dimostrare se un soggetto a causa di un' abituale infermità era ed è incapace o parzialmente capace con riferimento ad esempio all'inabilitazione, di provvedere ai propri interessi.

Secondo questo modello si tratterebbe di individuare il comportamento di una persona, in rapporto alle sue qualità personali e all'ambiente di vita, ad un dato momento, in vista di tutelare le situazioni patrimoniali acquisite.

Secondo questo modello, il comportamento (C) del soggetto in esame diventa funzione della persona (P) in rapporto all'ambiente (A) ad un momento dato-contestuale, con particolare riguardo alla storia di vita o biografia di un individuo che va raccolta e analizzata dettagliatamente.

Da una specificazione diagnostica non si può giungere a privare una persona della capacità di provvedere ai propri interessi. Il consulente in queste situazioni secondo questo modello dovrebbe agire basandosi su una serie di variabili influenti:

- psicopatologiche, riferite alla personalità del soggetto;
- ambientali ossia gli interessi a cui il soggetto deve provvedere;
- comportamentali ossia la capacità di provvedere ai propri interessi;

per cui merita valorizzare sempre di più il passaggio da un procedimento astrattamente classificatorio e rigidamente psichiatrico del passato ove la diagnosi psicopatologica aveva il potere supremo sulle altre due variabili del processo, al metodo costruttivo concreto secondo cui ogni atto di una persona è determinato da certe condizioni che bisogna scoprire.

Tali condizioni secondo il modello della Teoria del Campo sarebbero da ricercare nello stato della persona al momento considerato e in parte nelle caratteristiche dell'ambiente psicologico entro cui essa si trova per cui il comportamento può essere considerato come una funzione dell'ambiente e della persona e quindi secondo l'espressiva formula di **Kurt Lewin** $C = f(P, A)$ (Balloni, 1983).

MODELLO NEUROPSICOLOGICO

Un altro modello di intervento dello psicologo in ambito forense viene offerto dal Dr. *Andrea Stracciari* e dalla Società Italiana di Neuropsicologia. Egli usa la neuropsicologia per rispondere a domande e problemi di rilevanza giuridica come ad esempio se un imputato ha agito con piena coscienza e volontà, oppure se è in grado di partecipare consapevolmente al processo che lo riguarda, oppure se il suo comportamento in futuro potrà essere pericoloso, se quel testimone, o quella vittima di reato, può essere considerata credibile, se l'evento in causa – un trauma cerebrale, un'intossicazione, uno shock emotivo – ha prodotto un qualche tipo di danno sulla vittima, adulto o bambino, oppure sui familiari; se una persona è in grado di provvedere da sola ai propri interessi, o se debba in qualche modo essere assistita o sostituita, per esempio da un tutore o da un amministratore di sostegno. Se si vuol sapere a quale genitore – o a chi altro – affidare il figlio conteso. Un medico legale, d'altra parte, vuol sapere se il soggetto in esame è idoneo alla guida, oppure a detenere armi da fuoco, oppure se soddisfa i requisiti per la concessione di benefici di natura assistenziale. Nella risposta a questi, e a molti altri quesiti, l'apporto della neuropsicologia secondo gli autori del recente libro *“Neuropsicologia Cognitiva”* risulta di primaria importanza per i contributi che vanno nella direzione di una riduzione del margine di discrezionalità nell'accertamento della funzionalità neuropsichica.

L'esame neuropsicologico permette secondo gli studiosi, di documentare con maggiore attendibilità la sintomatologia psichica e cognitiva nonché le funzioni residue, fornendo quindi evidenze scientifiche maggiormente solide rispetto a quelle ottenibili esclusivamente con il metodo clinico. Lo scopo della valutazione neuropsicologica forense è non solo documentare un'eventuale disfunzione, ma stabilire se tale disfunzione è collegabile all'evento oggetto del quesito giuridico, che l'alleanza con l'esaminando è non solo non richiesta, ma secondo alcuni del tutto sconsigliabile. Gli ambiti applicativi della neuropsicologia forense sono molteplici ed eterogenei, spaziano dall'ambito penale e civile, a quello pensionistico ed assicurativo. In ognuno di essi l'applicazione della metodica neuropsicologica rappresenta il cardine dei quesiti giuridici.

Per esempio, in ambito penale, nella valutazione della capacità di stare in giudizio, quando si deve dimostrare se le persone accusate di un crimine sono in grado di partecipare coscientemente al processo: gli imputati con disturbi neuropsichiatrici, in questo caso, sono candidati a valutazioni pre-processuali della loro capacità mentale di comprendere le accuse formulate contro di loro e della loro abilità di assistere l'avvocato nella loro difesa; o ancora un criminale con disturbi cognitivi può cercare l'assoluzione o la riduzione della pena in considerazione del fatto che era

legalmente incapace di intendere o di volere al momento del crimine.

Oppure, in ambito civile, la valutazione neuropsicologica permette di documentare la presenza e quantificare le diverse voci di pregiudizio non patrimoniale, di valutare la capacità di agire in modo autonomo, la capacità di autodeterminarsi circa la propria salute, l'idoneità alla guida ecc.

In Italia l'interesse istituzionale e scientifico per la neuropsicologia forense è ancora marginale, tuttavia l'utilizzo della metodica neuropsicologica in ambito giuridico, seppur difficilmente quantificabile, si sta costantemente evolvendo ed espandendo con i rischi che comporta questo approccio alla complessità che sembra quanto meno riduttivistico e semplicistico.

Dal punto di vista psicosociale in Italia ci sono varie posizioni: l'elevata frequenza di incidenti stradali e infortuni sul lavoro ha portato alla ribalta i disturbi cognitivo - comportamentali del cerebroleso e le conseguenti valutazioni ospedaliere; dall'altro si riscontra una maggiore propensione a considerare il danno neuropsicologico con più attenzione, abbandonando i tradizionali pregiudizi che tendevano ad assimilarlo a una poco obiettivabile e sfuggente sensazione soggettiva. Infine, l'aumento della vita media, con il conseguente incremento della prevalenza di disturbi dello spettro demenziale, comporta il sempre più frequente ricorso all'indagine neuropsicologica al fine di adottare provvedimenti medico - legali (es. riconoscimento di invalidità, idoneità alla guida, valutazione delle capacità, consenso ai trattamenti sanitari). La pratica neuropsicologica in ambito forense è già molto diffusa nei paesi anglosassoni, dove la valutazione neuropsicologica è praticamente la regola in presenza di un contenzioso legale.

Negli Stati Uniti, secondo una recente revisione, dopo il neurologo e lo psichiatra, sono gli avvocati e i giudici i maggiori "committenti" di esami neuropsicologici e la richiesta di tale indagine da parte dei soli avvocati eguaglia il numero globale di richieste fatte da parte di neurochirurghi, psicologi clinici, internisti e riabilitatori.

L'approccio diagnostico neuropsicologico forense prevede il colloquio, la somministrazione di test psicometrici, nonché l'integrazione dei dati così ottenuti con i risultati delle neuro immagini-strumentali. Certamente i test psicometrici rappresentano il cardine della pratica neuropsicologica forense come della valutazione psicodiagnostica dello psicologo forense. La maggior parte dei test è mutuata da quelli in uso per scopi clinici, mentre sono pochissimi i test creati e tarati ad hoc. In particolare, per molti test utilizzati in ambito forense mancano o sono obsolete tarature in italiano, spesso non garantendo esse una sufficiente rappresentatività delle diverse provenienze geografiche e culturali. La crescente applicazione della testistica neuropsicologica in ambito forense comporta

inoltre la necessità di disegnare strumenti *ad hoc* per esplorare comportamenti usualmente meno testati in ambito clinico, quali condotta e giudizio morale, libero arbitrio, intenzione ingannevole, impulsività, etc., vale a dire l'area delle cosiddette neuroscienze cognitive sociali, ed è questo uno degli obiettivi più ambiziosi della ricerca metodologica in neuropsicologia in questo preciso periodo storico.

I disturbi neuropsicologici più comunemente riscontrati in ambito forense secondo gli autori sono tutte le disfunzioni cognitive causate da un'alterazione – organica o funzionale - del Sistema Nervoso Centrale possono essere in causa ed essere differentemente prevalenti a seconda degli ambiti di applicazione.

Nella quantificazione del danno alla persona – ad esempio in seguito ad un trauma cranico - i disturbi neuropsicologici da sottoporre all'esame valutativo sono strettamente dipendenti dalle sedi lesionali.

