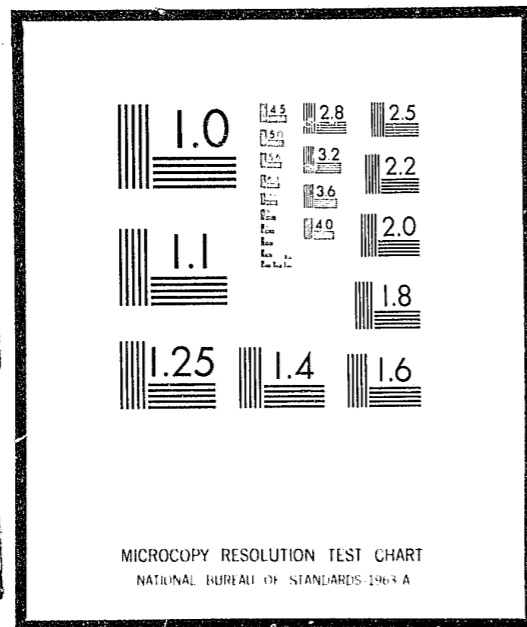


# NCJRS

This microfiche was produced from documents received for inclusion in the NCJRS data base. Since NCJRS cannot exercise control over the physical condition of the documents submitted, the individual frame quality will vary. The resolution chart on this frame may be used to evaluate the document quality.



Microfilming procedures used to create this fiche comply with the standards set forth in 41CFR 101-11.504

Points of view or opinions stated in this document are those of the author(s) and do not represent the official position or policies of the U.S. Department of Justice.

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE  
LAW ENFORCEMENT ASSISTANCE ADMINISTRATION  
NATIONAL CRIMINAL JUSTICE REFERENCE SERVICE  
WASHINGTON, D.C. 20531

12/17/76

Date filmed

MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA

## Manicomi giudiziari e case di cura e di custodia

ANALISI DELLA POPOLAZIONE SECONDO  
CATEGORIE PSICHIATRICHE E GIURIDICHE

Quaderni dell'Ufficio Studi e Ricerche della Direzione  
Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena



# Manicomi giudiziari e case di cura e di custodia

ANALISI DELLA POPOLAZIONE SECONDO  
CATEGORIE PSICHIATRICHE E GIURIDICHE

2

Quaderni dell'Ufficio Studi e Ricerche della Direzione  
Generale per gli Istituti di Prevenzione e di Pena.

---

---

## PRESENTAZIONE

*Patologia mentale e criminalità rappresentano due grandi temi che dai primordi dell'umanità vengono confrontati e correlati secondo i più diversi parametri.*

*Nell'epoca prescientifica i collegamenti fra i due temi erano fatti intuitivamente in base alla percezione empirica delle condotte.*

*La criminologia, quando finalmente mosse i suoi primi passi, si pose in una prospettiva di indubbia derivazione psichiatrica, orientandosi verso una interpretazione della devianza criminale come espressione di malattia mentale.*

*Attualmente è in corso, da più parti, un profondo processo critico che accomuna patologia mentale e criminalità e che giunge fino a dubitare delle loro autonomie concettuali. Delinquenza e pazzia sarebbero la conseguenza di un processo sociale definitorio (labelling) che, più o meno consciamente, contrappone la "normalità" dei più alla "devianza" dei meno, risolvendo il confronto con una emarginazione di comodo.*

*La dialettica in atto è così incandescente da provocare posizioni antagonistiche, molto spesso legate più che a dati obiettivi di conoscenza a visioni ideologiche globali e ad atteggiamenti emotivi.*

*Non vi è dubbio che questo fatto presenti anche aspetti positivi per quanto in esso si può cogliere di vero e sincero interesse per la scoperta di soluzioni più umane e civili atte a fronteggiare questi fenomeni.*

*Nell'incontro fra operazione giudiziaria penale e psichiatria le problematiche si cumulano acuendo le perplessità dei critici.*

Da un lato si sospetta che la giustizia penale possa costituire uno strumento di cui la società si serve per realizzare, in una forma apparentemente garantistica, le sue finalità discriminatorie. La cultura dominante canalizzerebbe le sue preoccupazioni di difesa dai fantasmi della minaccia alla sua integrità e sicurezza attraverso il processo penale e il conseguente confinamento dei soggetti pericolosi nelle istituzioni totali. Nel processo penale l'alleanza fra giudice e psichiatra rafforzerebbe la capacità emarginante della società al punto da mettere a sua disposizione una classificazione nosografica peculiare, usata per sovrapporre l'etichetta della infermità mentale a quella della criminalità.

Dall'altro lato si teme che la detta alleanza possa piegarsi, in alcuni particolari casi, ad interessi di protezione a favore di soggetti privilegiati, smorzando nei loro confronti i rigori retributivi della norma penale e introducendoli nell'area della diminuzione o della esclusione dell'imputabilità.

Due diversi tipi di distorsione, quindi, che avrebbero il comune effetto della presenza nelle istituzioni psichiatriche penitenziarie di soggetti che, per il loro stato mentale, ove non ci fosse la componente della criminalità, non si ritroverebbero nelle strutture psichiatriche.

Queste critiche, gravi e conturbanti, imponevano una attenta ricognizione della situazione. Non è dubbio, infatti, che la dialettica in corso potrà notevolmente avvantaggiarsi con una migliore conoscenza dei dati di fatto.

Di tanto si è reso conto il Ministero per la Grazia e Giustizia, come è dimostrato dalla istituzione, nel marzo 1969, di una commissione composta da esponenti delle competenze clinico ospedaliera, criminologica, giudiziaria, medico legale, psichiatrica, psicologica, "per l'acquisizione di precisi e dettagliati elementi conoscitivi sullo stato attuale dell'esecuzione delle misure restrittive della libertà negli istituti destinati ad espletare le funzioni di casa di cura e di custodia e di manicomio giudiziario".

Nel corso dei suoi lavori la Commissione ha ritenuto necessario promuovere una indagine clinica per analizzare la popolazione internata nei manicomi giudiziari e nelle case di cura e di custodia secondo le categorie psichiatriche e quelle giuridiche di appartenenza.

L'indagine è stata svolta nell'ambito dell'Ufficio Studi, Ricerche e Documentazione della Direzione generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena, dai Professori Alfredo PAOLELLA (\*) e Carlo CITTERIO (\*\*).

La relazione sull'indagine, che qui si presenta, è stata discussa e approvata all'unanimità dalla Commissione.

Non sta a noi illustrare la qualità del lavoro compiuto e di proporre univoche interpretazioni della realtà rilevata.

Ci si augura tuttavia di avere così contribuito alla possibilità di eliminare speciosi equivoci e di ricondurre la polemica in un quadro di più informato e prudente apprezzamento della realtà.

GIUSEPPE DI GENNARO  
Direttore dell'Ufficio studi  
ricerche e documentazione

---

(\*) Aiuto Ordinario e Libero docente nell'Istituto di Medicina legale e delle Assicurazioni, professore incaricato di Antropologia criminale nell'Università di Napoli.

(\*\*) Libero docente in Psichiatria e in Antropologia criminale, specialista in Clinica neuropsichiatrica.

---

## PARTE I

### A) PREMESSE

La presente indagine ha come scopo l'esame della realtà clinica dei soggetti ricoverati in manicomio giudiziario e nelle case di cura e di custodia, in esecuzione di misura di sicurezza.

Il manicomio giudiziario costituisce un tipo speciale di ospedale psichiatrico, essenzialmente per due ordini di motivi: *a)* perché i soggetti che vi sono ricoverati sono autori di reato; *b)* perché la durata del ricovero è in rapporto a provvedimenti giudiziari fondati, oltre che sulla realtà clinica, su criteri strettamente giuridici.

Circa il primo punto è da ricordare che a caratterizzare la casistica dei manicomi giudiziari intervengono elementi come la diversa importanza criminogena delle singole malattie mentali; la obbligatorietà del ricovero (in contrasto con la ripartizione dei malati di mente comuni tra le cliniche private e gli ospedali psichiatrici oltre che nei trattamenti a domicilio e ambulatoriali, in rapporto a fattori diversi quali condizioni economiche, gravità della sindrome, fasi reversibili ed irreversibili di questa, ecc.); le limitazioni dei contatti con l'esterno che sono sottoposti, per legge, alle autorizzazioni ed ai controlli del magistrato; ecc.

Circa il secondo punto, basti ricordare la previsione legislativa di minimi di durata della misura di sicurezza del ricovero in manicomio giudiziario; la limitazione delle licenze in

rapporto anche a criteri estranei al quadro clinico, come gravità del reato, tempo intercorso dal ricovero, condizioni ambientali connesse col reato; la inesistenza della possibilità, di cui beneficano i comuni malati di mente, di ripetuti periodici ricoveri in ospedali psichiatrici, in rapporto alle varie fasi ed al diverso decorso della malattia (infatti i ricoverati nel manicomio giudiziario continuano a rimanervi, senza interruzione, fino alla scadenza del minimo della misura di sicurezza); la possibilità, a tale scadenza, di trasferimenti dal manicomio giudiziario all'ospedale psichiatrico civile, di soggetti con sindromi croniche irreversibili, che costituiscono una percentuale notevole dei ricoverati in ospedale psichiatrico civile, in contrasto con quanto invece si registra — come si rileva dalla comune esperienza — nei manicomi giudiziari.

La casa di cura e di custodia e la sezione per minorati psichici sono normalmente annesse al manicomio giudiziario, di cui in sostanza costituiscono delle sezioni speciali.

In un'indagine primariamente diretta a studiare la realtà clinica dei ricoverati in manicomio giudiziario, non può non tenersi conto anche dei soggetti ricoverati in queste ultime istituzioni. Tali soggetti, in massima parte, sono ricoverati per una condizione, riconosciuta, di vizio di mente, sia pure parziale, esistente almeno al momento del reato; anche in questi soggetti, dunque (specie tenendo conto che secondo la legge la capacità di intendere o di volere deve essere scemata *grandemente*), il ricovero è stato motivato da condizioni psicopatologiche, analoghe, anche se meno gravi, a quelle riconosciute nei prosciolti per vizio totale di mente. Questi soggetti sono contemporaneamente condannati ad una pena detentiva e sottoposti a misura di sicurezza. La pena viene espiata nelle sezioni per minorati psichici, mentre, in generale, la misura di sicurezza del ricovero in casa di cura e di custodia viene eseguita successivamente: ciò costituisce una caratteristica significativa differenziale rispetto alla casistica degli ospedali psichiatrici civili, per i quali non esistono soggetti che sono ricoverati solo a distanza di tempo dalla osservazione e dalla diagnosi. E' vero che, in caso di necessità clinica, il ricovero in casa di cura e di custodia può avvenire prima della espiazione della pena; ma tale eventualità si verifica solo in una minoranza di casi, e ciò viene, in genere, riferito a particolari caratteristiche dei quadri

clinici, che sono da prendersi in considerazione ai fini del giudizio di vizio parziale di mente, ma non richiedono, in genere, un trattamento in istituto ospedaliero psichiatrico.

Lo studio clinico di una casistica di soggetti ricoverati in manicomio giudiziario e casa di cura e di custodia comporta, quindi, sulla base delle considerazioni esposte, l'approfondimento di due aspetti fondamentali:

a) studio delle categorie nosografiche e della evoluzione delle varie sindromi, specie in rapporto alla eventuale persistenza di condizioni cliniche che giustificano il ricovero;

b) studio dei rapporti tra categorie nosografiche e categorie giuridiche.

#### B) CATEGORIE GIURIDICHE E PROBLEMATICA DEI LORO RAPPORTI CON LE CATEGORIE PSICHIATRICHE.

Ai fini di una corretta impostazione e significatività dell'indagine, è opportuno qui fermarsi a considerare le singole categorie giuridiche, i diversi aspetti e la diversa importanza della problematica delle relazioni tra esse e le categorie psichiatriche, e la diversa incidenza delle singole categorie giuridiche nella configurazione della casistica dei soggetti ricoverati in manicomio giudiziario ed in casa di cura e di custodia.

Le categorie giuridiche possono essenzialmente sintetizzarsi come segue:

1) Soggetti ricoverati in manicomio giudiziario, a norma dell'art. 222 del cod. pen.: si tratta di prosciolti per infermità psichica (art. 88 cod. pen.) o per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti (art. 95 cod. pen.) o per sordomutismo (art. 96 cod. pen.); a questi vanno aggiunti i minori di anni 14, o maggiori dei 14 e minori dei 18, prosciolti per età, quando abbiano commesso il reato trovandosi in una delle condizioni predette;

2) Soggetti ricoverati in casa di cura e custodia, a norma degli artt. 219 e 220 del cod. pen.: si tratta di condannati, per delitto non colposo, ad una pena diminuita, per infermità psichica (art. 89 cod. pen.) o per intossicazione cronica da alcool o da stupefacenti (art. 95 cod. pen.) o per sordomutismo (art. 96 cod. pen.).

Il ricovero in casa di cura e custodia, come s'è accennato, è eseguito di regola dopo che la pena detentiva sia stata scontata, o sia altrimenti estinta; tuttavia può essere disposto dal giudice anche prima dell'inizio o del termine della pena detentiva, tenendo conto delle particolari condizioni di infermità psichica del condannato (art. 220 cod. pen.);

3) Soggetti ricoverati in casa di cura e di custodia (in sezioni speciali - art. 258 del Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena), per misura di sicurezza (minimo di mesi 6) a norma dell'art. 221 del cod. pen.: si tratta di già condannati alla reclusione (per un tempo almeno di 3 anni) per delitti commessi in stato di ubriachezza, o sotto l'azione di sostanze stupefacenti, quando i soggetti sono, rispettivamente, ubriachi abituali, o dediti all'uso di stupefacenti;

4) Soggetti ricoverati in manicomio giudiziario o in casa di cura e di custodia, a norma dell'art. 206 del cod. pen.: si tratta di soggetti che durante l'istruzione o il giudizio sono sottoposti ad applicazione provvisoria di misura di sicurezza, perché infermi di mente, o ubriachi abituali, o dediti all'uso di sostanze stupefacenti;

5) Soggetti ricoverati in manicomio giudiziario o in casa di cura e di custodia, a norma dell'art. 148 del cod. pen.: si tratta di condannati in cui sopravviene una infermità psichica, giudicata tale da impedire la esecuzione della pena; questa viene differita o sospesa;

6) Soggetti ricoverati in manicomio giudiziario a norma dell'art. 88 del cod. proc. pen.: si tratta di imputati in cui sopravviene una infermità di mente tale da escludere la capacità di intendere o di volere; il giudice se non deve pronunciare sentenza di proscioglimento ordina allora la sospensione del procedimento e, ove occorra, il ricovero dell'imputato in un manicomio pubblico, preferibilmente giudiziario; può anche ordinare una perizia;

7) Soggetti ricoverati in manicomio giudiziario per essere sottoposti a perizia psichiatrica (art. 318 cod. proc. pen.);

8) Soggetti imputati o condannati, ricoverati in manicomio giudiziario in osservazione: se si tratta di giudicabili il giudice competente potrà ordinare la perizia o applicare i disposti

dell'art. 88 del cod. proc. pen. o dell'art. 206 del cod. pen; se si tratta di condannati potrà essere applicato l'art. 148 del cod. pen. o (in caso di condannati in via definitiva) potrà essere adottato un provvedimento di trasferimento ad una sezione per minorati psichici; sia per i giudicabili che per i condannati l'osservazione potrà concludersi negativamente ed essi potranno perciò essere rinviiati all'istituto penitenziario di provenienza;

9) Soggetti ricoverati in casa di cura e di custodia, o in manicomio giudiziario, per trasformazione di misura di sicurezza in caso di infermità psichica, sopravvenuta in corso di altra misura di sicurezza detentiva (art. 212 cod. pen.);

10) Devono infine ricordarsi i soggetti detenuti per espiazione della pena nelle sezioni per minorati psichici; si tratta di condannati a pena diminuita per infermità psichica o per sordomutismo o per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti; di ubriachi abituali o persone dedite all'uso di stupefacenti.

\* \* \*

Circa la problematica delle relazioni tra categorie giuridiche e categorie psichiatriche è opportuno qui sottolineare alcuni aspetti derivanti da caratteristiche proprie delle categorie giuridiche.

a) Alcune di queste categorie (considerate nei punti 1, 2, 3, 10) sono fondate essenzialmente sullo stato psichico del soggetto al momento del reato e non tengono conto, in genere, della evoluzione clinica del singolo caso; ciò è accentuato dal fatto che la durata della permanenza in manicomio giudiziario o nella casa di cura e di custodia è legislativamente predeterminata nel minimo, sulla base della gravità del reato. Ne consegue, dal punto di vista clinico, che la sindrome esistente al momento del reato può essere scomparsa (il che è tipico, o almeno frequente, in alcune categorie nosografiche, come sindromi confusionali, sindromi depressive, di eccitamento, ecc.); o può anche rilevarsi una sostanziale remissione del quadro clinico, tale comunque da non richiedere più il ricovero in istituto di cura. Nelle categorie giuridiche considerate si ha invece il

protrarsi della permanenza in istituto dei singoli soggetti, solo per disposizione di legge e quindi anche contro la realtà clinica (eccetto che nei casi di revoca anticipata della misura di sicurezza).

Anche nel caso del ricovero in casa di cura e di custodia, ordinato prima o durante la pena, per le « particolari condizioni di infermità psichica del condannato », il quadro clinico viene valutato solo ai fini dell'ordine di ricovero; questo, una volta avvenuto, non può essere revocato (art. 220 cod. pen.) prima che sia decorso il termine minimo stabilito in rapporto alla gravità del reato, e cioè malgrado il cessare delle condizioni cliniche che hanno motivato il ricovero stesso prima della espiazione della pena. Deve ricordarsi, nei riguardi di questi soggetti, la conseguente perdita di benefici concessi ai ricoverati in casa di cura e di custodia in caso di misure di sicurezza eseguite dopo la pena: a seconda, quindi, se questa abbia o meno preceduto il ricovero in casa di cura e di custodia, soggetti presentanti gli stessi quadri clinici possono o meno godere di periodi di licenza ritenuti comunque utili ai fini del trattamento.

b) Tenuto conto di quanto rilevato, sindromi psichiatriche guarite (magari per decorso caratteristico della forma nosografica), o sostanzialmente regredite, o in fase di più o meno evidente remissione, possono quindi essere rilevate in categorie giuridiche diverse: prosciolti ricoverati in manicomio giudiziario (art. 222 cod. pen.) e soprattutto soggetti con vizio parziale di mente sottoposti alla misura di sicurezza del ricovero in casa di cura e custodia (art. 219 e 220 cod. pen.), o ricoverati in questo istituto a norma dell'art. 221 cod. pen., o detenuti in sezioni per minorati psichici.

E' da rilevare qui che la diversità di categorie giuridiche impone spesso il ricovero in istituti diversi, di soggetti clinicamente simili, per i quali sarebbero indicate analoghe strutture di trattamento (specie di tipo socioterapico).

Ai fini del presente studio va però sottolineato che evoluzioni verso miglioramenti più marcati sono da aspettarsi come meno frequenti nei soggetti prosciolti; la casistica di questi va quindi tenuta distinta dalle altre, per una valutazione della frequenza delle singole situazioni cliniche in rapporto alle categorie giuridiche.

c) Sindromi più gravi, per categoria nosografica o per fase evolutiva, possono essere osservate in categorie giuridiche diverse: soggetti prosciolti per infermità psichica o per intossicazione cronica da alcool o da stupefacenti; soggetti giudicabili, con applicazione provvisoria della misura di sicurezza di ricovero in manicomio giudiziario o in casa di cura e di custodia; condannati ed imputati con infermità psichica sopravvenuta; soggetti sottoposti ad osservazione od a perizia psichiatrica; soggetti con trasformazione della misura di sicurezza.

d) Sindromi notevolmente diverse tra loro, sotto il profilo nosografico ed anche evolutivo, possono osservarsi nell'ambito della stessa categoria giuridica; ciò soprattutto nei prosciolti, nei soggetti con infermità psichica sopravvenuta durante l'istruzione o il giudizio o durante l'espiazione della pena, e nei soggetti in genere sottoposti ad osservazione.

\* \* \*

Da quanto esposto si rileva che le corrispondenze delle categorie psichiatriche a quelle giuridiche, vanno proposte ovviamente in termini di maggiore o minore frequenza; e tale aspetto va soprattutto differenziato nelle due situazioni diverse del manicomio giudiziario da un lato e della casa di cura e di custodia e sezione per minorati psichici dall'altro.

Inoltre occorre studiare le categorie giuridiche in relazione non solo a quelle nosografiche in senso stretto, ma anche e soprattutto alle caratteristiche evolutive delle singole sindromi, dovendo il trattamento essere fondato anche sull'aspetto fenomenologico di queste, sulla esistenza o meno di condizioni come un decadimento mentale o un deficit intellettuale, o una sintomatologia delirante in atto o una regressione della sintomatologia e una più o meno sostanziale reintegrazione della personalità di base ecc.

Tutto ciò va tenuto particolarmente presente ai fini di un adeguamento del tipo di trattamento previsto per le singole categorie giuridiche a quello richiesto dalla realtà clinica (di tipo farmacologico, o comunque strettamente medico, o invece prevalentemente psico- o socioterapico, e quindi di un ade-



guamento delle strutture che permettono un trattamento efficace.

Tenendo conto di tali considerazioni, le singole categorie giuridiche appaiono di diverso interesse ai fini della ricerca in esame; a tale scopo esse possono raggrupparsi come segue:

a) soggetti ricoverati in osservazione, o per perizia psichiatrica, o per applicazione provvisoria di misura di sicurezza;

b) soggetti ricoverati in manicomio giudiziario a norma dell'art. 222 del cod. pen. (prosciolti);

c) soggetti ricoverati in casa di cura e di custodia o in sezione per minorati psichici (i cosiddetti seminfermi);

d) soggetti ricoverati in manicomio giudiziario a norma degli artt. 148 del cod. pen. e 88 del cod. proc. pen. (per infermità sopravvenuta in condannati o in imputati) e congiuntamente soggetti ricoverati in manicomio giudiziario per trasformazione di misura di sicurezza (art. 212 cod. pen.) (1).

Questo raggruppamento permette dunque una necessaria distinzione tra i *ricoverati in osservazione* e quelli per *misura di sicurezza*; deve poi considerarsi a parte il gruppo dei soggetti ricoverati a norma dell'art. 148 del cod. pen. e dell'art. 88 del cod. proc. pen. (i soggetti a pena sospesa od a procedimento penale sospeso per infermità psichica sopravvenuta).

a) Del gruppo dei *ricoverati in osservazione* fanno parte soggetti giudicabili o condannati, inviati in manicomio giudiziario, in osservazione psichiatrica, da carceri giudiziarie o da istituti di pena; insieme con essi possono considerarsi i soggetti sottoposti a perizia psichiatrica, e quelli con applicazione provvisoria di misura di sicurezza (art. 206 cod. pen.). Si tratta di soggetti che sono in osservazione, in attesa di un provvedimento definitivo che sarà adottato sulla base della definizione del giudizio clinico.

b) I *ricoverati per misura di sicurezza definitiva* sono i prosciolti (art. 222 cod. pen.) ed i soggetti ricoverati in casa di

(1) Questi soggetti vengono qui indicati poiché l'esperienza rileva che in genere si tratta di individui provenienti da colonie agricole o case di lavoro, nei quali è sopravvenuta un'infermità psichica.

cura e di custodia a norma degli artt. 219, 220 e 221 del cod. pen.: sono questi i soggetti per cui occorre veramente approfondire la realtà clinica, poiché è legittimo chiedersi quali discrepanze vi siano, in tema di prolungamento del ricovero, tra la realtà clinica e l'appartenenza ad una determinata categoria giuridica.

c) I *soggetti ricoverati a norma degli artt. 148 del cod. pen. e 88 del cod. proc. pen.* sono, invece, come quelli in osservazione, sottoposti all'applicazione di un provvedimento, che va revocato non appena la realtà clinica lo consenta. E se non si può escludere la possibilità di una certa ulteriore permanenza di questi soggetti in manicomio giudiziario, anche quando la realtà clinica consentirebbe la revoca del provvedimento di ricovero, si tratta pur sempre di eventualità rara a verificarsi, come si deduce facilmente dalle caratteristiche giuridiche dei gruppi considerati e come è confermato dall'esperienza.

Da quanto esposto si rileva, dunque, che l'unico gruppo in cui appare veramente interessante studiare i rapporti tra realtà clinica e categoria giuridica (ai fini della ricerca in esame) è quello dei soggetti ricoverati per misura di sicurezza definitiva.

\* \* \*

Val la pena qui sottolineare anche la diversa frequenza dei casi inquadrabili nelle singole categorie giuridiche.

Nell'ultimo annuario di statistiche giudiziarie (vol. XVI - 1967) risultano i seguenti dati (con scarse variazioni rispetto a quelli di statistiche per gli anni precedenti): Rispetto ad un numero di 1298 prosciolti e di 210 ricoverati (in via definitiva) in casa di cura e di custodia, vi sono 112 condannati con pena sospesa e 123 sottoposti a misura di sicurezza provvisoria (oltre a 215 soggetti ricoverati in manicomio giudiziario o casa di cura e di custodia ed a disposizione dell'Autorità giudiziaria, ed a 54 condannati definitivi, presenti in manicomio giudiziario: si tratta di gruppi in osservazione, o sottoposti a perizia). E' evidente la notevole importanza, anche pratica, dei gruppi di soggetti sottoposti a misura di sicurezza definitiva, rispetto ai gruppi di soggetti appartenenti ad altre categorie giuridiche.

I dati riferiti riguardano i presenti al 31 dicembre 1967. Val la pena sottolineare che il frequente prolungarsi delle osservazioni e lo scarso numero di queste non alterano sensibilmente i rapporti tra i vari gruppi, anche considerando un limitato avvicendamento durante l'anno.

---

## PARTE II

### A) IMPOSTAZIONE DELLA RICERCA

Dati gli scopi della ricerca, è ovvio che questa doveva fondarsi su un esame clinico diretto di soggetti ricoverati in manicomio giudiziario ed in casa di cura e di custodia; ed anche limitando l'indagine, per le considerazioni più sopra esposte, al gruppo dei ricoverati per misura di sicurezza definitiva, è ovvio che, dato il numero notevole di questi, la ricerca doveva eseguirsi su un campione. La scelta di questo e i criteri generali della ricerca sono stati concordati con il Direttore dell'Ufficio Studi e Ricerche della Direzione generale per gli Istituti di Prevenzione e Pena, del Ministero di Grazia e Giustizia.

Non è parsa opportuna una indagine diretta, comparativa, anche di soggetti ricoverati negli ospedali psichiatrici civili. Le categorie nosografiche di tali soggetti sono, infatti, ampiamente conosciute; basta del resto consultare l'annuario delle statistiche relative ai ricoverati negli ospedali psichiatrici per essere ampiamente documentati. Né, ci pare, può ipotizzarsi un gruppo di controllo costituito da ricoverati in ospedale psichiatrico, rispetto al gruppo oggetto di ricerca, di soggetti ricoverati in manicomio giudiziario; vi sono, infatti, notevoli variabili a differenziare i due gruppi e ad impedire una efficace comparazione: basti pensare, come già si è rilevato nelle « premesse » di questa relazione, alla diversa importanza criminogena delle singole

malattie mentali; all'ampia possibilità, negli ospedali psichiatrici, di dimissioni, rese impossibili nei manicomi giudiziari dai minimi di misura di sicurezza; ai frequenti periodici ricoveri degli stessi individui negli ospedali psichiatrici, in rapporto alle fasi ed al decorso della malattia, nello stesso unico periodo in cui nel manicomio giudiziario i soggetti continuano ad essere ricoverati fino al raggiungimento del minimo di sicurezza; alla obbligatorietà del ricovero in manicomio giudiziario per la totalità dei prosciolti per vizio totale di mente (almeno per la maggior parte dei reati) in contrasto col ripartirsi dei malati di mente comuni tra le cliniche private e gli ospedali psichiatrici, in rapporto a fattori diversi (condizioni economiche, fasi reversibili ed irreversibili della malattia, ecc.); alla mancanza, negli ospedali psichiatrici civili, di un gruppo comparabile con quello dei ricoverati in case di cura e di custodia.

Bastino le predette considerazioni a documentare la opportunità, ai fini della ricerca in esame, di concentrare le indagini cliniche sui soggetti ricoverati in manicomio giudiziario ed in casa di cura e di custodia.

### 1) Scelta del campione

Ai fini della scelta del campione si sono acquisiti i seguenti dati:

a) Il numero dei prosciolti nei singoli manicomi giudiziari è risultato come segue (da informazioni attinte nei competenti Uffici del Ministero di Grazia e Giustizia):

M.G. di Aversa	331 (al 30-4-1970)
M.G. di Napoli	74 (al 30-4-1970)
M.G. di Montelupo Fiorentino	110 (al 30-4-1970)
M.G. di Reggio Emilia	59 (al 30-4-1970)
M.G. di Barcellona Pozzo di Gotto	226 (al 31-3-1970)
Sez. Giudiz. dell'Ospedale Psichiatrico di Castiglione delle Stiviere:	
maschi	379 (al 31-3-1970)
femmine	51 (al 31-3-1970)
M.G. di Pozzuoli per donne	86 (al 30-4-1970)

In totale i prosciolti sono risultati, dai dati sopra riportati, n. 1179 uomini e n. 137 donne.

b) Il numero dei ricoverati nella casa di cura e di custodia di Aversa è risultato di circa 250 (da informazioni avute in loco); quello dei ricoverati nella casa di cura e di custodia di Barcellona Pozzo di Gotto è risultato di 27.

Le ricoverate nella casa di cura e di custodia di Pozzuoli (unica per donne) sono in numero trascurabile (in genere qualche unità).

c) Non vi è, in genere, una decisa ripartizione dei ricoverati nei vari manicomi giudiziari, in rapporto alla provenienza regionale, per cui nei singoli istituti si trovano soggetti di provenienza molto diversa; da ciò deriva che la scelta di un campione solo da alcuni manicomi giudiziari non comporta che influenze irrilevanti di elementi come variabilità di giudizi in sede peritale o giudiziaria.

