

LA VALUTAZIONE DELL'IDONEITÀ PSICHICA E DEI FATTORI DI RISCHIO NELLA DETENZIONE E IL PORTO DI ARMI DA FUOCO: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA E OSSERVAZIONI SULL'ATTUALE SITUAZIONE ITALIANA

Carlo Alfredo Clerici, Laura Veneroni, Roberto Invernizzi

Introduzione

Recenti gravi episodi di violenza compiuti in Italia, per un presunto effetto di disturbi mentali, da soggetti in possesso di regolari autorizzazioni per la detenzione o il porto di armi da fuoco, hanno reso evidente la necessità di una revisione critica delle procedure e dei criteri di valutazione dell'idoneità al rilascio di tali permessi. Si possono ricordare, tra i fatti più noti, nel 2003 una strage di cinque persone, seguita dal suicidio del responsabile ad Acì Castello e un duplice omicidio con suicidio a Milano, e un triplice omicidio a Bogogno nel 2005.

Eventi analoghi nel personale militare o delle forze di polizia, cioè di personale che svolge servizi armati, sono giunti episodicamente all'attenzione pubblica, soprattutto se particolarmente clamorosi quali una strage a Bagno di Romagna nel 1988, un omicidio - suicidio a Turi nel 1999 e un duplice omicidio seguito da suicidio a Torino nel 2003.

Questi fenomeni hanno un'incidenza variabile a seconda delle nazioni, rientrando comunque nella categoria dei crimini violenti che costituiscono una primaria causa di morte nei paesi più industrializzati (W.H.O. 2000).

In Italia un gran numero di persone (alcuni milioni) detiene un'arma o la utilizza per scopi ricreativi, sportivi o professionali, oltre al personale delle Forze Armate, dei corpi di pubblica sicurezza, della polizia locale e degli istituti privati di vigilanza. Ogni cittadino di sufficiente salute psicofisica, non pregiudicato o obiettore di coscienza, ha diritto di acquistare armi, munito di un'apposita autorizzazione come un nulla osta all'acquisto, una licenza di porto di arma corta per difesa personale o di fucile per uso di caccia o per il tiro a volo.

La valutazione dell'idoneità sanitaria al maneggio delle armi è regolamentata in ambito civile da normative specifiche (D.M. 28 aprile 1998, "Requisiti psicofisici minimi per il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia e al porto d'armi per uso di difesa personale"). La verifica dei requisiti è svolta attraverso il rilascio di un certificato anamnestico dal medico di medicina generale e un successivo certificato di idoneità psicofisica rilasciato da un ufficiale sanitario della A.S.L., un ufficiale medico militare o da un medico della Polizia di Stato. Nessuno psichiatra o psicologo clinico è coinvolto nella valutazione di routine dell'idoneità psichica.

Un gran numero di medici non specialisti in salute mentale, civili e militari, si trova così ad esprimere pareri sull'idoneità psicofisica al maneggio delle armi.

L'efficacia di tali procedure è frequentemente messa in discussione dopo episodi violenti e a più riprese sono state proposte riforme della normativa che regola questa materia. È necessario però ricordare che proposte di legge inutilmente restrittive possono non offrire una reale efficacia preventiva, mentre potrebbe essere utile una nuova e diversa disciplina della procedura per il rilascio delle autorizzazioni in materia di armi.

RICEVUTO DICEMBRE 2005, ACCETTATO MARZO 2006

La conoscenza della diffusione del fenomeno e dei relativi fattori di rischio è una condizione essenziale per fondare, su basi più condivise, le procedure di valutazione del rischio e la regolamentazione delle autorizzazioni.

Questo studio si propone di illustrare una revisione della letteratura scientifica in merito a fattori psichici coinvolti nell'abuso di armi da fuoco legali.

Materiali e metodi

La letteratura è stata raccolta mediante le banche dati on-line Medline e PsychINFO; la ricerca è stata integrata dalla consultazione di libri, articoli e repertori bibliografici cartacei. Sono stati inclusi nella revisione studi empirici e review pubblicati a partire dal 1970. Sono stati selezionati 47 studi dedicati all'epidemiologia di episodi omicidari e suicidari con armi da fuoco legalmente detenute, e allo studio dei fattori di rischio per omicidi e suicidi o azioni violente condotti con questi mezzi.

Analisi dei dati

Le ricerche sono state suddivise schematicamente in temi principali: studi epidemiologici, ruolo degli eventi stressanti, ruolo di condizioni psicopatologiche e ruolo della pronta disponibilità di armi da fuoco.

A) Studi epidemiologici

La maggior parte delle casistiche evidenzia come la più frequente situazione di abuso di armi legali sia il suicidio, con poche eccezioni.

Nei primi anni Novanta, negli Stati Uniti, il tasso di omicidi, suicidi e morti accidentali collegati ad armi da fuoco era superiore a quello delle altre 25 nazioni sviluppate di cui erano disponibili dati epidemiologici (Krug 1998).

Nonostante i decessi provocati da armi da fuoco siano diminuiti negli U.S.A. a partire dal 1993, nel 2000 rimanevano la seconda causa di incidenti mortali (Miniño 2002). Di 28.663 morti legate ad armi da fuoco, una media di 79 al giorno, 16.586 (il 57,9%) erano suicidi, 10.801 (37,7%) omicidi, 776 (2,7%) incidenti, e 500 (1,7%) erano interventi delle forze dell'ordine o non determinati.

L'incidenza degli omicidi con armi da fuoco negli U.S.A. è riferita di 6,24 per milione, mentre quella dei suicidi è di 7,23 per milione (United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice 1997).

Riportiamo alcuni dati sull'incidenza di omicidi e suicidi con armi da fuoco riferiti ad altre nazioni.

In Francia l'incidenza di omicidi è 5,5 per milione, quella dei suicidi 49,3 per milione (Killias 1993).

In Germania l'incidenza di omicidi è 2,1 per milione, quella dei suicidi 12,3 per milione (United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice 1997).

In Gran Bretagna l'incidenza di omicidi è 1,3 per milione, quella dei suicidi 3,3 per milione (United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice 1997).

In Olanda l'incidenza di omicidi è 2,7 per milione, quella dei suicidi 2,8 per milione (Killias 1993).