Nel caso di valutazione dell'idoneità a testimoniare, l'area critica è quella delle funzioni di memoria, mentre nella valutazione delle capacità i domini più vulnerabili, quindi da indagare prioritariamente ed estensivamente, secondo questo modello di intervento, includono le funzioni di controllo - attenzione, ragionamento logico, funzioni esecutive -, nel caso dell'idoneità alla guida occorre verificare particolarmente l'integrità delle funzioni di controllo e delle abilità visuo-spaziali.

Rispetto ad esempio la valutazione della capacità di intendere e di volere di una persona e a quanto può pesare la valutazione neuropsicologica nelle decisioni dei giudici in merito all'imputabilità di un soggetto i neuropsicologi hanno un'opinione molto chiara e diretta. La capacità di intendere e di volere e la capacità di agire presuppongono l'integrità e l'esercizio efficace di una vasta famiglia di competenze di natura cognitiva, emozionale e sociale. Tali competenze cliniche includono tutte quelle abilità individuali che permettono di compiere determinate azioni, più o meno complesse – dalle attività più elementari della vita quotidiana a complicate scelte economiche – e che poggiano sia sulle capacità decisionali del paziente sia sull'idoneità cognitiva al compito richiesto.

La valutazione di capacità come - consentire a un trattamento, votare, testimoniare, fare testamento, gestire le proprie finanze, guidare un'automobile, detenere e usare un'arma, svolgere un professione ecc. - è compito del clinico e rappresenta il cardine delle informazioni che permetteranno poi di prendere una decisione in ambito giuridico. Esso richiede quindi garanzia della massima competenza professionale, prevede selezione, uso e corretta interpretazione di adeguati metodi di

valutazione e deve ottemperare ai principi cardinali dell'etica biomedica.

Il rischio del mancato utilizzo di metodi standardizzati è prevalentemente costituito dalla bassa affidabilità fra osservatori. Per questo, specialmente negli Stati Uniti, sono state costruite, proposte e utilizzate delle scale *ad hoc* per la valutazione della capacità, che, tuttavia, se disgiunte da un'attenta e competente valutazione clinica e neuropsicologica propriamente detta, possono rivelarsi strumenti inaffidabili. Peraltro di tali strumenti mancano validazioni per la popolazione italiana. In linea generale la prassi metodologica del modello neuropsicologico prevede le seguenti 3 fasi:

Fase 1: fase valutativa

- Colloquio col paziente ed i familiari
- Esame neuropsicologico: test cognitivi e neuropsicologici

Fase 2: fase interpretativa

- Interpretazione dei dati ottenuti
- Considerazione delle conseguenze delle decisioni del paziente
- Riconoscimento del carattere temporaneo della determinazione

Fase 3: fase riabilitativa

- Identificazione e raccomandazione di interventi di adattamento e supporto ambientale e riabilitazione neuropsicologica

Il progredire della tecnologia scientifica nelle neuroscienze e della strumentazione è accolto con favore e ritenuto un arricchimento culturale e metodologico da questi studiosi, utilizzandola (TAC RSM-RSMf-) in un'ottica clinica e in chiave giuridica.

La necessità che i neuropsicologi hanno di fornire ai giudici una tecnologia di indagine più scientifica e riproducibile rispetto al passato va comunque presa con cautela a mio parere; come con la giusta riflessione va colta la prassi di periti che basavano le proprie convinzioni solo ed esclusivamente sulla propria autorevolezza. Le "macchine" e la tecnologia non devono sostituirsi al ragionamento clinico e alla esperienza dei periti formati e aggiornati, ma piuttosto esse possono costituire un fattore aggiunto che può implementare ed arricchire l'attendibilità della valutazione peritale. L'expertise degli studiosi di neuroscienze del comportamento – come quella di qualsiasi altro consulente – viene richiesta per fornire al giudice robuste evidenze adeguate a supportare il ragionamento propriamente giuridico.

Secondo questa corrente di studiosi, le migliori evidenze di una valutazione integrano i dati clinici, neuropsicologici, strumentali e perché no anche genetici! Non solo, ma viene sostenuto che le più recenti indicazioni giuridiche (espresse in numerose sentenze) e le più importanti conoscenze scientifiche delineano la necessità di utilizzare una metodologia basata sull'evidenza scientifica (evidence-based) nelle valutazioni della testimonianza del minore. Ciò significa ricorrere all'utilizzo di metodologie validate, condivise dalla comunità scientifica di riferimento, ma soprattutto pertinenti. L'utilizzare una metodologia basata sull'evidenza scientifica consente di limitare gli errori di valutazione, e dunque permette al giudice di fondare le proprie decisioni su una prova scientificamente più affidabile riducendo quindi, di conseguenza, la possibilità di errori giudiziari (A. Stracciari, 2010).

IL MODELLO PROPOSTO CON IL MC CAT T

Riporto come esempio applicativo di due diversi *modus operandi*, una ricerca, svolta nell'ambito della cattedra di Psicologia Giuridica dell'Università di Torino con la supervisione del Prof. G. G. Si tratta di una ricerca descritta all'interno di un articolo pubblicato da Barbara Actis Perinetti su “- La Capacità Di Stare In Giudizio - L'evoluzione Del Concetto, La Realtà Italiana E La Proposta Di Uno Strumento Specifico Per La Sua Valutazione.

E' stato utilizzato anche un Test psicometrico MC CAT T che al momento non trova taratura italiana ma che è in corso di traduzione per una sua applicazione su larga scala nella valutazione

della capacità decisionale.

Le conclusioni di questa ricerca spiegano come l'incapacità sia correlata con uno stato mentale alterato ma non si possa identificarla con esso (la malattia mentale e la demenza sono fattori di rischio per l'incapacità ma non la determinano necessariamente).

L'incapacità, la non competenza è in rapporto con la perdita di abilità funzionali, è sempre relativa ad una situazione reale, deve essere valutata rispetto alle conseguenze della decisione, è soggetta a fluttuazioni nel tempo e pertanto legata al momento in cui viene esaminata.

Premessa: La legislazione italiana

La *ratio* generale (Gulotta 2000) dell'attuale sistema accusatorio, introdotto nel 1988, invita a ritenere che, affinché l'imputato si possa considerare capace di stare in giudizio, egli debba non solo poter esercitare i diritti e le facoltà che la legge gli attribuisce, ma anche attivarsi in modo efficace per contribuire alla propria difesa ed intraprendere tutte le iniziative che, in un processo "delle parti", risultano essere indispensabili per l'attivazione dei meccanismi del rito stesso. L'articolo 70 del nuovo codice di procedura penale recita : *“Quando non deve essere pronunciata sentenza di proscioglimento o di non luogo a procedere e vi è ragione di ritenere che, per infermità mentale, l'imputato non è in grado di partecipare coscientemente al processo, il giudice, se occorre, dispone, anche d'ufficio, perizia.”* L'attuale versione dell'art. 70 c.p.p. deriva dall'intervento della Corte Costituzionale che, con sentenza n° 340 del 20/7/1992, ha dichiarato costituzionalmente illegittima la norma nella parte in cui prevedeva che il giudice potesse tenere in considerazione soltanto l'infermità di mente che fosse sopravvenuta al fatto. Tale norma risultava iniqua poiché non garantiva il diritto alla sospensione del processo, in base all'art.70 c.p.p., all'individuo riconosciuto affetto da infermità mentale al momento del fatto e perdurante fino al processo. Il diritto all'autodifesa veniva garantito soltanto all'imputato che presentava un'infermità mentale sopravvenuta al fatto (cfr. Gulotta, 2000). Il Legislatore intende fare riferimento a quelle situazioni di infermità mentale che, influenzando la capacità di autodeterminazione dell'imputato, ne impediscono o ne riducono significativamente la capacità di partecipare in modo efficace e attivo alla dialettica processuale. In questa prospettiva, viene abbandonato ogni riferimento all'incapacità di intendere e di volere su cui si fondava l'articolo 88 del vecchio codice Rocco, che riconduceva totalmente ad essa la capacità di partecipare coscientemente al processo (cfr., Digesto Italiano VI, pag 433-434). La Cassazione si è pronunciata in relazione alla differenza esistente fra capacità di intendere e volere e capacità di partecipare coscientemente al processo.