Sulla base di tali dati si è stabilito di scegliere un campione casuale dei prosciolti di sesso maschile ricoverati nei manicomi giudiziari di Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto e Castiglione delle Stiviere (che sono risultati accogliere, sulla base dei dati preliminari, 936 prosciolti e che geograficamente appartengono a tre diverse zone di Italia in modo da raggruppare comunque, anche per tale situazione, soggetti delle più diverse provenienze); si è stabilito poi di scegliere un altro campione casuale dai ricoverati nelle case di cura e di custodia di Aversa e di Barcellona Pozzo di Gotto.

Si è stabilito di scegliere i soggetti da esaminare con il metodo della alfabetizzazione, registrando un caso su ogni 10 ricoverati distribuiti in ordine alfabetico, per ogni istituto, tenendo conto della suddivisione in prosciolti che sono nel minimo della misura di sicurezza e prosciolti con proroga della stessa, data la notevole probabilità di situazioni cliniche diverse nei due casi.

Si è ritenuto di limitare l'indagine ai ricoverati di sesso maschile, dato lo scarso numero delle donne ricoverate e data anche la conseguente necessità di scegliere un campione più consistente, che avrebbe alterato l'uniformità del campione totale; non poteva, infatti, ritenersi rappresentativo un campione del 10%

del totale delle donne ricoverate, data la esiguità numerica del totale stesso e la presumibile varietà di situazioni cliniche; ciò era particolarmente evidente per le donne ricoverate in casa di cura e di custodia. Le considerazioni esposte valgono anche per la esclusione, già fondata sulle ragioni più sopra riferite, dei soggetti con pena sospesa o con procedimento penale sospeso o con applicazione provvisoria di misure di sicurezza. Considerazioni analoghe valgono anche per l'esclusione dei minorenni; si tratta, in sostanza, di gruppi diversi, numericamente poco importanti, e che possono essere oggetto di indagine a parte.

## 2) Registrazione dei casi

Per la registrazione dei casi si è elaborata la seguente scheda:

### I - notizie generali

a) Istituti

b) Sesso

c) Età

- 1) 18-20
- 2) 20-25
- 3) 25-30
- 4) 30-35
- 5) 35-40
- 6) 40-45
- 7) 45-50
- 8) 50-55
- 9) 55-60
- 10) 60-65
- 11) oltre 65

d) Professione

- 1) imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, impiegati
  - a) agricoltura
  - b) industria
  - c) altre attività

2) lavoratori in proprio

- a) agricoltura
- b) industria
- c) altre attività

3) lavoratori dipendenti e coadiuvanti

- a) agricoltura
- b) industria
- c) altre attività

4) condizioni non professionali

e) Luogo di nascita: *Comune*

f) Luogo di residenza: *Comune*

g) Istruzione

- 1) analfabeta
- 2) istruz. elementare
- 3) istruz. scuola media
- 4) istruz. superiore alla precedente

### II - reato e trattamento penale e penitenziario

a) Reato:

- 1) contro la personalità dello Stato
- 2) » la pubblica amministrazione
- 3) » l'amministrazione della Giustizia
- 4) » il sentimento religioso e la pietà dei defunti
- 5) » l'ordine pubblico
- 6) » l'incolumità pubblica
- 7) » la fede pubblica
- 8) » l'economia pubblica, l'industria e il commercio
- 9) » la moralità pubblica e il buon costume
- 10) » l'integrità e la sanità della stirpe
- 11) » la famiglia
- 12) » la persona
- 13) » il patrimonio
- 14) » contravvenzioni

b) Data del reato. Intervallo di anni tra il reato e l'osservazione attuale:

*Età al momento del reato:*

- 1) fino a 2 anni

- 2) da 2 a 4 anni
  - 3) da 4 a 6 anni
  - 4) da 6 a 8 anni
  - 5) da 8 a 10 anni
  - 6) oltre 10 anni
- c) Data della sentenza. Intervallo di anni tra questa e l'osservazione attuale:
- 1) fino a 2 anni
  - 2) da 2 a 4 anni
  - 3) da 4 a 6 anni
  - 4) da 6 a 8 anni
  - 5) da 8 a 10 anni
  - 6) oltre 10 anni
- d) Misura di sicurezza:
- d.1) manicomio giudiziario  
minimo
- 1) 2 anni
  - 2) 5 anni
  - 3) 10 anni
- proroghe
- 1) durata
  - 2) numero
- d.2) casa di cura e di custodia  
minimo
- 1) 6 mesi
  - 2) 1 anno
  - 3) 3 anni
- proroghe
- 1) durata
  - 2) numero
- α) Misura di sicurezza effettuata dopo la pena
- β) Misura di sicurezza effettuata prima della pena
- γ) Misura di sicurezza effettuata durante la pena
- e) Durata del ricovero (dall'inizio del ricovero alla osservazione attuale):
- 1) fino a 6 mesi
  - 2) da 6 mesi a 12 mesi

- 3) da 1 a 2 anni
- 4) da 2 a 3 anni
- 5) da 3 a 4 anni
- 6) da 4 a 5 anni
- 7) da 5 a 6 anni
- 8) da 6 a 7 anni
- 9) da 7 a 8 anni
- 10) da 8 a 9 anni
- 11) da 9 a 10 anni
- 12) oltre 10 anni

### III - quadro clinico

#### a) Diagnosi

in perizia

in cartella clinica

nell'attuale osservazione

#### a.1) Psicosi:

- 1) Schizofrenia
- 2) Paranoia e psicosi paranoide
- 3) Psicosi maniaco-depressiva
- 4) Psicosi senile, presenile, da arteriosclerosi cer., melanconia involutiva
- 5) Psicosi alcoolica
- 6) Psicosi epilettica
- 7) Altre psicosi di etiologia nota
- 8) Altre e non specificate psicosi

#### a.2) Psiconeurosi:

(Stato ansioso senza sintomi somatici; reazione isterica senza stato ansioso; fobia; ossessione e reazione impulsiva; reazione neurodepressiva; turbe psiconeurotiche di altro tipo).

#### a.3) Turbe del carattere, del comportamento e dell'intelligenza:

- a) Personalità psicopatiche
- b) Alcoolismo
- c) Altre tossicomanie
- d) Oligofrenie
- e) Carattere epilettico

- f) Altre e non specificate turbe del carattere, del comportamento e dell'intelligenza.
- b) Attuale fase di decorso
- b.1) *Sindrome regredita*:
- 1) con personalità normale
  - 2) con personalità abnorme
- b.2) *Sindrome in fase di remissione marcata*:
- 1) riordinamento formale
  - 2) buona ricomposizione interiore
- b.3) *Sindrome tuttora in atto*:
- 1) aggravamento
  - 2) oscillazioni
  - 3) impoverimento della sintomatologia
- b.4) *Sindromi croniche irreversibili ed esiti irreversibili.*
- b.5) *Personalità nei limiti della variabilità normale.*
- b.6) *Con « turbe del carattere, del comportamento o dell'intelligenza », e per le quali non risultano sicuri episodi morbosi pregressi (salvo di malattia).*
- c) *Indicazioni di trattamento (sulla base del dato clinico attuale)*
- c.1) *Proposta di dimissione*:
- 1) sì
  - 2) no
  - 3) giudizio da riservarsi dopo ulteriore osservazione e/o trattamento
- c.2) *Trattamento (indipendentemente dalla dimissibilità)*:
- 1) trattamento medico-psichiatrico
  - 2) trattamento psico- e socio-terapico
- d) *Rapporti con i familiari*
- A) no
- B) sì
- 1) familiari disposti ad assistenza attiva
  - 2) familiari con interesse generico
  - 3) familiari non idonei alla assistenza
- e) *Curriculum penitenziario*
- A) *detenzione in carcere precedentemente al ricovero in ma-*

nicomio giudiziario:

- 1) durata e trasferimenti
- 2) comportamento

B) *precedenti ricoveri in manicomio giudiziario o ospedale psichiatrico*

C) *subito in manicomio giudiziario*

3) *Breve commento alla scheda di registrazione*

#### I - notizie generali

a) *Istituti*: la ripartizione della casistica per i singoli istituti presi in esame potrà permettere di approfondire le eventuali differenze di caratteristiche dei singoli campioni.

b) *Sesso*: dato il numero limitato di soggetti di sesso femminile si è stabilito di esaminare solo la popolazione maschile, come già chiarito in sede di esposizione dei criteri di « scelta del campione ».

c) *Età*: le classi di età sono quelle riportate nell'Annuario di statistiche sanitarie, per i malati di mente ricoverati in istituti di cura; ciò può permettere la comparazione con i dati ivi riportati.

d) *Professioni*: queste sono state classificate come nell'Annuario di statistiche sanitarie, per gli stessi scopi di cui alla lettera c).

e) *Luogo di nascita e Luogo di residenza*: sono stati distinti in regioni. Tale sistema è quello adottato dall'annuario di statistiche sanitarie e da quello di statistiche giudiziarie: ciò consente utili comparazioni.

f) *Istruzione*: dato il tipo di popolazione esaminata, sembra opportuna la distinzione nelle categorie proposte.

#### II - reato e trattamento penale e penitenziario

a) *Reato*: la distinzione dei reati è effettuata secondo i titoli

del libro II del codice penale.

b) *Data del reato*: essa è rilevante per stabilire l'intervallo intercorso al momento dell'osservazione attuale; l'evoluzione clinica va valutata, infatti, anche in rapporto a tale tempo.

c) *Data della sentenza*: è parso opportuno, attesa anche la relativa facilità di acquisire questo dato, avere notizie del tempo intercorso tra il reato e la sentenza penale.

d) *Misura di sicurezza*: si acquisisce il dato della durata minima della misura di sicurezza e quelli del numero e della durata di eventuali proroghe.

Per i ricoveri in casa di cura e di custodia si registra anche se la misura di sicurezza è stata eseguita prima o dopo la pena.

e) *Durata del ricovero*: tale dato è stato registrato, poiché il ricovero in manicomio giudiziario può essere stato effettuato a distanza di tempo dall'arresto, dopo un periodo di detenzione in un ordinario carcere giudiziario. Si potranno avere così dati più completi per una corretta valutazione dell'evoluzione del quadro clinico.

### III - quadro clinico

a) *Diagnosi*: si è adottata la classificazione delle malattie mentali contenuta nell'Annuario delle statistiche sanitarie, allo scopo di consentire un raffronto con i dati relativi ai ricoverati in istituti di cura per comuni malati mentali.

Sono stati effettuati raggruppamenti di alcune forme, la cui distinzione nei singoli casi può essere alquanto difficile, in un esame non molto approfondito. Si sono perciò raggruppate le tipiche sindromi mentali della vecchiaia; le psiconeurosi; le « personalità patologiche » e quelle « immature ».

E' parso opportuno, invece, distinguere le psicosi epilettiche dal semplice carattere epilettico.

Si è tentato di acquisire i dati relativi alle diagnosi in tre situazioni diverse: in perizia, nella cartella clinica, nell'osservazione attuale: su quest'ultimo aspetto ci fermeremo più avanti per alcune considerazioni.

b) *Attuale fase di decorso*: poiché la durata della misura di sicurezza è strettamente legata alla categoria giuridica, piut-

tosto che al quadro clinico, è stato necesasrio registrare lo stato attuale non solo come « diagnosi », ma anche come fase di decorso della sindrome.

Le differenziazioni stabilite esigono qualche chiarimento più particolareggiato che esporremo più avanti.

c) *Indicazioni di trattamento*: per approfondire il problema della realtà clinica dei soggetti ricoverati in manicomio giudiziario o in casa di cura e di custodia, è parsa opportuna una classificazione dei soggetti a seconda delle indicazioni di trattamento. Si possono così distinguere i soggetti che, per la realtà clinica, sarebbero suscettibili di dimissioni; quelli che hanno invece bisogno di trattamento ospedaliero; quelli per i quali occorrerebbe una osservazione più prolungata per addivenire ad un giudizio preciso.

Tutti i soggetti vengono divisi, inoltre, in due gruppi, a seconda che sia prevalentemente indicato un trattamento somatico (farmacoterapia, terapie convulsivanti, ecc.) o un trattamento psico- e socio-terapico.

Tutto ciò vale a desumere notizie utili sulle strutture più necessarie negli istituti, per un efficace trattamento dei soggetti ricoverati, sulla base della realtà clinica di questi.

#### 4) *Considerazioni in tema di differenziazione delle diagnosi e delle fasi attuali di decorso.*

a) Circa la registrazione delle diagnosi nei tre momenti della perizia, della cartella clinica e della osservazione attuale, sono necessarie alcune considerazioni.

Se l'ipotesi di una coincidenza fra giudizio diagnostico attuale, diagnosi formulata dai medici di reparto ed inquadramento nosografico avanzato all'epoca della perizia psichiatrica, non suscita particolari problematiche ed anzi conferisce un'ulteriore grado di validità al primitivo enunciato diagnostico, l'evenienza di una difformità tra tali enunciati, lungi dal porre immediatamente in essere la possibilità del criterio dell'errore, sollecita una complessa serie di problemi che deve essere quantomeno

indicata nei suoi aspetti generali e quindi discussa circostanzialmente, là dove è possibile, per ciascun caso concreto.

E' bene prendere subito posizione sui cosiddetti quadri di manifestazioni psicopatologiche le cui singolari autonomie sono tali in quanto alla loro enucleazione si è proceduto per il tramite di direttrici speciali, le quali o si sono presupposte una dicotomia dell'attività psichica in vita affettiva e vita di pensiero, ovvero si sono determinate secondo una tripartizione delle funzioni superiori in istanze istintive, sollecitazioni emotivo-affettive, componenti intellettuale-razionali dell'essere individuale.

E' accaduto che secondo tali direttrici si sono costruiti quadri di manifestazioni psicopatologiche, nei quali si è assegnata prevalenza determinante all'uno od all'altro gruppo e tale prevalenza, oltreché sussumersi al titolo di sintomo fondamentale, è divenuta nella pratica il sintomo guida alla diagnosi.

La realtà di fatto è però che nella malattia mentale non si hanno funzioni psichiche totalmente alterate che si contrappongano ad altre funzioni totalmente integre, ma invece che funzioni compromesse con un certo grado di prevalenza affianchino la totalità delle restanti funzioni anch'esse alterate in tal misura da poter le medesime divenire, a loro volta, utili sintomi-guida alla diagnosi.

Ne segue che l'interprete del fatto clinico, nel suo porsi in atteggiamento diagnosticamente condizionante, disponga della massima possibilità di scelta tra i sintomi e che la diagnosi discenda alla fine secondo l'ipotesi strutturale che egli ha abbracciato riguardo alla duplice od alla triplice ripartizione della vita psichica medesima .

Ora se questo è il punctum dolens riguardo al sistema nosologico, un secondo punto è rappresentato dal fatto che se la semeiotica dispone a priori della più larga disponibilità di sintomi-guida, non altrettanto ne offre il caso clinico concreto, cosicché non sempre è consentito l'uso di quei corredi di sintomi che pure sarebbero essenziali alla diagnosi.

Accade infatti, e non infrequentemente, che pochissimi siano gli elementi clinicamente validi che possono essere derivati da una investigazione dei livelli appetitivo-tendenziali o ancora dagli strati istintuali, così come non è sempre possibile pervenire a decisioni inoppugnabili su un particolare tipo di decorso dell'ideazione nel quale il contenuto da solo non enunci macro-

scopici errori di giudizi o prevalenti finalità di conduzione del discorso, sì da apparire immediatamente abnorme o patologico.

E' fatto obbligo in tali casi di ripiegare sulla valutazione dell'affettività, sui suoi spostamenti, sulle sue espansioni o contrazioni, ma nessuno può tacersi come siffatti ripieghi lungi dal consentire un effettivo svisceramento della malattia psichica di base, permettano soltanto inquadramenti relativi e tutt'altro che completi.

Di tali difficoltà è detto ampiamente nella trattatistica e lo stesso Kraepelin, cui premeva l'identificazione di quadri psicopatologici secondo tratti il più possibile puri, ha sempre sostenuto la tesi del valore di decorso del complesso sintomatico come elemento fondamentale alla diagnosi.

Il criterio del decorso nel tempo del quadro morboso se ha però consentito un affinamento dei presupposti conoscitivi della diagnostica, ha altresì rilevato la suscettibilità di non pochi quadri psicopatologici a subire mutamenti nella loro evoluzione ed un tale ordine di aggregazioni e di dissolvimenti dei sintomi clinici da non consentire che per taluni quadri fosse possibile un orientamento diagnostico univoco. Sono sorti al riguardo i cosiddetti quadri misti, contrapposti alle forme nucleari pure ed altresì fronteggiati da quadri marginali.

Né va poi trascurato l'elemento intrinsecamente evolutivo del quadro psicopatologico intorno al quale — attese le molteplicità di evoluzione-esito delle forme morbose psichiatriche — sussistono pur sempre rilevanti incertezze.

E ciò non soltanto a causa del concorso di una plurima serie di motivi che attingono alla costituzione prima che alla malattia, ma altresì perché la moderna psicofarmacologia si è dimostrata capace di conferire non pochi mutamenti ai quadri di manifestazioni psicopatologiche, così come ha realizzato in taluni di essi spegnimenti di processi, svuotamenti sintomatologici o coperture di dati clinici, sì da indurre a non poche sospensioni del giudizio diagnostico.

Parliamo di spegnimenti, di svuotamenti, di coperture di sintomi, ma dobbiamo altresì parlare di sommazioni di effetti farmacologici propri degli psicofarmaci, sommazioni che modificano i tratti fisionomici ideali e singolari di un dato quadro clinico confinandolo ad espressione marginale della psicosi che gli fa da substrato o ancora riducendolo atipico rispetto alla sua originaria struttura nucleare.



Se un confronto fra decorsi della psicosi distimica, quali si avevano anteriormente all'ES-terapia, e quelli che si hanno oggi, ci denuncia una differenza che incide quasi di un buon semestre sul tempo di malattia, non è meno vero che un analogo confronto fra esiti delle schizofrenie, condizioni una situazione limite del tutto particolare, essendo oggi frequentissimo, se non addirittura costante, quell'assetto defettuale della personalità residua che era considerato come una vera rarità all'epoca di E. Bleuler.

Ora chiunque abbia pratica di psichiatria non ignora quanto sia difficile estrarre da una personalità con difetto post-psicotico l'originario assetto sintomatologico della schizofrenia sofferta a suo tempo e ciò sia che si considerino gli elementi produttivi del quadro clinico, sia che se ne rivalutino quelli defettuali di base. Nel difetto, invero, l'elemento produttivo è scomparso, ma questo è stato essenziale alla diagnosi, mentre la sua assenza rende impossibile al paziente il suo ripensamento retrospettivo. L'esperienza psicotica sia essa d'ordine psicosensoriale (allucinatoria) o appartenga al pensiero, una volta che si sia sopita, non offre alcun mezzo per ripercorrerla, appartenendo la medesima al novero di quei *salti* che solo la malattia può realizzare nelle fasi più opportune di essa.

Questo può dirsi ben a ragione di tutti gli eventi tipici singolari della vita psichica alienata. Il delirio di indegnità del distimico, l'idea oltimica della rovina economica o della malattia vergognosa che ha colpito il corpo (dell'ipocondriaco) non solo non vengono spontaneamente rievocati dal paziente una volta uscito dalla fase melanconica, ma, contestatigli, gli appaiono estranei ed ancor più che estranei impossibili.

Identicamente accade financo nei deliri lucidi i quali hanno in sorte — specie nelle personalità cosiddette sensitive — spegnimenti gradualmente e beneficiano di ricomposizioni attenuative soprattutto nelle atmosfere di isolamento degli ambienti manicomiali. In questo adagiarsi nella neutralità di una situazione che ha riversato nella distanza i motivi alimentativi del tema delirante, accade che anche il tema si distanzi, che il singolo rinunci alla dialettica intenzionale del suo sviluppo, sì da rendere pressoché impalpabili le trame dentro le cui strutture era possibile la sua evocazione.

Ma nemmeno dagli elementi defettuali, propri della psicosi

e dei suoi esiti, può essere agevole una ricostruzione logicorazionalmente esauriente di molti stati psicotici. Fatalmente perduto il pensiero saltigrado o la fuga delle idee, possono residuare incertezze od ambivalenze, perdite di iniziativa, povertà di risonanze, che potrebbero benissimo attribuirsi ad aspetti caratterologici di personalità normali o di varianti di personalità sul tipo di quelle che caratterizzano l'astenico, l'abulico, l'apatico. Niente quindi di decisamente inequivocabile ai fini di questo necessario processo induttivo di ristrutturazione dell'antecedente situazione psicotica.

Ciò naturalmente non accade in tutti i casi che interessano la psichiatria. Il gruppo delle psicosi a nosologia sindromica dell'ordine delle oligofrenie e delle demenze non pone in presenza di tali problematiche. Nemmeno le pongono le psicosi epilettiche e le altre psicosi a substrato fondabile su basi somatiche, ma per esse non dobbiamo dimenticare che la diagnostica qui è a doppio binario: in parte psicopatologica, in parte somatologica ed i reperti che fornisce quest'ultima posseggono una fondatezza che può essere controllata e verificata da chiunque.

Accade però — almeno a tutt'oggi — che le psicosi a substrato somatico manifesto siano quelle statisticamente meno frequenti nei materiali casistici dei manicomi giudiziari, sempreché si prescindano dalle psicosi alcoliche e dall'alcoolismo cronico che, per contro, beneficiano di più larga rappresentazione.

Una problematica pur sempre aperta lasciano invece i casi di soggetti affetti da psicosi schizofreniche e psicosi distimiche.

Un discorso a parte va fatto per gli epilettici e per gli alcoolisti.

Gli epilettici — come è noto — possono presentare disturbi psichici intercritici ed extra-critici, indipendentemente cioè dalla malattia neurologica che essi presentano. In questi ultimi sono individuabili miglioramenti, aggravamenti o altri mutamenti nel quadro psicopatologico, che consentono più o meno di ricostruire lo stato psicotico di partenza; nei primi, invece, i trattamenti antiepilettici istituiti hanno, il più delle volte, ragione della fenomenologia psicopatologica intercritica ed in tali casi una ricostruzione del quadro originario è impossibile.

Si dovrebbe sempre disporre oltrecché del giudizio del perito anche di una scheda nosologica illustrativa, redatta durante le prime fasi della detenzione, onde poter istituire un conveniente confronto.

Non meno problematico è il caso degli alcoolisti o di soggetti affetti da psicosi alcooliche acute.

Il quadro psicopatologico di base è irricostruibile trattandosi di forme nelle quali l'alterazione della coscienza sottrae al soggetto qualsiasi disponibilità di ricordi.

Per altro il miglioramento degli alcoolisti in Manicomio è veramente stupefacente, sì da rendere difficile l'apprezzamento di quell'organica alterazione della personalità che ne sarebbe il presupposto psicopatologico. Vi è comunque il pericolo di prendere per cronico alcoolista, lo psicopatico disforico bevitore abituale, la cui disforia permane anche durante la fase di obbligata astinenza nel ricovero manicomiale.

Da quanto esposto si deduce che una diversità eventuale di diagnosi tra perizia, cartella clinica ed osservazione attuale, va valutata alla luce non di un semplicistico criterio di errore, ma di una complessa problematica, che deve tener conto di criteri diversi, come difficoltà diagnostiche differenziali, modifiche del quadro clinico in rapporto a terapia o a decorso, con difficoltà di ricostruire quello originario e possibilità di inquadramento del quadro clinico attuale in categorie nosografiche diverse.

b) Relativamente al problema dei decorsi ed alla rilevazione dello stato psichico all'atto della presente ricognizione, sono state attuate distinzioni che sollecitano un qualche preliminare commento.

Non vi è dubbio che — clinicamente parlando — si abbiano *regressioni* a carico di tutto un dato complesso sindromico o di una parte soltanto del medesimo. Da questo punto di vista abbiamo ritenuto esatto parlare di *sindrome regredita*, così come ci è parso giusto annotare la eventuale parzialità di questa al titolo di *fase di remissione marcata*. E' parso però opportuno distinguere, accanto alla regressione del quadro di manifestazioni psicopatologiche, cosa e quanto è eventualmente residuo alla personalità che ha subito la psicosi. Ciò ci è sembrato giustificato non solo sotto il profilo del mero *decorso*, ma altresì come fattore decisivo sia rispetto ad una *prognosi* che relativamente ai *trattamenti* da doversi praticare sia allo stato presente che in futuro.

In tal senso abbiamo distinto nelle regressioni una *restitutio*

*ad integrum* in senso proprio, caratterizzato dall'assenza di sequele a carico della personalità, da una *restitutio con sequele in personalità anormale*. Ovviamente qui tocchiamo il problema dei difetti post-psicotici, problema che al di là delle sue questioni interne, che davvero non sono poche, è stato da noi risolto — attesi gli aspetti di esclusiva praticità dell'indagine — in termini quantitativo-qualitativi di valutazione globale della personalità.

Avremmo potuto distinguere — da un punto di vista teorico — difetti prevalentemente qualitativi a carico delle diverse strutture mentali, dai difetti più spiccatamente quantitativi di una o più prestazioni, ma siffatta distinzione non avrebbe potuto non apparire innaturale, soprattutto quando — così come accade in psicopatologia clinica — è ben noto che non si può impunemente prendere posizione circa la qualità, trascurando il quantitativo, o considerare solo quest'ultimo aspetto, ignorando gli aspetti qualitativi che vi sono sottintesi.

Identicamente è accaduto per le remissioni parziali o per quelle globali ma di grado modesto.

Come è noto ogni regressione investe vuoi il comportamento in senso stretto del paziente, vuoi il suo substrato psichico, ed è noto parimenti che ad un riordinamento del contegno non sempre si affianca una effettiva ricomposizione interiore, così come sono molteplici i gradi del ricomponimento interno di una psiche. Operando la distinzione fra riordinamento formale e buona ricomposizione interiore, abbiamo mostrato di prendere in considerazione gli aspetti praticamente più qualificativi delle remissioni; aspetti che più agevolmente si possono proiettare sia in funzione di prognosi che di terapia consecutiva.

V'è poi da dire che così come esistono le remissioni, sussistono altresì quadri di manifestazioni psicopatologiche che nel tempo permangono floridi, produttivi cioè di ulteriori sintomi clinici e di correlative esperienze psicopatologiche. Si tratta — da un punto di vista classificatorio — di distinguere ciò che può essere rapportato alla naturale espansione dinamica di una sindrome psicopatologica, da ciò che va invece riferito ad un impoverimento sindromico; così come è necessario distinguere ciò che è prodotto da naturali oscillazioni della psicosi, sia nel suo tipico svolgimento, sia nelle sue commistioni psicogene, somatogene, sovrastrutturali.

In presenza di espansioni dinamiche, ci è parso opportuno parlare di *aggravamenti*, avendosi qui effettivamente intensifi-

cazione sia a carico del processo psicopatologico di base, sia a carico del campo d'azione della malattia di fondo sulla persona.

In presenza di una riduzione dinamica della psicosi, abbiamo preferito parlare di *impoverimento*, essendo tale termine immediatamente trasferibile su prognosi e terapia ed essendo il medesimo ricco di facili connessioni in vista del giudizio clinico.

Per il complesso delle commistioni e degli spostamenti dell'asse sindromico abbiamo parlato di *oscillazioni*, in quanto queste prevedono il riassetto dell'asse sindromico originario e l'evoluzione verso esiti appartenenti più propriamente a quest'ultimo.

Una considerazione a parte hanno poi avuto le *sindromi croniche ad evoluzione irreversibile* (come demenze ed oligofrenie marcate). Dato l'esteso ambito che la rappresentazione nosografica trova negli Istituti psichiatrici giudiziari, abbiamo dovuto preoccuparci altresì degli *abnormi in senso lato* (per i quali la tipologia del disturbo psichico può interessare prevalentemente una, piuttosto che le restanti dimensioni della psichicità), così come abbiamo dovuto considerare tutti quei casi nelle cui biografie non è emerso un effettivo *salto nella psicosi*. Rientrano in questo gruppo forme reattive, siano esse differenziate in una direttrice caratteriale ovvero prive di determinabilità nosologica.

Vi sono però reazioni che si disarticolano dal motivo che le ha determinate e qui il salto di malattia è così evidente da dover imporre una speciale sistematica clinica (quella degli sviluppi) cui inerisce una particolare prognosi ed una specifica terapia.

## B) ATTUAZIONE DELLA RICERCA

Per il campionamento si è proceduto come segue:

a) per i prosciolti sono risultati presenti nei singoli *manicomi giudiziari*, al momento dell'indagine, i seguenti gruppi di soggetti:

### *Manicomio giudiziario di Aversa:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	n.	241
Soggetti con proroga della misura di sicurezza	»	62
Totale	n.	303

### *Manicomio giudiziario Barcellona:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	n.	184
Soggetti con proroga della misura di sicurezza	»	3
Totale	n.	187

### *Sez. giudiziaria dell'O.P. di Castiglione delle Stiviere:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	n.	236
Soggetti con proroga della misura di sicurezza	»	75
Totale	n.	311

Si è provveduto alla registrazione di un caso ogni 10 soggetti ricoverati, distribuiti in ordine alfabetico, in elenchi distinti per i soggetti nel minimo e per quelli con proroga della misura di sicurezza; ciò per ogni istituto.

Per il manicomio giudiziario di Barcellona, non è stato possibile, ovviamente, estrarre un campione dei prosciolti in regime di proroga, dato che i presenti erano solo tre. Si è ritenuto, tuttavia, di includere anche questi tre casi nella casistica esaminata, per i seguenti motivi: a) tale inclusione non è risultata modificare il comportamento generale dei fenomeni studiati; b) è risultato che nel manicomio giudiziario di Barcellona si attua con una certa larghezza (si veda a pag. 83 e 84) il trasferimento in Ospedale psichiatrico civile dei prosciolti che alla scadenza del minimo della misura di sicurezza non possono essere rinviiati in famiglia per l'esistenza di disturbi psichici che lo sconsigliano; i tre presenti possono quindi considerarsi un campione dei soggetti che avrebbero potuto avere una proroga della misura di sicurezza, secondo i criteri adottati in altri manicomi giudiziari; c) in accordo con quanto sopra, la inclusione dei tre soggetti avvicina, nel caso del manicomio giudiziario di Barcellona, il rapporto tra prosciolti nel minimo e quelli con proroga, ai rapporti rilevati negli altri manicomi giudiziari: campionando al 10% si ha un rapporto 4 : 1 per il manicomio giudiziario di Aversa e 3,2 : 1 per quello di Castiglione; includendo i tre casi di Barcellona, si ha per quest'ultimo

manicomio giudiziario un rapporto 6 : 1 (altrimenti si sarebbero avuti 18 prosciolti nel minimo e 0 con proroga).

