Milano, 1 luglio 2010

Memoria sul fenomeno dell'abuso di armi da fuoco legalmente detenute e sui fondamenti scientifici delle procedure di prevenzione per disegno di legge n. 1558 (porto d'armi)

di Carlo Alfredo Clerici, ricercatore universitario presso la Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano.

Premessa

Attualmente la valutazione dell'idoneità sanitaria alle licenze in materia di armi è regolamentata da un decreto ministeriale (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").
Secondo il decreto, la verifica dei requisiti psicofisici è svolta in due fasi. Una prima fase prevede il rilascio di un certificato anamnestico dal medico di medicina generale, spesso utilizzando un modulo pre-stampato. La seconda fase prevede che il certificato di idoneità psicofisica sia 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.

Considerazioni relative alla proposta di riforma legislativa

La considerazione fondamentale è che alla luce della letteratura scientifica sulla diagnosi psicopatologica **tre medici** che non conoscono il paziente **non** risultano poter fornire **valutazioni** *di routine* **migliori** rispetto ai due medici attualmente coinvolti (di cui almeno uno, il medico di base, conosce il paziente).

Quindi più che la previsione di nuove procedure occorre riflettere su come ottenere **un migliore funzionamento delle procedure attualmente esistenti**.

Una proposta di riforma che intenda fondarsi su dati scientifici potrebbe dunque **mantenere i controlli attuali** ***di routine***, prevedendo le seguenti **correzioni** e **modifiche** (per dettagli si rimanda alla bibliografia allegata):

- affidare al **medico di medicina generale**, che meglio di ogni altro può conoscere la

storia medica e psicosociale del paziente, l'obbligo di svolgere un **colloquio clinico con un esame psichico** (cioè una vera visita comprensiva di esame psichico) e non solo di controfirmare le dichiarazioni del paziente, raccolte in un modulo pre-stampato;

- **prevedere un protocollo operativo** per la valutazione psichica da seguire da parte dei **medici certificatori** (e da parte di eventuali specialisti della salute mentale incaricati in casi dubbi) per evitare eccessiva discrezionalità;

- individuare i **requisiti psicofisici minimi**, differenziandoli e adeguandoli alle varie tipologie di autorizzazioni di polizia per le quali è previsto il certificato di idoneità (una guardia giurata che ha 24 ore al giorno disponibilità della pistola non ha gli stessi rischi di chi detiene in casa un'arma antica o senza munizioni);

- ampliare la **possibilità** di **ricorrere al "Collegio medico", di cui all'art.4 del D.M. 1998,** anche da parte degli **uffici competenti** al rilascio delle autorizzazioni di polizia. L'attuale decreto riserva questa facoltà soltanto al richiedente al quale viene negato il certificato. Sarebbe necessario per Questure e Prefetture poter disporre della consulenza per sostenere l'idoneità o il suo diniego con una valutazione tecnica ad esempio in caso di problematiche interpretative sulle certificazioni, come nel caso della presentazione di due certificati, con giudizi di idoneità contrapposti;

- prevedere la presenza di **specialisti della salute mentale** (anche psicologi clinici) **nelle commissioni** destinate alla valutazione di casi con sospette turbe psichiche;

- fornire **ai medici curanti** strumenti operativi adeguati come la possibilità di **conoscere la detenzione** di armi da parte di un proprio paziente;

- dibattere sulla **possibilità di segnalare situazioni di rischio** anche in condizioni che non richiedono il referto, in deroga alle norme del segreto professionale e alla privacy (questione da studiare bene in termini giuridici. Da considerare però con attenzione i problemi legati alla privacy e alla tutela della salute;

- assicurare una procedura che permetta di **verificare** di routine se **pazienti** sottoposti a **trattamento sanitario obbligatorio** detengano armi.

Collateralmente è auspicabile:
- che sia sostenuta la ricerca scientifica sulla prevenzione dell'abuso di armi legali;

- che sia migliorata la formazione di medici di medicina generale e dei medici delle ASL e militari (responsabili questi ultimi della maggior parte delle certificazioni) sul tema specifico e sulle procedure in caso di situazioni problematiche.

Resto a disposizione per ogni utile comunicazione e chiarimento sui temi sopra esposti.
Distinti saluti.