La sentenza del 1995 della Cassazione Penale recita:

“poiché l'imputabilità di cui all'art. 88c.p. e la capacità di partecipare al processo penale di cui

all'art. 70 c.p.p., pur costituendo stati soggettivi accomunati dall'infermità mentale, operano su piani del tutto diverso ed autonomi, non ha alcuna incidenza sull'accertamento della capacità dell'imputato di essere parte e sulla eventuale sospensione del procedimento, l'impedimento, derivante dalla declaratoria di incostituzionalità dell'art. 425/1 c.p.p., all'adozione, nell'udienza preliminare, della pronuncia di non luogo a procedere per difetto di imputabilità. Conseguentemente deve considerarsi abnorme, e come tale immediatamente riconoscibile per Cassazione, il provvedimento del giudice dell'udienza preliminare che disattenda la richiesta di accertamenti sulla capacità dell'imputato di parteciparvi, argomentando che il difetto di imputabilità può essere dichiarato solo dal giudice del dibattimento: tale rifiuto incide infatti su uno dei fondamentali e indefettibili presupposti richiesti dalla legge ai fini della costituzione e dello svolgimento del rapporto processuale, il cui cardine è rappresentato dal fatto che esso deve necessariamente far capo ad un soggetto capace di partecipazione cosciente al processo, come premessa essenziale della possibilità di autodifesa e quale garanzia del "giusto processo" presidiata dall'art. 24 Cost. (Cass. pen., I, 6/3/1995, n. 1381, in Cass. pen., 1996, p. 2252; in Giust. pen., 1996, III, p. 289).

Le regole del nuovo processo penale considerano l'imputato come possibile agonista e non è detto che patologie classicamente diagnosticate dalla nosografia psichiatrica vadano ad inficiarne la possibilità ad assumere questo nuovo ruolo: una moderata paranoia, ad esempio, potrebbe acuire l'estro autodifensivo (cfr., Cordero, 2000, pag. 238-239).

Data la presenza di un disturbo mentale, quindi, non è corretto trarre tautologiche conclusioni per cui ne consegua, necessariamente, l'incapacità di stare in giudizio, così come non è corretto considerare l'imputato competente qualora non venga diagnosticata alcuna forma di psicopatologia. In base all'art. 71 c.p.p., se, in seguito agli accertamenti previsti ai sensi dell'art.70 c.p.p., l'imputato viene riconosciuto incapace di stare in giudizio, il giudice dispone con ordinanza che il processo venga sospeso.

Per evitare l'eccessivo perdurare di tale situazione il legislatore ha disposto, ai sensi dell'art. 72 c.p.p., che allo scadere del sesto mese dalla pronuncia di sospensione sia rinnovato l'accertamento peritale. Un ulteriore aspetto innovativo che il nuovo codice ha apportato in tale ambito riguarda i provvedimenti terapeutici conseguenti alla sospensione del processo, previsti dall'art.73 c.p.p. La precedente normativa prevedeva, quando necessario, "il ricovero dell'imputato in manicomio pubblico, preferibilmente giudiziario". Il Legislatore, in conformità alla legge 180/1978, ha eliminato l'ipotesi di ricovero nei soppressi manicomi civili e non ha più previsto l'internamento nei pur sempre esistenti ospedali psichiatrici giudiziari.

Il MacCat-Ca: uno strumento specifico per la valutazione della “capacità decisionale e di stare in giudizio”

Il MacArthur Competence Assessment Tool- Criminal Adjudication è il risultato di due grandi iniziative di ricerca. La prima di queste, che si è sviluppata a partire dal 1988 sino al 1996, riguarda lo studio della capacità di stare in giudizio e rappresenta una delle principali ricerche del MacArthur Foundation Research Network on Mental Health and the Law e gli studiosi che si sono occupati della ricerca sono Steven K. Hoge, Richard J. Bonnie, Norman G. Poythress e John Monahan.

L'Istituto Nazionale per la Salute Mentale degli Stati Uniti, in seguito, ha finanziato la seconda iniziativa di ricerca, condotta dal 1996 al 1998 per stabilire le proprietà psicometriche e sviluppare dei criteri interpretativi di tale test.

Il MacCat-Ca fu realizzato per essere somministrato ai soli individui maggiorenni e sebbene sia stato validato unicamente con imputati accusati di crimini gravi viene considerato appropriato anche nel caso di reati di minore entità. Recentemente, però, in seguito *all'escalation* che ha subito la delinquenza minorile, e al crescente numero di imputati minorenni, molti stati americani hanno abbassato l'età minima cui applicare la giustizia ordinaria. Quei minori che vengono giudicati con gli stessi criteri degli adulti hanno anche gli stessi diritti, compreso quello di un'eventuale sospensione del processo qualora venisse a mancare la capacità di stare in giudizio. Uno studio, effettuato nel 1999 da Jenine Collins Boyd e pubblicato nella rivista “The Sciences and Engineering”, si è occupato di valutare le proprietà psicometriche del MacArthur Competence Assessment Tool- Criminal Adjudication su un campione di soggetti minorenni. I dati ottenuti dimostrarono come le abilità correlate alla capacità a stare in giudizio misurate dal test fossero le stesse sia per gli adulti che per il gruppo dei diciassetenni e come il MacCat-Ca possa essere utilizzato anche con soggetti minorenni.

Il MacCat-Ca è composto da 22 items raggruppati in tre aree relative, rispettivamente, alla capacità di Comprensione, Ragionamento e Valutazione.

I primi 16 items, di cui 9 relativi all'area della Comprensione e 7 a quella del Ragionamento, sono strutturati intorno al racconto di un ipotetico crimine commesso da un personaggio inventato di nome Fred ai danni dell'amico Reggie. Nel corso di una partita a biliardo Fred colpisce Reggie con

la stecca e Reggie, cadendo a terra, batte la testa e muore.

Gli items dall'1 all'8 valutano la capacità dell'imputato di comprendere il funzionamento del sistema legale e la modalità con cui i reati vengono giudicati e puniti. Il soggetto si trova a dover esprimere la sua opinione riguardo il ruolo dell'avvocato difensore, del procuratore, del giudice e della giuria, nonché a riflettere sulle possibili conseguenze del dichiararsi colpevole o innocente. Le risposte vengono poi registrate verbatim e valutate in base a criteri espliciti forniti dal manuale di applicazione del test. Gli items relativi all'area del Ragionamento riguardano la capacità di consultarsi con il proprio avvocato.

In particolare quelli che vanno dal 9 al 13 indagano la capacità dell'imputato di riconoscere i fatti e le informazioni rilevanti. Gli items dal 14 al 16 indagano invece la capacità di valutare le due alternative legali prospettate al protagonista del racconto.

Gli ultimi 6 items dal 17 al 21, del MacCat-Ca esplorano il pensiero e gli atteggiamenti del soggetto in relazione al suo ruolo di imputato e al modo in cui si aspetta di essere trattato nel corso dell'iter processuale. Tali items consentono all'esaminatore di identificare eventuali idee ed aspettative irrealistiche dell'imputato.

La ricerca

L'ipotesi alla base del lavoro della Dott.ssa Perinetti è stata quella di introdurre anche in Italia uno strumento specifico per la valutazione della capacità di stare in giudizio.

Al fine di utilizzare il MacArthur Competence Assesment Tool-Criminal Adjudication è stato necessario però apportare alcune modifiche alla versione americana sulla base della giurisprudenza italiana. La versione, realizzata in questo modo, è stata poi somministrata ad un campione costituito da 100 soggetti, che, al momento, non presentavano alcun tipo disturbo mentale né si trovavano coinvolti in un procedimento legale. Questo lavoro può essere inteso come uno studio pilota utile per far emergere eventuali inadeguatezze del test dal punto di vista della comprensibilità e della funzionalità degli items. Si è pensato che tali inadeguatezze potessero venir meglio rilevate da un campione che, possedendo le suddette caratteristiche, si ipotizzava fosse competente a stare in giudizio e che di conseguenza le difficoltà eventualmente riscontrate non fossero da imputarsi ad una "incapacità" dei soggetti, bensì ad una scorretta formulazione degli items. In seguito all'analisi dei dati e alle osservazioni sul test fatte dai soggetti del campione, sono state effettuate ulteriori modifiche. Sulla base di tali modifiche è stata elaborata una differente versione che, nel corso di

ulteriori studi, dovrà essere standardizzata utilizzando la stessa tipologia di individui impiegati nelle ricerche sul MacCat-Ca.

Analisi e commento dei risultati emersi dalla somministrazione della versione modificata.