Comunque il fatto che il comportamento generale dei fenomeni studiati non è risultato alterato (il che avrebbe potuto far sorgere ovvie perplessità sull'influenza dei tre casi di Barcellona nelle alterazioni rilevate e quindi dubbi sulla rappresentatività del campione così ottenuto) ha suggerito di includere i tre casi di Barcellona, e di non trascurare, quindi, completamente, la fenomenologia dei prosciolti con proroga, di quest'ultimo manicomio giudiziario.

Si deve ancora rilevare che il numero più basso dei prosciolti con proroga, rispetto a quelli nel minimo della misura di sicurezza, ha prospettato l'eventuale necessità di un campione più numeroso, per essere sufficientemente rappresentativo. Si è operato perciò un controllo, campionando 1 : 5 invece che 1 : 10, per il gruppo dei prosciolti con proroga ricoverati nel manicomio giudiziario di Aversa. Non si sono avute, però, differenze significative. Ciò deve attribuirsi alla maggiore omogeneità — dal punto di vista clinico ed in genere dei fenomeni di maggiore interesse ai fini della ricerca in esame — del gruppo dei soggetti con proroga, rispetto a quello dei soggetti nel minimo della misura di sicurezza, per cui anche con un numero totale più basso, il campionamento 1 : 10 rimane sufficientemente significativo.

Per i prosciolti nel minimo, si è operato un controllo sulla base delle frequenze dei singoli raggruppamenti diagnostici nelle cartelle del campione ed in quelle del totale; non si sono avute differenze significative.

In conclusione, dunque, è parso che un campione del 10% dei singoli gruppi fosse sufficientemente significativo.

Il campione su cui è stata fondata la ricerca, per i prosciolti è risultato, quindi, formato come segue:

*Manicomio giudiziario Aversa:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	24
Soggetti con proroga della misura di sicurezza	6
Totale	30

*Manicomio giudiziario Barcellona:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	18
Soggetti con proroga della misura di sicurezza	3
Totale	21

*Sezione giudiz. dell'O.P. di Castiglione:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	23
Soggetti con proroga della misura di sicurezza	7
Totale	30

Si è dunque operato su una casistica totale di 81 prosciolti di cui 65 nel minimo della misura di sicurezza e 16 con proroga di questa.

b) Per i ricoverati in *casa di cura e di custodia* sono risultati presenti, al momento dell'indagine, i seguenti gruppi di soggetti:

*Casa di cura e custodia di Aversa:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	154
Soggetti con proroga della misura di sicurezza	40

*Casa di cura e di custodia di Barcellona:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	30
Soggetti con proroga della misura di sicurezza	0

Dato il numero non molto notevole dei soggetti, si è preferito campionare al 20%, sempre col sistema della alfabetizzazione; una certa omogeneità del gruppo dei soggetti ricoverati in casa di cura e di custodia, come risulta anche dalle diagnosi delle cartelle cliniche, garantisce, ci pare, la rappresentatività del campione estratto.

Questo, dunque, è risultato così composto:

*Casa di cura e di custodia di Aversa:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	30
Soggetti con proroga della misura di sicurezza	8
Totale	38

*Casa di cura e di custodia di Barcellona:*

Soggetti nel minimo della misura di sicurezza	6
---	---

Si è quindi operato su una casistica di 44 ricoverati in casa di cura e di custodia.

c) *In conclusione* i soggetti su cui si fonda la presente indagine sono complessivamente 125, ripartiti nei gruppi seguenti:

Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza	65
Prosciolti con proroga della misura di sicurezza	16
Ricoverati in casa di cura e di custodia nel minimo della misura di sicurezza	36
Ricoverati in casa di cura e di custodia con proroga della misura di sicurezza	8
Totale	125

Circa le modalità di attuazione della ricerca, deve qui precisarsi che si è iniziato con l'esame dei soggetti ricoverati nell'Istituto di Aversa, da parte di entrambi noi sottoscritti, fino a raggiungere una uniformità di giudizio; quindi uno di noi ha esaminato i soggetti ricoverati a Castiglione delle Stiviere e l'altro ha esaminato quelli ricoverati a Barcellona ed ha completato l'esame dei ricoverati ad Aversa.

Le registrazioni degli esami eseguiti sono state poi esaminate e valutate congiuntamente.

### PARTE III

#### A) ESAME DELLA CASISTICA DEI PROSCIOLTI

##### 1) *Aspetti generali.*

a) *Età.* — Dalle tabelle 1, 2 e 3, in cui sono riportati i prosciolti per gruppi di età, si rileva che prevalgono nettamente i soggetti in giovane età e che dopo i 50 anni si ha una notevole diminuzione dei casi.

Si registra, quindi, un comportamento nettamente diverso da quanto accade per i ricoverati in ospedali psichiatrici civili, e molto più vicino a quello che si registra per i condannati.

Circa il primo aspetto, è opportuno qui ricordare i dati, (v. Tabella a pag. 34) riportati dall'Annuario di statistiche sanitarie per gli anni 1963 e 1964, relativi agli entrati in istituti di cura per malati di mente, e che esemplificano un comportamento sostanzialmente costante negli anni:

Circa il secondo aspetto, riportiamo nella pagina, 35 i dati relativi ai condannati secondo l'età ed il sesso, negli anni dal 1962 al 1967 (riportati negli Annuari di statistiche giudiziarie del 1966 e 1967).

Dai dati riportati si rileva, dunque, che nei condannati si registra una caduta del numero relativo ai gruppi di età più avanzate, analoga a quella registrata per i prosciolti, e ben diversa da quanto si rileva nei ricoverati in ospedale psichiatrico civile; in questi ultimi il gruppo da 45 a 65 anni comprende un numero di soggetti molto vicino a quello del gruppo dai 30 ai 45 anni (per i maschi ricoverati in O.P. nel 1963 abbiamo 11.597 rispetto a 11.712); nei condannati, invece, nello stesso anno, il gruppo 45-65 anni rispetto a quello 30-45 è di 15.316 rispetto a 29.957. Nella nostra casistica abbiamo trovato 18 soggetti dai 45 ai 65 anni rispetto a 35 dai 30 ai 45 anni.

GRUPPI DI ETA'	1963		1964	
	M	F	M	F
Fino a 5 anni	181	65	141	64
5-10	718	274	587	285
10-15	820	425	862	447
15-20	1.822	1.060	1.966	1.111
20-25	3.612	1.859	3.792	1.824
25-30	3.704	2.319	3.849	2.417
30-35	4.102	2.917	4.282	3.002
35-40	4.367	3.133	4.490	3.241
40-45	3.243	2.739	4.034	3.017
45-50	3.234	2.740	3.053	2.529
50-55	3.405	2.989	3.566	3.237
55-60	2.866	2.558	2.894	2.734
60-65	2.092	2.102	2.310	2.256
Oltre 65	4.029	4.727	4.227	5.136
n.i.	94	69	224	215
<b>Totali</b>	<b>38.289</b>	<b>29.976</b>	<b>40.327</b>	<b>31.515</b>

Il fenomeno appare più evidente ove si rilevi che oltre il 65° anno il numero degli entrati in O.P. civile risulta ai livelli più alti dei gruppi di età precedenti, press'a poco come nel gruppo 30-35 anni e superiore a quello del gruppo 25-30 (nelle femmine, anzi, largamente superiore a tali gruppi), contrariamente a quanto si osserva nei condannati e nei prosciolti della nostra casistica.

Occorre subito qui, però, sottolineare un elemento di importanza fondamentale e cioè il diverso comportamento negli ospedali psichiatrici civili rispetto ai manicomi giudiziari, della frequenza delle psicosi senili. Nei primi, alla graduale diminuzione, procedendo verso le età più avanzate, dei casi di schizofrenia, si contrappone l'aumento delle psicosi senili (p. senili propriamente dette, p. presenili, p. da arteriosclerosi cerebrale, melanconia involutiva). Nel 1963 per le schizofrenie si passa da 1.144 per 25-30 anni, a 1.127 per 30-35 anni, 998 per 35-40 anni, 587 per 40-45 anni, 373 per 45-50 anni, 304 per 50-55 anni, 163 per 55-60 anni, 81 per 60-65 anni, 103 per oltre 65 anni. Al contrario le psicosi senili sono 58, 122, 985 rispettivamente per le età 55-60, 60-65 e oltre 65 e quelle da arteriosclerosi cerebrale sono 67, 102 e 604 per gli stessi gruppi di età.

*Condannati secondo l'età ed il sesso dal 1962 al 1967*

ETA'	1962		1963		1964		1965		1966		1967	
	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F	MF	F
da 14 a 25 anni	23.758	2.904	16.821	1.686	21.372	2.159	23.093	2.262	19.499	1.953	20.173	2.184
da 25 a 30 anni	18.277	2.819	11.528	1.534	15.622	1.975	16.975	2.184	14.315	1.769	15.396	1.970
da 30 a 45 anni	44.539	8.253	29.957	4.836	37.789	6.250	40.544	6.870	35.204	5.598	38.398	6.152
da 45 a 65 anni	24.880	5.147	15.316	2.869	18.936	3.554	19.302	3.779	16.869	3.196	18.257	3.554
oltre 65 anni	2.807	652	1.745	381	2.156	487	2.282	554	1.855	403	2.099	449
<b>TOTALI</b>	<b>114.261</b>	<b>19.775</b>	<b>75.367</b>	<b>11.306</b>	<b>95.875</b>	<b>14.425</b>	<b>102.196</b>	<b>15.649</b>	<b>87.742</b>	<b>12.919</b>	<b>94.323</b>	<b>14.509</b>

Nella nostra casistica si è rilevata un'alta percentuale di schizofrenie, e non si sono osservati casi di psicosi senile; del resto è noto che le psicosi dell'età involutiva sono molto scarsamente rappresentate nei manicomi giudiziari.

Si deve, dunque, tener conto della diversa importanza criminogena delle varie malattie mentali; la notevole importanza a questo proposito, delle schizofrenie, che notoriamente sono proprie di età più giovanili, può spiegare le differenze delle frequenze dei gruppi di età, nella casistica dei manicomi giudiziari rispetto a quella degli ospedali psichiatrici civili.

Vogliamo però sottolineare che dai dati più sopra riportati circa i soggetti entrati in ospedale psichiatrico, si rileva che il numero dei casi di soggetti di sesso femminile è di poco inferiore a quello dei casi di soggetti di sesso maschile (nel 1963 abbiamo 29.976 femmine contro 38.289 maschi; rapporto 78,2 : 100); e ciò vale anche per le schizofrenie che sono complessivamente, per il 1963, 4.943 nelle femmine e 6.403 nei maschi (rapporto 77,1 : 100).

Abbiamo visto, invece, che dalle indagini preliminari eseguite per la scelta del campione della presente ricerca, si sono rilevate, contro 1.179 prosciolti di sesso maschile, solo 137 donne (rapporto 100 : 11,6).

Mentre si possono qui invocare, anche per i malati mentali, le varie condizioni che differenziano la criminalità femminile rispetto a quella maschile (e quest'ultimo problema è stato oggetto anche di un recente convegno), si deve comunque ammettere che anche nella genesi della criminalità del malato di mente, intervengono momenti diversi, anche non strettamente legati alla malattia mentale; ed acquista quindi un significato suggestivo l'analogia più sopra rilevata tra il comportamento della frequenza per età, come rilevato nella nostra casistica, e quello che si verifica nei condannati.

Si deve sottolineare che la prevalenza delle età più giovanili, nella nostra casistica, diviene più evidente se si considera l'età al momento del reato (tabelle 4-5-6).

b) *Regioni di nascita e di residenza.* — Nelle tabelle 7-8-9, e 10-11-12, sono riportati i dati relativi ai prosciolti per regione, prima di nascita, e poi di residenza, rispettivamente per il totale dei prosciolti, per quelli con proroga della misura di sicurezza e per quelli nel minimo.

Si deve qui precisare che si sono registrati i seguenti trasferimenti.

Per i prosciolti nel minimo:

*Ad Aversa:*

- N. 1 dalla Lombardia al Lazio
- » 1 » Francia alla Sardegna
- » 1 » Calabria al Lazio
- » 1 » Sardegna in Lombardia
- » 1 » Sicilia in Lombardia

*A Castiglione:*

- N. 1 dalla Calabria al Veneto
- » 1 » Emilia in Lombardia
- » 1 » Puglie in Friuli
- » 1 » Basilicata in Toscana
- » 1 » Jugoslavia in Lombardia

Per i prosciolti con proroga:

*Ad Aversa:*

- N. 1 dalla Campania al Lazio

*A Castiglione:*

- N. 1 dalla Calabria in Lombardia

In sintesi si sono registrati i seguenti trasferimenti (12 totale di 81 soggetti).

- N. 5 in Lombardia (dalla Sardegna, dalla Sicilia, dalla Calabria, dall'Emilia e dalla Jugoslavia).
- N. 1 in Friuli (dalle Puglie).
- N. 1 nel Veneto (dalla Calabria).
- N. 1 in Toscana (dalla Basilicata).
- N. 3 nel Lazio (dalla Calabria, dalla Campania e dalla Lombardia).
- N. 1 in Sardegna (dalla Francia).

In tutti i casi di migrazione interna, il trasferimento si è verificato per motivi di lavoro; il fenomeno della migrazione interna incide, quindi, nella nostra casistica, in circa il 15% dei casi.

Si ripresenta qui, entro certi limiti, un fenomeno già ampiamente rilevato nella criminalità in genere. Nell'Annuario di

statistiche giudiziarie del 1967, per gli entrati in istituti di pena si rilevano, tra l'altro, le seguenti variazioni, per alcune regioni, tra numero dei soggetti nati e numero dei soggetti residenti:

Piemonte	1.684 - 3.482
Lombardia	3.649 - 5.594
Liguria	767 - 1.597
Lazio	3.323 - 4.798
Campania	7.132 - 6.445
Puglie	4.918 - 3.813
Calabria	3.534 - 2.626
Sicilia	7.229 - 5.928
Sardegna	2.243 - 1.805

L'incidenza del fenomeno della migrazione interna è confermata dai dati relativi ai soggetti per regione di nascita e per regione ove è stato commesso il reato.

Si deve rilevare che nella nostra casistica sono rappresentate quasi tutte le regioni; si è registrata una certa maggiore frequenza di casi di soggetti siciliani, per la notevole prevalenza di questi nel manicomio giudiziario di Barcellona.

c) *Istruzione e professione.* — Circa l'istruzione, le tabelle 13, 14 e 15 (relative al totale dei prosciolti, ai prosciolti con proroga ed a quelli nel minimo della misura di sicurezza) dimostrano la notevole prevalenza dei soggetti con istruzione elementare; deve qui precisarsi che in questo gruppo sono stati compresi anche soggetti che non avevano raggiunto la licenza elementare, ma che, avendo frequentato classi elementari, non potevano considerarsi analfabeti; e questi soggetti sono circa la metà del gruppo.

Analogamente va rilevato per i soggetti con istruzione media (frequenza della scuola media col raggiungimento o meno della licenza) o superiore alla media.

Dalla tabella 13 si osserva che sul totale dei prosciolti il gruppo dei soggetti con istruzione elementare costituisce il 62,96 per cento e considerando insieme ad esso anche il gruppo degli analfabeti si raggiunge il 75,31%.

Concordano con i dati relativi alla istruzione quelli circa la professione.

Dalla tabella 16 si rileva che i lavoratori dipendenti e coadiuvanti costituiscono la maggioranza della casistica (64,20 rispetto al 4,93% degli imprenditori, dirigenti, impiegati, al 17,28% dei lavoratori in proprio ed al 13,58% delle condizioni non professionali); gli occupati in agricoltura (spesso solo saltuariamente) prevalgono su quelli nell'industria e sono equivalenti a quelli in altre attività (per queste ultime si tratta in genere di piccoli commerci): si ha infatti nel primo e nel terzo caso 33,33%, nel secondo 19,75%.

Si ha un comportamento alquanto diverso da quello che si rileva negli Istituti psichiatrici civili, ove la categoria degli imprenditori, liberi professionisti, dirigenti ed impiegati è alquanto più rappresentata e, pur prevalendo i lavoratori dipendenti, si ha una larga percentuale di condizioni non professionali. A titolo esemplificativo, riportiamo (ed adattiamo e calcoliamo in percentuale) dall'Annuario di statistiche sanitarie del 1963, i seguenti dati, relativi ai dimessi dagli istituti di cura pubblici e privati per malattie mentali: circa 43% per i lavoratori dipendenti; circa 7% per i dirigenti, liberi professionisti, impiegati; circa 11% per i lavoratori in proprio e circa 37% per le condizioni non professionali. Evidentemente per quest'ultima condizione si ha l'influenza della maggiore presenza di soggetti di sesso femminile e di soggetti già malati e nuovamente ricoverati e poi dimessi.

Anche a questo proposito, dunque, può rilevarsi che i rapporti tra malattie mentali e criminalità vanno visti in funzione anche di elementi come il sesso, esercizio di attività con contatti sociali indipendenti e contrasti interpersonali che facilitano la azione criminosa, ecc.

E' opportuno qui ricordare anche che nei ricoverati in Istituti Psichiatrici civili si registra una prevalenza degli occupati nel settore industriale rispetto a quelli nel settore agricolo e non solo per le psiconeurosi o per il gruppo delle turbe del carattere, del comportamento e della intelligenza, ma anche per le psicosi (a titolo esemplificativo, nel 1963 per i dimessi dagli istituti di cura psichiatrici pubblici e privati si hanno i seguenti dati rispettivi per l'industria e l'agricoltura: per le psicosi 8.007 e 6.337; per le psiconeurosi 7.270 e 2.947; per le turbe del carattere, del comportamento e dell'intelligenza 4.487 e 2.171).

Il fenomeno, ci pare, assume maggiore significato ove si tenga presente che nella nostra casistica gli occupati nell'indu-



stria erano in genere piccoli lavoratori, spesso manovali nell'industria di costruzioni.

Non è il caso, qui, di diffondersi su tali problemi; val la pena solo sottolineare che anche da queste considerazioni si rileva che i rapporti tra malattie mentali e criminalità (come del resto tra tipi di occupazione e disturbi psichici in genere) vanno visti in funzione sia della personalità individuale (e della malattia in sé) sia di condizioni ambientali.

Si tratta di aspetti che meritano di essere ricordati, anche ai fini delle forme di trattamento più idonee ad evitare il ricadere dei malati di mente nel reato.

## 2) *Reato e trattamento penale e penitenziario.*

a) *Reati anche in rapporto alle varie forme morbose.* — Le tabelle 17, 18, 19 indicano i reati rispettivamente nel totale dei prosciolti, in quelli con proroga ed in quelli nel minimo della misura di sicurezza.

I reati sono stati classificati secondo i titoli del codice penale, ed estraendo, nei casi di più reati, quello più rilevante o più importante nella dinamica dell'azione delittuosa.

Si precisano, perciò, qui, alcuni elementi.

I) Nel gruppo dei reati contro la pubblica amministrazione, sono compresi soggetti autori di violenza, minaccia, resistenza, oltraggio, ad un pubblico ufficiale (in un caso, oltraggio ad un magistrato, ma non in udienza), con coesistenza, spesso, di più di queste modalità. In due casi i soggetti si erano resi responsabili anche di lesioni (senza circostanze aggravanti legate alle conseguenze della lesione); in alcuni casi si associavano contravvenzioni per comportamenti come ubriachezza, porto e detenzione abusiva di armi. In sostanza in tutti i casi il momento fondamentale dell'azione delittuosa era rappresentata dall'aggressività verso un pubblico ufficiale.

Tale aspetto va valutato nel quadro delle sindromi osservate nei singoli casi. Rinviando a quanto diremo più avanti, per l'analisi delle diagnosi e dei decorsi, è opportuno qui sottolineare alcuni dati.

Dalla tabella 20, in cui sono riportati i reati in rapporto alle singole forme morbose, si rileva che i soggetti autori di reati contro la pubblica amministrazione sono risultati 2 schi-

zofrenici, 1 affetto da psicosi maniaco-depressiva, 1 da psicosi alcoolica, 1 da paralisi progressiva, 2 personalità psicopatiche e 2 oligofrenici.

Dei due schizofrenici, uno è un soggetto con ripetuti precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico.

Il soggetto affetto da psicosi maniaco-depressiva ha numerosi precedenti penali per oltraggio a pubblico ufficiale e lesioni, commessi in fase maniacale.

Il soggetto affetto da psicosi alcoolica ha precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico e precedenti per ubriachezza. Il soggetto affetto da paralisi progressiva ha precedenti condanne per atti osceni e sottrazione consensuale di minorenne, e si è reso responsabile di minacce ad un funzionario dell'ufficio di collocamento; egli è stato precedentemente ricoverato in ospedale psichiatrico.

Delle due personalità psicopatiche una ha numerosi precedenti, per tentato omicidio, rapina, furto aggravato continuato, calunnia, porto e detenzione di armi da guerra, oltraggio e resistenza a pubblico ufficiale, danneggiamento; egli è stato varie volte ricoverato in manicomio giudiziario in osservazione, per atti autolesionistici spesso simulati, o per perizia; è stato, per reati diversi, condannato, prosciolto, condannato a pena diminuita per vizio parziale di mente; egli alla fine della misura di sicurezza del ricovero in manicomio giudiziario dovrebbe scontare una pena residua di anni 14. L'altro soggetto classificato come personalità psicopatica ha precedenti per furto, renitenza alla chiamata alle armi, violazione di domicilio, danneggiamento.

Dei due oligofrenici, entrambi hanno precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico ed uno ha anche precedenti penali per furto, mendicizia, contravvenzione al foglio di via obbligatorio.

II) Nel gruppo dei reati contro la moralità pubblica ed il buon costume sono compresi soggetti autori di atti osceni, o violenza carnale e atti di libidine a volte eterosessuali a volte omosessuali (su minori), o ratto di minore e tentata violenza carnale; in un caso, di atti di libidine sulla figlia (quest'ultimo aveva precedenti di maltrattamenti alla moglie ed ai figli e di minaccia a mano armata). In qualche caso ai reati sessuali erano associati reati come lesioni, o resistenza a pubblico ufficiale.

Il soggetto schizofrenico era già stato precedentemente ri-

coverato in ospedale psichiatrico; altrettanto si è rilevato per il soggetto affetto da psicosi alcoolica (autore degli atti di libidine sulla figlia), per il quale la moglie ha proposto procedimento di interdizione; dei tre soggetti affetti da alcoolismo, due sono stati subito ricoverati in ospedale psichiatrico (e poi in manicomio giudiziario) dopo il reato e il terzo ha numerosi precedenti detenzioni per atti osceni, danneggiamenti, oltraggio e resistenza a pubblico ufficiale.

Dei tre oligofrenici, uno era stato precedentemente ricoverato più volte in ospedale psichiatrico.

III) Nel gruppo dei reati contro la famiglia sono compresi un soggetto autore di maltrattamenti al padre (si tratta di uno schizofrenico con padre 84 enne; il soggetto era già stato ricoverato in passato in ospedale psichiatrico); un altro è stato autore di maltrattamenti alla moglie e di sottrazione agli obblighi di assistenza alla moglie ed ai figli (artt. 572 e 570 cod. pen.; si tratta di un soggetto oligofrenico, già in passato ricoverato in casa di cura, che ha precedenti per inosservanza di ordini dell'autorità; egli è stato ricoverato in manicomio giudiziario dopo che si era separato dalla moglie, e viveva da solo in campagna). Il terzo soggetto è un alcoolista cronico.

IV) Il gruppo dei soggetti autori di reati contro la persona è già stato diviso, nelle tabelle 17, 18, 19 e 20, in tre sottogruppi, a seconda che si trattasse di autori di omicidio, di tentato omicidio, e di altri reati.

Si tratta del gruppo più numeroso (50 soggetti su un totale di 81), con netta prevalenza degli omicidi e tentati omicidi (42) sugli altri reati (8).

Questi ultimi sono consistiti in lesioni pluriaggravate, violenza privata, minaccia, violazione di domicilio.

Si è avuta, quindi, una prevalenza netta di reati contro la vita e l'incolumità individuale; in qualche caso all'omicidio si sono associati altri reati (tentato omicidio, lesioni, porto abusivo di arma, rapina, ecc.).

Si deve qui sottolineare la netta prevalenza, in questo gruppo, delle schizofrenie (30 casi) e delle psicosi paranoide (7 casi); e va rilevata la frequenza di omicidi in persona di familiari, e di pluriomicidi.

Negli schizofrenici si sono rilevati quattro matricidi, un

parricida, tre uxoricidi, un omicida di una donna che gli faceva da madre, un omicida del nonno paterno, cinque pluriomicidi — di cui 1 già considerato come matricida e 2 già considerati come uxoricidi — (uxoricidio ed omicidio della figlia; matricidio, omicidio del fratello e di un amico; triplice omicidio; quadruplice omicidio; uxoricidio, omicidio di una figlia e tentato omicidio di un'altra) a cui va aggiunto un soggetto autore di omicidio e ferimento di altre 8 persone, sparando all'impazzata sotto l'influenza di comandi allucinatori.

Tra gli schizofrenici autori di tentato omicidio, vi è uno autore di tentato uxoricidio.

Si sono rilevati inoltre altri 3 casi di uxoricidio, di cui due in soggetti con psicosi paranoide ed un altro in soggetto con psicosi maniaco-depressiva.

E' interessante sottolineare che negli psicotici autori di reati contro la persona si tratta spesso di soggetti senza precedenti penali.

V) Il gruppo di soggetti autori di reati contro il patrimonio è costituito da 3 schizofrenici, 1 soggetto con psicosi paranoide, uno psiconeurotico, 2 personalità psicopatiche, 1 alcoolista cronico, 3 oligofrenici.

Si tratta di soggetti autori, in genere, di furti aggravati, (in un soggetto si tratta di furto di auto con guida senza patente); in un caso (nevrotico) di truffa; in un altro (psicosi paranoide) di falso e truffa.

In 6 soggetti, vi sono precedenti penali; per uno schizofrenico, per un oligofrenico e per il soggetto con psicosi paranoide vi sono precedenti episodi con ricovero in Istituto psichiatrico.

Da quanto esposto, è facile rilevare le correlazioni tra comportamenti delittuosi e singole forme morbose che li hanno espressi.

b) *Misure di sicurezza anche in rapporto alle forme morbose.* — Nella tabella 21 sono riportati i dati relativi ai prosciolti in rapporto alla durata minima iniziale della misura di sicurezza del ricovero in manicomio giudiziario; sono divisi in tre gruppi dei prosciolti nel minimo, o con proroga della misura di sicurezza, e del totale.

Come si rileva dalla tabella, sono rappresentate nella casi-

stica ampiamente le tre possibilità di durata iniziale di misura di sicurezza di 2, 5 e 10 anni.

Vi è una percentuale abbastanza elevata di soggetti con misura di sicurezza iniziale di 10 anni; ciò è da riferirsi alla frequenza di reati gravi, per cui è prevista tale durata.

Deve sottolinearsi anche che vi è una notevole percentuale di soggetti con proroga, in cui la durata iniziale della misura di sicurezza era di 2 anni; è questo uno degli aspetti che indicano che la durata iniziale, che è in rapporto all'entità del reato, non ha parallelismo con l'entità della forma morbosa che ha provocato il proscioglimento.

Ciò è confermato da quanto si osserva nella tabella 22, da cui si rileva che le schizofrenie, pur prevalendo nei soggetti con minimo di 10 anni (e ciò in rapporto alla più frequente gravità del reato in tali forme morbose) sono altresì ampiamente ed egualmente rappresentate nei gruppi dei minimi di 2 e di 5 anni. Il relativo livellamento delle psicosi paranoidi nei tre gruppi concorda con le considerazioni esposte.

La prevalenza, nel gruppo del minimo di 2 anni, di personalità psicopatiche, alcoolisti ed oligofrenici, può attribuirsi alla facilità con cui questi soggetti (indipendentemente dalla gravità delle sindromi) commettono reati di meno grave entità, che comportano un minimo di 2 anni di misura di sicurezza.

In conclusione, dunque, non si può asserire che vi sia parallelismo tra categoria giuridica (relativa al minimo della misura di sicurezza) e gravità della forma morbosa.

Circa la durata delle proroghe, si hanno i dati seguenti:

— Per misura di sicurezza iniziale di 2 anni:

proroga per 6 mesi	1 caso
» » 1 anno	6 casi
» » 2 anni	2 »

— Per misura di sicurezza iniziale di 5 anni:

proroga per 6 mesi	1 caso
» » 2 anni	1 »
» » 3 anni	1 »
» » 5 anni	1 »

— Per misura di sicurezza iniziale di 10 anni:

proroga per 1 anno	2 casi
» » 5 anni	1 caso

E' evidente, dunque, che le proroghe hanno avuto spesso durata prolungata.

3) Quadri clinici e decorsi

a) *Diagnosi.* — Ferme restando le osservazioni avanzate in sede d'introduzione (in tema di spiegazione delle diversità delle diagnosi nei tre momenti della perizia, della cartella clinica e dell'osservazione attuale, e su cui ritorneremo più avanti), esaminiamo ora le diagnosi registrate nella casistica esaminata.

Nelle Tabelle 23, 24 e 25 che riportano le diagnosi rispettivamente nel totale dei prosciolti, in quelli con proroga ed in quelli con minimo delle misure di sicurezza, sembra che almeno per alcuni gruppi diagnostici si abbia uniformità di inquadramento nei tre momenti, del giudizio peritale, della cartella clinica e della osservazione attuale, per la quasi totalità dei casi esaminati.

Occorre invece sottolineare che tale uniformità è reale entro certi limiti, esistendo casi che sono stati soggetti a diagnosi difformi sì da variare le voci nosografiche nei singoli casi, senza peraltro alterare sostanzialmente il totale dei singoli gruppi diagnostici nei tre momenti di esame.