In Spagna l'incidenza di omicidi è 1,9 per milione, quella dei suicidi 5,5 per milione (United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice 1997).

In Svizzera l'incidenza di omicidi è 4,6 per milione, quello dei suicidi 57,4 per milione (Killias 1993).

L'analisi comparativa dei dati epidemiologici è però resa problematica dalla differente definizione di arma nelle diverse legislazioni e quindi nelle diverse casistiche. Le raccolte di dati epidemiologici inoltre spesso non distinguono gli eventi colposi da quelli dolosi e generalmente non è distinta la condizione legale o illegale delle armi con cui omicidi e suicidi sono perpetrati.

Inoltre, spesso non è specificata la distinzione tra armi corte ed armi lunghe, necessaria ad esempio a distinguere il coinvolgimento in azioni violente delle armi da caccia.

Un altro aspetto problematico è costituito dalla ridotta validità delle rilevazioni epidemiologiche. I motivi sono vari, fra cui il riserbo delle famiglie che possono insistere per l'omissione della dizione "suicidio" nelle cartelle cliniche; è possibile che molti suicidi figurino più o meno intenzionalmente come morti accidentali, soprattutto se avvenuti in assenza di segni premonitori o psicopatologie conclamate.

Occorre segnalare la complessità delle procedure di rilevazione statistica in Italia. I dati sui suicidi derivano da due fonti: l'Annuario Statistico Italiano, che raccoglie dati dalla Polizia di Stato e dai Carabinieri e l'annuario delle Statistiche Sanitarie che raccoglie dati dei certificati di morte provenienti dai Comuni.

I "moventi" dei suicidi (questo è il termine utilizzato) sono classificati dall'annuario ISTAT in malattie fisiche, malattie psichiche, motivi affettivi, motivi d'onore, motivi economici, motivi ignoti o non indicati. Non sono disponibili altri dettagli relativi ai suicidi compiuti con armi da fuoco.

Non sono state reperite statistiche sull'epidemiologia, in Italia, degli omicidi commessi con armi da fuoco legalmente detenute, per effetto di disturbi psichici.

Età / sesso

Gli studi sul ruolo di fattori come età e sesso nella scelta di armi da fuoco quali strumenti auto ed etero lesivi presentano notevole varietà.

Wintemute (1988) riportava nella sua casistica sulla Contea di Sacramento, in California, l'impiego per il 66% di armi corte (pistole e revolver), scelte dal 65% dei suicidi maschi e dall'88% di donne suicide (da tutte quelle di età superiore a 35 anni).

Anche il lavoro di Kaplan (1997) evidenziava il frequente ricorso ad armi da fuoco nei suicidi di donne ultrasessantacinquenni negli U.S.A.

In Italia i dati disponibili più recenti, riferiti al 2002 (ISTAT 2004), riportano 378 suicidi con armi da fuoco accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri in quell'anno, 360 dei quali compiuti da maschi e 18 da femmine. I tentati suicidi con armi da fuoco risultano nello stesso periodo 54 (46 maschi e 8 femmine).

Professione esercitata

Alcuni studi hanno considerato il legame fra la professione esercitata e la scelta di armi da fuoco quali strumenti auto ed etero lesivi.

Malmberg (1997) ha descritto un'elevata incidenza di suicidi nei contadini in Inghilterra e nel Galles, evidenziando come concause rilevanti la facile disponibilità di armi da fuoco, lo stress collegato al lavoro, difficoltà finanziarie e problemi familiari.

Liu (1995) evidenziava nella casistica dei suicidi in Alabama l'impiego di armi da fuoco nel 78.7% dei casi, più frequentemente nei soggetti abitanti in campagna. Gli studi riguardanti le forze dell'ordine e i militari sono qui riportati nella sezione dedicata al ruolo della pronta disponibilità di armi.

B) Ruolo di eventi stressanti

Vari studi hanno considerato il legame fra abusi di armi da fuoco legali ed eventi vitali stressanti come rottura di relazioni affettive, depressione, perdita del lavoro o difficoltà economiche.

Una review di 15 studi (Office of the Privacy Commissioner of Canada 2003) ha evidenziato una rilevante incidenza di difficoltà finanziarie negli omicidi con armi legali. Lo studio Dansys (1992) ha evidenziato difficoltà finanziarie nel 48% degli accusati di omicidi domestici.

La condizione di disoccupazione non è di per sé causa di difficoltà finanziarie né appare legata ad una maggiore incidenza di episodi violenti con armi da fuoco; Moyer e Carrington (1992) hanno descritto un'incidenza di suicidi maggiore nei soggetti che lavorano rispetto ai disoccupati, ai pensionati ed ai titolari di pensione d'invalidità (38% contro il 24%).

Appare rilevante la relazione fra omicidi domestici e precedenti episodi di violenza. Lo studio Dansys (1992) ha mostrato che nei 2/3 degli omicidi domestici vittime e accusati erano stati coinvolti in precedenti litigi violenti noti ad amici e conoscenti della vittima.

Nella metà dei casi di uxoricidio la vittima e l'uccisore erano impegnati in una trattativa di separazione e nel 40% dei casi si era verificato un recente allontanamento dall'abitazione familiare.

Moyer e Carrington (1992) hanno esaminato il ruolo delle armi da fuoco nei suicidi, raccogliendo, nella loro analisi di un campione di suicidi nella regione dell'Ontario, informazioni su otto eventi vitali: morte di un membro della famiglia, cambiamenti nella composizione della famiglia (divorzio, separazione, nascita di figli), traslochi, problemi lavorativi ed economici, problemi legali come recenti accuse penali, malattie fisiche, perdita di altre relazioni ed altri eventi.

La ricerca di questi autori concludeva che non era stato possibile evidenziare alcuna correlazione statisticamente significativa fra suicidi ed eventi vitali stressanti; si segnalava tuttavia come i suicidi con uno o più eventi stressanti gravi in anamnesi avessero utilizzato armi da fuoco, rispetto al resto della popolazione. Secondo questi autori l'argomento appariva però troppo tenue per giustificare un'approfondita indagine sugli eventi stressanti in ogni richiedente una licenza di porto o detenzione di armi da fuoco.