Dopo aver apportato le modifiche sopra descritte, si è proceduto alla somministrazione del test al campione, composto da 100 soggetti, rispettivamente 50 adulti e 50 minori, selezionati in modo non casuale. Il test è stato somministrato da due esaminatori che hanno siglato separatamente il protocollo, seguendo le indicazioni del manuale che accompagna il test e raggiungendo un buon grado di accordo nella valutazione delle risposte. Il campione adulto è composto rispettivamente da 27 donne e 23 uomini, che presentano un'età media di 40 anni e che sono stati reperiti principalmente nell'area torinese. Soltanto 2 soggetti su 50 sono risultati mediamente incapaci nell'area della Comprensione, mentre la totalità dei soggetti risulta competente in quella del Ragionamento e in quella della Valutazione. Tale risultato conferma l'ipotesi di partenza secondo la quale, trattandosi di un campione di soggetti normali e che non erano coinvolti in un procedimento giudiziario, non ci si aspettava di riscontrare un significativo numero di individui incompetenti. Le difficoltà maggiori riscontrate nell'area della Comprensione.

UN ESEMPIO ESPLICATIVO

Si è deciso di riportare il seguente caso in quanto fornisce un esempio emblematico di come due differenti concezioni della "capacità di stare in giudizio", e conseguentemente della sua modalità di valutazione, si siano scontrate, dimostrando come il criterio di riferimento sia ancora quello psichiatrico, ancorato all'istituto dell'imputabilità.

Il 12 settembre 2000 il sig. P. si tolse la vita nella sua casa di Milano nel corso del processo che lo vedeva imputato per associazione a delinquere, falso, truffa e corruzione. Il 23 novembre 1998 l'Avv. e Prof. G. G. e l'Avv. P. R., difensori di fiducia del sig. P. avanzarono al G.I.P. richiesta di disporre perizia ex art. 70, comma 3, c.p.p. per il loro assistito.

Fin dal primo contatto con il cliente entrambi i difensori nutrirono molte perplessità circa le condizioni psichiatrico-psicologiche dell'imputato, motivate da unaevidente difficoltà di quest'ultimo a rapportarsi in modo consapevole ai difensori, a comprendere la gravità delle accuse e dei rischi processuali che esse comportano, ad esplicitare in modo consistente il racconto dei fatti avvenuti, nonché ad autodeterminarsi in decisioni di carattere processuale che in questo caso apparivano particolarmente delicate.

Nell'udienza del 10 dicembre 1998 il GIP conferì a due consulenti tecnici d'ufficio l'incarico di valutare le condizioni psichiche del sig. P. Come consulenti tecnici di parte vennero consultati il Prof. U. F. e il Dott. A. M.. Nel referto della perizia effettuata dal prof. F. si ritrovano, all'interno dell'anamnesi personale dell'imputato una serie di testimonianze e relazioni rilasciate da diversi specialisti, che nel corso degli anni lo avevano avuto in cura e dalle quali emerge che l'imputato aveva sempre presentato facili oscillazioni del tono dell'umore dall'età di 35-40 anni, periodo nel quale si è andata evidenziando una grave forma di depressione con inerzia, abulia, riduzione dell'iniziativa psicomotoria e deflessione del tono dell'umore. Il Prof. F. nel suo referto indicò come, all'esame psichiatrico diretto, il soggetto mostrasse una sostanziale incapacità di comprendere il significato della situazione in cui si trovava nonché di afferrare il senso delle domande che gli venivano poste. Il livello intellettuale si presenta fortemente compromesso dalla negativa interferenza dei disturbi dell'affettività, ma anche da un evidente deterioramento delle funzioni di analisi, giudizio, critica, e previsione, progettazione e da un sostanziale distacco dalla realtà.

Al test di Rorschach l'imputato fornisce risposte con tono freddo e distaccato mostrando una scarsa partecipazione emotiva. Il pensiero appare poco preciso e scarsamente organizzato, impoverito, irrigidito, privo di dinamismo interno ($K=0$) e di spunti originali ($A\%=48\%$). A fianco di un apparente adattamento e padronanza sulla realtà (banali forti alle tavole V, VII e X), il test mette in luce un generale distacco dalla stessa con intellettualizzazioni inefficaci, confabulazioni e perseverazioni di contenuti e terminologia medica impiegati spesso a sproposito. L'affettività e le risorse interne sembrano essere coartate, proponendo un quadro di chiusura, depressione e aridità interiore ($TRI=0/0$, $K=0$ e atteggiamento di generale indifferenza al test). In sintesi, il test propone un quadro di personalità fragile, con scarse capacità di adattamento, impoverita da un probabile processo di deterioramento. Il grafico dei punteggi ottenuti alla WAIS evidenzia in modo chiaro la disarmonia del rendimento intellettuale, confermata dalla notevole differenza tra QI verbale e di performance. All'imputato venne inoltre somministrato anche il Milan Overall Dementia Assesstment (MODA) in cui ottenne un punteggio totale di 83,3 che corretto secondo l'età e gli anni di scolarità (4,6) conduce ad un totale di 78.7, valore rientrante nella fascia definita "di deterioramento", con una possibilità di errore pari al 5%.

Il prof. F. terminò la sua perizia sostenendo che la sua **valutazione di incapacità** tiene in considerazione da un lato quanto illustrato in ambito clinico, dall'altro il fatto che il sig. P. dovesse sostenere un processo molto complesso. Con una particolare attenzione alla concezione statunitense della capacità di stare in giudizio, infatti, G. sostiene che, in base alla minore o maggiore complessità delle situazioni processuali, viene richiesto un differente grado di capacità. Diverso,

infatti, è il tipo di attività defensionale che l'imputato è chiamato a svolgere, in collaborazione col proprio avvocato, in un processo ordinario rispetto a quella richiesta per affrontare un rito abbreviato o per richiedere un patteggiamento.

La consulenza tecnica di parte affermò che l'imputato fosse persona:

- **incapace di partecipare coscientemente al processo ex art. 70 c.p.p.;**
- **da interdire, ex art. 414 c.c.**

In seguito alla richiesta dei CTU venne chiesto al sig. P. di sottoporsi a TAC e RMN, nonché ad un esame neurologico, al Mini Mental Test e alla scala Moda. **Secondo i periti del tribunale non si riscontrarono elementi che deponessero a favore di una cronicizzazione di un'esperienza depressiva, quanto piuttosto una situazione di stress cronico dovuta alla vicenda. I CTU sostennero inoltre che il disturbo bipolare del quale sarebbe stato affetto l'imputato non comprometteva di per sé la capacità di intendere e volere (se non durante le eventuali fasi conclamate del disturbo).**

Sebbene al Mini Mental Test e alla scala Moda emergessero alcuni elementi di deterioramento, questi non vennero considerati tali da configurare un quadro demenziale o di scadimento grave. **La perizia si concluse con l'affermazione che l'indagato presentava un quadro psicopatologico complesso caratterizzato da decadimento cognitivo e struttura di personalità abnorme che non compromettevano tuttavia le capacità di intendere e di volere del sig. P, né la capacità di stare in giudizio. All'indagato non venne dunque concessa la sospensione del processo.**

PUNTI IN COMUNE DEI DIVERSI MODELLI VALUTATIVI PER LA "COMPETENCE"

Dopo questi tre esempi di possibile valutazione della Comprensione della funzionalità mentale di un soggetto si può ritenere che tutti i modelli, indipendentemente dalla loro complessità, identificano 4 condizioni-chiave:

- . **Espressione**, ossia la capacità di esprimere/manifestare una scelta.
- . **Comprensione**, vale a dire la capacità di comprendere le informazioni rilevanti per scegliere.
- . **Valutazione**, che identifica la consapevolezza del significato della scelta.
- . **Ragionamento**, che esprime l'abilità di valutare razionalmente la scelta.

Tali condizioni codificano l'*autonomia decisionale* e preludono alla reale capacità di realizzare una scelta, altrimenti definita come *autonomia esecutiva*. E' utile sottolineare che le quattro condizioni-chiave sopracitate si riferiscono al modo con cui si effettua la scelta, non alla natura della scelta: il fatto che il soggetto effettui una scelta giudicata saggia dalla maggior parte delle persone non è un requisito sufficiente per considerare il soggetto come competente; viceversa, se la scelta appare bizzarra alla maggior parte delle persone (p.es. donare un cospicuo patrimonio al proprio cagnolino), ciò non è requisito per definire il soggetto incompetente. Non ci si deve quindi basare su un criterio di "correttezza" o "ragionevolezza" della scelta. Ciò non significa che la qualità della scelta del soggetto sia insignificante nel giudizio sulla competenza: si devono infatti tenere in debito conto le conseguenze della scelta: a fronte di scelte che espongono a rischi e a probabili danni l'operatore si deve comunque interrogare sul fatto che tali scelte siano realmente libere e consapevoli.