I) Nell'ambito del gruppo di *schizofrenici*, abbiamo infatti osservato una coincidenza diagnostica in 30 casi (di cui 22 nel minimo della misura di sicurezza e 8 con proroga) su 37; negli altri 7 casi, si sono registrate divergenze diagnostiche nei tre momenti di esame. E' da rilevare che ai 7 casi attualmente considerati schizofrenici e non diagnosticati tali nel giudizio peritale, vanno aggiunti altri 6 casi diagnosticati schizofrenici all'epoca del giudizio peritale ed attualmente inquadri in altre voci nosografiche.

Vanno quindi considerati complessivamente 13 casi di difformità diagnostiche tra l'osservazione attuale ed il giudizio peritale; di essi, in 5 casi vi è stata concordanza tra l'attuale giudizio e quello della cartella clinica, in 5 casi si è rilevata concordanza fra giudizio peritale e cartella clinica; in 1 caso mancava l'indicazione diagnostica per entrambe le osservazioni precedenti; in un altro caso mancava l'indicazione diagnostica nella sola cartella clinica; in un ultimo caso vi era completa diver-

sità diagnostica nei tre momenti.

Raccogliamo nella sottostante tavola schematica, secondo l'ordine della precedente elencazione, i 13 casi che hanno sollevato giudizi diagnostici divergenti:

<i>Giudizio peritale</i>	<i>Diagnosi cart. clin.</i>	<i>Diagnosi attuale</i>
1 Psic. paranoide	Schizofrenia	Schizofrenia (*)
2 Psic. paranoide	Schizofrenia	Schizofrenia (*)
3 Psic. paranoide	Schizofrenia	Schizofrenia (*)
4 Alcoolismo	Schizofrenia	Schizofrenia
5 Schizofrenia	Personalità psicop.	Personalità psicop.
6 Schizofrenia	Schizofrenia	Personalità psicop.
7 Schizofrenia	Schizofrenia	Personalità psicop.
8 Schizofrenia	Schizofrenia	Psiconevrosi
9 Psicosi m. depress.	Psicosi man. depres.	Schizofrenia
10 Psic. paranoide	Psicosi paranoide	Schizofrenia
11 Non indicata	Non indicata	Schizofrenia (*)
12 Schizofrenia	Non indicata	Psicosi paranoide
13 Schizofrenia	Personalità psicop.	Psiconevrosi

II) I casi sopracitati riportano difformità di inquadramento diagnostico osservate anche per altre forme nosografiche; è opportuno però esaminare per ognuna di queste le difformità diagnostiche, avvertendo che ovviamente l'esame di queste per ogni forma morbosa porterà a ripetere i singoli casi ogni volta che la forma morbosa stessa risulta diagnosticata in uno dei tre momenti di osservazione considerati. Per le *psicosi paranoide* si è avuta concordanza diagnostica in 4 casi; per gli altri si sono registrate le seguenti variazioni (i primi 5 casi sono quelli già registrati nella tavola schematica qui sopra riportata per le schizofrenie).

(\*) I casi con asterisco riguardano soggetti con proroga della misura di sicurezza.

\* *Giudizio peritale*    *Diagnosi cart. clin.*    *Diagnosi attuale*

1) psicosi paranoide	schizofrenia	schizofrenia
2) psicosi paranoide	schizofrenia	schizofrenia
3) psicosi paranoide	schizofrenia	schizofrenia
4) psicosi paranoide	psicosi paranoide	schizofrenia
5) schizofrenia	non indicata	psicosi paranoide
6) psicosi alcoolica	psicosi paranoide	psicosi paranoide
7) non indicata	psicosi paranoide	psiconevrosi
8) psicosi paranoide	psicosi paranoide	psiconevrosi
9) psicosi paranoide	psicosi paranoide	personalità psicop.
10) psicosi paranoide	personalità psicop.	nei limiti della norma
11) psicosi paranoide	non indicata	nei limiti della norma

III) Per le diagnosi di *psicosi maniaco-depressiva* si sono avute sempre difformità, che precisiamo nella tavola schematica seguente:

\*\* *Giudizio peritale*    *Diagnosi cart. clin.*    *Diagnosi attuale*

1) psicosi man. depr.	psicosi man. depr.	schizofrenia
2) psicosi man. depr.	personalità psicop.	personalità psicop.
3) psicosi man. depr.	non indicata	nei limiti normali
4) psicosi man. depr.	psicosi man. depr.	personalità psicop.

IV) La diagnosi di *psicosi presenile* diagnosticata in sede peritale, è stata poi modificata in *psicosi epilettica*.

V) Per le diagnosi di *psicosi alcooliche* si è avuta convergenza diagnostica per un soggetto con proroga di misura di sicurezza; le variazioni diagnostiche, per i soggetti nel minimo della misura di sicurezza, sono risultate come segue:

\* I primi tre casi si riferiscono a soggetti con proroga e gli altri a soggetti nel minimo della misura di sicurezza.  
 \*\* L'ultimo caso si riferisce ad un soggetto con proroga della misura di sicurezza.

<i>Giudizio peritale</i>	<i>Diagnosi cart. clin.</i>	<i>Diagnosi attuale</i>
1) psicosi alcoolica	psicosi paranoide	psicosi paranoide
2) psicosi alcoolica	psicosi alcoolica	nei limiti normali
3) psicosi alcoolica	psicosi alcoolica	alcoolismo
4) psicosi alcoolica	alcoolismo	alcoolismo
5) alcoolismo	alcoolismo	psicosi alcoolica

VI) La psicosi registrata sotto la voce « altre e non specificate » della tabella 23 e 24 è una *paralisi progressiva*, concordemente diagnosticata nei tre momenti del giudizio peritale, della cartella clinica e dell'osservazione attuale.

VII) Per le *personalità psicopatiche* non si è avuta in nessun caso concordanza diagnostica; le variazioni sono risultate come segue:

<i>* Giudizio peritale</i>	<i>Diagnosi cart. clin.</i>	<i>Diagnosi attuale</i>
1) schizofrenia	personalità psicop.	psiconevrosi
2) schizofrenia	schizofrenia	personalità psicop.
3) schizofrenia	schizofrenia	personalità psicop.
4) psicosi paranoide	psicosi paranoide	personalità psicop.
5) alcoolismo	gracilità mentale	personalità psicop.
6) psicosi man. depr.	personalità psicop.	personalità psicop.
7) schizofrenia	personalità psicop.	personalità psicop.
8) psicosi paranoide	personalità psicop.	nei limiti normali
9) psicosi man. depr.	psicosi man. depr.	personalità psicop.

VIII) Per l'*alcoolismo* si è avuta concordanza diagnostica per 4 casi (di cui uno con proroga della misura di sicurezza); si sono poi registrate le seguenti variazioni diagnostiche:

<i>** Giudizio peritale</i>	<i>Diagnosi cart. clin.</i>	<i>Diagnosi attuale</i>
1) alcoolismo	schizofrenia	schizofrenia
2) psicosi alcoolica	psicosi alcoolica	alcoolismo
3) alcoolismo	alcoolismo	psicosi alcoolica

\* L'ultimo caso è un soggetto con proroga della misura di sicurezza.

\*\* L'ultimo caso si riferisce ad un soggetto con proroga.

4) psicosi alcoolica	alcoolismo	alcoolismo
5) alcoolismo	gracilità mentale	personalità psicop.
6) psicosi non specif.	psicosi non specif.	alcoolismo

IX) Per le *oligofrenie* si è avuta praticamente sempre convergenza di giudizio diagnostico (in tre casi mancava la diagnosi in sede peritale).

Le divergenze di diagnosi sopra riportate, che a prima vista possono sembrare numerose e macroscopiche, in realtà ad una attenta analisi si ridimensionano numericamente e rivelano gli elementi su cui sono state fondate le diverse impostazioni diagnostiche.

Dal punto di vista numerico è opportuno sottolineare che, come abbiamo più sopra rilevato, diversi casi risultano citati due o tre volte negli schemi riassuntivi, e cioè per ogni forma morbosa considerata, che risultasse diagnosticata in uno dei tre momenti di osservazione (della perizia, della cartella clinica, e attuale) del singolo caso.

Ciò comporta che in realtà le *divergenze diagnostiche* possono sintetizzarsi in poche situazioni che peraltro portano a spiegare facilmente le diverse diagnosi.

E' opportuno qui sottolineare innanzitutto che i giudizi diagnostici si riferiscono a tempi piuttosto notevolmente distanziati tra loro, rispetto alla fase di svolgimento della psicosi, con conseguente facile modificazione di elementi sintomatologici.

1) Nell'analisi delle singole situazioni, si individua dapprima l'esistenza di un gruppo di casi (4) con diagnosi precedenti di psicosi paranoide e successive di schizofrenie, o precedenti di schizofrenia e successiva di psicosi paranoide (1 caso). La divergenza diagnostica può interpretarsi, almeno in questo ultimo caso, nel quadro del problema della autonomia (da alcuni negata) della psicosi paranoide rispetto alla schizofrenia (e in perizia si era fatta diagnosi di schizofrenia paranoide), autonomia che abbiamo qui mantenuta per un più preciso inquadramento del caso anche alla luce delle categorie diagnostiche considerate; e negli altri casi, che costituiscono la maggioranza, si deve anche sottolineare il problema dell'evoluzione della sindrome, con mancanza, in un primo momento, di elementi sinto-

matologici, poi evidenziati: non può qui tacersi l'aspetto di conservazione della personalità, decisivo nella opzione fra le diagnosi di psicosi paranoide e schizofrenia o fra parafrenia e schizofrenia (in un caso la diagnosi peritale era stata di parafrenia), conservazione della personalità peraltro ben difficile da mantenere nel successivo periodo di istituzionalizzazione.

2) Una seconda situazione significativa è la modifica diagnostica in personalità psicopatica, per casi precedentemente diagnosticati come di schizofrenia (3 casi) o psicosi paranoide (2 casi, di cui uno con successiva diagnosi di personalità nei limiti della variabilità normale) o psicosi maniaco depressiva (2 casi). E vanno qui ricordati anche i casi in cui diagnosi pregresse di schizofrenia (1 caso) o di psicosi paranoide (2 casi) si sono poi modificate in diagnosi di psiconevrosi (preceduta da quella di personalità psicopatica in cartella per il primo caso); ed i casi di precedenti diagnosi di psicosi paranoide (2 casi) e di psicosi maniaco depressiva (1 caso) in personalità poi considerate nei limiti della norma. Non si può qui non prendere in considerazione il problema delle contrazioni in difetto di non poche manifestazioni psicotiche, degli impoverimenti post-psicotici e dei riordinamenti consecutivi a fasi psicotiche, nei quali la regressione può essere completa, ma anche esitare a volte in una personalità differenziata in senso psicopatico; e nell'analisi dei nostri casi si deve ricordare quanto siano di frequente riscontro gli aspetti schizoidi ed a volte più francamente dissociativi di personalità abnormi, in particolari fasi di scompenso, e la insorgenza di transitorie costruzioni di tipo delirante, specie in personalità psicopatiche ed in particolari tipi di nevrotici: tutto ciò specie per l'intervento nella dinamica dell'episodio delittuoso, di momenti con valore di avvenimenti promotori di reazioni patologiche e di ruminazioni interpretative.

E' opportuno a questo proposito citare il caso, già ricordato, di personalità psicopatica precedentemente considerato schizofrenico, che ha numerosissimi precedenti penali, ed è stato in passato varie volte ricoverato in manicomio giudiziario per osservazione o atti autolesionistici; egli in procedimenti penali diversi è stato a volte riconosciuto simulatore, a volte classificato come immorale costituzionale, a volte come schizofrenico; ed in procedimenti diversi è stato condannato, proscioltto, o giudicato con vizio parziale di mente; è stato anche

per un periodo a pena sospesa (art. 148 cod. pen.); alla scadenza della attuale misura di sicurezza dovrebbe espriare una pena di 14 anni di reclusione.

Nel quadro dei gruppi di divergenze diagnostiche qui considerate va commentato anche un caso nel quale le diagnosi cliniche si sono alternate da quella di alcoolismo, a quella di gracilità mentale, a quella di personalità psicopatica. Il terreno comune è qui l'abnormità della struttura di base che all'inizio è stata sommersa dall'inquinamento degli effetti esogeno-tossici dell'alcool; il minus relativo è poi venuto alla luce, alla stessa stregua della fenomenologia caratteropatica, sì da imporre che tale giudizio clinico prevalesse sugli altri.

3) E' opportuno qui esaminare la situazione dell'alcoolismo e delle psicosi alcooliche, precisazione diagnostica a volte trascurata (nel caso di psicosi alcoolica precedentemente diagnosticata genericamente alcoolismo, la sindrome di paranoia alcoolica era alla base del reato di omicidio in persona di un presunto amante della moglie); 3 casi di psicosi alcooliche sono stati attualmente inquadrati nella diagnosi di alcoolismo per la presenza attuale solo di una sindrome di caratteropatia alcoolica; in un caso si era avuta regressione della sindrome psicotica con personalità attuale nei limiti della norma. E' evidente, comunque, che in questo gruppo non si può parlare di sostanziali divergenze diagnostiche.

Occorre solo sottolineare che in un caso di precedente diagnosi di psicosi alcoolica, si è poi passati, già nella cartella clinica, a quella di psicosi paranoide, sulla base dei dati anamnestici, del quadro clinico e del decorso. E in un caso con giudizio peritale di alcoolismo, si sono poi avute diagnosi di schizofrenia; occorre in questo caso ricordare l'esistenza di schizofrenie impiantatesi in soggetti adusi ad eccessi etilici, in cui l'alcoolismo maschera la psicosi schizofrenica ed il successivo regime di astinenza consente di inquadrare più esattamente i disturbi psichici del soggetto nel quadro nosografico ad essi più pertinente.

4) Restano da considerare due ultime situazioni.

In una, relativa al caso della psicosi epilettica inquadrata all'inizio come psicosi involutiva, evidentemente la regressione della personalità e la non documentata attività convulsiva han-

no avuto ragione del primitivo giudizio diagnostico che la permanenza del soggetto in manicomio giudiziario ha consentito di correggere con il confronto di una concomitante attività comiziale.

Si deve infine ricordare il caso in cui la diagnosi precedente di psicosi maniaco-depressiva si è modificata in quella di schizofrenia. Occorre qui prendere in considerazione la risonanza endotimica del singolo nei confronti della sua stessa psicosi, risonanza di tale entità da portare in primo piano la coloritura emotivo-affettiva della psicosi stessa; del resto è noto che frequentemente la schizofrenia insorge con un episodio depressivo; e nel caso citato si era diagnosticata in passato una « psicosi depressiva atipica ».

\* \* \*

Dalle considerazioni esposte si rileva dunque che le divergenze diagnostiche sono in sostanza limitate e sono riferibili, in genere, alle diverse caratteristiche del quadro clinico nei vari momenti delle osservazioni.

Per poter procedere allo studio dei decorsi (e di alcune correlazioni tra forme morbose e aspetti diversi come i reati, l'età dei soggetti al momento di questi ecc.) è stato necessario prospettarsi il problema del superamento delle difformità diagnostiche con l'identificazione della diagnosi da ritenersi valida nel singolo caso.

Al riguardo, si è valorizzato il complesso dei dati anamnestici ed attuali, secondo le considerazioni esposte più sopra nella valutazione delle divergenze diagnostiche, e ciò ci ha consentito una valida ricognizione catamnestica.

Questa ci ha posti in presenza della seguente configurazione della casistica:

- *Schizofrenie*: casi 37 (di cui 25 nel minimo della misura di sicurezza e 12 con proroga);
- *Psicosi paranoidi*: casi 8 (tutte attualmente nel minimo);
- *Psicosi maniaco-depressive*: casi 3 (di cui 2 nel minimo ed 1 con proroga);
- *Psicosi alcoliche*: casi 5 (di cui 4 nel minimo ed 1 con proroga);

- *Psicosi epilettiche*: 1 caso (nel minimo);
- *Altre psicosi*: (paralisi progressiva) 1 caso (con proroga);
- *Psiconevrosi*: casi 4 (nel minimo);
- *Personalità psicopatica*: casi 5 (nel minimo);
- *Alcoolismo*: casi 5 (di cui 3 nel minimo e 2 con proroga);
- *Oligofrenie*: casi 12 (tutti nel minimo).

Nella tabella 20, già discussa più sopra, la casistica così configurata nelle categorie nosografiche, è stata studiata nei rapporti tra reati e singole forme morbose.

Nella tabella 26 sono riportate le diverse *forme morbose in rapporto all'età al momento del reato*.

Da essa si rileva che, conformemente a quanto già precedentemente osservato, si ha una netta prevalenza delle età più giovanili; solo per le psicosi paranoidi prevalgono le età più avanzate, in conformità al frequente esordio tardivo di queste sindromi.

Per i due casi di schizofrenia con età oltre i 60 anni al momento del reato, per uno vi erano precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico con remissione sociale e riaccensione successiva del processo e nel quadro clinico si innestavano caratteri senili; per l'altro non vi erano sicuri precedenti episodi morbosi e si trattava quindi o di una schizofrenia tardiva o di un processo precedentemente larvato.

Per la psicosi epilettica proprio l'età del soggetto aveva indotto al giudizio peritale di psicosi involutiva, mentre poi si è potuto documentare la genesi comiziale della organica alterazione della personalità.

Si deve sottolineare che anche gli oligofrenici seguono il comportamento generale della frequenza in età giovanile; essi anzi non sono risultati presenti nella nostra casistica delle età più avanzate: ciò evidentemente sta a significare che l'oligofrenico commette i suoi reati soprattutto nei periodi più giovanili (e ne è conferma l'alta percentuale di oligofrenici nei minorenni prosciolti) e quindi completa spesso la sua esistenza in un permanente ricovero negli ospedali psichiatrici civili. Nella tabella 27 sono riportate le forme morbose in rapporto alle regioni di nascita dei soggetti.

b) *Decorsi*

I) Ai fini dell'esame dell'evoluzione delle singole forme morbose che hanno motivato il provvedimento di proscioglimento, si è operata dapprima una ricognizione dei *casì in rapporto al tempo trascorso dal reato* (tabelle 28, 29 e 30 rispettivamente per il totale dei prosciolti, per quelli con proroga della misura di sicurezza e per quelli nel minimo della misura di sicurezza), *al tempo trascorso dalla sentenza di proscioglimento* (tabelle 31, 32 e 33 rispettivamente per il totale dei prosciolti, per quelli con proroga della misura di sicurezza e per quelli nel minimo della misura di sicurezza), ed *alla durata del ricovero in manicomio giudiziario* (tabelle 34, 35 e 36 rispettivamente per il totale dei prosciolti, per quelli con proroga della misura di sicurezza e per quelli nel minimo della misura di sicurezza).

I dati ottenuti dimostrano che i soggetti della nostra casistica si concentrano essenzialmente nei primi 3 bienni (con prevalenza nei primi due), in cui del resto coesistono soggetti con minimi diversi di misura di sicurezza e (nel 2° e 3° biennio) alcuni dei soggetti con proroga di questa; ciò appare evidente confrontando i vari dati delle tabelle relative alle diverse situazioni (dei minimi e delle proroghe delle misure di sicurezza).

Circa le tabelle dei prosciolti in rapporto alla durata del ricovero (34, 35 e 36) va precisato che si sono annotati i tempi di degenza nell'Istituto in cui abbiamo osservato i singoli soggetti; ma si deve tener conto che tra i soggetti con degenze brevi ve ne sono alcuni (uno con degenza inferiore a 6 mesi e 2 con degenza da 6 a 12 mesi) che sono stati trasferiti in manicomio giudiziario da altri Istituti analoghi (altro manicomio giudiziario od ospedale psichiatrico civile) o che vi sono stati trasferiti dal carcere (1 con degenza inferiore a 6 mesi ed un altro con degenza da 6 a 12 mesi) ove erano stati dapprima detenuti, ed anche sottoposti a perizia (si trattava di un alcolista cronico e di un oligofrenico): si tratta di dati che dimostrano che in realtà il periodo di istituzionalizzazione è stato più lungo di quello rilevabile dalla degenza in manicomio giudiziario; comunque, però, essi non contraddicono il fenomeno generale della concentrazione dei casi nei primi 3 bienni con prevalenza nei primi due.

II) Le tabelle 37, 38 e 39 riportano i dati dell'*attuale fase di decorso* nel totale dei prosciolti, in quelli con proroga ed in

quelli con minimo della misura di sicurezza. Circa le distinzioni operate dai vari decorsi rimandiamo a quanto rilevato a pag. 26 e seguenti.

Dalle tabelle citate emerge subito il dato della concentrazione notevole di casi nei gruppi delle sindromi tuttora in atto e di quelle croniche irreversibili; ciò sia nel gruppo dei prosciolti nel minimo, che in quello dei soggetti con proroga, ed, infine, nel totale dei prosciolti.

Nel primo gruppo si hanno 42 casi (29 + 13) su 65 e cioè il 64,6%; nel secondo caso si hanno 12 casi (9 + 3) su 16 e cioè il 75%; nel terzo si hanno 54 casi (38 + 16) su 81 e cioè il 66,6%.

Ovviamente la percentuale maggiore, di sindromi in atto ed irreversibili, nel gruppo dei prosciolti con proroga, è in rapporto appunto a questa categoria giuridica, caratterizzata dalla proroga della misura di sicurezza per la persistenza di un quadro clinico evidente.

Si è visto, tuttavia, che anche nel gruppo dei soggetti nel minimo è notevolmente frequente la persistenza di una sindrome in atto o evoluta verso aspetti irreversibili.

E dalla tabella 39 si rileva che in questi soggetti, delle 29 sindromi in atto ben 15 sono caratterizzate da un aggravamento del quadro clinico e 10 da un quadro tuttora in fase florida (complessivamente 86,2% delle sindromi in atto), con solo 4 casi di riduzione dinamica della forma morbosa.

Comportamento molto simile si osserva anche nei soggetti con proroga della misura di sicurezza (tab. 38), per cui nel totale dei prosciolti (tab. 37) si hanno su un complesso di 38 sindromi tuttora in atto, 20 casi con aggravamento e 12 con oscillazioni del quadro psicotico (complessivamente 84,2% delle sindromi in atto) con solo 6 casi di riduzione dinamica della malattia.

Nel totale dei prosciolti (tab. 37) le sindromi regredite rappresentano solo il 7,4% e quelle in fase di remissione solo il 18,5%. A queste vanno aggiunti i 6 casi inquadri nel gruppo delle personalità con disturbi del carattere, del comportamento o dell'intelligenza senza sicuri episodi morbosi pregressi; si tratta di due personalità psicopatiche e di 4 oligofrenici per cui non risultano sicuri « salti di malattia »; per gli oligofrenici si deve sottolineare che si tratta di soggetti tranquilli, autori in genere di piccoli reati, senza possibilità di ricostruzione



di fasi con commistioni sindromiche (sindromi dissociative di innesto, episodi evidenti di eccitamento, ecc.).

III) Le risultanze acquisite dalle tabelle 37, 38 e 39 impongono di estendere l'indagine alle *singole forme nosografiche*. Nelle tabelle 40, 41 e 42, relative alla evoluzione delle singole forme morbose rispettivamente nel totale dei prosciolti, nei soggetti con proroga ed in quelli con minimo della misura di sicurezza, si può subito constatare che per le schizofrenie, nella totalità dei prosciolti (tab. 40), il fenomeno aggravamento trova la sua più alta rappresentazione, subito seguito dalla evoluzione verso le forme di cronicizzazione di questo gruppo di psicosi; ciò risulta ben evidente anche dalla tabella 42, per i prosciolti nel minimo della misura di sicurezza; per quelli con proroga anche se non si ha un comportamento esattamente sovrapponibile ai precedenti, si rileva comunque la presenza di 9 casi di soggetti con sindrome in atto o evoluta verso la cronicizzazione, su un totale di 12.

Anche per le psicosi paranoide si ha un'alta percentuale di sindromi in atto o addirittura irreversibili (5 casi su un totale di 8); e sindromi in atto, specie con aggravamento, e forme irreversibili, si hanno anche per altre forme morbose. Evoluzione senz'altro più favorevole si registra per la psicosi maniaco-depressiva (con sindrome regredita o in remissione marcata con buona ricomposizione interiore) e per le psico-nevrosi.

Rimangono sostanzialmente invariate le forme relative alle oligofrenie, nelle quali la rilevanza ed oscillazione dei quadri investe i disturbi del contegno e le fluttuazioni dell'affettività fondamentale.

IV) I dati citati ricevono conferma dallo studio delle *evoluzioni in rapporto ai tempi di degenza in manicomio giudiziario e ai tempi dal reato* (tabelle 43 e 44).

Si rileva subito che gli aggravamenti e le evoluzioni verso la irreversibilità si concentrano soprattutto nei primi bienni. Dalla tabella 44 si ricava che nel primo biennio, su un totale di 24 casi, vi sono ben 9 aggravamenti e 4 evoluzioni irreversibili, e il complesso delle sindromi pienamente in atto, siano o meno suscettibili di regressione, raggiunge il numero di 18 casi (9 + 3 + 2 + 4 come si rileva dalla prima colonna della tabella 44) su un totale di 24 e cioè il 75%! Nel secondo biennio

questa percentuale, per i soggetti nel minimo è del 58% (14/24) e per quelli con proroga del 60% (3/5).

Dati concordanti si rilevano dalla tabella 43.

Questo rilievo dell'alta percentuale di soggetti con sindromi pienamente in atto, ancora reversibili o meno nei primi periodi, appare particolarmente evidente per le schizofrenie. Nella tabella 45 si rileva che nel primo biennio si hanno 8 casi su un totale di 9, con 4 aggravamenti e 2 cronicizzazioni irreversibili; su un totale di 13 aggravamenti, se ne registrano 6 nei primi due bienni, e su un totale di 10 forme irreversibili se ne registrano 4 nei primi due bienni.

Se si tien conto che gli aggravamenti e le forme irreversibili osservate in soggetti con periodi più prolungati di ricovero (e quindi con maggiore tempo intercorso dal reato) possono retrodatarsi ad epoche anteriori, i dati rilevati appaiono ancor più significativi.

E deve sottolinearsi che mentre nelle prime fasi si è registrato (come è riportato nella tabella 45) qualche caso con regressione o remissione del quadro morboso, nelle fasi successive praticamente non ve ne sono (un solo caso con riordinamento formale).

Comportamenti analoghi, anche se meno accentuati, si osservano anche per altre forme morbose, come si rileva dalla tabella 46, con presenza di aggravanti (siglati  $\alpha$  nella tabella) nelle prime fasi, per psicosi paranoide, alcoliche ed epilettiche, alcoolismo, personalità psicopatiche.

V) Appare interessante rilevare le correlazioni dell'*evoluzione delle psicosi con l'età dei soggetti al momento del reato*. Dalla tabella 47 emerge il dato di una propensione all'aggravamento ed all'esito nell'irreversibilità di una alta percentuale delle forme morbose insorte e diagnosticate in età più o meno giovanile.

Ciò appare particolarmente evidente per le schizofrenie (tabella 48) di cui è nota la frequenza di insorgenza in età giovanile.

VI) Sono opportune qui alcune considerazioni sui dati più sopra rilevati, circa la tendenza alla persistenza o all'aggravamento delle sindromi, o alla loro evoluzione in forma irreversibile. Essi, ci pare, pongono il problema dell'influenza ambientale nell'evoluzione della fenomenologia psicopatologica. Che

d'azione d'ambiente si tratti, appare indubitabile solo che ci si richiami alla diversità degli assunti clinici che entrano nel contesto nosografico della casistica — con analogia peraltro di tendenze evolutive — oltre che alla diversità di destino che i singoli contesti posseggono ciascuno rispetto agli altri. Non può infatti non rilevarsi che se si può dare per scontata la irreversibilità di alcuni quadri psicotici, la presenza invece di frequenti aggravamenti, per sindromi diverse, depone per uno scompenso che sottintende una noxa esogeno-ambientale, con poteri di patogenesi sia pure indiretta. Ovviamente questo effetto è più evidente per le psicosi schizofreniche, le quali per definizione sono evolutive ed — almeno rispetto ad una psichiatria preterapeutica — avevano quale unico destino la demenza terminale.

Del resto è noto l'effetto deleterio dell'isolamento e della reclusione su molte forme morbose, in particolare schizofreniche, che trovano in tali condizioni una spinta all'accentuazione della tendenza all'autismo, al negativismo, allo sviluppo di altre tendenze morbose.

Tali considerazioni ci sembrano di particolare interesse a sostenere le esigenze, già ben presenti alla Amministrazione penitenziaria, e specialmente sottolineate da direttori di manicomii giudiziari, di adeguamento delle strutture attuali, con regimi di vita, lavori ed attività che facilitino i contatti interpersonali e mitigino gli aspetti propri della reclusione, e con personale adeguato alle esigenze delle varie forme di trattamento. Ciò appare importante per Istituti come i manicomii giudiziari, nei quali la permanenza dei ricoverati è imposta da norme di legge, che peraltro esprimono esigenze sociali che non sempre possono essere disattese.

#### c) *Precedenti morbosi*

Vogliamo sottolineare la notevole frequenza con cui sono stati rilevati nell'anamnesi, sicuri episodi morbosi che hanno richiesto, già precedentemente all'episodio delittuoso che ha motivato il proscioglimento, uno o più periodi di ricovero in ospedale psichiatrico, o, per essere anche collegati a reati, il ricovero in manicomio giudiziario.

Dalla tabella 49 si rileva che ciò è avvenuto in 30 casi di

prosciolti nel minimo e in 7 casi di quelli con proroga della misura di sicurezza, per una percentuale quindi del 46,1 dei prosciolti nel minimo e del 43,7 di quelli con proroga, e del 45,6 del totale dei prosciolti.

Si tratta di dati abbastanza significativi, specie poi se si consideri la possibilità di mancata notizia di precedenti ricoveri in altri casi.

E' da rilevare che il fenomeno è più rilevante nella casistica degli schizofrenici, dove si sono trovati precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico nel 56% degli schizofrenici nel minimo della misura di sicurezza e nel 58% di quelli con proroga.

La frequenza, quindi, di episodi delittuosi nelle prime fasi della malattia risulta qui largamente inferiore a quella che si rileva in fasi di malattia già conclamata.

Si ripropone il problema della assistenza extraospedaliera dei dimessi.