Lo studio Dansys (1992) ha esaminato omicidi domestici con l'uso di armi da fuoco fra il 1989 e il 1990. Circa la metà consisteva nell'omicidio perpetrato da un marito ai danni della moglie; il 15% nell'omicidio del marito da parte di una moglie; la percentuale rimanente riguardava altri membri della famiglia, di cui per il 6% omicidio di un genitore da parte di un figlio.

Gli accusati di questi omicidi presentavano un certo numero di variabili: 47% aveva precedenti penali, 39% era disoccupato, 25% era stato licenziato di recente, 24% aveva avuto un fallimento della propria attività o aveva debiti, 18% era coinvolto in una situazione d'infedeltà amorosa, 14% era in attesa di processo, 6% era infine in libertà vigilata o sottoposto a pene alternative alla carcerazione.

C) *Ruolo di condizioni psicopatologiche*

Nella comune rappresentazione dell'opinione pubblica l'abuso di armi è generalmente attribuito al cosiddetto "raptus", evento in realtà difficilmente riconducibile ad una precisa entità nosografica.

Molte ricerche di area psichiatrica e criminologica hanno indagato le relazioni fra omicidi e suicidi con alcune forme di psicopatologia, fra cui i disturbi di personalità antisociale e narcisistico, il disturbo delirante, la depressione maggiore, l'abuso di sostanze ed altri ancora.

È possibile che la valutazione del rilievo della malattia psichica come fattore di rischio dipenda dall'orientamento teorico degli autori e dal loro concetto di salute mentale. Lo stesso concetto di sofferenza psichica, e le relative diagnosi, hanno un basso grado di consenso anche fra gli specialisti e ciò rende i dati poco attendibili.

Nell'ultima casistica italiana disponibile, riferita al 2002 (Istat 2004), le malattie psichiche erano registrate come "movente" in 1081 casi su 2949 di suicidi condotti con ogni tipo di metodo (non solo con armi da fuoco).

Dudley (1996) ha evidenziato come nella casistica australiana l'85% degli omicidi sia intrafamiliare, descrivendo un modesto incremento nell'abuso di armi in soggetti sofferenti per un disturbo psichiatrico.

Crawford e collaboratori (1997) hanno dimostrato che, nonostante la presenza di alcol sia negli assassini sia nelle vittime di omicidi domestici di donne in Ontario, la presenza di droghe era definita "minima".

Sigurdson (1994) ha evidenziato la presenza di elevati livelli ematici di etanolo, indice di abuso acuto di alcolici, nella metà dei soggetti giovani suicidi (84% commessi da maschi, non soltanto però con armi da fuoco) nella zona canadese del Manitoba. Lo studio Dansys (1992) ha descritto abuso di alcol nella metà degli omicidi domestici del suo campione e nell'11% dei casi un'influenza di sostanze stupefacenti al momento dell'omicidio. L'11% degli omicidi familiari considerato dallo studio Dansys era in terapia per un disturbo mentale e il 5% presentava un disturbo definito severo.

Anche Peruzzi (2000) e Bailey (1997) hanno descritto l'alcol come fattore di rischio per il suicidio. Bailey (1997) ha descritto ciò come particolarmente rilevante nei giovani maschi.

Moyer e Carrington (1992) hanno descritto una relazione statisticamente significativa fra tassi ematici di etanolo e suicidi con armi da fuoco. I suicidi mediante armi da fuoco in soggetti in stato di intossicazione acuta da alcol sono stati il doppio (50 vs. 26 %) di quelli condotti da soggetti che non avevano abusato di alcol. Le conclusioni di questi autori riferiscono una rilevante correlazione fra suicidi con armi da fuoco e l'abuso di alcol. Questi autori hanno descritto che fra i suicidi da loro esaminati, individui con depressione severa (21 %) avevano minori probabilità di usare armi da fuoco rispetto a quelli in cui non era stata descritta depressione (35 %) o quelli con sintomi depressivi di minore gravità (45 %). Lo studio non ha raccolto informazioni in merito a pregressi tentativi di suicidio.

Sigurdson (1994) e Peruzzi (2000) hanno descritto come una percentuale rilevante dei suicidi riusciti aveva compiuto tentativi in precedenza.

Sigurdson (1994) ha però descritto come i suicidi senza pregressi tentativi avessero circa il doppio della possibilità d'impiego di armi da fuoco rispetto a quelli con tentativi precedenti (Peruzzi non aveva descritto i mezzi).

Una delle conclusioni più importanti dello studio Dansys (1992) sugli omicidi domestici è che in due terzi degli omicidi la vittima e l'accusato erano stati in precedenza coinvolti in litigi

violenti noti ai conoscenti della vittima, e la percentuale era persino più elevata per gli uxoricidi. Questo dato è stato descritto anche negli studi di Bailey (1997), di Crawford (1997) e in quello di Campbell (1994). Lo studio di Tutty (1999) esaminando gli episodi di violenza domestica non letale con l'impiego di armi da fuoco, evidenziava violenze domestiche continue e ripetute come fattore di rischio.

Tutty (1999) evidenziava anche che più di metà degli omicidi di sesso maschile aveva precedenti penali per crimini violenti (escluse violenze sulla compagna); più di metà delle donne valutava che il partner avesse gravi problemi di abuso di sostanze e circa un terzo degli uomini era stato sottoposto a terapie psichiatriche o era stato sottoposto ad una valutazione psichiatrica. Circa metà degli uomini era descritta sotto l'effetto di alcol o droghe nel corso delle azioni violente.

Un aspetto originale di questo studio era l'impiego di interviste qualitative con le vittime ed i soccorritori (agenti di polizia e assistenti sociali).

D) Ruolo della pronta disponibilità di armi da fuoco

La disponibilità legale di armi da fuoco è dipendente dalle normative in vigore nelle diverse nazioni che differiscono notevolmente e ciò complica un'analisi comparativa (Cukier 2000).

In Giappone, dove la legislazione in materia di armi è fra le più restrittive al mondo (e dove più è basso il numero di armi legalmente detenute), il numero di omicidi con armi da fuoco legali è stato di 0,3 per milione e il numero di suicidi con lo stesso mezzo è stato di 0,36 per milione (United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice 1997).

In Svizzera, dove la maggior parte dei maschi adulti è membro dell'esercito e detiene nell'abitazione un fucile d'assalto, l'incidenza di omicidi è descritta di 4,6 per milione e quella di suicidi è di 57,4 per milione (Killias 1993).