E' bene precisare a questo punto che non esiste uno strumento "*gold standard*" per misurare la capacità decisionale, né linee-guida internazionali propriamente dette. Alcuni autori anglosassoni hanno suggerito principi generali di comportamento cui basarsi (Moye 1996; Baker, Lichtenberg e Moye 1998; Wong et al. 1999; Moye e Marson, 2006; Lai e Karlawish 2007; Moberg e Rick 2008; British Psychological Society www.bps.org.uk).

Nella pratica quotidiana il giudizio è spesso basato sulla impressione clinica, eventualmente integrata dal risultato di indagini effettuate mediante strumenti testistici nati per scopi diversi, in genere batterie per la diagnostica clinica (demenze, traumi cranici, etc.). Il rischio del mancato utilizzo di metodi standardizzati è prevalentemente costituito dalla bassa affidabilità fra osservatori (Marson et al. 1997 a; 1997 b).

In ognuna di queste indagini valutative e a qualsiasi livello di esse, potrebbe emergere il profilo di un soggetto che per scopi secondari "simuli". Per simulazione si intende "la produzione intenzionale di sintomi fisici o psicologici falsi o grossolanamente esagerati, motivata da incentivi esterni come evitare il servizio militare, il lavoro per ottenere risarcimenti finanziari evitare procedimenti penali o ottenere farmaci (DSM), con intenzionalità ossia una produzione volontaria di sintomi inesistenti".

Il consulente che adotterà una metodologia riconosciuta, completa, tra quelle sopra presentate, risconterà incongruenze, incoerenze, enfattizzazioni e smaschererà simulazioni attraverso il confronto dei dati clinici.

4. ALTRI AMBITI APPLICATIVI DELLO PSICOLOGO FORENSE IN SEDE CIVILE

L'intervento di uno Psicologo Forense nel settore Civiltistico di tipo valutativo-diagnostico in collaborazione con lo Psichiatra o Medico legale riguarda anche altre realtà. **1. Ne citerò, descrivendone alcune, iniziando con la valutazione della riduzione della capacità lavorativa in un soggetto (fino all'assenza dal luogo di lavoro).**

In questo ambito risultano fondamentali accertamenti strumentali e di laboratorio tipicamente di ordine medico ed anche apposite indagini cliniche (osservazione e colloqui clinici) e testologiche (attraverso una batteria completa di test studiati *ad hoc*) per comprendere se vi sia una totale o parziale riduzione delle capacità lavorative.

E' evidente che la psicopatologia nell'insieme incide sulla capacità lavorativa con un'influenza maggiore per quanto riguarda i sintomi dello spettro schizofrenico senza tuttavia dimenticare quelli caratterizzanti lo spettro depressivo compito del valutatore sarà la correlazione in senso di nesso-associativo dei dati ottenuti con la riduzione del rendimento lavorativo. I gravi deficit che accompagnano il paziente schizofrenico come l'isolamento sociale, la difficoltà relazionale, le distorsioni cognitive le difficoltà di fronteggiare lo stress, di tollerare le frustrazioni etc... ne limitano o ne impediscono totalmente il ruolo occupazionale. Inoltre non di secondaria importanza appaiono le riascerbazioni sintomatologiche o le riospedalizzazioni, o ancora le conseguenze delle terapie psicofarmacologiche con i rispettivi effetti secondari legati ad aspetti soggettivi ed oggettivi-collaterali dei farmaci come la sedazione o gli effetti extrapiramidali.

Il paziente invece con disturbi dell'umore può avere delle menomazioni e dei disagi clinicamente significativi in aree importanti tra le quali anche il funzionamento lavorativo. Spesso i sintomi depressivi lamentati sono la continua stanchezza, la sensazione di vivere e lavorare a "giri ridotti", con grandi difficoltà anche in attività che conosce bene e che ha svolto da sempre con semplicità. Anche il rallentamento psicomotorio con un tono di voce più basso, movimenti più lenti, una postura ripiegata, un ritmo e una fluidità del linguaggio ricca di pause sono fattori che rientrano nel quadro lamentato da soggetti il cui umore influisce direttamente nel rendimento lavorativo.

Viceversa il soggetto maniaco con umore elevato, lamenta aumentata energia, attività, autostima e spesso si fa coinvolgere in attività più intense dove però agisce in modo non finalizzato compromettendo il suo livello lavorativo (Frances, 1997).

Alla raccolta dettagliata del quadro psicopatologico attraverso una ricca raccolta anamnestica legata allo stile di vita personale e familiare legato alla duplice e reciproca valenza che la vita sociale e

lavorativa comporta nella qualità di vita di un soggetto; importante sarà chiarire lo stile dell'educazione morale e sociale per comprendere la tendenza soggettiva ad aumentare o ridurre la sintomatologia e la sua interpretazione nei confronti del significato profondo che ha per il soggetto lo svolgimento di un lavoro con i diritti e doveri che comporta. Continuando, anche la comprensione delle aspettative e dei reali successi raggiunti, oltre alla raccolta di eventuali incidenti-traumi sul luogo di lavoro e non solo vanno analizzati e correlati fino anche all'esplorazione dell'ambiente fisico di lavoro del soggetto che interferisce certamente sullo stato umorale come il grado di illuminazione della zona di lavoro, la temperatura, etc...

Tutta questa raccolta di informazioni e vaglio delle stesse obbliga ad affrontare anche il problema della simulazione di una psicopatologia in cui un esaminando mette in atto uno spettro simulatorio con varie manifestazioni come la esagerazione sintomatica, la fissazione, la descrizione di quadri fittizi in modo conscio e per vantaggi secondari.

2. Rispetto invece all'idoneità alla guida lo psichiatra può indagare la presenza o meno dei requisiti generali psichici e fisici indispensabili per il suo conseguimento, la revisione o conferma (art.470 DM 23 giugno 1988, N°263- Abrugiatì, 1993) e richiedere allo psicologo forense una valutazione psicométrica completa che avvalori e arricchisca le sue impressioni diagnostiche. Particolare attenzione e prudenza con soggetti con particolari patologie cardiovascolari o diabetici con complicanze oculari, nervose, cardiovascolari o con acidosi metabolica, o soggetti con malattie endocrine gravi o con patologie del sistema nervoso quali l'encefalite, la sclerosi multipla, la miastenia grave, atrofia muscolare progressiva e disturbi miotonici, epilessia o patologie dell'apparato urogenitale. Ma non solo l'attenzione va rivolta ai risvolti psicologici derivanti da una patologia cronica di base ma anche a quelle patologie psichiche che rappresentano spesso condizioni non compatibili con la guida.

In questa categoria rientrano conducenti affetti da turbe psichiche in atto dovute a malattie, traumatismi, postumi postoperatori del SNC o SNP oltre al ritardo mentale, alla schizofrenia, ai disturbi psicotici, che possono rappresentare condizioni non compatibili con la sicurezza alla guida, che richiedono un' adeguata valutazione sia strumentale sia psicométrica anche nel caso dei disturbi correlati all'uso di sostanze. Anche le stesse terapie psicofarmacologiche di taluni soggetti possono ridurre la concentrazione, l'attenzione ed il livello di vigilanza inducendo tempi di reazione alterati.

3. Per quanto riguarda la valutazione relativa alla licenza di porto di fucile per uso di caccia (porto d'armi) si fa riferimento sempre ad un soggetto che sia privo di "vizi di mente" e che non

abbia malattie mentali in quanto entrambe ne diminuiscono anche temporaneamente la capacità di intendere e volere (Abate, Rossi, 1996).

Le condizioni non compatibili per un giudizio di idoneità rientrano tra i disturbi psicotici, i disturbi di personalità, i disturbi correlati a uso di sostanze; particolare attenzione va fatta alla componente aggressiva, all'ostilità etero o auto diretta del soggetto, a comportamenti violenti precedenti ed agiti o pseudo agiti nel contesto familiare e a come il soggetto fronteggia tali pulsioni nella sua quotidianità.

Una buona analisi comprenderebbe le eventuali modificazioni della personalità, le circostanze socio-ambientali ed il funzionamento precedente per giungere ad una accurata diagnosi strutturale sempre nutrita dall'apporto psichiatrico e psicometrico.