#### d) *Giudizio sulla dimissibilità e indicazioni di trattamento*

V'è ora da affrontare la questione del *destino prossimo* (*dimissione* o per converso *prolungamento* del ricovero) dei costituenti la casistica. Anche in questa parte del nostro studio il criterio di conduzione dell'indagine è rimasto ancorato alla considerazione clinica, vale a dire ha proceduto dalle risultanze dei reperti psicopatologici estratti dalla ricognizione in funzione diagnostica e dalla loro analisi comparata per il tramite dell'investigazione catamnestica, con particolare riguardo alla fase attuale di decorso.

In tema di giudizio di dimissibilità i risultati ottenuti ci hanno imposto di ordinare la casistica in tre categorie fondamentali, nella prima delle quali (dimissibili) abbiamo iscritto quei soggetti nei quali la regressione o sostanziale remissione della fenomenologia psicopatologica autorizzava un provvedimento di dimissione, mentre nelle due restanti abbiamo collezionato rispettivamente l'aliquota che all'atto dell'indagine non appariva suscettibile di dimissione e quel più piccolo gruppo che — per aver sollevato problemi d'ordine particolare, sia nell'inquadramento diagnostico che nella fase di decorso e nella prognosi del quadro morbo individuato — imponeva un ri-

mando della decisione per un ulteriore approfondimento della osservazione psico-patologico-clinica nel tempo.

Nelle tabelle n. 50, 51 e 52 è data la configurazione schematica dell'intera casistica relativamente al totale dei prosciolti, a quelli con proroga ed a quelli nel minimo della misura di sicurezza. A suo commento dobbiamo dire che abbiamo dichiarato dimissibili oltre ai soggetti senza sicuro precedente « salto di malattia » (che non presentavano disturbi tali da richiedere il ricovero), tutti i soggetti nei quali il processo psicotico di base è pervenuto a spegnimento dei sintomi di primo rango e ad assorbimento degli elementi fenomenologici fondamentali del complesso sintomatico. In effetti, dal punto di vista della psichiatria clinica, è proprio in questi casi che si può parlare di guarigione e la dimissione dall'ospedale ha fondati motivi di autorizzazione. Naturalmente, ad un'analisi psico-patologica rigorosa, si presentano elementi difettivi di vario ordine e grado, ma questi non sono fattori dinamici di malattia, sibbene le sequele in genere inemendabili di questa, i reliquati improduttivi della destrutturazione post-psicotica della personalità che, come tali, non sono suscettibili né di ulteriori aggravamenti né di particolari manifestazioni di pericolosità. Al riguardo non va nemmeno taciuto che ove la psicosi si riaffacciasse, questa presenterebbe caratteristiche differenziali di notevole grado rispetto alla originaria fenomenologia psicotica pregressa, perché in tale ultima contingenza verrebbero a mancare proprio quegli ordini di sollecitazione dinamica della personalità di base non ancora destrutturata, cui vanno riferiti i determinismi del comportamento e della condotta anti o para-sociale dell'infermo di mente in fase florida iniziale o di stato.

Sulla scorta di tali considerazioni abbiamo così affermato la dimissibilità del caso di schizofrenia esitato in regressione a personalità abnorme dei quadri morbosi originari, condizione questa che parla non soltanto di uno spegnimento del radicale schizofrenogeno, ma di quel difetto post-psicotico della personalità che è la miglior garanzia che si possa avere *quoad valetudinem* dell'ex infermo di mente.

Abbiamo del pari giudicato dimissibile uno schizofrenico con manifesto riordinamento formale e recessione del fondo processuale, in quanto le caratteristiche ed il persistere di tale riordinamento conferivano al caso un ampio spazio utile di

governabilità della propria condotta.

Non abbiamo poi incontrato difficoltà ad affermare la dimissibilità di alcuni psicopatici, nevrotici ed oligofrenici, nei quali, seppure sussistevano sintomi generali per avanzare una diagnosi psicopatologica, difettavano poi quegli eventuali scompensi nella condotta e nei rapporti con gli altri che avevano provocato il loro pregresso comportamento delittuoso. Venuti meno tali scompensi non aveva senso demandare la dimissione ad epoca futura, così come non aveva senso clinico ipotizzare ulteriori regressioni di sintomi, specie in soggetti affetti per definizione da quadri stabili ed irreversibili. In effetti un oligofrenico ed uno psicopatico non mutano il loro quadro fenomenologico costitutivo. L'unica variazione che si può avere in essi è l'uniformizzazione del substrato endotimico, uniformizzazione che se è persistente li avvicina sensibilmente ai limiti della variazione media ed addirittura consente di assorbirli in quest'ultima.

Per alcuni dei soggetti con sindrome in fase di remissione marcata la remissione è stata tale da non consentire il giudizio di dimissibilità, ed in genere (come anche per un soggetto con disturbi del carattere e del comportamento) le caratteristiche del quadro clinico hanno fatto preferire di riservarsi il giudizio sulla dimissibilità.

Nella categoria dei non dimissibili abbiamo riunito — come già detto — soggetti con psicosi in fasi floride le cui fenomenologie psicotiche imponevano un controllo estremamente scrupoloso delle loro condotte, oltreché un trattamento psicofarmacologico sistematico.

Le tabelle relative ai decorsi illustrano questi casi indicando sia la sindrome psicopatologica di base che lo stadio di evoluzione del relativo quadro di manifestazioni. In quanto tali, questi casi non offrono il destro ad alcun commento, salvo a farci avanzare la tesi di una maggior liberalità nei trattamenti curativi i quali — seppure ancor oggi sono confinati all'aspetto della sintomaticità — offrono indubitabili vantaggi se considerati nei loro effetti a distanza.

In conclusione, la valutazione dei casi per un giudizio di eventuale dimissibilità, dimostra che, in 21 soggetti, tale giudizio può essere espresso (25,9% del totale); se ne deduce che la permanenza di tali soggetti in manicomio giudiziario dipende

esclusivamente dalla categoria giuridica e non è giustificata dalla realtà clinica.

A conferma delle precedenti considerazioni stanno i dati relativi alle indicazioni di trattamento, distinti in due gruppi (tab. 50) a seconda del tipo *prevalente* di trattamento indicato. Le frequenze dei giudizi espressi in proposito nel singolo caso, concordano sostanzialmente con quanto rilevato a proposito del giudizio di dimissibilità, tenendo conto che ovviamente la grande maggioranza dei soggetti con indicazione prevalente di terapie somatiche riguarda soggetti non dimissibili, e che alcuni dei soggetti dell'altro gruppo presentano sindromi cronicizzate, che sconsigliano la dimissione, ma che ormai si giovano poco di terapie somatiche.

E' opportuno, infine, prendere qui in considerazione — sia a supporto dei criteri di dimissibilità, sia a garanzia della condotta futura extramanicomiale — *i rapporti che i costituenti la casistica da noi indagata hanno mostrato di intrattenere con i rispettivi familiari*, oltretutto l'attenzione e la cura che questi ultimi hanno rivelato di possedere nei loro confronti.

Le distinzioni da noi avanzate al riguardo nella tabella riassuntiva n. 53 sono immediatamente comprensibili e le risultanze che ne discendono non sono meno significative. L'indoneità o l'indisponibilità ad una assistenza è una situazione limite che impone provvedimenti di sostituzione attiva al nucleo familiare che o non esiste o è tanto carente da non offrire alcun genere di garanzia; è interessante rilevare l'alta percentuale di casi del genere (31 sul totale di 81, pari al 38,2%). L'esistenza di un attivo interesse all'assistenza appare per contro riguardevole, anche se con frequenza analoga alla situazione precedente, e va riconosciuto come abbia un valore di rappresentazione abbastanza elevato. A tale proposito non si hanno dubbi che un qualche genere di agevolazioni d'ordine assistenziale sarebbe in grado di far ulteriormente salire le sue aliquote di rappresentazione confinando al limite quella terza categoria definita con interesse generico, nella quale confluiscono non soltanto figure carenti di risonanza affettiva nei riguardi dei loro congiunti, ma altresì coloro i quali si trovano impossibilitati vuoi per disagio economico, vuoi per difficoltà ambientali, a prendersi cura dei loro familiari ricoverati.

## B) ESAME DELLA CASISTICA DEI RICOVERATI IN CASA DI CURA E DI CUSTODIA

### 1) *Aspetti generali.*

a) *Età.* — Dalla tabella 54, in cui sono riportati i ricoverati in casa di cura e di custodia, per gruppi di età, si rileva che il comportamento è alquanto diverso da quello rilevato per le età dei prosciolti (Tab. 1). Il numero dei soggetti non presenta notevoli modificazioni per i singoli gruppi di età e non si ha una prevalenza degna di nota dei soggetti giovani o relativamente tali.

Se si considera, però, l'età al momento del reato (tabella 55) il fenomeno diventa sovrapponibile a quello osservato per i prosciolti, e cioè si ha una prevalenza netta delle età più giovani.

E' opportuno qui rilevare che se si considera il numero di soggetti fino a 45 anni, si ha nei prosciolti (come si deduce dalle tabelle 1 e 4) un numero di 56 alla osservazione attuale contro 66 nei soggetti considerati al momento del reato; si passa così dal 69,1% all'81,4% del totale dei prosciolti. Nei ricoverati in casa di cura e di custodia (come si deduce dalle tabelle 54 e 55) si passa da 24 a 36 e cioè dal 54,5% all'81,1%. E' evidente che lo spostamento a favore dei gruppi con età più giovanili, passando dalle età alla osservazione attuale a quelle al momento del reato, è ben più evidente per i ricoverati in casa di cura e di custodia che per i prosciolti.

Ciò si spiega facilmente, considerando che questi ultimi passano in manicomio giudiziario subito dopo il reato, mentre i primi passano in casa di cura e di custodia a distanza più o meno notevole dal reato, a seconda della lunghezza della pena precedentemente espiata.

La prevalenza delle età più giovanili, nei ricoverati in casa di cura e di custodia, riproduce quindi il comportamento già precedentemente rilevato (pag. 34 e seguenti) come caratteristico dei condannati, e diverso da quello osservabile negli ospedali psichiatrici civili.

E per le case di cura e di custodia non può nemmeno invocarsi l'influenza della diversa frequenza di sindromi psicopatologiche rispetto agli ospedali psichiatrici, come si è osservato invece per i prosciolti (a pag. 33)); il gruppo dei sog-

getti ricoverati nelle case di cura e di custodia ha delle caratteristiche cliniche particolari, non comparabili con quelle degli ospedali psichiatrici (come si vedrà anche appresso) e comunque non si ha una frequenza di psicosi schizofreniche (e la mancanza di psicosi dell'età involutiva) come nei prosciolti.

b) *Regioni di nascita e di residenza.* — Nelle tabelle 56 e 57 sono riportati i dati relativi ai ricoverati in casa di cura e di custodia, per regione, prima di nascita e poi di residenza; sono indicati, come nella tabella per età, i singoli Istituti dove sono stati osservati i soggetti della nostra casistica, e sono distinti i soggetti nel minimo e quelli con proroga della misura di sicurezza. Come si rileva dalle tabelle, è rappresentata, nella nostra casistica, la grande maggioranza delle regioni d'Italia. Per i soggetti in esame si sono registrati pochi trasferimenti, dalla località di nascita a quella di residenza; li indicheremo come segue:

- N. 1 dall'Umbria al Lazio
- » 1 dal Veneto al Piemonte
- » 1 dal Veneto in Emilia
- » 1 da Abruzzi in Campania
- » 1 dalla Svizzera in Lombardia
- » 1 dalle Puglie in Lombardia

Quest'ultimo si riferisce ad un soggetto con proroga della misura di sicurezza.

Come si rileva dai dati esposti, il fenomeno della migrazione interna appare qui scarsamente significativo, anche per le regioni interessate dai trasferimenti.

c) *Istruzione e professione.* — Circa l'istruzione, la tabella 58 mostra dati sostanzialmente sovrapponibili a quelli già rilevati per i prosciolti (tabelle 13, 14 e 15); la inclusione nelle singole categorie è stata effettuata secondo i criteri riferiti a pag. 38.

Il confronto dei dati relativi alla professione (tabella 59) con quelli analoghi ottenuti per i prosciolti, dimostra solo lievi variazioni, consistenti nell'assenza di impiegati, dirigenti, ecc. (scarsamente presenti nei prosciolti), in un certo aumento percentuale dei lavoratori in proprio, ed in una sostanziale analogia della percentuale dei lavoratori dipendenti (con

inversione dei rapporti tra agricoltura ed industria) ed una diminuzione percentuale delle condizioni non professionali.

Si tratta di dati che non consentono deduzioni significative.

## 2) *Reati e trattamento penale e penitenziario.*

a) *Reati.* — Nella tabella 60 sono indicati i reati per i soggetti nel minimo e con proroga della misura di sicurezza del ricovero in casa di cura e di custodia.

Va subito sottolineato che il primo dato che colpisce è l'alta percentuale dei reati contro la persona, ed in particolare degli omicidi e tentati omicidi, che sono presenti in percentuale molto vicina a quella registrata per i prosciolti. Si sono avuti infatti 14 omicidi pari al 31,8% (contro il 39,5% nei prosciolti) e 5 tentati omicidi, pari all'11,3% (contro il 12,3% nei prosciolti).

E si deve ricordare che anche nei soggetti in esame si sono osservati uxoricidio (3 casi) e matricidio (1 caso); e si è rilevato un caso di duplice omicidio. In altri tre casi, si trattava di omicidio per rapina.

In alcuni casi, specie di tentato omicidio, si associavano reati di detenzione e porto abusivo di arma e, in un caso, di maltrattamenti.

Nel caso di reato contro la persona, diverso dall'omicidio e tentato omicidio, si trattava di violazione di domicilio (e detenzione di arma).

Nel gruppo dei reati contro il patrimonio, si trattava di 14 furti (associati a volte ad altri reati come guida senza patente, resistenza a pubblico ufficiale, danneggiamento), 5 rapine (in un caso con danneggiamento e minacce, in un altro con furti aggravati continuati, in un terzo con incendio doloso).

Nel gruppo di reati contro la pubblica amministrazione si trattava di casi di resistenza e violenza a pubblico ufficiale, in un caso associate a danneggiamento.

Nel gruppo dei reati contro la moralità pubblica ed il buon costume si trattava di atti di libidine o violenza carnale.

Ed infine per il gruppo dei reati contro la famiglia si trattava del reato di maltrattamenti alla moglie e figli e di mancata assistenza.

Per i rapporti tra reati e sindromi cliniche rimandiamo a quanto diremo a proposito delle diagnosi.

b) *Misure di sicurezza.* — Come risulta dalla tabella 61, le tre possibilità di durata iniziale della misura di sicurezza, 6 mesi, 1 anno e 3 anni, sono ampiamente rappresentate.

Deve rilevarsi che in 8 casi si è avuta la proroga; e in 7 di questi si trattava di soggetti con durata iniziale di 6 mesi; anche qui si ha dunque un comportamento analogo a quanto già osservato per i prosciolti, e che dimostra che la durata iniziale della misura di sicurezza, che è in rapporto alla entità del reato, spesso non ha parallelismo con l'entità della sindrome che ha provocato il giudizio di vizio di mente.

I casi con proroga, presenti ad Aversa, sono risultati assenti a Barcellona e si è ripetuto qui, anzi con assenza di casi, il comportamento relativo ai prosciolti, per cui i soggetti con proroga nel manicomio giudiziario di Barcellona erano pochissimi (si veda a pag. 29).

Dalla tabella 62 si rileva che, nella massima parte dei casi, la misura di sicurezza è stata applicata dopo la pena; ciò va interpretato alla luce di quanto già esposto a pag. 2-3. La tabella 63 riporta le durate delle proroghe; tali durate si riferiscono a provvedimenti di proroghe a volte ripetute. Per un soggetto (alcolista cronico) le proroghe si sono finora prolungate per 5 anni.

### 3) *Quadri clinici e decorsi.*

a) *Diagnosi.* — L'ordinamento ai fini diagnostici della casistica ci ha posto in presenza di una serie di situazioni, relative alle diagnosi precedenti, così compendiabili:

a.1) Per quanto riguarda il giudizio diagnostico in sede peritale:

1° completa assenza agli atti, di giudizi diagnostici in 23 casi su 44;

2° giudizi diagnostici ad orientamento prevalentemente descrittivo-comportamentale fondati su criteri tipologici individuali non corrispondenti alle categorie clinico-nosografiche della materia psichiatrica in 10 casi, che per le loro caratteristiche sono stati inclusi, nella tabella, nella categoria delle personalità psicopatiche. Infatti dagli atti sono risultate diagnosi del tipo seguente: costituzione psicoorganica debole e anomala con

estrema suscettività alle stimolazioni emotive; neuropsicopatia con epilessia larvata e pregressa meningite; psicopatia ipoevolutiva; personalità psicopatica impulsiva su fondo frenastenico; amorale affetto da epilessia larvata (classificato in tabella nella voce « altre e non specificate »);

3° giudizi diagnostici confusi nell'ambito dei criteri della loro originaria formulazione, quali ad esempio: la « reazione neuropsicosica ossessiva coattiva anancastica (classificata in tabella come psiconevrosi) ed ancora l'« elevata pericolosità sociale per facilità a cadere preda della psicosi etilica che tuttavia non era presente al momento del fatto » (classificata in tabella come alcoolismo cronico), ed infine una « nevrosi post-traumatica con note di decadimento senile » (inclusa in tabella nel gruppo delle nevrosi);

4° giudizi diagnostici contraddetti dalle risultanze della anamnesi e dell'ulteriore decorso del caso clinico. Al riguardo dobbiamo ricordare i 5 casi di oligofrenia di cui per 1 (caso di matricidio con colpo di rivoltella alla nuca, commesso all'età di 26 anni) risulta nella sentenza una diagnosi di « frenastenia di grado non basso con psicosi o psiconevrosi » e per il quale durante la detenzione si è manifestata la sindrome schizofrenica che ha imposto, 5 anni dopo il reato, la sospensione della pena. Attualmente il soggetto, dopo aver fruito di condoni, si trova in casa di cura e di custodia per la misura di sicurezza stabilita a suo tempo per il vizio parziale di mente ed è classificabile come schizofrenico in fase di conclamata irreversibilità. Altri casi di oligofrenia sono stati poi riportati vuoi a personalità scarsamente differenziate o genericamente abnormi, vuoi a soggetti affetti da schizofrenia (1 caso).

a.2) Per quanto riguarda il giudizio diagnostico in sede di cartella clinica:

1° riformulazione di molti dei giudizi diagnostici espressi in sede peritale con più rigoroso riguardo alla nosografia psichiatrica e formulazione dei giudizi diagnostici laddove questi erano assenti in sede di perizia. Per tale motivo in cartella clinica appaiono più precise diagnosi di personalità psicopatiche e trovano più sistematica definizione i casi di alcoolismo;

2° un certo ordine di divergenze dai nostri inquadramen-

ti diagnostici attuali non riflettenti una effettiva difformità della conclusione clinica, ma particolari orientamenti nella valutazione del disturbo fondamentale o valorizzazioni di alcuni stati transitori presenti all'atto della diagnosi. Mentre quest'ultimo aspetto riguardava 2 casi considerati stati depressivi (che alla nostra considerazione essendosi risolta la depressione risultavano inquadrabili nell'ambito delle personalità psicopatiche), le difformità nella valutazione del disturbo fondamentale riguardavano casi di oligofrenie e di soggetti classificati con note di gracilità mentale (ed inclusi, questi ultimi, in tabella, nella voce « altre e non specificate ») nei quali, peraltro, già in cartella veniva sottolineata l'esistenza di disturbi caratteriali di tal genere da giustificare il nostro inquadramento nell'ambito delle personalità psicopatiche. In tale dimensione vanno altresì inclusi quei casi di cronico alcoolismo (1 nel minimo ed 1 con proroga) che alla nostra osservazione sono risultati delle personalità psicopatiche, con precedenti abusi etilici;

3° comparsa di alcuni giudizi diagnostici di psicosi, assente all'epoca del giudizio peritale.

\* \* \*

Stanti le situazioni anzidette e dovendosi per parte nostra procedere ad una qualificazione nosografica della casistica, in armonia ai criteri precedentemente stabiliti, abbiamo ritenuto di ricondurre nell'ambito delle personalità psicopatiche innanzi tutto i 13 casi già diagnosticati tali in cartella clinica, poi i 2 casi da questa risultanti di nevrosi, 5 casi colà considerati oligofrenici e 6 dei soggetti definiti con gracilità mentale: per questi ultimi 11 casi si è valorizzata la prevalenza delle alterazioni caratteriali di contro alla modestia dell'ipodotazione intellettuale.

A questo gruppo abbiamo altresì aggregato due casi di alcoolismo (uno nel minimo e uno con proroga della misura di sicurezza) nei quali, come si è detto più sopra, non si evidenziava quell'organica alterazione della personalità che doveva essergli precipua, mentre si connotava soltanto una personalità abnorme di base con progressi abusi etilici.

Nell'ambito delle psicosi il nostro giudizio diagnostico è stato di conferma dell'unica psicosi senile della casistica, delle

due schizofrenie diagnosticate in cartella clinica e di una delle 2 psicosi paranoide ivi accolte.

Rispetto all'ordinamento diagnostico della casistica quale emerge dalle diagnosi in cartella clinica troviamo che nella nostra sistemazione emerge ancora, tra le psicosi, una schizofrenia, mentre scompare una psicosi paranoide.

Per la schizofrenia vi è da dire che si tratta di una distinzione nosografica limite fondata sui precedenti remoti del soggetto e su note dissociative attuali contenute però in un ambito di difetto post-psicotico della personalità, aspetti questi lumeggiati altresì nella stessa cartella clinica in epoca successiva a quella del giudizio diagnostico d'accettazione.

Per quanto riguarda la psicosi paranoide si tratta di un soggetto originariamente affetto da epilessia nel quale ancor oggi episodicamente è presente una attività convulsiva. In questo individuo nelle fasi intercritiche è insorta una fenomenologia delirante persecutoria, la quale in ordine di tempo ha perduto il suo carattere di sistematicità e con essa le sue stesse direttrici, sì da portare in primo piano l'organica alterazione epilettica del carattere. Tale condizione ha imposto di abbandonare la primitiva diagnosi di psicosi paranoide optando in favore della più marcata caratteropatologia epilettica.

L'unico caso classificato come di nevrosi riguarda il soggetto già considerato tale in perizia (e nella voce « altre e non specificate » per la diagnosi in cartella clinica) con quadro di psiconevrosi da trauma con spunti rivendicatori. Sono indicati sotto la voce « altre », casi di soggetti con lieve ipoevoluzione intellettuale non classificabile nel gruppo delle oligofrenie, o/e con disturbi comportamentali e del carattere, non tali però da giustificare una diagnosi di personalità psicopatica.

A commento dei risultati ottenuti, va anzitutto segnalato come, al di fuori di difformità di grado modesto ed il più spesso rapportabili alla diversità del momento di evoluzione e decorso della sindrome psichiatrica nel quale è venuta a realizzarsi la nostra osservazione, non si sono avute divergenze nella sistemazione nosografica della casistica, rispetto a quanto contenuto in cartella. L'esame della diagnosi consente utili osservazioni intorno alle varietà clinico-nosografiche che hanno dato luogo al riconoscimento del vizio parziale di mente ed ai rapporti tra fenomenologie cliniche e tipi di reati compiuti.



Come abbiamo visto, nelle case di cura e di custodia prevalgono le personalità abnormi e dobbiamo dire che le abnormità riscontrate si riferiscono a condizioni caratteropatiche che fatalmente debbono entrare in conflitto con la società. Personalità istrioniche, personalità labili d'umore, personalità disforiche, soggetti con condotta impulsiva, trovano prima o poi, nelle vicende più neutrali della vita quotidiana — specie quando i tratti abnormi di personalità sono di entità marcata come nei nostri casi — quell'occasione che provoca il passaggio all'atto che riveste fattezze delittuose e che trova i soggetti impossibilitati se non a contenerlo, a prevederne in anticipo le conseguenze. Non si può, al riguardo, costruire una tipologia criminogena specifica, ma è certo specificamente indicativo dell'esito in una condotta antiggiuridica il fatto che la disarmonia delle strutture del carattere prevalga nei diversi livelli appetitivo-tendenziali (istrionici e impulsivi) e nell'ambito dell'impostazione di base alla vitalità stessa (labili d'umore, ipertimici e disforici). Troviamo qui rappresentati quasi tutti i tipi di reati, ma mentre gli atti di violenza gravano sulle personalità a disarmonia endotimica prevalente e mentre troviamo negli psicopatici alcoolisti i reati contro la famiglia, invece le rapine, la violazione di domicilio, le violenze e resistenze a pubblico ufficiale, ed in parte i furti, predominano laddove la disarmonia della personalità investe i sentimenti dell'Io (auto ed eterovalutazione di se stessi). Naturalmente non si tratta di gesta occasionali e per così dire uniche nelle biografie di questi soggetti, perché al contrario le anamnesi di questi svelano un pesante ordine di gravami, spesso dell'identica indole, che, seppure con diversa fisionomia giuridica, costellano la loro esistenza. Volendo ordinare sotto il profilo della rappresentazione percentuale quanto asseriamo, dobbiamo ricordare come ben l'80% dei soggetti nel minimo ed il 75% dei soggetti con proroga abbiano numerosi precedenti penali e come in tre casi risulti la dichiarazione di abitudine a delinquere.

Nei reati che essi hanno compiuto in precedenza, anche in età minorile, il marchio psicopatico è infatti netto, così come lo è in comportamenti non delittuosi pregressi, come prolungati atteggiamenti ribelli, disturbi comportamentali durante il servizio militare (con congedo anticipato per anomalie del carattere), disturbati rapporti interpersonali anche nell'ambito familiare. In siffatti soggetti l'abnormità psicopatica nel determi-

narsi, quale unico comune denominatore dell'agire e nel decidere dello stile del comportamento seguito, può acquistare effettivo valore di malattia e ciò implica precise decisioni in sede di imputabilità.

Parliamo di decisioni precise, ma pur spesso difficili ed al limite, così come sono al limite questi stessi soggetti rispetto ai condannati ed ai prosciolti. A conferma di ciò, stanno infatti due circostanze emerse dalle nostre indagini. La prima si riferisce a soggetti cui è stata applicata la misura di sicurezza in un tempo intermedio a due periodi di pena: in un caso la misura di sicurezza è stata sospesa perché il soggetto doveva espriare la pena per altri reati; in un altro caso essendo scaduti i termini di custodia preventiva, il soggetto è stato scarcerato ed inviato in casa di cura e di custodia per misura di sicurezza stabilita nella prima sentenza, per ritornare poi ad espriare una residua pena di circa 10 anni.

Una seconda circostanza riguarda l'esistenza di *precedenti morbosi* con ricoveri in ospedale psichiatrico (in genere limitati a periodi d'osservazione per episodi di eccitamento), o, in casa di cura e di custodia e, in un caso, in manicomio giudiziario per giudizio di proscioglimento per precedente reato.

Caratteristiche particolari della casistica dei soggetti con vizio parziale di mente emergono anche dall'analisi dei *casì con proroga della misura di sicurezza*. In questi si sono registrati 3 casi di schizofrenie, 2 casi di alcoolismo e 3 casi rispettivamente di psiconevrosi, personalità psicopatica di tipo instabile, ed infine oligofrenia.

Nei soggetti con proroga della misura di sicurezza si rilevano dunque quadri clinici più francamente morbosi, ed in particolare i casi di psicosi sono presenti in percentuale più alta (3 casi su 8, contro i 2 su 36 dei soggetti nel minimo della misura di sicurezza).

E' interessante sottolineare che, come risulta dalla tabella 65, aumenta notevolmente anche la percentuale dei soggetti con *precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico*: nei soggetti nel minimo della misura di sicurezza si hanno 3 casi su 36 (8,3%), mentre in quelli con proroga si registrano 4 casi (e sono i tre schizofrenici ed un alcoolista) su 8 (50%).

Si deve ammettere, dunque, una evoluzione peggiorativa del quadro clinico di base preesistente.



b) *Decorsi*

I) Anche per i ricoverati in casa di cura e di custodia si è operata dapprima una ricognizione dei *casi in rapporto al tempo trascorso dal reato* (tabella 66), *al tempo trascorso dalla sentenza* (tab. 67) ed alla *durata del ricovero in casa di cura e di custodia* (tab. 68).

I dati ottenuti dimostrano che i soggetti della nostra casistica si concentrano essenzialmente nel secondo e terzo biennio ed oltre il decimo anno, dopo il reato; e nel primo e secondo biennio ed oltre il decimo anno, dopo la sentenza. E' questo un comportamento ovviamente da attribuirsi al rapporto tra gravità del reato (e conseguentemente della pena) ed epoca di ingresso in casa di cura e di custodia.

Nella tabella 60 in cui sono stati riportati i reati si rileva che in ben 14 casi si trattava di omicidio; dalla tabella 61 si rileva che le misure di sicurezza relative ai soggetti della nostra casistica erano fissate col minimo di 3 anni, in 15 casi, e col minimo di un anno, in 7 casi. E' evidente che in rapporto alla maggiore gravità del reato, e conseguentemente della pena, aumenta l'intervallo di tempo tra il reato, o la sentenza, e l'ingresso in casa di cura e di custodia, che avviene di regola dopo la pena: si spiega, quindi, facilmente, l'aumento dei casi nell'ultimo gruppo delle tabelle 66 e 67, e cioè in quello relativo ai soggetti con oltre dieci anni di intervallo tra reato, o sentenza, ed osservazione attuale.

E analogamente, per il gruppo di intervallo fino a due anni, la relativa scarsezza di casi nella tabella relativa al tempo dal reato, e l'aumento dei casi nella tabella relativa al tempo dalla sentenza (con numero di casi del terzo biennio doppio nella prima tabella rispetto alla seconda) è un comportamento riferibile all'incidenza del gruppo di soggetti autori di reati meno gravi, con più breve durata della pena (a volte in gran parte assorbita dalla detenzione preventiva), per cui l'intervallo di tempo tra sentenza ed ingresso in casa di cura e di custodia si accorcia. E dalla tabella 61 si ha conferma di ciò rilevando che 22 casi avevano un minimo di 6 mesi di misura di sicurezza, e cioè la più breve durata di questa, in rapporto appunto a reati di minore entità. Se ne deduce che ai fini della valutazione dei decorsi, nella nostra casistica, si deve tener conto che vi è un maggior numero di soggetti osservati dopo

un tempo piuttosto breve dal reato e dall'inizio della detenzione; vi è poi un numero notevole di soggetti osservati dopo un tempo notevole da questi; e vi è infine una caduta di casi relativi essenzialmente al terzo e quarto biennio dopo il reato.