Alcune ricerche (Kellerman 1991; Gabor 1994) evidenziano il legame fra la facilità di accesso a mezzi letali, come le armi da fuoco, e il verificarsi di episodi di violenza.

Kellerman (1993) concludeva ad esempio che gli omicidi di un membro della famiglia erano 2,7 volte più probabili in un'abitazione in cui era detenuta un'arma e in un altro studio evidenziava che il rischio di suicidio era aumentato di 4,8 volte (Kellerman 1992).

Altri autori hanno mostrato invece la scarsità di evidenze a sostegno del legame fra facile accesso alle armi e morti violente (Mauser 1996, Kleck 1991).

Shah et al. (2000) hanno indicato il ruolo del facile accesso ad armi da fuoco come fattore favorente il suicidio di adolescenti nella casistica esaminata in Colorado.

Il tipo di arma impiegata per i suicidi è descritta variabile a seconda degli studi. Wintemute (1988) riportava nella sua casistica sulla Contea di Sacramento in California l'impiego per il 66% di armi corte (pistole e revolver).

Zwerling (1993) ha evidenziato un'incidenza del ricorso ad armi corte nei suicidi che non riflette la diffusione di questi strumenti rispetto ai fucili da caccia o da tiro e che questa sproporzione si è incrementata durante la decade da lui esaminata.

Varie ricerche hanno indagato il ruolo della pronta disponibilità di armi nei membri di reparti militari o forze di polizia, come fattore favorente la messa in atto di azioni violente.

Numerosi studi riferiscono un tasso di suicidi più elevato fra gli appartenenti alle forze di polizia rispetto alla popolazione generale o ad altre professioni (Wagner e Brzeczeczek 1983; Guralnik 1963; Heiman 1975ab, 1977; Helmkamp 1996; Kirkcaldy 1993; Kirkcaldy e Cooper 1992; Labovitz e Hagedorn 1971; Nelson e Smith 1970; Territo e Vetter 1981; Terry 1981; Vena et al. 1986;

Violanti et al. 1996a; Violanti et al. 1996b).

In anni recenti alcuni autori hanno evidenziato un incremento nel tasso di suicidi fra il personale di polizia negli Stati Uniti (Violanti 1995), Francia (Bourgoin 1997) e Australia (Cantor et al. 1995). Altri studi avevano evidenziato un tasso di suicidi non incrementato rispetto a periodi precedenti, ad esempio nei poliziotti di Los Angeles (Dash e Reiser 1978) e nella Royal Canadian Mounted Police (Loo 1986).

Rispetto agli omicidi e ai suicidi nell'ambito militare e delle forze di polizia nazionali esiste una limitata disponibilità di dati pubblicati, a fronte di casistiche straniere che riportano un'incidenza dei suicidi addirittura superiore a quella dei decessi per cause di servizio (Freeyian 1998).

In ambito militare (esclusa l'Arma dei Carabinieri) nel periodo di 17 anni di cui sono stati reperiti dati (1976 – 1992) si erano verificati 276 suicidi (16,2 casi / anno) che costituivano la terza causa di morte, nella popolazione militare, dopo gli incidenti stradali e le malattie (Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito 1995).

La lettura di questi scarni dati è resa ancor più problematica dall'ancora frequente utilizzo, nell'igiene mentale militare, di categorie diagnostiche diverse dal DSM e dall'ICD, e dalla migliorabile conoscenza epidemiologica dei disturbi psichici, per l'impossibilità di precisare quale percentuale di accertamenti neuropsichiatrici sia legata a motivi non clinici, quali ad esempio questioni disciplinari.

Discussione

La maggior parte degli studi descrive un'associazione fra alcuni fattori anamnestici e comportamentali ed eventi violenti commessi con armi da fuoco, anche se nessun legame di causalità è dimostrabile con certezza.

Secondo la letteratura esaminata precedenti tentativi di suicidio, trattamenti farmacologici per disturbi depressivi, disoccupazione e abuso di sostanze non sono da considerare fattori di rischio specifici per atti violenti con armi da fuoco. Terapie antidepressive e precedenti tentativi di suicidio possono essere associati ad atti suicidari ma non necessariamente attuati con armi da fuoco.

Sono altresì stati descritti come fattori che rendono poco probabili gli omicidi domestici l'assenza di precedenti penali e precedenti episodi violenti, e l'anamnesi negativa per abuso di sostanze, senza tuttavia alcun valore predittivo certo (Dansys 1992).

Alcuni autori raccomandano particolare cautela nell'interpretare e utilizzare i risultati delle ricerche, a causa di frequenti orientamenti pregiudiziali negli studi che riguardano le armi da fuoco.

Una certo filone ideologico suggerisce che una limitazione della disponibilità di armi da fuoco potrebbe ridurre l'incidenza di episodi violenti. Tuttavia alcuni dati epidemiologici in merito ai suicidi, confrontati con quelli della diffusione di armi da fuoco, sembrano in contrasto con questa ipotesi, suggerendo che la limitazione della disponibilità di armi non diminuisca il numero di suicidi nella popolazione. Ad esempio nonostante la maggiore diffusione di armi da fuoco negli U.S.A. rispetto al Canada, l'incidenza dei suicidi è riferita inferiore negli U.S.A. (11,5 per 100.000 abitanti) rispetto al Canada (12,9 per 100.000 abitanti) (Dandurand 1998).

La revisione della letteratura evidenzia la necessità di approfondire le conoscenze per fornire un supporto, almeno orientativo, alla valutazione clinica dei singoli casi. Un'efficace valutazione comprende sia aspetti diagnostici di eventuali condizioni psicopatologiche in atto, sia funzioni prognostiche, di previsione di comportamenti autolesivi ed eterolesivi anche a lungo termi-

ne. È evidente come questo giudizio implichi idealmente valutazioni ancora più complesse di quelle richieste nella comune attività clinica. Sorge quindi il dubbio sulla reale possibilità di dare risposte fondate a tali quesiti.