4. Si indica genericamente col termine **invalidità** una “condizione di menomazione fisica e/o psichica che riduce o abolisce completamente le capacità di svolgere una qualsiasi attività lavorativa e/o extralavorativa”. Per tale motivo il soggetto riceve una qualche forma di assistenza economica o assistenziale in seguito all'accertamento del danno subito. Le difficoltà che lo psichiatra e psicologo forense possono incontrare in quest'ambito riguardano la necessità di stabilire un legame di causalità tra eventi lesivo occorso in ambito lavorativo e insorgenza di un disturbo psichico. Mentre è facile far derivare un' alterazione psichica da un danno organico che ha trovato la sua causa nell'ambiente di lavoro (trauma cranico ad es.) è spesso impossibile trovare un nesso di causa-effetto tra situazione ambientale di lavoro “sfavorevole” o “negativa” e malattia mentale. Questo in quanto la malattia mentale riconosce soprattutto nei tempi odierni una etiologia multifattoriale, ad esempio bio-psico-sociale.

Alcuni dei disturbi che più frequentemente possono trovare una con-causalità nell'ambiente lavorativo sono il Disturbo Post-Traumatico da Stress, il Disturbo Acuto da Stress, il Disturbo indotto da Sostanze, il Disturbo dell'Adattamento Cronico. La procedura di accertamento prevederà che lo psicologo esperto in tandem con il medico-psichiatra organizzi uno studio del “nesso di causalità” e la conseguente valutazione della “compromissione lavorativa” del soggetto con indagini multi focalizzate: osservazione, raccolta dettagliata della storia di vita, colloqui, esami psicometrici e strumentali per un responso coerente e chiaro.

5. Nel caso in cui lo psicologo forense sia chiamato a rispondere per il miglior regime di **affidamento di minori nei casi di separazione giudiziale o per l'affidamento e adozione di minori in stato di abbandono**, provvederà secondo prassi attraverso una “valutazione della genitorialità” ossia è *una complessa attività di diagnosi, che deve tener conto di diversi parametri,*

maturata in un'area di ricerca multidisciplinare che valorizza i contributi della psicologia clinica e dello sviluppo, della neuropsichiatria infantile, della psicologia della famiglia, della psicologia sociale e giuridica e della psichiatria forense.

Intesa in senso ampio riguarda, genitori e bambino, la loro relazione ed il sistema familiare in toto.

Il CTU, in qualità di garante del minore di avere due genitori a tempo pieno o di non averli più, lavora nella sua valutazione con flessibilità e dialogo avvantaggiato da un Curriculum formativo e da una metodologia condivisa (AIPG).

La definizione di Capacità Genitoriale al di là di una patologia conclamata, è utile per comprendere quando un genitore non agisca direttamente a favore del figlio, possa procurargli difficoltà problemi ed infine disturbi di natura psicologica o psicopatologica a carico dell'Io.

La capacità genitoriale è di ciascun genitore e di tutto il sistema familiare in senso circolare e relazionale, di conseguenza la metodologia di elezione risentirà di questo assunto di base.

1. Studio del caso attraverso la lettura e l'analisi del fascicolo processuale.

2. Stabilire un programma peritale con i consulenti di parte, se presenti (per e. date, informazioni su come si intende procedere nelle valutazioni).

3. Richiesta per l'acquisizione di documentazioni cliniche o mediche.

4. Incontri individuali (raccolta anamnestica e colloquio clinico) con i due genitori allo scopo di:
 - a) esplorare le motivazioni all'azione legale;
 - b) esplorazione della motivazione alla richiesta di affidamento;
 - c) valutazione dello psichismo del soggetto, il suo vissuto verso l'altro genitore e verso il figlio/i.

5. Incontri congiunti con la coppia genitoriale con lo scopo di:
 - a) analizzare le dinamiche di relazione e le interazioni che intercorrono tra loro con analisi delle frustrazioni;
Analisi di quando ha conosciuto il compagno;
Analisi della relazione di coppia fino alla nascita del figlio
Analisi dalla nascita del figlio fino alla separazione.
 - b) breve accenno alle conclusioni raggiunte rispetto ad esempio alla decisione della frequentazione in base agli impegni di mamma, papà e bambino.

6. Incontri individuali col minore allo scopo di:

- a) valutare il grado e il livello di maturazione e di sviluppo cognitivo ed affettivo;
- b) analizzare i vissuti del minore nei riguardi delle figure di riferimento;
- c) valutare la disponibilità verso entrambi i genitori;
- d) analizzare i perché di una eventuale scelta rispetto al tipo di affidamento;

7. Incontri genitore (entrambi individualmente) – figlio/i con l'obiettivo di:

analizzare e valutare le dinamiche della loro relazione e le modalità comportamentali-reattive del minore;

8. Test individuali di personalità e proiettivi ai genitori e al minore.

9. Incontro/i coi genitori e figlio se possibile con lo scopo di analizzare e valutare le loro dinamiche di relazione e il posizionamento affettivo e comportamentale del minore. (famiglia al completo).

10. Visite domiciliari c/o abitazioni dei genitori alla presenza di tutte le persone che vivono nella casa con lo scopo di:

- a) analizzare e valutare la disposizione della casa;
- b) osservare la stanza del minore eventuale presenza di giochi;
- c) analizzare le dinamiche che intercorrono tra le persone che abitano.

11. incontri con altre figure significative per il minore, (nonni, zii, sorelle, fratelli, nuovi partner dei genitori, fratellastri, collaboratori familiari...) con eventuale raccolta anamnestica, effettuazione di colloqui clinici e somministrazione di test psicologici (il compagno della cliente, va inglobato nella valutazione), (il minore eventualmente osservato e valutato da un collega esperto in età evolutiva).

La valutazione può essere svolta in senso diagnostico ma anche prognostico ossia rilevando anche le risorse psicologiche interne alla famiglia e ai suoi componenti per suggerire se richiesto anche il miglior regime di affidamento adatto alla specifica situazione, in ottemperanza all'interesse esclusivo del minore.

Naturalmente nei casi specifici di minore in casa Famiglia si adeguerà la metodologia e la procedura a seconda del caso. La valutazione psicosociale generale della capacità genitoriale si specifica poi in relazione ad alcune prospettive più particolari che ne dipendono: la condizione di pregiudizio in cui può venirsi a trovare un minore; il suo stato di benessere o disagio, fino all'abbandono; la maggiore idoneità dell'uno o dell'altro genitore separati a prendere con sé

stabilmente il figlio. Particolarmente importante è la ricerca di criteri scientifici con cui valutare, nella prospettiva della tutela del minore, se le condizioni familiari in cui il minore si trova mettono a rischio il suo sviluppo psicosociale e rappresentano, cioè, una situazione di pregiudizio. □ I complessi criteri utilizzati per la valutazione delle condizioni di pregiudizio del minore sono collegati in letteratura: □

a) al maltrattamento fisico, alla trascuratezza, al maltrattamento psicologico; □

b) all'abuso sessuale; □

c) al rapporto tra psicopatologia e violenza subita durante l'infanzia; □

d) alla patologia psichiatrica, alla devianza, alla tossicodipendenza e all'alcolismo del/dei genitori; □

e) più recentemente, ai fattori che influenzano gli esiti evolutivi nella violenza assistita familiare.

f) inadeguato stile di vita con messaggi legati a valori negativi;

g) compensazioni non adeguate;

h) ostilità nei riguardi dell'altro genitore, indisponibilità di un genitore verso l'altro trasmettendone un'immagine negativa;

Rientra in pieno nella valutazione ma vorrei solo accennare alla modalità con cui un genitore condiziona e programma la vita del figlio, per ottenere uno scopo, la distruzione dell'altro genitore nelle sue funzioni genitoriali. Alcuni parlano di sindrome di alienazione parentale / (Pas) che può rappresentare un criterio negativo di non-cura genitoriale. Tale sindrome viene definita da Gardner (1985) per spiegare come *“un genitore (alienatore) attiva un programma di denigrazione contro l'altro genitore (alienato)”* per ottenere l'obiettivo dell'affidamento o della custodia esclusiva del figlio.

6. Rispetto invece al danno non patrimoniale alla persona, lo psicologo forense si trova agevolato dal lavoro presentato dall'AIPG al Convegno Nazionale del 2008, nella osservazione e quantificazione del danno esistenziale, rendendo misurabili e meno criticabili e fallaci quegli aspetti che fino ad oggi sono stati valutati in modo soggettivo. *“Il danno esistenziale è un'alterazione (temporanea e/o permanente), in senso peggiorativo, del modo di essere di una persona nei suoi aspetti sia individuali che sociali.”*

Sul Piano Individuale si presenta come una modificazione della personalità e dell'assetto psicologico nel suo adattamento, nei suoi stati emotivi, nella sua efficienza e nella sua autonomia.