A conferma delle precedenti considerazioni stanno i dati della tabella 68, circa il numero di soggetti in rapporto al tempo intercorso dall'ingresso in casa di cura e di custodia; si rileva qui che i casi si concentrano essenzialmente nel primo anno, essendo inclusi nei gruppi successivi solo i soggetti con minimo di 3 anni di misura di sicurezza o con proroga di questa.

II) Passando all'esame delle *attuali fasi di decorso*, si deve rilevare che si è osservata una sostanziale uniformità di comportamento, che ha impedito di distinguere nella casistica delle case di cura e di custodia, dei gruppi significativi classificabili nelle varie situazioni previste a differenziare le fasi evolutive (regressione, remissione, persistenza florida della sindrome, ecc.).

Abbiamo pertanto ommesso di sintetizzare queste ultime in una tabella e ci fermiamo qui a riferire gli elementi evidenziati.

In concordanza con quanto si è detto sopra a proposito delle diagnosi, si è rilevato, nella casistica esaminata, che i decorsi, al di fuori di fugaci episodi di scompenso comportamentale, non hanno dato luogo di solito a variazioni di rilievo.

Infatti tra i *soggetti nel minimo della misura di sicurezza* troviamo per 30 casi (pari all'83%) un decorso inquadabile nei termini di disturbi del carattere e del comportamento per i quali non risultano pregressi salti di malattia.

Dei 6 casi nei quali abbiamo individuato variazioni di decorso, dobbiamo rilevare che in un caso si trattava di una psicosi senile evoluta verso l'impoverimento della sintomatologia; nel secondo caso si trattava di una psicosi paranoide in atto con oscillazioni del disturbo fondamentale; ed infine nei 4 casi restanti, pur trattandosi di personalità psicopatiche, erano state riscontrate o regressioni (in 3 casi) o remissioni (1 caso) in rapporto non tanto ad una atipicità dei quadri nosografici di base, quanto alla presenza di episodi di oscillazioni del fondo endotimico a situazioni reattivo-conflittuali, all'epoca del reato.

Per i *soggetti con proroga* il comportamento dei decorsi può così riassumersi.

In 3 casi si è avuta una remissione marcata della sintomatologia con buon riordinamento formale, condizione pacificamente accettabile trattandosi rispettivamente di un caso di schizofrenia, di un nevrotico e di un alcoolista cronico.

In 1 caso (alcoolista) si è constatata una remissione più marcata con buona ricomposizione interiore.

In 1 caso (schizofrenia) la sindrome era tuttora in atto con oscillazioni.

In 1 caso (schizofrenia) il decorso era pervenuto alla fase dell'irreversibilità.

In 2 casi (oligofrenico l'uno, personalità psicopatica l'altro) i quadri erano rimasti confinati ai disturbi del carattere o dell'intelligenza senza salto di malattia.

III) E' da rilevare che non si sono osservati elementi significativi circa differenze di *decorso in rapporto al tempo di detenzione*.

Per i soggetti nel minimo della misura di sicurezza, dei due psicotici, uno (con psicosi senile) è stato osservato meno di due anni dopo il reato e presentava, come si è detto più sopra, impoverimento della sintomatologia; l'altro (con psicosi paranoide) è stato osservato dopo oltre 10 anni dal reato, e presentava oscillazioni del disturbo fondamentale.

Per gli altri si trattava di soggetti con disturbi del carattere sostanzialmente stabili, indipendentemente dal tempo intercorso dal reato, il che confermava la loro stabilità.

Per i soggetti con proroga della misura di sicurezza la remissione con riordinamento formale è stata osservata, nello schizofrenico dopo oltre 5 anni dal reato, nel nevrotico dopo meno di 2 anni dal reato, nell'alcoolista cronico dopo circa 6 anni dal reato.

La remissione con buona ricomposizione interiore della personalità si è rilevata nell'alcoolista dopo circa 3 anni dal reato.

La sindrome tuttora in atto con oscillazioni si è osservata in uno schizofrenico dopo circa 2 anni dal reato.

La sindrome irreversibile è stata rilevata in uno schizofrenico a distanza di oltre 10 anni dal reato (e dopo periodi di pena sospesa per la malattia evidenziatasi dopo poco tempo dal reato).

Forme di disturbi del carattere o dell'intelligenza, senza progressi salti di malattia, sono state osservate in un oligofre-

nico dopo circa 3 anni dal reato, ed in una personalità psicopatica dopo un analogo periodo.

Come si rileva da quanto esposto, la netta prevalenza di soggetti con disturbi del carattere sostanzialmente stabili, non ha permesso di rilevare varietà di fasi evolutive in un numero di casi sufficiente a permettere delle deduzioni circa i rapporti tra evoluzione e tempo di detenzione.

Si può solo rilevare che dei 4 soggetti con psicosi schizofrenica o paranoide, due presentavano sindromi floride con oscillazioni, uno dopo 2 anni e l'altro ad oltre 10 anni dal reato; uno una sindrome evoluta verso l'irreversibilità, dopo oltre 10 anni dal reato; ed uno soltanto una remissione con riordinamento formale della personalità dopo oltre 5 anni dal reato.

Si ha quindi anche qui, per gli psicotici, in genere una tendenza alla persistenza e all'aggravamento del quadro clinico.

c) *Giudizio sulla dimissibilità e indicazioni di trattamento.* —

Anche per i ricoverati in casa di cura e di custodia abbiamo esaminato, per meglio lumeggiare la realtà clinica della casistica, la possibilità di dimissione e le indicazioni di trattamento, secondo i criteri generali già esposti per quanto riguarda i prosciolti.

Le conclusioni sul giudizio di dimissibilità sono esposte nella tabella n. 69.

Rispetto alle risultanze emerse nello studio della casistica dei manicomi giudiziari viene qui in primo piano l'elevata aliquota di soggetti dimissibili; si sovverte ugualmente il rapporto relativo ai non dimissibili, mentre rimane sostanzialmente contenuta la proporzione dei soggetti che richiedono una osservazione ulteriore. Si tratta di aspetti che concordano con le caratteristiche dei quadri clinici dei soggetti ricoverati in casa di cura e di custodia.

Per quanto riguarda le indicazioni di trattamento il cui quadro riassuntivo è esposto anche nella tabella 69, la fenomenologia clinica dei quadri psicopatologici riscontrabili nelle case di cura e di custodia impone che si assegni prevalenza al trattamento psico e socioterapico come quello più adatto a svolgere effetti concreti sulla sociabilità del singolo ed a far leva sulle strutture di fondo della di lui personalità.

Al riguardo non si può però non osservare come nelle case

di cura e di custodia, oltre al problema dell'adeguamento delle strutture socioterapiche, esiste, come del resto negli ospedali psichiatrici civili e nei centri di igiene mentale, quello del difetto di un servizio di psicoterapia specialisticamente qualificato.

Invero la psicoterapia in Italia è tutt'oggi confinata ai limiti dei trattamenti clinici e seppure annovera la quasi totalità delle metodologie psicoterapeutiche, non ha ancora un numero apprezzabile di cultori dei trattamenti di gruppo, quali si esigerebbero per i ristretti nelle case di cura e di custodia, nelle quali, peraltro, psicoterapisti qualificati sono essenziali, ad evitare il rischio ampiamente lamentato in letteratura, che le sedute di psicoterapia si trasformino in circoli svincolati dal rispetto dei ruoli, delle norme e delle finalità etiche che debbono presiedere al trattamento curativo.

E' opportuno qui prendere in considerazione anche i dati, emersi dalla nostra casistica, relativi ai *rapporti dei ricoverati in casa di cura e di custodia con i familiari*.

Rapportando tali dati, riportati nella tabella 70, con quelli evidenziati per i prosciolti (tab. 53), si rileva subito come (per il totale dei ricoverati), la percentuale dei casi con nessun rapporto con i familiari, o con inidoneità di questi all'assistenza, diminuisce notevolmente, mentre aumenta quello dei familiari interessati al soggetto ricoverato, e in particolare quello dei familiari disposti ad assistenza attiva.

Anche questi dati concordano con le differenze dei quadri clinici dei ricoverati in casa di cura e di custodia rispetto a quelli dei soggetti ricoverati in manicomio giudiziario. Ci pare, infatti, che le diversità degli atteggiamenti dei familiari debbano inquadrarsi nelle diversità di atteggiamenti rispetto a soggetti chiaramente malati di mente (per i quali, anche in sede clinica, si rileva frequente resistenza dei familiari alle istanze di collaborazione all'assistenza) o invece solo con disturbi del carattere e del comportamento. Ciò è confermato dal fatto che i familiari non disposti o non idonei all'assistenza sono, per i ricoverati in casa di cura e di custodia nel minimo della misura di sicurezza, solo il 5,5%, mentre per quelli con proroga (in cui i soggetti sono più francamente malati) sono 4 su 8 e cioè il 50%, per cui si passa dal 5,5% del primo gruppo al 13,6% del totale (tab. 70).

Ad ulteriore conferma stanno i dati riportati nella tabel-

la 53, ove si rileva che, per i prosciolti, i familiari non disposti o non idonei all'assistenza sono il 35,3% per i soggetti nel minimo della misura di sicurezza ed il 50% per quelli con proroga, tra i quali ultimi, per tipo di forma morbosa o per decorso, vi sono malati più gravi.

---

## CONCLUSIONI

Il complesso degli elementi ottenuti ci pare permetta alcune considerazioni conclusive:

1) L'andamento dei gruppi di età e delle categorie professionali, oltre che la diversa frequenza, preventivamente considerata, dei soggetti di sesso maschile e femminile, costituiscono elementi significativamente differenziali rispetto alla casistica degli ospedali psichiatrici civili, e più vicini a quella dei criminali in genere, e sottolineano che il problema della criminalità dei malati di mente non può considerarsi in rapporto solo alla diversa azione criminogena delle varie malattie, ma anche a fattori diversi, anche non strettamente legati alla malattia mentale, e specialmente di natura ambientale.

Tutto ciò assume importanza rilevante, in ordine a problemi come la prognosi di pericolosità e l'assistenza ai dimessi dai manicomi giudiziari: si tratta di problemi che non possono ritenersi semplicisticamente del tutto sovrapponibili a quelli analoghi dei dimessi dagli ospedali psichiatrici civili.

2) I quadri clinici differenziano nettamente la casistica dei prosciolti ricoverati in manicomio giudiziario da quella dei semi-imputabili ricoverati in casa di cura e di custodia.

Abbiamo visto che nei primi prevalgono nettamente le psicosi, mentre sono molto scarsamente rappresentate le psiconevrosi e le personalità psicopatiche. Si deve dunque affermare che i prosciolti sono nella grande maggioranza dei veri malati di mente.

E le sostanziali convergenze diagnostiche nei tre momenti dell'osservazione peritale, della cartella clinica e della osservazione attuale (con divergenze limitate essenzialmente alle diverse caratteristiche del quadro clinico, in rapporto al decorso della malattia, nei vari momenti dell'osservazione), appaiono dimostrative della sostanziale esattezza del giudizio peritale di vizio totale di mente.

I rapporti tra singole forme morbose e reati sono poi significativi delle influenze dei diversi aspetti di modificazioni morbose della personalità, sui diversi comportamenti delittuosi.

La netta prevalenza delle schizofrenie e la estrema scarsità di psicosi dell'età involutiva sono elementi differenziali significativi della casistica dei manicomi giudiziari, rispetto a quella degli ospedali psichiatrici civili. Analogamente può dirsi per lo scarso numero, nei manicomi giudiziari, delle psicosi maniaco-depressive, la scarsa frequenza anche delle oligofrenie, e la discreta frequenza, invece, delle sindromi di alcoolismo, sia come alcoolismo cronico, che come psicosi alcooliche.

Si tratta di aspetti che vanno valutati sia in rapporto alla diversa importanza criminogena delle varie sindromi, che alla presenza prolungata, negli ospedali psichiatrici civili, di oligofrenici gravi e di psicotici evoluti verso la demenza.

3) L'analisi dei decorsi delle forme morbose presentate dai prosciolti dimostra una notevole tendenza alla persistenza o all'aggravamento delle sindromi, e alla loro evoluzione in forme irreversibili.

Il rilievo di tale tendenza in categorie nosografiche diverse pone in primo piano il problema di un'azione di ambiente e non può non sottolineare, tra l'altro, l'effetto deleterio dell'isolamento e della reclusione su molte forme morbose, in particolare schizofreniche, che, come si è detto più sopra, trovano in tali condizioni una spinta all'accentuazione della tendenza all'autismo, al negativismo, allo sviluppo di altre tendenze morbose.

Come già rilevato (si veda a pag. 57 e seguenti), ne deriva l'interesse di iniziative, già presenti nella amministrazione penitenziaria, di adeguamenti delle strutture attuali, dei regimi di vita e delle possibilità di lavoro e di attività in genere, oltre che di adeguamento del personale, idoneo alle esigenze delle varie forme di trattamento; e ciò appare particolarmente auspi-

cabile nei manicomi giudiziari, nei quali la permanenza è imposta da norme di legge, che peraltro esprimono esigenze sociali che non sempre possono essere disattese.

4) Le sindromi cliniche dei soggetti ricoverati in casa di cura e di custodia sono sostanzialmente inquadrabili, per la grande maggioranza, nelle personalità psicopatiche.

Si deve rilevare, peraltro, che risultano presenti, nei soggetti esaminati, tratti psicopatici particolarmente marcati, strettamente correlati con i comportamenti delittuosi attuati, i quali ultimi sono notevolmente frequenti anche nell'anamnesi dei singoli soggetti, fino a giustificare in taluni casi la dichiarazione di delinquente abituale. E le correlazioni dei tratti psicopatici sono presenti anche con comportamenti pregressi non delittuosi, che evidenziano un netto marchio psicopatico e caratterizzano delle particolari abnormi esistenze individuali (si vedano le considerazioni esposte da pag. 69 a pag. 71).

Si deve dunque prendere atto che, nella pratica, il problema del riconoscimento del carattere di infermità, produttiva di vizio parziale di mente, ad un gruppo consistente di personalità psicopatiche, viene risolto in senso affermativo.

E il complesso dei caratteri anamnestici e clinici dei casi osservati in questa indagine, conferma sostanzialmente la validità di tale impostazione, per cui i soggetti con vizio parziale di mente costituiscono un gruppo particolare, al limite tra i condannati ed i prosciolti, anche se alcuni soggetti, con analoghe caratteristiche cliniche, possono trovarsi sia tra i primi, come è suggerito dalla esperienza clinico-criminologica, che tra i secondi, come è risultato dalla presente indagine: del resto ciò conferma il carattere di situazione intermedia per la casistica dei soggetti con vizio parziale di mente (confermata anche da altri dati, come l'esistenza in alcuni soggetti di precedenti episodi morbosi con ricovero in ospedale psichiatrico, o l'alternarsi, in altri, di proscioglimento, condanna e riconoscimento di vizio parziale di mente, per reati diversi).

Un'ulteriore conferma di tali considerazioni si riceve dalla constatata presenza, tra i soggetti in esame, di alcuni psicotici, specie tra i ricoverati con proroga della misura di sicurezza, il che pone il problema dell'eventuale carattere psicotico, in fase iniziale, di alcune situazioni inquadrabili tra le personalità psicopatiche, e comunque al limite tra queste e le psicosi.

Va anche sottolineata la frequenza solo di alcuni tipi di personalità psicopatiche, con disturbi che facilmente portano ad azioni delittuose (soggetti ipertimici, istrionici, disforici, ecc.), e la sostanziale assenza, invece, di altri tipi, pur frequenti nella casistica puramente clinica (astenici, insicuri, ecc.).

Ciò richiama quanto si è accennato più sopra (per le psicosi), sulla diversa importanza criminogena delle varie sindromi, e costituisce un fondamentale elemento di distinzione tra la casistica criminologica e quella puramente clinica.

E se si tien conto che il passaggio all'atto delittuoso è subordinato anche a certe modalità di rapporti interpersonali ed a certe situazioni ambientali, si deve concludere che il problema della dimissione dalle case di cura e di custodia non può essere risolto solo sulla base di caratteristiche cliniche — che per sé non richiedono, nella massima parte dei casi, il ricovero in un istituto psichiatrico ospedaliero — ma anche alla luce di una efficace profilassi della criminalità. E questa, ovviamente, non può attuarsi con la permanenza più o meno prolungata del soggetto, dopo il periodo della pena propriamente detta, in un altro istituto, che conserva un carattere sostanzialmente detentivo, ma propone una problematica di assistenza, dopo la dimissione, che ha aspetti non solamente psichiatrici, ma anche più strettamente criminologici, come è confermato del resto dalla frequentissima lunga carriera criminale dei soggetti in esame, con estrema facilità di questi ad ulteriori recidive.

5) I quadri clinici appaiono dimostrativi della impossibilità di una rigida distinzione tra i soggetti appartenenti alle due diverse categorie giuridiche, dei prosciolti ricoverati in manicomio giudiziario e dei semi-imputabili ricoverati in casa di cura e di custodia.

Alcuni dei primi, per la sindrome di base o per l'evoluzione di questa, con più o meno sostanziale remissione o regressione, sono ravvicinabili ai secondi, e propongono, per la fase di ulteriore permanenza in istituto, problemi di trattamento analoghi e di tipo essenzialmente psico- e socio-terapico; come del resto propongono problemi analoghi per l'assistenza dopo la dimissione.

Alcuni dei soggetti ricoverati in casa di cura e di custodia presentano, invece, sindromi sostanzialmente analoghe a

quelle della gran parte dei ricoverati in manicomio giudiziario.

Si tratta peraltro di aspetti connessi solo ad una minoranza della casistica, come può rilevarsi dalle tabelle relative alle diagnosi, alle fasi di decorso, al giudizio di dimissibilità.

Circa quest'ultimo, deve rilevarsi, in particolare, che dal punto di vista strettamente clinico (con i criteri illustrati a pag. 59 e seguenti) sono risultati dimissibili 21 soggetti della casistica degli 81 prosciolti (e cioè circa il 26%); per tali soggetti, dunque, la permanenza in manicomio giudiziario è legata soltanto alla posizione giuridica.

Come è ovvio, non vi è poi alcuna corrispondenza tra i minimi di misure di sicurezza e le sindromi cliniche o i decorsi di queste; per questo aspetto, dunque, le categorie giuridiche non hanno alcuna relazione con le categorie nosografiche e di decorso.

6) Meritano di essere sottolineati alcuni elementi marginali emersi dalle nostre indagini.

Ci riferiamo innanzitutto alla frequenza, con cui, specie nei prosciolti, si sono rilevati sicuri pregressi episodi morbosi, precedenti a quello che ha provocato il reato per cui è avvenuto il proscioglimento, e che avevano provocato ricovero in ospedale psichiatrico (si rimanda a pag. 58 e 71, nonché alle tabelle 49 e 65). La frequenza di episodi delittuosi in fasi più o meno avanzate della malattia appare piuttosto significativa.

Devono poi ricordarsi i dati emersi circa i rapporti dei soggetti con i familiari (si veda a pag. 62 e 76 ed alle tabelle 53 e 70), che prospettano la notevole frequenza di atteggiamenti negativi da parte di questi ultimi, ed i notevoli problemi, quindi, che si presentano in tema di assistenza dopo la dimissione.

Val la pena anche sottolineare l'esistenza di casi in cui la dimissione dal manicomio giudiziario si accompagna ad un trasferimento in ospedale psichiatrico civile, per condizioni morbose irreversibili.

Si tratta di un fenomeno di una certa rilevanza.

E' opportuno qui riportare i dati relativi al 1970 per il manicomio giudiziario di Aversa e per quello di Barcellona. Per il primo, su un totale di 105 dimessi, 21 (pari al 20%) e per il secondo, su un totale di 71 dimessi, 36 (pari al 50,7%) sono stati trasferiti in ospedale psichiatrico civile.

Questi dati, mentre spiegano lo scarso numero di ricove-

rati con proroga della misura di sicurezza nel manicomio giudiziario di Barcellona (si veda quanto esposto a pag. 29), confermano la tendenza all'aggravamento ed alla cronicizzazione irreversibile di molte sindromi psicotiche e propongono problemi circa i criteri del giudizio di cessazione della pericolosità, che è alla base del provvedimento della misura di sicurezza, e circa le esigenze di sottrarre ad un regime più caratteristicamente detentivo, soggetti insuscettibili ormai di remissione e che rivelano, per le stesse caratteristiche cliniche, sostanzialmente regredite le probabilità di nuove condotte delittuose.

7) In conclusione, ci pare che la casistica osservata dimostri ampiamente che i soggetti ricoverati in manicomio giudiziario ed in casa di cura e di custodia propongono una complessa problematica, in parte legata alle categorie giuridiche, in parte in rapporto a determinate caratteristiche cliniche.

Il primo aspetto riguarda i problemi relativi, essenzialmente, ai minimi delle misure di sicurezza, a volte in contrasto con il giudizio clinico di dimissibilità, il che è particolarmente rilevante per le case di cura e di custodia; alle esigenze di strutture di trattamento adeguate alla realtà clinica, e che siano dirette a classi di soggetti, raggruppati a seconda delle condizioni cliniche e non delle categorie giuridiche; alle influenze del regime detentivo sui decorsi e alla necessità di ridurle con opportuni adeguamenti delle strutture.

Il secondo aspetto riguarda problemi di trattamento, che vanno al di là di quelli propri degli ospedali psichiatrici civili, dovendosi tener conto oltre che delle esigenze di diagnosi e di terapia (particolarmente rilevanti per la massima parte dei prosciolti), anche di elementi strettamente connessi alla profilassi della criminalità, con approfondimento degli aspetti legati alla frequenza di determinati tipi di sindromi, alle relazioni di queste con stimoli criminogeni ed alle particolari modalità di esistenza degli psicotici e delle personalità psicopatiche che diventano autori di reati, a volte (o anche, spesso) ripetuti. Ciò appare di rilevante importanza anche ai fini di particolari modalità di interventi di assistenza dopo la dimissione, con esigenze di valutazione adeguata di aspetti non soltanto psichiatrici, ma anche criminologici.

TABELLE

TABELLA N. 1  
Totale dei prosciolti per età

ETA'	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) 18-20 anni	—	—	—	—	—
b) 20-25 anni	5	2	2	9	11,11
c) 25-30 anni	2	3	7	12	14,82
d) 30-35 anni	2	3	6	11	13,58
e) 35-40 anni	9	3	4	16	19,75
f) 40-45 anni	4	3	1	8	9,88
g) 45-50 anni	3	2	4	9	11,11
h) 50-55 anni	1	3	1	5	6,17
i) 55-60 anni	1	—	1	2	2,47
l) 60-65 anni	1	—	1	2	2,47
m) oltre 65 anni non indicata	2	2	2	6	7,41
	—	—	1	1	1,23
TOTALI	30	21	30	81	100,00

TABELLA N. 2  
Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per età

ETA'	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) 18-20 anni	—	—	—	—	—
b) 20-25 anni	—	—	—	—	—
c) 25-30 anni	—	1	2	3	18,75
d) 30-35 anni	1	—	2	3	18,75
e) 35-40 anni	2	1	1	4	25,00
f) 40-45 anni	1	—	—	1	6,25
g) 45-50 anni	1	1	1	3	18,75
h) 50-55 anni	1	—	1	2	12,50
i) 55-60 anni	—	—	—	—	—
l) 60 anni	—	—	—	—	—
m) oltre 60 anni	—	—	—	—	—
TOTALI	6	3	7	16	100,00



**CONTINUED**

**1 OF 2**

TABELLA N. 3

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per età*

ETA'	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) 18-20 anni	—	—	—	—	—
b) 20-25 anni	5	2	2	9	13,85
c) 25-30 anni	2	2	5	9	13,85
d) 30-35 anni	1	3	4	8	12,30
e) 35-40 anni	7	2	3	12	18,46
f) 40-45 anni	3	3	1	7	10,77
g) 45-50 anni	2	1	3	6	9,23
h) 50-55 anni	—	3	—	3	4,61
i) 55-60 anni	1	—	1	2	3,08
l) 60-65 anni	1	—	1	2	3,08
m) oltre 65 anni	2	2	2	6	9,23
non indicate	—	—	1	1	1,54
<b>TOTALI</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 4

*Totale dei prosciolti per età al momento del reato*

ETA' AL MOMENTO DEL REATO	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
18-20 anni	1	1	1	3	3,70
20-25 anni	9	5	6	20	24,69
25-30 anni	4	4	7	15	18,52
30-35 anni	5	2	4	11	13,58
35-40 anni	2	3	1	6	7,41
40-45 anni	3	2	6	11	13,58
45-50 anni	2	2	—	4	4,94
50-55 anni	1	—	—	1	1,235
55-60 anni	1	—	1	2	2,47
60-65 anni	—	1	2	3	3,70
oltre 65 anni	2	1	1	4	4,94
non indicata	—	—	1	1	1,235
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 5

*Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per età al momento del reato*

ETA' AL MOMENTO DEL REATO	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
18-20 anni	—	—	1	1	6,25
20-25 anni	1	1	1	3	18,75
25-30 anni	1	—	2	3	18,75
30-35 anni	1	1	—	2	12,50
35-40 anni	1	—	1	2	12,50
40-45 anni	2	1	2	5	31,25
45-50 anni	—	—	—	—	—
50-55 anni	—	—	—	—	—
55-60 anni	—	—	—	—	—
oltre 65 anni	—	—	—	—	—
<b>TOTALI</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 6

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per età al momento del reato*

ETA' AL MOMENTO DEL REATO	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
18-20 anni	1	1	—	2	3,08
20-25 anni	8	4	5	17	26,15
25-30 anni	3	4	5	12	18,46
30-35 anni	4	1	4	9	13,85
35-40 anni	1	3	—	4	6,15
40-45 anni	1	1	4	6	9,23
45-50 anni	2	2	—	4	6,15
50-55 anni	1	—	—	1	1,54
55-60 anni	1	—	1	2	3,08
60-65 anni	—	1	2	3	4,62
oltre 65 anni	2	1	1	4	6,15
non indicata	—	—	1	1	1,54
<b>TOTALI</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 7

*Totale dei prosciolti per regione di nascita*

REGIONE DI NASCITA	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Piemonte	—	—	3	3	3,70
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—
Lombardia	1	—	6	7	8,64
Liguria	—	—	2	2	2,47
Veneto	1	—	5	6	7,41
Trentino A. Adige	—	—	1	1	1,235
Friuli V. Giulia	—	1	2	3	3,70
Emilia Romagna	—	—	2	2	2,47
Toscana	—	—	1	1	1,235
Marche	—	—	—	—	—
Umbria	1	—	—	1	1,235
Lazio	7	—	—	7	8,64
Abruzzo	4	—	—	4	4,94
Molise	—	—	—	—	—
Campania	6	—	—	6	7,41
Puglia	3	—	2	5	6,17
Basilicata	—	—	1	1	1,235
Calabria	1	4	3	8	9,88
Sicilia	2	15	—	17	20,99
Sardegna	3	1	1	5	6,17
Provenza(Francia)	1	—	—	1	1,235
Jugoslavia	—	—	1	1	1,235
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 8

*Prosciolti con proroga della misura di sicurezza  
per regione di nascita*

REGIONE DI NASCITA	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Piemonte	—	—	—	—	—
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—
Lombardia	—	—	1	1	6,25
Liguria	—	—	—	—	—
Veneto	—	—	2	2	12,50
Trentino A. Adige	—	—	—	—	—
Friuli V. Giulia	—	1	—	1	6,25
Emilia Romagna	—	—	1	1	6,25
Toscana	—	—	—	—	—
Marche	—	—	—	—	—
Umbria	—	—	—	—	—
Lazio	1	—	—	1	6,25
Abruzzo	2	—	—	2	12,50
Molise	—	—	—	—	—
Campania	2	—	—	2	12,50
Puglia	—	—	—	—	—
Basilicata	—	—	—	—	—
Calabria	—	—	2	2	12,50
Sicilia	1	2	—	3	18,75
Sardegna	—	—	1	1	6,25
<b>TOTALI</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 9

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza  
per regione di nascita*

REGIONE DI NASCITA	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Piemonte	—	—	3	3	4,61
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—
Lombardia	1	—	5	6	9,23
Liguria	—	—	2	2	3,08
Veneto	1	—	3	4	6,15
Trentino A. Adige	—	—	1	1	1,54
Friuli V. Giulia	—	—	2	2	3,08
Emilia Romagna	—	—	1	1	1,54
Toscana	—	—	1	1	1,54
Marche	—	—	—	—	—
Umbria	1	—	—	1	1,54
Lazio	6	—	—	6	9,23
Abruzzo	2	—	—	2	3,08
Molise	—	—	—	—	—
Campania	4	—	—	4	6,15
Puglia	3	—	2	5	7,69
Basilicata	—	—	1	1	1,54
Calabria	1	4	1	6	9,23
Sicilia	1	13	—	14	21,54
Sardegna	3	1	—	4	6,15
Provenza (Francia)	1	—	—	1	1,54
Jugoslavia	—	—	1	1	1,54
<b>TOTALI</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 10

*Totale dei prosciolti per regione di residenza*

REGIONE DI RESIDENZA	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Piemonte	—	—	3	3	3,70
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—
Lombardia	2	—	9	11	13,58
Liguria	—	—	2	2	2,47
Veneto	1	—	6	7	8,64
Trentino A. Adige	—	—	1	1	1,235
Friuli V. Giulia	—	1	3	4	4,94
Emilia Romagna	—	—	1	1	1,235
Toscana	—	—	2	2	2,47
Marche	—	—	—	—	—
Umbria	1	—	—	1	1,235
Lazio	10	—	—	10	12,35
Abruzzo	4	—	—	4	4,94
Molise	—	—	—	—	—
Campania	5	—	—	5	6,17
Puglia	3	—	1	4	4,94
Basilicata	—	—	—	—	—
Calabria	—	4	1	5	6,17
Sicilia	1	15	—	16	19,755
Sardegna	3	1	1	5	6,17
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 11