Il problema di effettuare efficacemente queste valutazioni resta in larga parte irrisolto. Non sono ben definiti i fattori centrali e quelli secondari eventualmente da considerare. In particolare si è ben lontani dall'aver definito se le valutazioni dell'idoneità possano giovare di un modello psicodiagnostico, ad esempio svolto mediante l'utilizzo di griglie di valutazione. In ambito clinico possono essere impiegati alcuni strumenti psicometrici di valutazione miranti a valutare il rischio suicidario; dalla revisione della letteratura si evidenzia che nessuna scala risulta tuttavia impiegata nelle procedure di valutazione di routine per l'idoneità alla detenzione e al porto di armi.

È necessario comunque osservare come la valutazione del rischio suicidario o di atti eterolesivi non possa prescindere da un approfondito colloquio clinico ed anamnestico.

La maggior parte degli studi indica che i fattori identificati non hanno un valore sicuramente predittivo e gli episodi di abuso sono probabilmente il risultato dell'interazione fra fattori diversi, non solo psicopatologici, ma anche situazionali ed ambientali.

La tendenza a considerare l'omicidio o il suicidio con armi da fuoco come sintomo di psicopatologia appare riduttiva ed è opportuno sottolineare l'esigenza di non restringere la lettura di questi fenomeni entro parametri esclusivamente medici o psichiatrici.

La valutazione dell'idoneità psichica al maneggio di armi dovrebbe quindi richiedere l'esame di molteplici aspetti (non tutti valutabili da un clinico) quali:

- anamnesi psicopatologica
- funzioni psichiche (in particolare pensiero e tono dell'umore)
- personalità del soggetto
- rischio di suicidio
- pregressi episodi di violenza verso di sé o altri
- presenza di fattori disinibenti quali sostanze d'abuso o terapie farmacologiche e condizioni fisiche in grado d'influenzare le condizioni psichiche
- efficacia dei meccanismi di controllo degli impulsi
- preoccupazioni espresse da familiari e amici

Alcune considerazioni sull'attuale normativa italiana

Alla luce di queste considerazioni è possibile un commento dell'attuale situazione italiana. La valutazione degli aspetti sopra citati dovrebbe trovare collocazione all'interno di un procedimento amministrativo, che è attualmente disegnato dall'art. 3 d.m. 28 aprile 1998.

Si tratta di una procedura che desta perplessità circa la sua idoneità a considerare adeguatamente i fattori di rischio illustrati.

Il procedimento di verifica del possesso dei requisiti psicofisici minimi (previsto dall'art. 2) è articolato in due fasi. La prima fase (descritta dal comma 2 dell'art. 2) prevede che l'interessato che acceda al suddetto accertamento debba all'uopo presentare "un certificato anamnestico (da compilarsi secondo il modello di cui allegato 1) rilasciato dal medico di fiducia di cui all'art. 25 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, di data non anteriore a tre mesi". La seconda di esse prevede che l'accertamento dei requisiti psicofisici sia effettuato dagli uffici medico legali o dai distretti sanitari delle Unità Sanitarie Locali o dalle strutture sanitarie della Polizia di Stato (art. 2 comma 1).

Il momento della certificazione anamnestica è dunque quello della prima presa di contatto tra l'interessato e le strutture pubbliche preposte a vagliarne i requisiti. Si tratta di un momento particolarmente delicato perché, se l'acquisizione della certificazione anamnestica non esaurisce le verifiche, le sue risultanze sono comunque in grado di orientare il corso delle successive valutazioni.

È prescritto che il certificato sia compilato secondo uno schema prestabilito e questa procedura relega il medico interessato al ruolo, sostanzialmente notarile, di attestare la provenienza delle dichiarazioni anamnestiche fornite dal diretto interessato.

È possibile che nel colloquio che precede la stesura della certificazione il medico, anche se non specialista della salute mentale, possa attrarre l'attenzione dell'interessato sulle problematiche oggetto di questo studio, per stimolare dichiarazioni in proposito. La norma non garantisce tuttavia che - per ragioni che vanno dalla sensibilità del medico alla sincerità e consapevolezza dell'interessato - si possa sempre e comunque andare oltre una schematica autocertificazione.

Da ciò emerge che l'intera struttura delle verifiche si trova a fondarsi, o meglio, può secondo la normativa vigente, fondarsi sulle sole dichiarazioni del diretto interessato.

Ulteriori accertamenti sono affidati (comma 1 dell'art. 2 d.m.) alle competenti strutture pubbliche e sono prescritti dal "medico certificatore" appartenente agli uffici medico legali e agli altri enti sopra citati (comma 3 dello stesso art. 2).

È però ovvio il rischio che questi eventuali accertamenti siano, o meno, disposti in base al contenuto della (auto)certificazione all'origine del procedimento di verifica.

È opportuno ora considerare se il quadro normativo di riferimento si esaurisca con quanto esaminato, oppure se esistano fonti ulteriori, che possano guidare l'interpretazione del d.m. 28 aprile 1998, elevando la probabilità che i fattori di rischio che si sono illustrati (tratti dai dati emergenti dalla letteratura scientifica) siano adeguatamente considerati nel procedimento.

Occorre considerare che la normativa in tema di porto d'armi è posta a presidio di valori primari quali l'ordine pubblico e la salute (pubblica, ma anche del diretto interessato); e d'altronde non viviamo in un ordinamento ove il porto d'armi rappresenta una prerogativa del cittadino garantita addirittura a livello costituzionale (come ad esempio negli Stati Uniti d'America).

Di conseguenza, un particolare rigore e approfondimento delle verifiche in questione è da ritenersi pienamente conforme ai valori di fondo del nostro ordinamento.

Considerando alcune rilevanti disposizioni della disciplina generale di tutti i procedimenti amministrativi (l. 241/96 ora modificata con l. 15/05 e d.l. 35/05), è sottolineato come l'attività amministrativa debba essere improntata da criteri di efficacia e ragionevolezza. In coerenza con ciò è stabilito che l'istruttoria stessa sia curata assicurando la valutazione di ogni presupposto rilevante, con possibilità di chiedere agli interessati la rettifica di dichiarazioni presentate e con possibilità di disporre, anche d'ufficio, gli "accertamenti tecnici" del caso. In sintesi, tutta l'attività istruttoria deve tendere al maggiore approfondimento possibile, per meglio cogliere gli obiettivi sostanziali sottesi al suo svolgersi. In altri termini, l'agire dell'Amministrazione deve rispondere a ragionevolezza e alla verifica effettiva, non meramente burocratica e cartacea, dei dati della realtà sottostante all'agire amministrativo. Di conseguenza, nel quadro delle verifiche preordinate "all'accertamento dei requisiti psicofisici", appare possibile che già ora la verifica delle problematiche in questione divenga parte usuale del procedimento.