Sul Piano Sociale si presenta come un'alterazione del manifestarsi del proprio modo di essere nei seguenti ambiti: a) relazioni familiari e affettive, b) attività di riposo, interpersonali/relazionali, di svago, sociali/culturali e c) di autorealizzazione.

Nello specifico il nostro compito psicodiagnostico dovrà evidenziare nello specifico i diversi livelli di gravità del soggetto distinguibili in base all'entità della sintomatologia, alla compromissione del funzionamento socio-lavorativo, al funzionamento dell'IO e dell'Esame di Realtà, del livello evolutivo dei meccanismi di difesa utilizzati dal soggetto, l'identità ed il tipo di confini tra sé e gli altri. L'accertamento dovrà indagare in altre parole lo stato psichico esistenziale anteriore al fatto e attuale, valutarne la eventuale simulazione o sindrome da indennizzo, costruendo un nesso causale e valutando e quantificando il danno psichico e/o esistenziale.

7. Per quanto riguarda le problematiche relative alla valutazione del consenso o dissenso informato U. Fornari descrive delle regole minime procedurali. In principio una comunicazione corretta, chiara, completa e comprensibile dell'informatore, con un ricevente capace di prendere decisioni (sano di mente, maggiore di età e psichicamente lucido) dovrebbe ricevere e decodificare correttamente e compiutamente il messaggio trasmessogli in quel momento e in quel esatto contesto (temporale, situazionale, relazionale) e con quella patologia per la quale è portatore (sia essa psichiatrica, internistica o chirurgica) e della quale potrebbe avere ripercussioni sul suo funzionamento mentale; l'analisi del procedimento mentale che il soggetto segue nella ricezione del messaggio;

I requisiti essenziali del consenso sono i seguenti: deve essere personale, consapevole ed informato, libero e spontaneo, manifesto e gratuito, per quanto possibile completo, attuale, richiesto, recettizio. La forma del consenso può essere orale o scritta. Quest'ultima è talora stabilita da specifiche norme ed è comunque doverosa ed opportuna nei casi più gravi e complessi e in particolare in quelli che implicano rischi connessi sia alla natura della malattia che a quella delle pratiche diagnostiche e del trattamento terapeutico. Nel caso di soggetti minori di anni 18 il consenso deve essere espresso dai genitori o dal tutore ma per quanto possibile in ragione dell'età e dello stato psichico il minore deve essere informato e coinvolto.

Analogamente ci si comporta per i maggiori di anni 18 che siano interdetti per malattia mentale abituale. Le patologie che rendono più difficile una completa informazione ed un consapevole consenso da parte del paziente sono classificabili prevalentemente in 4 aree critiche relative:

- alle alterazioni dello stato di coscienza (Delirium, Disturbi Dissociativi, Disturbo Acuto da Stress),
- compromissione dell'insight (Schizofrenia e degli altri Disturbi Psicotici ad es. trasformazione della realtà, sintomi "positivi" della schizofrenia, condizioni deliranti o allucinatorie, condizioni di eccitamento maniacale e ipomania, dipendenza e abuso da sostanze);
- ai gravi disturbi cognitivi (attenzione, memoria, comprensione, ragionamento, capacità verbali), stabili come nel caso di un ritardo mentale o evolutivi come ad esempio nel caso di processi organici cerebrali. Le alterazioni delle funzioni cognitive possono compromettere le capacità di dare un libero consenso al trattamento in rapporto proporzionale alla sua gravità ed estensione. quando le alterazioni cognitive hanno un andamento progressivo ed evolutivo, legate a processi organici cerebrali (demenze), la validità del consenso è in rapporto allo stadio evolutivo del disturbo); a tal proposito mi piace citare una ricerca italiana in fase di svolgimento presso l'Ospedale di Bergamo sulla validazione di uno strumento per valutazione della capacità di agire (*competence*) dei malati con Alzheimer (M.Azelio, Sacco L., Stefanini S. e Defanti C. A. Centro Alzheimer, Ospedale "Briolini", Gazzaniga (Bg) .

E' in fase di svolgimento uno studio sulla *competence* dei pazienti con Alzheimer è stato tradotto e modificato uno strumento di valutazione messo a punto da Grisso T. e Applebaum PS. (*Assessing Competence To Consent To Treatment*, Oxford University Press, New York 1998).

Si tratta del McArthur Competence Assessment Tool-Treatment (McCAT-T)

Una serie di 20 pazienti saranno studiati per esplorare la loro capacità di agire (*competence*) ai fini della determinazione della validità della loro scelta in diversi ambiti:

- a. in materia di designazione di un fiduciario (*proxy*)
- b. in materia di decisioni circa l'essere curati a casa vs. ricovero in Ospedale o in RSA

Un gruppo egualmente numeroso di *caregiver* verranno studiati mediante il test McCAT modificato in funzione delle decisioni a. e b.

Il test è in sostanza un'intervista strutturata che dà luogo a un rating numerico per ogni ambito

esplorato. Le interviste saranno videoregistrate e successivamente riviste da tre medici esperti che si pronunceranno sulla capacità sia dei malati che dei *caregiver*. Nel caso dei *caregivers* le domande saranno volte in modo ipotetico (se Lei si trovasse in questa condizione...).

La prima fase del lavoro prevede l'apprendimento della tecnica di intervista attraverso interviste simulate degli intervistatori con i ricercatori.

Successivamente si procederà a:

1. Videoregistrazione delle interviste, previo consenso dei pazienti e dei *caregiver*;
2. Codifica da parte degli intervistatori con attribuzione di punteggi (0-1-2) alle quattro aree esplorate dal test (comprensione, apprezzamento, ragionamento, espressione di una scelta) secondo i criteri di Appelbaum e Grisso;
3. Formulazione di un giudizio globale di capacità (*competence*) dato da tre esperti indipendenti, a partire dalle interviste videoregistrate, ma in cieco rispetto alla codifica dei test MacArthur che verrà effettuata da altri.

La speranza è che attraverso questa ricerca e molte altre si possa trovare uno strumento psicometrico sufficientemente affidabile e valido per una applicazione italiana per la creazione di linee guida con criteri Condivisi in tema di Capacità Decisionale.

- L'ultima area critica da considerare in ambito di consenso e dissenso alle cure, riguarda le forme depressive; la condizione depressiva, cambia la visione del mondo, altera i sistemi di valori, induce passività, indifferenza, rinuncia e desiderio di morte. L'accettazione di un trattamento può di conseguenza essere piuttosto una espressione di rinuncia passiva piuttosto che di una consapevole scelta per curare un disturbo. La validità del consenso, di conseguenza, va valutata in rapporto alle caratteristiche qualitative e quantitative dello stato psicopatologico. Anche nel caso dei disturbi depressivi valgono le considerazioni in merito all'evoluitività del disturbo.

Una prima importante conseguenza riguarda il rapporto tra validità del consenso e grado di autodeterminazione della persona o in ambito di valutazione della libertà e capacità personale. In particolare se essa non è in grado di comprendere l'informazione fornita e prendere una decisione autonoma vi può essere consenso viziato, ovvero non valido e pertanto assente, e tale da costituire violenza privata (art. 610 CP) oppure stato di incapacità procurata mediante violenza (art. 613 CP).

Una seconda importante conseguenza riguarda la situazione in cui il paziente non è capace o non può esprimere la volontà o sussistono particolari condizioni che non lo mettono in grado di essere al centro del processo decisionale (ad es. nel caso di minori, nel caso di soggetti interdetti, di incapaci naturali). Altre condizioni particolari sono quelle del paziente incosciente o in condizioni di

momentanea impossibilità ad esprimere una volontà contraria, in emergenze o stati di necessità, e in casi di malattia mentale che richiedono trattamento sanitario obbligatorio.