*Prosciolti con proroga della misura di sicurezza  
per regione di residenza*

REGIONE DI RESIDENZA	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Piemonte	—	—	—	—	—
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—
Lombardia	—	—	2	2	12,50
Liguria	—	—	—	—	—
Veneto	—	—	2	2	12,50
Trentino A. Adige	—	—	—	—	—
Friuli V. Giulia	—	1	—	1	6,25
Emilia Romagna	—	—	1	1	6,25
Toscana	—	—	—	—	—
Marche	—	—	—	—	—
Umbria	—	—	—	—	—
Lazio	2	—	—	2	12,50
Abruzzo	2	—	—	2	12,50
Molise	—	—	—	—	—
Campania	1	—	—	1	6,25
Puglia	—	—	—	—	—
Basilicata	—	—	—	—	—
Calabria	—	—	1	1	6,25
Sicilia	1	2	—	3	18,75
Sardegna	—	—	1	1	6,25
<b>TOTALI</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 12

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza  
per regione di residenza*

REGIONE DI RESIDENZA	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Piemonte	—	—	3	3	4,615
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—
Lombardia	2	—	7	9	13,85
Liguria	—	—	2	2	3,08
Veneto	1	—	4	5	7,69
Trentino A. Adige	—	—	1	1	1,54
Friuli V. Giulia	—	—	3	3	4,615
Emilia Romagna	—	—	—	—	—
Toscana	—	—	2	2	3,08
Marche	—	—	—	—	—
Umbria	1	—	—	1	1,54
Lazio	8	—	—	8	12,31
Abruzzo	2	—	—	2	3,08
Molise	—	—	—	—	—
Campania	4	—	—	4	6,15
Puglia	3	—	1	4	6,15
Basilicata	—	—	—	—	—
Calabria	—	4	—	4	6,15
Sicilia	—	13	—	13	20,00
Sardegna	3	1	—	4	6,15
<b>TOTALI</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 13

*Totale dei prosciolti per grado di istruzione*

ISTRUZIONE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel-lona	Casti-glione	N.	%
a) Analfabeta	4	4	2	10	12,35
b) Istruzione elementare	17	13	21	51	62,96
c) Istruzione media	4	2	1	7	8,64
d) Istruzione superiore alla media	5	2	6	13	16,05
TOTALI	30	21	30	81	100,00

TABELLA N. 14

*Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per grado di istruzione*

ISTRUZIONE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel-lona	Casti-glione	N.	%
a) Analfabeta	1	—	1	2	12,50
b) Istruzione elementare	4	2	4	10	62,50
c) Istruzione media	1	—	—	1	6,25
d) Istruzione superiore alla media	—	1	2	3	18,75
TOTALI	6	3	7	16	100,00

TABELLA N. 15

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per grado di istruzione*

ISTRUZIONE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel-lona	Casti-glione	N.	%
a) Analfabeta	3	4	1	8	12,31
b) Istruzione elementare	13	11	17	41	63,08
c) Istruzione media	3	2	1	6	9,23
d) Istruzione superiore alla media	5	1	4	10	15,38
TOTALI	24	18	23	65	100,00

TABELLA N. 16

*Totale dei prosciolti per professione*

PROFESSIONE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel-lona	Casti-glione	N.	%
1) <i>Imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, impiegati.</i>					
a) Agricoltura	—	—	1	1	1,235
b) Industria	—	—	1	1	1,235
c) Altre attività	1	—	1	2	2,47
2) <i>Lavoratori in proprio</i>					
a) Agricoltura	4	2	1	7	8,64
b) Industria	—	—	—	—	—
c) Altre attività	2	5	—	7	8,64
3) <i>Lavoratori dipendenti e coadiuvanti</i>					
a) Agricoltura	7	7	5	19	23,46
b) Industria	8	3	4	15	18,52
c) Altre attività	3	2	13	18	22,22
4) <i>Condizioni non professionali</i>	5	2	4	11	13,58
TOTALI	30	21	30	81	100,00

TABELLA N. 17

*Totale dei prosciolti per gruppi di reati*

REATI	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel- lona	Casti- glione	N.	%
Delitti contro la pubblica amministrazione	5	1	3	9	11,11
Delitti contro la moralità pubblica e il buonc Costume	2	2	4	8	9,88
Delitti contro la famiglia	—	2	1	3	3,70
Delitti contro la persona:	19	14	17	50	61,73
Omicidi	(15)	(9)	(8)	(32)	(39,51)
Tentati omicidi	(4)	(4)	(2)	(10)	(12,34)
Altri	(—)	(1)	(7)	(8)	(9,88)
Delitti contro il patrimonio	4	2	5	11	13,58
TOTALI	30	21	30	81	100,00

TABELLA N. 18

*Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per gruppi di reati*

REATI	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel- lona	Casti- glione	N.	%
Delitti contro la pubblica amministrazione	1	—	1	2	12,50
Delitti contro la moralità pubblica e il buonc Costume	—	1	2	3	18,75
Delitti contro la famiglia	—	—	—	—	—
Delitti contro la persona:	4	2	3	9	56,25
Omicidi	(2)	(1)	(2)	(5)	(31,25)
Tentati omicidi	(2)	(—)	(—)	(2)	(12,50)
Altri	(—)	(1)	(1)	(2)	(12,50)
Delitti contro il patrimonio	1	—	1	2	12,50
TOTALI	6	3	7	16	100,00

TABELLA N. 19

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per gruppi di reati*

REATI	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE
	Aversa	Bari- Grottole	Castel- Gione	
Delitti contro la pubblica amministrazione	4	1	2	7 10,77
Delitti contro la moralità pubblica e il buoncostume	2	1	2	5 7,69
Delitti contro la famiglia	—	2	1	3 4,61
Delitti contro la persona:				
Omicidi	15	12	14	41 63,08
Tentati omicidi	(13)	(8)	(6)	(27) (41,54)
Altri	(2)	(4)	(2)	(8) (12,31)
Delitti contro il patrimonio	(—)	(—)	(6)	(6) (9,23)
TOTALI	24	18	23	65 100,00

TABELLA N. 20

*Reati in rapporto alle singole forme morbose*

FORME MORBOSE	Delitti contro la pubblica amministrazione		Delitti contro la moralità pubblica e il buoncostume		Delitti contro la famiglia		Delitti contro la persona		Delitti contro il patrimonio		TOTALE	
	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga
Schizofrenia	1	1	1	—	1	—	21	9	1	2	25	12
Paranoia e psicosi paranoide	—	—	—	—	—	—	(17)(3)(1)	(5)(2)(2)	—	—	8	—
Psicosi maniaco-depressiva	—	1	—	—	—	—	7	—	1	—	2	1
Psicosi alcooliche	1	—	—	1	—	—	(4)(2)(1)	—	—	—	2	1
Psicosi epilettiche	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	4	1
Altre psicosi	—	—	—	—	—	—	(1)(1)(—)	—	—	—	1	—
Psiconeurosi	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	4	—
Personalità psicopatiche	—	—	—	—	—	—	(1)(—)(2)	—	—	—	5	—
Alcoolismo	—	—	1	2	1	—	1	—	2	—	3	2
Oligofrenie	2	—	3	—	1	—	(—)(—)(1)	—	—	—	12	—
TOTALI	7	2	5	3	3	—	41	9	9	2	65	16
							(27)(8)(6)	(5)(2)(2)				

N.B. Per i delitti contro la persona sono indicati, tra parentesi, rispettivamente, i numeri di omicidi, tentati omicidi, ed altri reati.



TABELLA N. 21

*Prosciolti in rapporto alla durata minima iniziale della misura di sicurezza*

DURATA INIZIALE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
<i>Prosciolti nel minimo della m.s.</i>					
2 anni	9	6	15	30	46,15
5 anni	5	4	4	13	20,00
10 anni	10	8	4	22	33,85
<b>Totali</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>
<i>Prosciolti con proroga della m.s.</i>					
2 anni	2	2	5	9	56,25
5 anni	1	1	2	4	25,00
10 anni	3	—	—	3	18,75
<b>Totali</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>
<i>Totali generali</i>					
2 anni	11	8	20	39	48,15
5 anni	6	5	6	17	20,99
10 anni	13	8	4	25	30,86
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 22  
*Forme morbose e minimi di misura di sicurezza (prosciolti)*

FORME MORBOSE	2 ANNI		5 ANNI		10 ANNI		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Schizofrenia	10	25,64	10	58,83	17	68,00	37	45,68
Paranoia e psicosi paranoide	2	5,13	3	17,65	3	12,00	8	9,88
Psicosi maniaco depressiva	2	5,13	1	5,88	—	—	3	3,70
Psicosi alcooliche	3	7,69	1	5,88	1	4,00	5	6,17
Psicosi epilettica	1	2,565	—	—	—	—	1	1,235
Altre psicosi	1	2,565	—	—	—	—	1	1,235
Psiconeurosi	1	2,565	—	—	3	12,00	4	4,94
Personalità psicopatiche	4	10,255	1	5,88	—	—	5	6,17
Alcoolismo	5	12,82	—	—	—	—	5	6,17
Oligofrenie	10	25,64	1	5,88	1	4,00	12	14,82
<b>TOTALI</b>	<b>39</b>	<b>100,00</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>25</b>	<b>100,00</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 23

Diagnosi nel totale dei prosciolti

DIAGNOSI	IN PERIZIA		IN CARTELLA CLINICA		DIAGNOSI ATTUALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
<i>A) Psicosi</i>						
a) Schizofrenia	36	44,45	37	45,68	37	45,68
b) Paranoia e psicosi paranoide	12	14,82	9	11,11	6	7,41
c) Psicosi maniaco-depressiva	4	4,94	2	2,47	—	—
d) Psicosi senili	1	1,235	—	—	—	—
e) Psicosi alcoliche	5	6,17	3	3,70	2	2,47
f) Psicosi epilettiche	—	—	1	1,235	1	1,235
g) Altre psicosi di etiologia nota	1	1,235	1	1,235	1	1,235
h) Altre e non specificate	1	1,235	1	1,235	—	—
<i>B) Psiconeurosi</i>	—	—	—	—	4	4,94
<i>C) Turbe del carattere, del comportamento e dell'intelligenza</i>						
a) Personalità psicopatiche	—	—	4	4,94	7	8,64
b) Alcoolismo	7	8,64	6	7,41	7	8,64
c) Altre tossicomanie	—	—	—	—	—	—
d) Oligofrenie	9	11,11	12	14,81	12	14,81
e) Carattere epilettico	—	—	—	—	—	—
f) Altre e non specificate	—	—	1	1,235	—	—
<i>D) Diagnosi non indicata</i>	5	6,17	4	4,94	—	—
<i>E) Personalità nei limiti della norma</i>	—	—	—	—	4	4,94
<b>TOTALI</b>	<b>18</b>	<b>100,00</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>	<b>81</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 24

Diagnosi nei prosciolti con proroga della misura di sicurezza

DIAGNOSI	IN PERIZIA		IN CARTELLA CLINICA		DIAGNOSI ATTUALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
<i>A) Psicosi</i>						
a) Schizofrenia	8	50,00	11	68,75	12	75,00
b) Paranoia e psicosi paranoide	3	18,75	—	—	—	—
c) Psicosi maniaco-depressiva	1	6,25	1	6,25	—	—
d) Psicosi senili	—	—	—	—	—	—
e) Psicosi alcoliche	1	6,25	1	6,25	1	6,25
f) Psicosi epilettiche	—	—	—	—	—	—
g) Altre psicosi di etiologia nota	—	—	—	—	—	—
h) Altre e non specificate	1	6,25	1	6,25	—	—
<i>B) Psiconeurosi</i>	—	—	—	—	—	—
<i>C) Turbe del carattere, del comportamento e dell'intelligenza</i>						
a) Personalità psicopatiche	—	—	—	—	1	6,25
b) Alcoolismo	1	6,25	1	6,25	2	12,50
c) Altre tossicomanie	—	—	—	—	—	—
d) Oligofrenie	—	—	—	—	—	—
e) Carattere epilettico	—	—	—	—	—	—
f) Altre e non specificate	—	—	—	—	—	—
<i>D) Diagnosi non indicata</i>	1	6,25	1	6,25	—	—
<i>E) Personalità nei limiti della norma</i>	—	—	—	—	—	—
<b>TOTALI</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 25

Diagnosi nei prosciolti nel minimo della misura di sicurezza

DIAGNOSI	IN PERIZIA		IN CARTELLA CLINICA		DIAGNOSI ATTUALE	
	N.	%	N.	%	N.	%
<i>A) Psicosi</i>						
a) Schizofrenia	28	43,08	26	40,00	25	38,46
b) Paranoia e psicosi paranoide	9	13,85	9	13,85	6	9,23
c) Psicosi maniaco-depressiva	3	4,61	1	1,54	—	—
d) Psicosi senili	1	1,54	—	—	—	—
e) Psicosi alcoliche	4	6,15	2	3,08	1	1,54
f) Psicosi epilettiche	—	—	1	1,54	1	1,54
g) Altre psicosi di etiologia nota	1	1,54	1	1,54	1	1,54
h) Altre e non specificate	—	—	—	—	—	—
<i>B) Psiconeurosi</i>	—	—	—	—	4	6,155
<i>C) Turbe del carattere, del comportamento e dell'intelligenza</i>						
a) Personalità psicopatiche	—	—	4	6,15	6	9,23
b) Alcoolismo	6	9,23	5	7,69	5	7,69
c) Altre tossicomanie	—	—	—	—	—	—
d) Oligofrenie	9	13,85	12	18,46	12	18,46
e) Carattere epilettico	—	—	—	—	—	—
f) Altre e non specificate	—	—	1	1,54	—	—
<i>D) Diagnosi non indicata</i>	4	6,15	3	4,61	—	—
<i>E) Personalità nei limiti della norma</i>	—	—	—	—	4	6,155
<b>TOTALI</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 26  
Malattie in rapporto all'età al momento del reato

Malattie	Età (anni)										Totale	
	15-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65		oltre 65
Schizofrenia	1	11	9	4	2	6	2	—	1	1	1	37
Paranoia e psicosi paranoide	—	—	—	—	1	1	—	1	2	1	1	7
Psicosi maniaco-depressiva	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	3
Psicosi alcoliche	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	1	5
Psicosi epilettiche	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2
Altre psicosi	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1
Nevrosi	—	1	1	—	—	1	1	—	—	—	—	4
Personalità psicopatiche	—	3	1	1	—	—	—	—	—	—	—	5
Alcoolismo	—	—	2	—	—	2	—	—	1	—	—	5
Oligofrenie	2	4	2	2	2	—	—	—	—	—	—	12
<b>TOTALI</b>	<b>3</b>	<b>23</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>80</b>

N.B. Non risulta indicata l'età di un soggetto con psicosi paranoide; il totale dei casi di questa Tabella è 80 invece di 81.

TABELLA N. 27  
Forme morbose in rapporto alle regioni di nascita dei soggetti

REGIONI	SCHIZOFRENIA	PARANOIA E PSICOSI PARANOIDE	PSICOSI MANIACO- DEPRESSIVA	PSICOSI ALCOOLICHE	PSICOSI EPILETTICHE	ALTRI PSICOSI	PSICO- NEUROSÌ	PERSONALITÀ PSICO- PATICHE	ALCOOLISMO	OLIGOFRENIA	TOTALE
Piemonte	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
Valle d'Aosta	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	7
Lombardia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Liguria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Veneto	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Trentino Alto Adige	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Friuli Venezia Giulia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3
Emilia Romagna	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Toscana	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Marche	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Umbria	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7
Lazio	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
Abruzzo	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4
Molise	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6
Campania	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5
Puglia	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5
Basilicata	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Calabria	12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8
Sicilia	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	17
Sardegna	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	5
Francia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Jugoslavia	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
TOTALI	37	8	3	5	1	1	4	5	5	12	81

TABELLA N. 28

Totale dei prosciolti per tempo dal reato all'osservazione attuale

INTERVALLO TRA REATO E OSSERVAZIONE ATTUALE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) fino a 2 anni	6	7	11	24	29,63
b) da 2 a 4 anni	10	9	10	29	35,80
c) da 4 a 6 anni	4	3	5	12	14,82
d) da 6 a 8 anni	6	1	2	9	11,11
e) da 8 a 10 anni	2	1	2	5	6,17
f) oltre 10 anni	2	—	—	2	2,47
TOTALI	30	21	30	81	100,00

TABELLA N. 29

Prosciolti con proroga della misura di sicurezza  
per tempo dal reato all'osservazione attuale

INTERVALLO TRA REATO E OSSERVAZIONE ATTUALE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) fino a 2 anni	—	—	—	—	—
b) da 2 a 4 anni	1	2	2	5	31,25
c) da 4 a 6 anni	1	—	2	3	18,75
d) da 6 a 8 anni	2	1	2	5	31,25
e) da 8 a 10 anni	—	—	1	1	6,25
f) oltre 10 anni	2	—	—	2	12,50
TOTALI	6	3	7	16	100,00

TABELLA N. 30

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza  
per tempo dal reato all'osservazione attuale*

INTERVALLO TRA REATO E OSSERVAZIONE ATTUALE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) fino a 2 anni	6	7	11	24	36,92
b) da 2 a 4 anni	9	7	8	24	36,92
c) da 4 a 6 anni	3	3	3	9	13,86
d) da 6 a 8 anni	4	—	—	4	6,15
e) da 8 a 10 anni	2	1	1	4	6,15
f) oltre 10 anni	—	—	—	—	—
TOTALI	24	18	23	65	100,00

TABELLA N. 31

*Totale dei prosciolti per tempo dalla sentenza di proscioglimento*

INTERVALLO TRA SENTENZA E OSSERVAZIONE ATTUALE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) fino a 2 anni	17	10	16	43	53,09
b) da 2 a 4 anni	3	8	10	21	25,92
c) da 4 a 6 anni	4	3	2	9	11,11
d) da 6 a 8 anni	3	—	1	4	4,94
e) da 8 a 10 anni	1	—	1	2	2,47
f) oltre 10 anni	2	—	—	2	2,47
TOTALI	30	21	30	81	100,00

TABELLA N. 32

*Prosciolti con proroga della misura di sicurezza  
per tempo dalla sentenza*

INTERVALLO TRA SENTENZA E OSSERVAZIONE ATTUALE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) fino a 2 anni	—	—	—	—	—
b) da 2 a 4 anni	2	2	5	9	56,25
c) da 4 a 6 anni	—	1	1	2	12,50
d) da 6 a 8 anni	2	—	1	3	18,75
e) da 8 a 10 anni	—	—	—	—	—
f) oltre 10 anni	2	—	—	2	12,50
TOTALI	6	3	7	16	100,00

TABELLA N. 33

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza  
per tempo dalla sentenza*

INTERVALLO TRA SENTENZA E OSSERVAZIONE ATTUALE	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) fino a 2 anni	17	10	16	43	66,15
b) da 2 a 4 anni	1	6	5	12	18,46
c) da 4 a 6 anni	4	2	1	7	10,77
d) da 6 a 8 anni	1	—	—	1	1,54
e) da 8 a 10 anni	1	—	1	2	3,08
f) oltre 10 anni	—	—	—	—	—
TOTALI	24	18	23	65	100,00

TABELLA N. 34

*Totale dei prosciolti per tempo di ricovero*

DURATA DEL RICOVERO	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) fino a 6 mesi	2	1	3	6	7,41
b) da 6 a 12 mesi	3	3	3	9	11,11
c) da 1 a 2 anni	6	6	9	21	25,92
d) da 2 a 3 anni	7	5	4	16	19,755
e) da 3 a 4 anni	—	4	5	9	11,11
f) da 4 a 5 anni	3	1	3	7	8,64
g) da 5 a 6 anni	2	1	—	3	3,705
h) da 6 a 7 anni	2	—	1	3	3,705
i) da 7 a 8 anni	1	—	—	1	1,235
l) da 8 a 9 anni	2	—	—	2	2,47
m) da 9 a 10 anni	—	—	2	2	2,47
n) oltre 10 anni	2	—	—	2	2,47
TOTALI	30	21	30	81	100,00

TABELLA N. 35

*Prosciolti con proroga della misura di sicurezza  
per durata di ricovero*

DURATA DEL RICOVERO	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
a) fino a 6 mesi	—	—	—	—	—
b) da 6 a 12 mesi	—	—	—	—	—
c) da 1 a 2 anni	—	—	—	—	—
d) da 2 a 3 anni	1	2	2	5	31,25
e) da 3 a 4 anni	—	—	2	2	12,50
f) da 4 a 5 anni	1	—	1	2	12,50
g) da 5 a 6 anni	—	1	—	1	6,25
h) da 6 a 7 anni	1	—	1	2	12,50
i) da 7 a 8 anni	1	—	—	1	6,25
l) da 8 a 9 anni	—	—	—	—	—
m) da 9 a 10 anni	—	—	1	1	6,25
n) oltre 10 anni	2	—	—	2	12,50
TOTALI	6	3	7	16	100,00

TABELLA N. 36

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza  
per durata di ricovero*

DURATA DEL RICOVERO	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE N. %
	Aversa	Barcellona	Castiglione	
a) fino a 6 mesi	2	1	3	6 9,23
b) da 6 a 12 mesi	3	3	3	9 13,85
c) da 1 a 2 anni	6	6	9	21 32,31
d) da 2 a 3 anni	6	3	2	11 16,92
e) da 3 a 4 anni	—	4	3	7 10,77
f) da 4 a 5 anni	2	1	2	5 7,69
g) da 5 a 6 anni	2	—	—	2 3,075
h) da 6 a 7 anni	1	—	—	1 1,54
i) da 7 a 8 anni	—	—	—	—
l) da 8 a 9 anni	2	—	—	2 3,075
m) da 9 a 10 anni	—	—	1	1 1,54
n) oltre 10 anni	—	—	—	—
TOTALI	24	18	23	65 100,00

TABELLA N. 37

*Totale dei prosciolti: attuale fase di decorso*

ATTUALE FASE DI DECORSO	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel- lona	Casti- glione	N.	%
A) Sindrome regredita	2	—	4	6	7,41
α) in personalità attualmente normale	—	—	( 4)	( 4)	( 4,94)
β) in personalità attualmente abnorme	(2)	—	—	( 2)	( 2,47)
B) Sindrome in fase di remissione marcata	6	4	5	15	18,52
α) con riordinamento formale	(4)	(3)	( 4)	(11)	(13,58)
β) con buona ricomposizione interiore	(2)	(1)	( 1)	( 4)	( 4,94)
C) Sindrome tuttora in atto	10	8	20	38	46,91
α) con aggravamento	(2)	(7)	(11)	(20)	(24,69)
β) con oscillazioni	(6)	(1)	( 5)	(12)	(14,81)
γ) con impoverimento esistenziale	(2)	—	( 4)	( 6)	( 7,41)
D) Sindrome cronica irreversibile ed esiti irreversibili	10	5	1	16	19,75
E) Personalità nei limiti della norma	—	—	—	—	—
F) Personalità con disturbi del carattere, del comportamento o dell'intelligenza senza sicuri episodi morbosi	2	4	—	6	7,41
TOTALI	30	21	30	81	100,00

TABELLA N. 38

*Prosciolti con proroga della misura di sicurezza:  
attuale fase di decorso*

ATTUALE FASE DI DECORSO	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel-lona	Casti-glione	N.	%
A) <i>Sindrome regredita</i>	—	—	—	—	—
<i>α) in personalità attualmente normale</i>	—	—	—	—	—
<i>β) in personalità attualmente abnorme</i>	—	—	—	—	—
B) <i>Sindrome in fase di remissione marcata</i>	3	1	—	4	25,00
<i>α) con riordinamento formale</i>	(2)	(1)	—	(3)	(18,75)
<i>β) con buona ricomposizione interiore</i>	(1)	—	—	(1)	( 6,25)
C) <i>Sindrome tuttora in atto</i>	1	2	6	9	56,25
<i>α) con aggravamento</i>	—	(2)	(3)	(5)	(31,25)
<i>β) con oscillazioni</i>	(1)	—	(1)	(2)	(12,50)
<i>γ) con impoverimento esistenziale</i>	—	—	(2)	(2)	(12,50)
D) <i>Sindrome cronica irreversibile ed esiti irreversibili</i>	2	—	1	3	18,75
E) <i>Personalità nei limiti della norma</i>	—	—	—	—	—
F) <i>Personalità con disturbi del carattere, del comportamento o dell'intelligenza senza sicuri episodi morbosi</i>	—	—	—	—	—
<b>TOTALI</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>

— 116 —

TABELLA N. 39

*Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza:  
attuale fase di decorso*

ATTUALE FASE DI DECORSO	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel-lona	Casti-glione	N.	%
A) <i>Sindrome regredita</i>	2	—	4	6	9,23
<i>α) in personalità attualmente normale</i>	—	—	(4)	( 4)	( 6,15)
<i>β) in personalità attualmente abnorme</i>	(2)	—	—	( 2)	( 3,08)
B) <i>Sindrome in fase di remissione marcata</i>	3	3	5	11	16,92
<i>α) con riordinamento formale</i>	(2)	(2)	(4)	( 8)	(12,31)
<i>β) con buona ricomposizione interiore</i>	(1)	(1)	(1)	( 3)	( 4,61)
C) <i>Sindrome tuttora in atto</i>	9	6	14	29	44,62
<i>α) con aggravamento</i>	(2)	(5)	(8)	(15)	(23,08)
<i>β) con oscillazioni</i>	(5)	(1)	(4)	(10)	(15,39)
<i>γ) con impoverimento esistenziale</i>	(2)	—	(2)	( 4)	( 6,15)
D) <i>Sindrome cronica irreversibile ed esiti irreversibili</i>	8	5	—	13	20,00
E) <i>Personalità nei limiti della norma</i>	—	—	—	—	—
F) <i>Personalità con disturbi del carattere, del comportamento o dell'intelligenza senza sicuri episodi morbosi</i>	2	4	—	6	9,23
<b>TOTALI</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>

— 117 —



TABELLA N. 40

*Evoluzione delle singole forme morbose  
nel totale dei prosciolti*

EVOLUZIONE DELLA SINDROME	A		B		C			D	E	F	TOTALE
	$\alpha$	$\beta$	$\alpha$	$\beta$	$\alpha$	$\beta$	$\gamma$				
Schizofrenia	—	1	5	1	13	5	2	10	—	—	37
Paranoia e psicosi paranoide	2	—	1	—	1	2	1	1	—	—	8
Psicosi maniaco-depressiva	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	3
Psicosi alcooliche	1	—	1	—	2	—	—	1	—	—	5
Psicosi epilettiche	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Altre psicosi	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Nevrosi	—	1	2	—	—	1	—	—	—	—	4
Personalità psicopatiche	—	—	—	1	1	1	—	—	—	2	5
Alcoolismo	—	—	—	—	2	1	1	1	—	—	5
Oligofrenie	—	—	2	—	—	2	2	2	—	4	12
<b>TOTALI</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>16</b>	<b>—</b>	<b>6</b>	<b>81</b>

N.B. Sull'asse delle ascisse sono indicate le attuali fasi di decorso come nella Tabella n. 37.

TABELLA N. 41

*Evoluzione delle singole forme morbose  
nei prosciolti con proroga della misura di sicurezza*

EVOLUZIONE DELLA SINDROME	A		B		C			D	E	F	TOTALE
	$\alpha$	$\beta$	$\alpha$	$\beta$	$\alpha$	$\beta$	$\gamma$				
Schizofrenia	—	—	3	—	3	2	1	3	—	—	12
Paranoia e psicosi paranoide	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Psicosi maniaco-depressiva	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Psicosi alcooliche	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Psicosi epilettiche	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Altre psicosi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nevrosi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Personalità psicopatiche	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Alcoolismo	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2
Oligofrenie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>TOTALI</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>16</b>

N.B. Sull'asse delle ascisse sono indicate le attuali fasi di decorso come nella Tabella n. 38.

TABELLA N. 42

*Evoluzione delle singole forme morbose  
nei prosciolti nel minimo della misura di sicurezza*

EVOLUZIONE DELLA SINDROME	A		B		C			D	E	F	TOTALE
	$\alpha$	$\beta$	$\alpha$	$\beta$	$\alpha$	$\beta$	$\gamma$				
Schizofrenia	—	1	1	1	10	3	1	7	—	—	25
Paranoia e psicosi paranoide	2	—	1	—	1	2	1	1	—	—	8
Psicosi maniaco-depressiva	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Psicosi alcoliche	1	—	1	—	1	—	—	1	—	—	4
Psicosi epilettiche	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
Altre psicosi	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Nevrosi	—	1	2	—	—	1	—	—	—	—	4
Personalità psicopatiche	—	—	—	1	1	1	—	—	—	2	5
Alcoolismo	—	—	—	—	1	1	—	1	—	—	3
Oligofrenie	—	—	2	—	—	2	2	2	—	4	12
TOTALI	4	2	8	3	15	10	4	13	—	6	65

N.B. Sull'asse delle ascisse sono indicate le attuali fasi di decorso come nella Tabella n. 39.

TABELLA N. 43

*Evoluzioni delle sindromi in rapporto al tempo di degenza  
in manicomio giudiziario*

		FINO	DA 6 A	DA 1	DA 2	DA 3	DA 4	DA 5	DA 6	DA 7	DA 8	DA 9	OLTRE	TOTALE
		A	12	A 2	A 3	A 4	A 5	A 6	A 7	A 8	A 9	A 10	10	
		6 MESI	MESI	ANNI	ANNI	ANNI	ANNI	ANNI	ANNI	ANNI	ANNI	ANNI	ANNI	
		A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
A	$\alpha$	1 —	— — —	— — —	— — —	2 —	1 —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	4 —
	$\beta$	— — —	— — —	— — —	1 —	— — —	1 —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	2 —
B	$\alpha$	— — —	2 —	1 —	4 2	— — —	1 —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— 1	8 3
	$\beta$	— — —	1 —	1 —	— — —	1 —	— 1	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	3 1
C	$\alpha$	3 —	2 —	5 —	— 1	1 2	2 1	1 1	— — —	— — —	— — —	1 —	— — —	15 5
	$\beta$ $\gamma$	1 —	1 —	6 —	1 1	1 —	— — —	— — —	— 1	— — —	— — —	— — —	— — —	10 2
		— — —	— — —	2 —	2 1	— — —	— — —	— — —	— 1	— — —	— — —	— — —	— — —	4 2
D		1 —	1 —	3 —	3 —	1 —	— — —	1 —	1 —	— 1	2 —	— 1	— 1	13 3
E		— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —
F		— — —	2 —	3 —	— — —	— — —	1 —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	— — —	6 —
TOTALI		6 —	9 —	21 —	11 5	6 2	6 2	2 1	1 2	— 1	2 —	1 1	— 2	65 16

N.B. Per ogni gruppo di età sono indicati nella colonna A i soggetti nel minimo della misura di sicurezza e nella colonna B quelli con proroga della misura di sicurezza. Sull'asse delle ordinate sono indicate le attuali fasi di decorso come nella tabella n. 37.