Sono di orientamento, da un lato, i dati scientifici emergenti dalla letteratura scientifica considerata e, dall'altro, il particolare elevato rango dei beni (salute, incolumità, ordine pubblico) presidiati dalle norme in tema di porto d'armi.

Nell'odierno assetto delle competenze (previste dal d.m. 28 aprile 1998) l'iniziativa di effettuare specifici accertamenti volti a valutare le fonti di rischio delle quali si diceva, sembra far capo più alle strutture indicate dall'art. 3 comma 1 (uffici medico legali o dai distretti sanitari

delle unità sanitarie locali o dalle strutture sanitarie militari e della polizia di stato), piuttosto che al medico curante che ha soltanto il compito di raccogliere la dichiarazione.

Diverso è il ruolo delle strutture sopra citate, i cui incaricati debbono fare tutto quanto è possibile per giungere all'accertamento loro affidato; tutto ciò ovviamente nei limiti di quanto da essi è ragionevolmente esigibile, ma con l'ovvia aggiunta che le valutazioni devono essere condotte anche alla luce dell'esistenza, nella letteratura medica e psicologica, degli elementi che sono stati illustrati e che indicano la potenziale esistenza di aree di rischio che è possibile affrontare tramite opportuni accertamenti.

Dal momento che il rilascio del permesso di porto d'armi dipende dalla decisione ultima dell'autorità di pubblica sicurezza, non appare impossibile (né illegittimo) che un eventuale approfondimento nel senso indicato dalle valutazioni mediche segua a un impulso esercitato da quella autorità.

Sembra consigliabile per il futuro la previsione anche formale dell'allargamento delle indagini e degli accertamenti anche agli aspetti sopra indicati; ciò offrirebbe il vantaggio di rendere più prevedibili e trasparenti le procedure, prevenendo rilievi da parte degli interessati che – rafforzati in ciò anche dalla odierna prassi delle procedure di verifica – potrebbero forse lamentare altrimenti indebiti aggravamenti dei procedimenti di loro interesse.

Conclusioni

La letteratura evidenzia l'assenza di tecniche di valutazione psicologica o psichiatrica in grado di prevedere con assoluta efficacia l'abuso di armi da fuoco. Spesso non è neppure possibile una ricostruzione delle dinamiche psichiche alla base di eventi violenti accaduti, che possono rimanere comunque inspiegabili. La limitazione della disponibilità di armi non è comunque un metodo certo per ridurre gli episodi violenti, perché l'intenzione autolesiva ed eterolesiva può comunque essere portata a termine con altri strumenti di uso comune, di cui non è possibile regolamentare la detenzione.

La valutazione del rischio di abuso di armi da fuoco è una procedura indispensabile ma complessa, a cui la letteratura empirica offre modesti conforti ma che per poter essere più efficace richiede la valutazione di molteplici dimensioni anamnestiche, comportamentali e intrapsichiche.

Se appare quindi necessario un controllo sulle condizioni psichiche degli individui che hanno accesso alle armi da fuoco, si evidenzia però, in particolare in ambito nazionale, un approfondimento ancora scarso di questa tematica.

Il tema della valutazione del pericolo di atti violenti con l'uso di armi da fuoco dovrebbe essere sottoposto ad un maggiore dibattito anche da parte della tradizione della psicologia clinica e dinamica. Accenniamo qui solo alla possibilità di un legame clinico e teorico fra la messa in atto di azioni violente e alcune condizioni, quali le perversioni, dove è sorpassato un limite che in realtà psichicamente non è ben demarcato, oppure nella dissociazione dove è invece messa in atto una configurazione relazionale legata al trauma e che quindi può spingere a spazzare "con un colpo" la sofferenza non ben elaborata al livello conscio – simbolico, che implica qualcuno nel ruolo fantasmatico di abusante (Albasi 2005).

Appare evidente l'impossibilità di identificare le condizioni citate con le procedure sanitarie di valutazione dell'idoneità psichica attualmente in vigore.

Per concludere ricordiamo come non sia stato possibile reperire alcuno studio empirico sull'efficacia della legislazione italiana sul contenimento di azioni armate violente. In mancanza di tali dati, eventuali riforme della normativa rischiano di essere influenzate dall'emozione suscitata da fatti particolarmente clamorosi, anziché su aspetti obiettivi del problema.

Data la complessità e la rilevanza di tale tematica è auspicabile una rivalutazione multidisciplinare psichiatrica, psicologica e giuridica che consideri gli aspetti qui evidenziati, per ridefinire le procedure di valutazione e le normative che le regolamentano.

Riassunto

Oggetto: Recenti episodi violenti compiuti in Italia da parte di soggetti in possesso di regolari autorizzazioni per la detenzione o il porto di armi da fuoco, risultati affetti da gravi disturbi psichici, hanno posto il problema di una revisione critica delle procedure e dei criteri per il rilascio di tali permessi.

Questo studio si propone di analizzare la letteratura scientifica in merito all'epidemiologia di auto ed eterolesivi condotti mediante armi da fuoco legittimamente detenute, sui fattori predittivi di tali condotte e sui criteri di valutazione psichica per la concessione di licenze di detenzione e di porto di armi da fuoco.

Metodo: La letteratura è stata raccolta attraverso le banche dati on line Medline and PsychInfo e integrata da repertori cartacei.

Risultati: Sono stati inclusi nella revisione studi empirici e revisioni della letteratura pubblicati a partire dal 1970. Sono stati selezionati 47 studi dedicati all'epidemiologia di omicidi e suicidi con armi da fuoco legalmente detenute, e allo studio di fattori di rischio per omicidi e suicidi o azioni violente condotti con questi mezzi. Le ricerche sono state suddivise schematicamente in temi principali: studi epidemiologici, ruolo degli eventi stressanti, ruolo di condizioni psicopatologiche e ruolo della pronta disponibilità di armi da fuoco.