Nel caso della **minore età** (tra i 14 e i 18 anni) il consenso informato deve essere espresso dai genitori o in loro assenza dal tutore (ad eccezione dell'interruzione volontaria di gravidanza, su semplice autorizzazione del giudice tutelare). L'informazione deve essere data anche al minore, perché esprima un suo parere. Per quanto riguarda gli **interdetti** l'informazione e il consenso sono compiti del tutore che prenderà le decisioni a riguardo per la persona sotto tutela. Il paziente interdetto va comunque informato poiché la sua partecipazione alle cure è fondamentale. Gli **inabilitati** sono invece autonomi nel dare o meno il loro consenso. Gli **incapaci naturali** infine sono quei soggetti che, se pur non interdetti, si trovano per qualsiasi causa in condizioni tali da non essere in grado di dare un consenso o di esprimere un dissenso validi. La validità del consenso al trattamento da parte del paziente psichiatrico richiede che vengano soddisfatte alcune condizioni che riguardano le "capacità" in merito alla decisione di accettare o rifiutare un trattamento psichiatrico ("competence"):

La presenza di un consenso informato scritto può non avere alcun valore né medico-legale, né deontologico, né etico se le precedenti condizioni non sono soddisfatte.

Ciò ha una particolare importanza nel caso di pazienti psichiatrici che possono firmare un "consenso informato" senza essere realmente in grado di prendere una libera decisione. Assume un valore critico, nel caso del malato psichiatrico, la modalità con cui viene data l'informazione da parte del medico. Va ricordato a questo proposito che un'informazione totale (ad es. su tutte le opzioni possibili e su tutte le possibili conseguenze dei vari trattamenti) oltre che essere impossibile è anche di scarsa utilità (in taluni casi addirittura dannosa) per alcuni pazienti psichiatrici che, per le loro condizioni, necessitano invece di informazioni essenziali e di un limitato numero di opzioni.

Le modalità comunicative ed "emozionali" con cui viene proposto un trattamento assumono, nel caso del paziente psichiatrico, un peso più rilevante che in altri settori della medicina.

La "dipendenza" o la "oppositività terapeutica" tendono ad essere più intense nel rapporto psichiatrico e a condizionare maggiormente la libertà di scelta del paziente. Ciò comporta, da parte dello psichiatra, una maggiore responsabilità etica e deontologica accanto a quella più strettamente medico-legale. Insomma, la validità del consenso può essere condizionata dallo stato psicopatologico attuale, dalla consapevolezza di malattia.

La letteratura scientifica al momento offre le conclusioni di una recente ricerca italiana svolta presso il *Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di*

Roma dal Dr. Piccione M. e dalla Dr. Robiony M. sul tema del Consenso informato: “Valutazione della *competence* in un gruppo di pazienti affetti da schizofrenia farmaco resistente.”

Gli obiettivi sono stati la valutazione delle capacità decisionali riguardo al consenso informato in pazienti affetti da schizofrenia farmaco-resistente.

La prima ipotesi è stata che la *competence* dei pazienti affetti da schizofrenia farmaco-resistente non fosse invariabilmente compromessa.

La seconda ipotesi sosteneva che un diverso grado di espressione delle capacità decisionali potesse associarsi a differenze qualitative e quantitative nel quadro psicopatologico.

La terza ipotesi era che il grado di insight possa influenzare la capacità di esprimere il consenso.

Il metodo di lavoro ha previsto l'arruolamento di 10 pazienti con diagnosi di schizofrenia secondo i criteri del DSM IV-TR, definiti farmaco resistenti secondo i criteri di Brenner.

La *competence* è stata valutata attraverso l'utilizzo della Mac Arthur Competence Assessment Tools for Treatment (Mac CAT-T).

La valutazione dello stato psicopatologico è stata effettuata tramite l'utilizzo della scala BPRS-24.

La consapevolezza di malattia è stata valutata tramite la Schedule for the Assessment of Insight di David (SAI).

Secondo i risultati finali il 60% dei pazienti sottoposti all'indagine possedeva una *competence* adeguata, in quanto aveva raggiunto un punteggio sufficiente in tutte e quattro le sottoscale della Mac CAT-T.

Come emerso da uno studio di correlazione tra MacCAT-T, BPRS e *items* della SAI, la capacità a prestare consenso non appare correlata alla diagnosi di schizofrenia farmaco-resistente, ma a particolari caratteristiche psicopatologiche e al livello di *insight*.

In conclusione, la diagnosi di schizofrenia farmaco-resistente non automaticamente e aprioristicamente si accompagna ad un deficit nella capacità a prestare consenso; questa correla, piuttosto, ad alcune caratteristiche dello stato psicopatologico e al livello di coscienza di malattia. La presenza o assenza della *competence* non può mai essere presunta, ma va sempre e comunque attentamente ricercata caso per caso, al fine di garantire quell'alleanza terapeutica indispensabile per una genuina e corretta relazione medico-paziente.

Conclusioni

Il presente lavoro è nato dall'interesse trasmessomi dal Prof. U. Fornari in una lezione sul tema in questione e dalle riflessioni conseguenti in tema di "libertà" dell'agire della persona soprattutto quando essa viene limitata a causa della Salute.

Un ringraziamento agli organizzatori del Corso per la ricchezza e chiarezza dei temi trattati che hanno attivato in me curiosità e nuovi orizzonti da conoscere.

Bibliografia

- Lezioni del 10° Corso di Formazione in "*Psicologia Giuridica, Psicopatologia e Psicodiagnostica Forense*", AIPG, Roma;
- Codice Deontologico degli Psicologi italiani, Calvi, Gulotta Giuffrè Editore, 1999;
- Linee Guida Deontologiche dello Psicologo Forense, Calvi Gulotta, Giuffrè, Editore, 1999;
- Linee Guida per l'utilizzo dei Tests Psicologici in ambito Forense, P. Capri, A. Crisi, S. Mariani;
- Consultazioni del *Codice civile, Codice Penale, Codice Procedura Civile e Penale*;
- D.S.M. IV: "*Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*" Ed. Masson, Milano, 1995
- G. O. Gabbard: "*Psichiatria Psicodinamica*" Raffaello Cortina, Milano, 199
- Bergeret J. "*La personalità normale e patologica*" Raffaello Cortina Editore, 1996;
- M. Biondi "*La mente selvaggia*" Il Pensiero Scientifico Editore, 1996;
- U. Fornari, "*Trattato di Psichiatria Forense*" 2008, UTET;
- U. Fornari, S. Coda, M. Iorio "*La Valutazione della Capacità Decisionale*" 2003, Centro Scientifico Editore;
- A. Stracciari, A. Bianchi, G. Sartori, "*Neuropsicologia Forense*", 2010, Il Mulino;
- K. Jaspers, *Psicopatologia Generale*, Il Pensiero Scientifico Editore, 2000;
- Trabucchi A., *Istituzioni di Diritto Civile*, Cedam, Padova, 1991, 30 (2nd edit.);
- *Rivista di Psicologia e Giustizia*, Anno 4, numero 2, Luglio – Dicembre 2003;
- Atti del 53° Convegno Società italiana di Gerontologia e Geriatria "*La competenza decisionale nell'anziano: il paradigma (ed i limiti) della capacità di intendere e di volere*" Fabio Cembrani, Direttore Unità Operativa Medicina Legale - Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento;
- *Psichiatria Forense e aspetti di medicina legale rilevanti in psichiatria* a cura di Vittorio Volterra, A. Balloni, G.C. Nivoli, L. Lorettu e M.N.Sanna;
- U. Fornari, *Il consenso Informato in Psichiatria*, Centro Scientifico Editore, 1997;
- *Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica, Sapienza Università di Roma* dal

Dr. Piccione M. e dalla Dr. Robiony M.; *“Valutazione della competence in un gruppo di pazienti affetti da schizofrenia farmaco resistente”*;

- Ospedale di Bergamo, *“Validazione di uno strumento per valutazione della capacità di agire (competence) dei malati con Alzheimer”*, M. Azelio, Sacco L., Stefanini S. e Defanti C. A., Centro Alzheimer, Ospedale “Briolini”, Gazzaniga (Bg);

- Cattedra di Psicologia Giuridica dell’Università di Torino, Ricerca di Barbara Actis Perinetti su *“La Capacità Di Stare In Giudizio - L’evoluzione Del Concetto, La Realtà Italiana E La Proposta Di Uno Strumento Specifico Per La Sua Valutazione”*;

- Grisso T. e Applebaum PS., *“Assessing Competence To Consent To Treatment”*, Oxford University Press, New York 1998;

- British Psychological Society www.bps.org.uk);

- Psicologia Giuridica, G. De Leo, Patrizia Patrizi, Il mulino, 2002;

Atti del Convegno *“Le Capacità Genitoriali. Aspetti Valutativi e Peritali”* Edizioni EUR, Roma 2003.