TABELLA N. 44

*Evoluzione del complesso delle forme morbose  
in rapporto al tempo dal reato*

		FINO A 2 ANNI		DA 2 A 4 ANNI		DA 4 A 6 ANNI		DA 6 A 8 ANNI		DA 8 A 10 ANNI		OLTRE 10 ANNI		TOTALE	
		Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga
A	$\alpha$	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	4	—
	$\beta$	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—
B	$\alpha$	1	—	5	2	2	—	—	—	—	—	—	1	8	3
	$\beta$	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	3	1
C	$\alpha$	9	—	2	1	2	2	1	2	1	—	—	—	15	5
	$\beta$	3	—	6	1	—	—	1	1	—	—	—	—	10	2
	$\gamma$	2	—	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	4	2
D		4	—	4	—	2	—	1	1	2	1	—	1	13	3
E		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F		1	—	2	—	1	—	1	—	1	—	—	—	6	—
TOTALI		24	—	24	5	9	3	4	5	4	1	—	2	65	16

N.B. Sull'asse delle ordinate sono indicate le attuali fasi di decorso come nella Tabella n. 37.

— 122 —

TABELLA N. 45

*Evoluzione delle schizofrenie in rapporto al tempo dal reato*

		FINO A 2 ANNI		DA 2 A 4 ANNI		DA 4 A 6 ANNI		DA 6 A 8 ANNI		DA 8 A 10 ANNI		OLTRE 10 ANNI		TOTALE	
		Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga	Prosciolti nel minimo	Prosciolti con proroga
A	$\alpha$	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	$\beta$	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
B	$\alpha$	—	—	2	2	—	—	—	—	—	—	—	1	2	3
	$\beta$	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
C	$\alpha$	4	—	2	—	2	1	1	2	1	—	—	—	10	3
	$\beta$	1	—	2	1	—	—	—	1	—	—	—	—	3	2
	$\gamma$	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	1
D		2	—	2	—	—	—	1	1	2	1	—	1	7	3
E		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTALI		9	—	9	3	2	1	2	5	3	1	—	2	25	13

N.B. Sull'asse delle ordinate sono indicate le attuali fasi di decorso come nella Tabella n. 37.

— 123 —

TABELLA N. 46

Evoluzione delle altre sindromi in rapporto al tempo dal reato

SINDROMI	FINO A 2 ANNI		DA 2 A 4 ANNI		DA 4 A 6 ANNI		DA 6 A 8 ANNI		DA 8 A 10 ANNI		OLTRE 10 ANNI		TOTALE
	N.	Fase di decorso	N.	Fase di decorso	N.	Fase di decorso	N.	Fase di decorso	N.	Fase di decorso	N.	Fase di decorso	N.
Paranoia e psicosi paranoide	2	C $\alpha$ C $\beta$	3	A $\alpha$ B $\alpha$ C $\gamma$	2	A $\alpha$ D	1	C $\beta$	—	—	—	—	8
Psicosi maniaco-depressiva	2	A $\alpha$ B $\beta$	—	—	1	B $\beta$	—	—	—	—	—	—	3
Psicosi alcoolica	1	C $\alpha$	3	A $\alpha$ B $\alpha$ C $\alpha$	1	D	—	—	—	—	—	—	5
Psicosi epilettiche	1	C $\alpha$	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Altre psicosi	1	D	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Psiconeurosi	—	—	1	C $\beta$	3	A $\beta$ 2 B $\alpha$	—	—	—	—	—	—	4
Personalità psicopatiche	4	B $\beta$ C $\alpha$ C $\beta$ F	—	—	—	—	1	F	—	—	—	—	5
Alcoolismo	2	C $\alpha$ D	2	C $\beta$ C $\gamma$	1	C $\alpha$	—	—	—	—	—	—	5
Oligofrenia	2	B $\alpha$ C $\gamma$	8	2 C $\beta$ C $\gamma$ 2 D 2 F	1	F	—	—	1	F	—	—	12

N.B. Nelle colonne « Fase di decorso » sono indicate le sigle come nella Tabella n. 37.

— 124 —

TABELLA N. 47

Evoluzione delle sindromi in rapporto all'età al momento del reato

		18-20	20-25	25-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	oltre 65	Totale
		A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B	A B
A	$\alpha$	— —	1 —	— —	1 —	— —	1 —	— —	— —	— —	1 —	— —	4 —
	$\beta$	— —	1 —	— —	— —	1 —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	2 —
B	$\alpha$	— —	1 —	2 —	2 1	— —	2 2	— —	— —	— —	— —	1 —	8 3
	$\beta$	— —	1 —	1 —	1 —	— 1	— —	— —	— —	— —	— —	— —	3 1
C	$\alpha$	— —	4 2	3 2	3 —	— —	— 1	1 —	— —	— —	1 —	2 —	14 5
	$\beta$	1 —	2 —	2 1	— —	— 1	2 —	1 —	— —	2 —	— —	— —	10 2
	$\gamma$	— 1	3 —	— —	— —	— —	— 1	— —	1 —	— —	— —	— —	4 2
D		— —	3 1	3 —	1 1	1 —	1 1	2 —	— —	— —	1 —	1 —	13 3
E		— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	— —
F		1 —	1 —	1 —	1 —	2 —	— —	— —	— —	— —	— —	— —	6 —
TOTALI		2 1	17 3	12 3	9 2	4 2	6 5	4 —	1 —	2 —	3 —	4 —	64 16

N.B. Per ogni gruppo di età sono indicati nella colonna A i soggetti nel minimo della misura di sicurezza e nella colonna B quelli con proroga della misura di sicurezza. Nel totale dei soggetti nel minimo manca un caso, per cui non è stata precisata l'età al momento del reato. Sull'asse delle ordinate le attuali fasi di decorso come nella Tabella n. 37.

— 125 —

TABELLA N. 48

*Evoluzione delle schizofrenie in rapporto all'età al momento del reato*

	18-20		20-25		25-30		30-35		35-40		40-45		45-50		50-55		55-60		60-65		oltre 65		Totale	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
α									1															
β			1		1		1				1													1
α																								
β			3	2	3	1	2						1											2
γ			1	1	1				1		2													3
D			2	1	3		1				1													10
E																								3
F																								2
TOTALI	1	8	3	7	2	2	2	1	1	3	3	2								1				25

N.B. Per ogni gruppo di età sono indicati nella colonna A i soggetti nel minimo della misura di sicurezza e nella colonna B quelli con proroga della misura di sicurezza.

TABELLA N. 49

*Precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico, nei prosciolti*

	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Prosciolti nel minimo	10	8	12	30	46,1
Prosciolti con proroga	2	2	3	7	43,7
TOTALI	12	10	15	37	45,6

N.B. Le percentuali sono calcolate in rapporto ai totali dei soggetti nel minimo, di quelli con proroga della m.s., e del complesso dei prosciolti.

TABELLA N. 50

*Giudizio sulla dimissibilità ed indicazioni di trattamento nel totale dei prosciolti*

GIUDIZIO SULLA DIMISSIBILITA'	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Soggetti dimissibili	10	6	5	21	25,93
Soggetti non dimissibili	18	14	24	56	69,13
Soggetti da osservare ulteriormente	2	1	1	4	4,94
TOTALI	30	21	30	81	100,00
INDICAZIONI DI TRATTAMENTO					
Trattamento medico-psichiatrico	18	13	21	52	64,20
Trattamento psico e socioterapico	12	8	9	29	35,80
TOTALI	30	21	30	81	100,00

TABELLA N. 51

*Giudizio sulla dimissibilità ed indicazioni di trattamento nei prosciolti con proroga*

GIUDIZIO SULLA DIMISSIBILITA'	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Soggetti dimissibili	1	—	—	1	6,25
Soggetti non dimissibili	5	3	7	15	93,75
Soggetti da osservare ulteriormente	—	—	—	—	—
TOTALI	6	3	7	16	100,00
INDICAZIONI DI TRATTAMENTO					
Trattamento medico-psichiatrico	5	3	6	14	87,50
Trattamento psico e socio-terapico	1	—	1	2	12,50
TOTALI	6	3	7	16	100,00

TABELLA N. 52

*Giudizio sulla dimissibilità ed indicazioni di trattamento nei prosciolti nel minimo della misura di sicurezza*

GIUDIZIO SULLA DIMISSIBILITA'	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcellona	Castiglione	N.	%
Soggetti dimissibili	9	6	5	20	30,77
Soggetti non dimissibili	13	11	17	41	63,08
Soggetti da osservare ulteriormente	2	1	1	4	6,15
TOTALI	24	18	23	65	100,00
INDICAZIONI DI TRATTAMENTO					
Trattamento medico-psichiatrico	13	10	15	38	58,46
Trattamento psico e socioterapico	11	8	8	27	41,54
TOTALI	24	18	23	65	100,00

TABELLA N. 53

*Rapporti coi familiari*

RAPPORTI COI FAMILIARI	OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI			TOTALE	
	Aversa	Barcel-lona	Casti-gione	N.	%
<i>Prosciolti nel minimo della m. s.</i>					
Nessun rapporto o familiari non idonei all'assistenza	8	9	6	23	35,39
Familiari disposti ad assistenza attiva	9	6	10	25	38,46
Familiari con interesse generico	7	3	7	17	26,15
<b>TOTALI</b>	<b>24</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>65</b>	<b>100,00</b>
<i>Prosciolti con proroga della m. s.</i>					
Nessun rapporto o familiari non idonei all'assistenza	1	2	5	8	50,00
Familiari disposti ad assistenza attiva	4	1	1	6	37,50
Familiari con interesse generico	1	—	1	2	12,50
<b>TOTALI</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>100,00</b>
<i>Totale prosciolti</i>					
Nessun rapporto o familiari non idonei all'assistenza	9	11	11	31	38,27
Familiari disposti ad assistenza attiva	13	7	11	31	38,27
Familiari con interesse generico	8	3	8	19	23,46
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>86</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 54

*Ricoverati in casa di cura e di custodia per età*

ETA'	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcel-lona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
a) 18-20 anni	—	—	—	—	—	—	—
b) 20-25 anni	1	—	1	2,79	1	2	4,545
c) 25-30 anni	4	—	4	11,12	—	4	9,09
d) 30-35 anni	3	—	3	8,34	2	5	11,36
e) 35-40 anni	5	1	6	16,68	—	6	13,64
f) 40-45 anni	4	1	5	13,90	2	7	15,91
g) 45-50 anni	5	1	6	16,68	1	7	15,91
h) 50-55 anni	3	2	5	13,90	—	5	11,36
i) 55-60 anni	3	—	3	8,34	—	3	6,82
l) 60-65 anni	—	1	1	2,79	1	2	4,545
m) oltre 65 anni	2	—	2	5,46	1	3	6,82
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>100,000</b>

TABELLA N. 55

Ricoverati in casa di cura e di custodia per età

al momento del reato

ETA' AL MOMENTO DEL REATO	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
18-20 anni	2	—	2	5,555	—	2	4,545
20-25 anni	3	1	4	11,11	1	5	11,36
25-30 anni	4	—	4	11,11	2	6	13,64
30-35 anni	5	1	6	16,67	2	8	18,18
35-40 anni	3	2	5	13,89	1	6	13,64
40-45 anni	8	—	8	22,22	1	9	20,455
45-50 anni	2	—	2	5,555	—	2	4,545
50-55 anni	2	1	3	8,33	—	3	6,82
55-60 anni	—	1	1	2,78	—	1	2,27
60-65 anni	—	—	—	—	—	—	—
oltre 65 anni	1	—	1	2,78	1	2	4,545
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 56

Ricoverati in casa di cura e di custodia per regione di nascita

REGIONE DI NASCITA	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
Piemonte	1	1	2	5,555	—	2	4,55
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—	—	—
Lombardia	1	—	1	2,78	1	2	4,55
Liguria	—	—	—	—	—	—	—
Veneto	6	—	6	16,67	1	7	15,91
Trentino-Alto Adige	1	—	1	2,78	—	1	2,27
Friuli-Venezia Giulia	1	—	1	2,78	1	2	4,55
Emilia-Romagna	3	—	3	8,33	1	4	9,09
Toscana	—	—	—	—	—	—	—
Marche	—	—	—	—	—	—	—
Umbria	1	—	1	2,78	—	1	2,27
Lazio	3	—	3	8,33	1	4	9,09
Abruzzo	4	—	4	11,11	—	4	9,09
Molise	—	—	—	—	—	—	—
Campania	3	—	3	8,33	—	3	6,82
Puglia	1	1	2	5,555	1	3	6,82
Basilicata	—	—	—	—	—	—	—
Calabria	1	—	1	2,78	—	1	2,27
Sicilia	3	4	7	19,44	2	9	20,45
Sardegna	—	—	—	—	—	—	—
Svizzera	1	—	1	2,78	—	1	2,27
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>100,00</b>



TABELLA N. 57

Ricoverati in casa di cura e di custodia per regione di residenza

REGIONE DI RESIDENZA	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcel- lona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
Piemonte	2	1	3	8,33	—	3	6,82
Valle d'Aosta	—	—	—	—	—	—	—
Lombardia	2	—	2	5,56	2	4	9,09
Liguria	—	—	—	—	—	—	—
Veneto	4	—	4	11,11	1	5	11,36
Trentino- Alto Adige	1	—	1	2,78	—	1	2,27
Friuli-Venezia Giulia	1	—	1	2,78	1	2	4,55
Emilia- Romagna	4	—	4	11,11	1	5	11,36
Toscana	—	—	—	—	—	—	—
Marche	—	—	—	—	—	—	—
Umbria	—	—	—	—	—	—	—
Lazio	4	—	4	12,11	1	5	11,36
Abruzzo	3	—	3	8,33	—	3	6,82
Molise	—	—	—	—	—	—	—
Campania	4	—	4	11,11	—	4	9,09
Puglia	1	1	2	5,56	—	2	4,55
Basilicata	—	—	—	—	—	—	—
Calabria	1	—	1	2,78	—	1	2,27
Sicilia	3	4	7	19,44	2	9	20,46
Sardegna	—	—	—	—	—	—	—
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 58

Ricoverati in casa di cura e di custodia per grado di istruzione

ISTRUZIONI.	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcel- lona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
a) analfabeta	3	4	7	19,45	1	8	18,18
b) istruzione elementare	25	1	26	72,22	7	33	75,00
c) istruzione media	2	1	3	8,33	—	3	6,82
d) istruzione superiore alla media	—	—	—	—	—	—	—
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 59

Ricoverati in casa di cura e di custodia per professione

PROFESSIONE	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
1) <i>Imprenditori, liberi professionisti, dirigenti, impiegati</i>							
a) Agricoltura	—	—	—	—	—	—	—
b) Industrie	—	—	—	—	—	—	—
c) Altre attività	—	—	—	—	—	—	—
2) <i>Lavoratori in proprio</i>							
a) Agricoltura	4	2	6	16,67	—	6	13,64
b) Industrie	2	—	2	5,56	—	2	4,54
c) Altre attività	6	1	7	19,44	—	7	15,91
3) <i>Lavoratori dipendenti e coadiuvanti</i>							
a) Agricoltura	3	1	4	11,11	2	6	13,64
b) Industria	7	2	9	25,00	6	15	34,09
c) Altre attività	5	—	5	13,89	—	5	11,36
4) <i>Condizioni non professionali</i>	3	—	3	8,33	—	3	6,82
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 60

Ricoverati in casa di cura e di custodia per gruppi di reati

REATI	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
Delitti contro la pubblica amministrazione	3	—	3	8,33	—	3	6,82
Delitti contro la moralità pubblica e il buoncostume	1	—	1	2,78	1	2	4,545
Delitti contro la famiglia	—	—	—	—	2	2	4,545
Delitti contro la persona							
Omicidi	10	3	13	36,11	1	14	31,82
Tentati Omicidi	4	1	5	13,89	—	5	11,36
Altri	—	1	1	2,78	—	1	2,27
Delitti contro il patrimonio	12	1	13	36,11	4	17	38,64
<b>TOTALI</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>36</b>	<b>100,00</b>	<b>8</b>	<b>44</b>	<b>100,00</b>

TABELLA N. 61

*Ricoverati in casa di cura e di custodia per durata iniziale della misura di sicurezza*

DURATA INIZIALE	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
a) 6 mesi	14	1	15	41,67	7	22	50,00
b) 1 anno	5	2	7	19,44	—	7	15,91
c) 3 anni	11	3	14	38,89	1	15	34,09
TOTALI	30	6	36	100,00	8	44	100,00

TABELLA N. 62

*Ricoverati in casa di cura e di custodia prima o dopo la pena*

	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.	SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
			N.	%
M.S. dopo la pena	34	7	41	93,18
M.S. prima della pena	2	1	3	6,82
TOTALI	36	8	44	100,00

TABELLA N. 63

*Durata delle proroghe (ricoverati in casa di cura e di custodia)*

DURATA DELLA PROROGA	CCC. AVERSA
6 mesi	3
1 anno	2
da 1 a 2 anni	1
oltre 2 anni	2
TOTALE	8

TABELLA N. 64

*Diagnosi nei ricoverati in casa di cura e di custodia*

DIAGNOSI	IN PERIZIA		IN CARTELLA CLINICA		DIAGNOSI ATTUALE	
	Soggetti nel minimo	Soggetti con proroga	Soggetti nel minimo	Soggetti con proroga	Soggetti nel minimo	Soggetti con proroga
<i>Psicosi</i>						
Schizofrenia	—	—	—	2	—	3
Paranoia e psicosi paranoide	—	—	2	—	1	—
Psicosi senile	—	—	1	—	1	—
<i>Psiconeurosi</i>	1	1	2	—	—	1
<i>Turbe del carattere, del comportamento e dell'intelligenza</i>						
Personalità psicopatiche	10	—	13	—	27	1
Alcoolismo	—	2	1	3	—	2
Oligofrenia	3	2	5	2	—	1
Carattere epilettico	1	—	—	—	1	—
Altre e non specificate	1	—	12	1	6	—
<i>Diagnosi non indicata</i>	20	3	—	—	—	—
TOTALI	36	8	36	8	36	8

TABELLA N. 65

*Precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico per ricoverati in casa di cura e di custodia*

PRECEDENTI RICOVERI IN O.P.	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE	
	Aversa	Barcellona	N.	%
	Soggetti nel minimo della m.s.	1	2	3
Soggetti con proroga della m.s.	4	—	4	50,00
<b>TOTALI</b>	5	2	7	15,91

N.B. - Le percentuali sono calcolate in rapporto ai totali dei soggetti nel minimo, di quelli con proroga della m. s. e del complesso dei ricoverati in Casa di C. e C.

TABELLA N. 66

*Ricoverati in casa di cura e di custodia per tempo tra reato ed osservazione attuale*

INTERVALLO TRA REATO E OSSERVAZIONE ATTUALE	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.		SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE			
	CASE DI CURA E CUSTODIA			TOTALE			
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
a) fino a 2 anni	4	—	4	11,11	1	5	11,36
b) da 2 a 4 anni	9	1	10	27,78	5	15	34,09
c) da 4 a 6 anni	6	2	8	22,22	—	8	18,18
d) da 6 a 8 anni	1	—	1	2,78	1	2	4,55
e) da 8 a 10 anni	1	1	2	5,55	—	2	4,55
f) oltre 10 anni	9	2	11	30,55	1	12	27,27
<b>TOTALI</b>	30	6	36	100,00	8	44	100,00

TABELLA N. 67

*Ricoverati in casa di cura e di custodia per tempo tra sentenza ed osservazione attuale*

INTERVALLO TRA REATO E OSSERVAZIONE ATTUALE	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.		SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE			
	CASE DI CURA E CUSTODIA			TOTALE			
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
a) fino a 2 anni	10	1	11	30,56	4	15	34,09
b) da 2 a 4 anni	7	2	9	25,00	2	11	25,00
c) da 4 a 6 anni	3	—	3	8,33	1	4	9,09
d) da 6 a 8 anni	—	1	1	2,78	—	1	2,27
e) da 8 a 10 anni	4	—	4	11,11	—	4	9,09
f) oltre 10 anni	6	2	8	22,22	1	9	20,46
<b>TOTALI</b>	30	6	36	100,00	8	44	100,00

TABELLA N. 68

*Ricoverati in casa di cura e di custodia per durata del ricovero*

DURATA DEL RICOVERO	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.		SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE			
	CASE DI CURA E CUSTODIA			TOTALE			
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
a) fino a 6 mesi	17	2	19	52,78	—	19	43,19
b) da 6 a 12 mesi	5	4	9	25,00	3	12	27,27
c) da 1 a 2 anni	5	—	5	13,89	2	7	15,91
d) da 2 a 3 anni	3	—	3	8,33	1	4	9,09
e) da 3 a 4 anni	—	—	—	—	1	1	2,27
f) da 4 a 5 anni	—	—	—	—	1	1	2,27
<b>TOTALI</b>	30	6	36	100,00	8	44	100,00

TABELLA N. 69

*Giudizio sulla dimissibilità ed indicazioni di trattamento*

GIUDIZIO SULLA DIMISSIBILITÀ	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
Soggetti dimissibili	25	6	31	86,11	4	35	79,55
Soggetti non dimissibili	2	—	2	5,56	2	4	9,09
Soggetti da osservare ulteriormente	3	—	3	8,33	2	5	11,36
TOTALI	30	6	36	100,00	8	44	100,00
INDICAZIONI DI TRATTAMENTO							
Trattamento medico-psichiatrico	2	—	2	5,55	2	4	9,09
Trattamento psico e socio-terapico	28	6	34	94,45	6	40	90,91
TOTALI	30	6	36	100,00	8	44	100,00

TABELLA N. 70

*Rapporti con i familiari (per ricoverati in casa di cura e di custodia)*

RAPPORTI COI FAMILIARI	SOGGETTI NEL MINIMO DELLA M. S.				SOGGETTI CON PROROGA DELLA M. S.	TOTALE	
	CASE DI CURA E CUSTODIA		TOTALE				
	Aversa	Barcellona	N.	%	CCC. Aversa	N.	%
Nessun rapporto o familiari non idonei all'assistenza	2	—	2	5,5	4	6	13,635
Familiari disposti ad assistenza attiva	21	4	25	69,5	3	28	63,635
Familiari con interesse generico	7	2	9	25,0	1	10	22,73
TOTALI	30	6	36	100,0	8	44	100,000

INDICE

PARTE I

A) PREMESSE	Pag. 1
B) CATEGORIE GIURIDICHE E PROBLEMATICA DEI LORO RAPPORTI CON LE CATEGORIE PSICHIATRICHE	» 3

PARTE II

A) IMPOSTAZIONE DELLA RICERCA	» 11
1) <i>Scelta del campione</i>	» 12
2) <i>Registrazione dei casi</i>	» 14
3) <i>Breve commento alla scheda di registrazione</i>	» 19
4) <i>Considerazioni in tema di differenziazione         delle diagnosi e delle fasi attuali di decorso</i>	» 21
B) ATTUAZIONE DELLA RICERCA	» 28

PARTE III

A) ESAME DELLA CASISTICA DEI PROSCIOLTI	» 33
1) <i>Aspetti generali</i>	
a) <i>Età</i>	» 33
b) <i>Regioni di nascita e di residenza</i>	» 36
c) <i>Istruzione e professione</i>	» 38
2) <i>Reato e trattamento penale e penitenziario</i>	
a) <i>Reati anche in rapporto alle varie forme             morbosc</i>	» 40
b) <i>Misure di sicurezza anche in rapporto             alle forme morbosc</i>	» 43

3) Quadri clinici e decorsi	
a) Diagnosi	» 45
b) Decorsi	» 54
c) Precedenti morbosi	» 58
d) Giudizio sulla dimissibilità e indicazioni di trattamento	» 59
B) ESAME DELLA CASISTICA DEI RICOVERATI IN CASA CURA E DI CUSTODIA	
1) Aspetti generali	
a) Età	» 63
b) Regioni di nascita e di residenza	» 64
c) Istruzione e professione	» 64
2) Reati e trattamento penale e penitenziario	
a) Reati	» 65
b) Misure di sicurezza	» 66
3) Quadri clinici e decorsi	
a) Diagnosi	» 66
b) Decorsi	» 72
c) Giudizio sulla dimissibilità e indicazioni di trattamento	» 75
CONCLUSIONI	» 79

TABELLE

TABELLA N. 1 - Totale dei prosciolti per età
TABELLA N. 2 - Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per età
TABELLA N. 3 - Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per età
TABELLA N. 4 - Totale dei prosciolti per età al momento del reato
TABELLA N. 5 - Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per età al momento del reato

TABELLA N. 6 - Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per età al momento del reato
TABELLA N. 7 - Totale dei prosciolti per regione di nascita
TABELLA N. 8 - Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per regione di nascita
TABELLA N. 9 - Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per regione di nascita
TABELLA N. 10 - Totale dei prosciolti per regione di residenza
TABELLA N. 11 - Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per regione di residenza
TABELLA N. 12 - Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per regione di residenza
TABELLA N. 13 - Totale dei prosciolti per grado di istruzione
TABELLA N. 14 - Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per grado di istruzione
TABELLA N. 15 - Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per grado di istruzione
TABELLA N. 16 - Totale dei prosciolti per professione
TABELLA N. 17 - Totale dei prosciolti per gruppi di reati
TABELLA N. 18 - Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per gruppi di reati
TABELLA N. 19 - Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per gruppi di reati
TABELLA N. 20 - Reati in rapporto alle singole forme morbose
TABELLA N. 21 - Prosciolti in rapporto alla durata minima iniziale della misura di sicurezza
TABELLA N. 22 - Forme morbose e minimi di sicurezza (prosciolti)
TABELLA N. 23 - Diagnosi nel totale dei prosciolti
TABELLA N. 24 - Diagnosi nei prosciolti con proroga della misura di sicurezza

- TABELLA N. 25 - *Diagnosi nei prosciolti nel minimo della misura di sicurezza*
- TABELLA N. 26 - *Malattie in rapporto all'età al momento del reato*
- TABELLA N. 27 - *Forme morbose in rapporto alle regioni di nascita dei soggetti*
- TABELLA N. 28 - *Totale dei prosciolti per tempo dal reato all'osservazione attuale*
- TABELLA N. 29 - *Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per tempo dal reato all'osservazione attuale*
- TABELLA N. 30 - *Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per tempo dal reato all'osservazione attuale*
- TABELLA N. 31 - *Totale dei prosciolti per tempo dalla sentenza di proscioglimento*
- TABELLA N. 32 - *Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per tempo dalla sentenza*
- TABELLA N. 33 - *Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per tempo dalla sentenza*
- TABELLA N. 34 - *Totale dei prosciolti per tempo di ricovero*
- TABELLA N. 35 - *Prosciolti con proroga della misura di sicurezza per durata di ricovero*
- TABELLA N. 36 - *Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza per durata di ricovero*
- TABELLA N. 37 - *Totale dei prosciolti: attuale fase di decorso*
- TABELLA N. 38 - *Prosciolti con proroga della misura di sicurezza: attuale fase di decorso*
- TABELLA N. 39 - *Prosciolti nel minimo della misura di sicurezza: attuale fase di decorso*
- TABELLA N. 40 - *Evoluzione delle singole forme morbose nel totale dei prosciolti*
- TABELLA N. 41 - *Evoluzione delle singole forme morbose nei prosciolti con proroga della misura di sicurezza*

- TABELLA N. 42 - *Evoluzione delle singole forme morbose nei prosciolti nel minimo della misura di sicurezza*
- TABELLA N. 43 - *Evoluzione delle sindromi in rapporto al tempo di degenza in manicomio giudiziario*
- TABELLA N. 44 - *Evoluzione del complesso delle forme morbose in rapporto al tempo dal reato*
- TABELLA N. 45 - *Evoluzione delle schizofrenie in rapporto al tempo dal reato*
- TABELLA N. 46 - *Evoluzione delle altre sindromi in rapporto al tempo dal reato*
- TABELLA N. 47 - *Evoluzione delle sindromi in rapporto all'età al momento del reato*
- TABELLA N. 48 - *Evoluzione delle schizofrenie in rapporto all'età al momento del reato*
- TABELLA N. 49 - *Precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico, nei prosciolti*
- TABELLA N. 50 - *Giudizio sulla dimissibilità ed indicazioni di trattamento nel totale dei prosciolti*
- TABELLA N. 51 - *Giudizio sulla dimissibilità ed indicazioni di trattamento (per i ricoverati in casa di cura e di custodia)*
- TABELLA N. 52 - *Giudizio sulla dimissibilità ed indicazioni di trattamento nei prosciolti nel minimo della misura di sicurezza*
- TABELLA N. 53 - *Rapporti coi familiari per i prosciolti*
- TABELLA N. 54 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per età*
- TABELLA N. 55 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per età al momento del reato*
- TABELLA N. 56 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per regione di nascita*
- TABELLA N. 57 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per regione di residenza*



- TABELLA N. 58 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per grado di istruzione*
- TABELLA N. 59 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per professione*
- TABELLA N. 60 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per gruppi di reati*
- TABELLA N. 61 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per durata iniziale della misura di sicurezza*
- TABELLA N. 62 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia prima o dopo la pena*
- TABELLA N. 63 - *Durata delle proroghe (ricoverati in casa di cura e di custodia)*
- TABELLA N. 64 - *Diagnosi nei ricoverati in casa di cura e di custodia*
- TABELLA N. 65 - *Precedenti ricoveri in ospedale psichiatrico per ricoverati in casa di cura e di custodia*
- TABELLA N. 66 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per tempo tra reato ed osservazione attuale*
- TABELLA N. 67 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per tempo tra sentenza ed osservazione attuale*
- TABELLA N. 68 - *Ricoverati in casa di cura e di custodia per durata del ricovero*
- TABELLA N. 69 - *Giudizio sulla dimissibilità ed indicazioni di trattamento*
- TABELLA N. 70 - *Rapporti con i familiari (per ricoverati in casa di cura e di custodia)*

**END**