Conclusioni: La valutazione del rischio di abuso di armi da fuoco è una procedura indispensabile ma complessa, che richiede la valutazione di molteplici dimensioni anamnestiche, comportamentali e intrapsichiche. La letteratura empirica esistente offre modesti conforti alle procedure di valutazione e la maggior parte degli autori indica che i fattori identificati non hanno un valore predittivo certo; è possibile tuttavia descrivere una correlazione con alcuni dati rilevabili all'anamnesi e all'esame clinico quali precedenti comportamenti violenti, alcune condizioni psicopatologiche e abuso di alcol. L'ipotesi che una limitazione della disponibilità di armi da fuoco potrebbe ridurre l'incidenza di episodi violenti, non è supportata dal confronto dei dati epidemiologici relativi ad eventi violenti e quelli della diffusione di armi da fuoco.

L'analisi della letteratura evidenzia come alcune condizioni di rischio siano identificabili soltanto con procedure più articolate rispetto alla sola ricostruzione di dati anamnestici di patologia e alla visite mediche attualmente utilizzate di routine in Italia. La tendenza a considerare l'omicidio o il suicidio con armi da fuoco come sintomo di psicopatologia appare riduttiva ed è opportuno sottolineare l'esigenza di non restringere la lettura di questi fenomeni entro parametri esclusivamente medici o psichiatrici.

È auspicata una rivalutazione multidisciplinare psichiatrica, psicologica e giuridica che tenga in considerazione gli aspetti qui evidenziati, per ridefinire le procedure di valutazione e le normative che le regolamentano.

THE EVALUATION OF PSYCHOLOGICAL SUITABILITY AND OF THE RISK FACTOR IN HOLDING FIRE ARMS AND OF BEING LICENSED TO CARRY A GUN: A REVISION OF LITERATURE AND OBSERVATION ON THE CURRENT ITALIAN STATUS

Summary

Keywords: *Firearms – Prevention – Violence – Psychology – Psychiatry*

Object: Serious violent crimes have recently been committed in Italy by people with legally authorized to bring firearms. Most of these people have eventually been found affected by serious psychological problems

and illnesses. A critical review of the administrative procedures aimed at releasing those authorizations is, therefore, deemed as necessary.

This study shows a critical review of the scientific literature about the epidemiology of violent behaviours by people with firearms permits, the predictive factors of these conducts and the administrative principles affecting the procedure aimed at issuing those permits.

Method: literature was gathered using the on-line Medline and PsychInfo databases, and integrated by paper bibliography.

Results: empirical studies and reviews from 1970 on were included. 47 studies about the epidemiology of homicides and suicides committed by people with regular firearms permits and the risk factors that could be detected in these behaviours were included. The researches were subdivided by principal topics: epidemiological studies, stressing factors events and the role of the easy availability of firearms.

Conclusions: evaluation of the risk of abuse of firearms is a complex but necessary procedure that involves multiple dimensions: anamnestic, behavioural and intrapsychic. The empirical literature still offers little support to the permit issuing administrative procedures and the most part of the authors find that the risk factors identified do not have a certain predictive value. Nevertheless, a correlation is found with some data from the anamnesis and clinical exams: some violent behaviours, some psychopathological conditions and alcohol abuse. Comparing data about violent crimes with data of the spreading of firearms does not confirm the hypothesis that a limited availability of legal firearms could substantially reduce the impact of violent events.

Some risk factors could be identified only by more well-constructed procedures than the anamnestic data of psychopathology or medical controls alone that are used nowadays in the administrative permit-issuing procedures. Also considered that these data and control largely depend, under Italian law, on the permit-requerant's declarations. Considering homicides and suicides by firearms only as a symptom of psychopathology is not wholly effective. It is, instead, important not to restrict this problem only to medical or psychiatric principles. A multidisciplinary psychiatric, psychological and juridical reappraisal is hoped in order to redefine the evaluation procedures and the regulations nowadays in force.

Bibliografia

- Albasi C. *Modelli operativi interni dissociati. Attaccamento, psicopatologia e psicoterapia psicoanalitica nella prospettiva relazionale*. Utet libreria, in press.
- Bailey J, Kelleremann A, Somes G, Banton J, Rivara F, Rushforth N (1997). Risk Factors for Violent Death of Women in the Home. *Archives of Internal Medicine* 14, 157, 7, 777-782.
- Bourgoin N (1997). Le suicide dans la police nationale. *Population* 52, 431-440.
- Britt CL, Bordua DJ, Kleck G (1996). A reassessment of the D.C. gun law: some cautionary notes on the use of interrupted time series designs for policy impact assessment. *Law and Society Review* 30, 361-80.
- Campbell JC (1994). Domestic homicide: risk assessment and professional duty to warn. *Maryland Medical Journal* 43, 10, 885-9.
- Cantor CH, Tyman R, Siater PJ (1995). A historical survey of police suicide in Queensland, Australia, 1843-1992. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 25, 499-507.
- Comando del Corpo di Sanità dell'Esercito (1995). *Manuale di igiene e medicina preventiva militare, Vol. VI, Igiene mentale militare*. Stabilimento Grafico Militare, Roma.
- Crawford M, Gartner R, Dawson M (1997). Intimate Femicide in Ontario, 1991-1994. *Ontario Women's Directorate* 2, 3, 10-25.
- Dandurand Y (1998). Firearms, Accidental Deaths, Suicides and Violent Crime: An Updated Review of the Literature with Special Reference to the Canadian Situation. Canadian Firearms centre, Department of Justice, Ottawa.

- Dansys Consultants Inc. (1992). *Domestic Homicides Involving the Use of Firearms*, Working Document, Research and Development Directorate, Department of Justice Canada, Ottawa.
- Dash J, Reiser M (1978). Suicide among police in urban law enforcement agencies. *Journal of Police Science and Administration* 6, 18-21.
- Dudley M, Cantor C, Moore G (1996). Jumping the gun: firearms and the mental health of Australians' in Australian and New Zealand. *Journal of Psychiatry* 30, 3, 370-81.
- Freeman L (1988). Cop suicides surpass deaths in line of duty. *Chicago Defender* 103,1,1-2.
- Gabor T (1994). The impact of the availability of firearms on violent crime, suicide, and accidental death. Ottawa: Department of Justice Canada.
- Guralnik LH (1983). Mortality by occupation and cause of death among men 20-64 years of age: 1950. Bethesda, MD: US Department of Health, Education and Welfare. *Vital Statistics Special Reports* 53,30-51.
- Heiman MF (1975a). Police suicide revised. *Suicide* 5, 5-20.
- Heiman MF (1975b). The police suicide. *Journal of Police Science and Administration* 3, 267-273.
- Heiman MF (1977). Suicide among police. *American Journal of Psychiatry* 134, 1286-1290.
- Helmkamp JC (1996). Occupation and suicide among males in the US Armed Forces. *Annals of Epidemiology* 6, 83-88.
- Istituto Nazionale di Statistica. Statistiche giudiziarie penali. Anno 2002. ISTAT, Roma 2004.
- Kaplan MS, Adamek ME, Geling O, Calderon A (1997). Firearm suicide among older women in the US.' *Social Science and Medicine* 44, 9, 1427-30.
- Kellerman AL, Rivara FP, Rushforth NB, Banton JG, Reay DT, Francisco JT, Locci AB, Prodzinski J, Hackman BB, Somes G (1993). Gun ownership as a risk factor for homicide in the home. *New England Journal of Medicine* 329, 1084-91.
- Kellerman AL, Rivara FP, Somes G, Reay DT, Francisco J, Banton JG, Prodzinski J, Fligner C, Hackman BB (1992). Suicide in the home in relation to gun ownership. *New England Journal of Medicine* 327, 467-472.
- Kellerman AL, Lee RK, Mercey JA, Banton J (1991). The epidemiologic basis for the prevention of firearms injuries. *Annual Review of Public Health* 12,17-40.
- Killias M (1993). International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide. *Canadian Medical Association journal* 148,10, 1721-5.
- Kirkcaldy B, Cooper CL (1992). Managing the stress of change: occupational stress among senior police officers in Berlin. *Stress Medicine* 8, 219-231.
- Kirkcaldy B (1993). Job stress and satisfaction: international police officers. *Psychological Reports* 72, 2, 386.
- Kleck G (1991). *Point blank, guns and violence in America*. Aldine de Gruyter, Hawthorne, New York.
- Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL (1998). Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. *International Journal of Epidemiology* 27, 2, 214-21.
- Labovitz SE, Hagedorn RS (1971). An analysis of suicide rates among occupational categories. *Sociological Inquiry* 41, 67-72.
- Liu T, Waterbor JW (1994-95). Declining use of firearms to commit suicide in Alabama in the 1980s'. *Journal of Death and Dying* 30, 2, 145-53.
- Loo R (1986). Suicide among police in a federal force. *Suicide and life-threatening behavior* 16, 379-388.
- Malmberg A, Hawton K, Simkin S (1997). A study of suicide in farmers in England and Wales. *Journal of Psychosomatic Research* 43,1,107-11.
- Mausser G (1996). Are firearms a threat to public health? The misuse of science in medical research. Presented to the Canadian Law Society Association, Brock University, 6, 1-4.
- Miniño AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL (2002). Deaths: final data for 2000. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics.

National vital statistics reports 50, 15, 1-119.

- Moyer S, Carrington PJ (1992). *Gun Availability and Firearms Suicide*. Ottawa: Department of Justice Canada.
- Nelson Z, Smith WE (1970). The law enforcement profession: an incidence of high suicide. *Omega* 1, 293-299.
- Office of the Privacy Commissioner of Canada (2003). Review of the personal Information Handling Practices of the Canada Firearms Program.
- Peruzzi N (2000). Eighth factors found critical in assessing suicide risk. *Monitor on Psychology* 31, 54-61.
- Shah S, Hoffman RE, Wake L, Marine WM (2000). Adolescent suicide and household access to firearms in Colorado: results of a case-control study. *Journal of Adolescent Health* 26,3, 157-63.
- Sigurdson E, Staley D, Matas M, Hildahl K, Squair K (1994). A Five Year Review of Youth Suicide in Manitoba. *Canadian Journal of Psychiatry* 39, 8, 397-403.
- Territo L, Vetter H, (1981). Stress and police personnel. *Journal of Police Science and Administration* 9, 95-208.
- Terry WC (1981). Police stress: the empirical evidence. *Journal of Police Science and Administration* 9, 61-75.
- Tutty LM (1999). Domestic Violence Involving Firearms in Alberta: Case Studies of Women and Children. Prepared for the Canadian Firearms Centre.
- United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice (1997). International study on firearm regulation (revised). Vienna, United Nations.
- Vena JE, Violanti JM, Marshall JR (1986). Mortality of a municipal worker cohort: III. Police officers. *Journal of Industrial Medicine* 10, 383-397.
- Violanti JM (1995). Trends in police suicide. *Psychological Reports* 77, 688-690.
- Violanti JM (1996). *Police suicide: epidemie in blue*. Thomas, Springfield.
- Violanti JM, Vena JE, Marshall JR, Petralia S (1996). A comparative evaluation of police suicide rate validity. *Suicide Life Threat Behaviour* 26, 1, 79-85.
- Violanti JM, Vena JE, Marshall JR (1996). Suicides, homicides, and accidental death: a comparative risk assessment of police officers and municipal workers. *American journal of Industrial Medicine* 30, 1, 99-104
- Wagner M, Brzeczek R (1983). Alcohol and Suicide: A Fatal Connection, *FBI Law Enforcement Bulletin* 3, 7-15.
- Wintemute GJ, Kraus JF, Teret SP, Wright MW (1988). The choice of weapons in firearm suicides. *American Journal of Public Health* 78, 824-6.
- World Health Organization, (2000). Preventing suicide. A resource for General Physicians. *Mental Behaviour Disease WHO/MNH/MBD/00.1*. Geneva, Department of Mental Health, WHO.
- Zwerling C, Lynch CF, Burmeister LF, Goertz U (1983). The choice of weapons in firearm suicides in Iowa. *American Journal of Public Health* 83, 11, 1630-2.

Carlo Alfredo Clerici*, Laura Veneroni**, Roberto Invernizzi°

* Istituto di Psicologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano

** Facoltà di Psicologia, Università Bicocca, Milano

° Avvocato, libero professionista, Milano

Per corrispondenza: Dott. Carlo Alfredo Clerici, Via Paolo Sarpi 1, 20154 Milano.

E-mail: carloclerici@fastwebnet.it