Bibliografia

- Sito www.ricercawar.com
- Clerici CA, de' Micheli A, Veneroni L, Pirro V, Albasi C. Rischio di abuso di armi da fuoco: rassegna della letteratura e proposte di procedure mediche di prevenzione. Recenti Progressi in Medicina, 99(10); 475-484, 2008.
- Clerici CA, de'Micheli A. Veneroni L, Albasi C. Quale psicopatologia per la prevenzione dell'abuso di armi da fuoco legali? Abilitazione e Riabilitazione, N° 2, 2008, 25-33.
- Clerici CA, Invernizzi R, Veneroni L, de'Micheli A. Suicidi e omicidi con l'arma di ordinanza. Analisi della casistica nelle guardie particolari giurate in Italia. G Ital Med Lav Ergon 2009;31:1 (10-15), Suppl A, Psicol.
- Clerici CA, Invernizzi R, Veneroni L, de'Micheli A. Valutazione dell'idoneità a detenzione e porto d'armi. Rivista del Medico Pratico, 623; 18-24, 2008.
- Clerici CA, Veneroni L, de'Micheli A. La certificazione dell'idoneità psico-fisica: dalla clinica ai codici. In Atti XXIV convegno nazionale di studio sulla disciplina delle armi. Brescia, 12 aprile 2008. Pag 95-102.
- Clerici CA, Veneroni L, de'Micheli A, Albasi C. Estimating the Risk of Violence From Legally Obtainable Guns. J Nerv Ment Dis. 2009 Jan;197(1):74.
- Clerici CA, Veneroni L, Invernizzi R. Aspetti psicologici degli abusi violenti di armi da fuoco legalmente detenute; una revisione critica della letteratura. In atti VII Congresso Nazionale di Psicologia della Salute "Promuovere benessere con persone gruppi comunità". Il Ponte Vecchio, Cesena 2006. Pag. 428.
- Clerici CA, Veneroni L, Invernizzi R. La valutazione dell'idoneità psichica al maneggio di armi da fuoco; revisione della letteratura ed analisi critica dell'attuale situazione italiana. Abstract book XI Congresso nazionale della Società Italiana di Psicopatologia, Roma 21-25 febbraio 2006. Giornale Italiano di Psicopatologia, Vol. 12, febbraio 2006, supplemento. Pag. 381-2.
- Clerici CA, Veneroni L, Invernizzi R. 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. Psichiatria e psicoterapia. Volume XXV, numero 3 – settembre 2006: 226-239.
- Pirro V, Cavallotti G, Veneroni L, de'Micheli A, Clerici CA. Prevenzione del rischio di abuso di armi da fuoco legali; dati preliminari di una ricerca esplorativa. Giornale Italiano di Psicopatologia 2010;16 (251-52).
- Veneroni L, Clerici CA, Invernizzi R. La valutazione dell'idoneità psichica alla detenzione e al porto d'armi o allo svolgimento di servizi armati; revisione della letteratura e analisi critica dell'attuale situazione italiana. In Atti Congresso Nazionale A.I.P., sezione di Psicologia Clinica, Cagliari 23 – 24 settembre 2005. Nuove Grafiche Puddu, Ortacesu 2005. Pag. 491 - 493.
- Veneroni L, De' Micheli A., Invernizzi R, Clerici CA. Suicidi con armi da fuoco nelle guardie giurate in Italia. Considerazioni epidemiologiche e problemi di prevenzione. In

Giornale Italiano di Psicopatologia, vol. 14, marzo 2008. Atti XII Congresso della Società Italiana di Psicopatologia, Roma 19 – 23 febbraio 2008. Pag. 349 – 350.

ALTRE PUBBLICAZIONI ITALIANE SULL'ARGOMENTO

- Catanesi R, Martino V, Scapati F, Varia S. Raccomandazioni per il rilascio di certificazioni finalizzate a ottenere il porto d'armi. Quaderni Italiani di Psichiatria 2007;XXVI:17-34.
- Conca P. Il porto d'armi: considerazioni sui criteri valutativi dell'idoneità psico-fisica, "Atti del I Congresso Nazionale del Coordinamento dei Medici Legali delle Aziende Sanitarie", Riccione, Palazzo del Turismo 14-16 marzo 2002, Ed. Essebiemme, Parma, 286, 2002.
- Fojadelli A, Dragone S (a cura di). Dizionario ragionato delle armi. Compendio degli argomenti trattati nei Convegni di studio delle armi. Camera di Commercio di Brescia. AGVA, Arti Vannini, Bagnolo Mella 2009.
- Grande A, Commento al decreto del Ministero della Sanità 4 settembre 1994 concernente "requisiti psicofisici minimi pe il rilascio ed il rinnovo dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia e al porto d'armi per difesa personale", Jura Medica, 3, 3, 1994.
- Lasagna R, Nebbia F, Sindaco B. Studio su 325 casi di revisione straordinaria di licenza di porto d'armi. Riv. It. Med. Leg. XXVII, 2005:115-125.
- Ricciarelli S, Antoniotti F, Cardellini C. Considerazioni metodologiche in tema d'accertamento d'idoneità sanitaria all'uso delle armi da fuoco, Jura Medica 2, 18, anno 1994.
- Rodriguez D, Vitello A, Tombolini A, Raimondo A. Ricompare il certificato anamnestico: si tratta di una nuova realtà o sta rientrando dalla finestra cià che è uscito dalla porta? Difesa Sociale 2, 119, 1996.
- Vicari A, Il certificato medico per l'idoneità al porto d'armi: chi può rilasciarlo? Riv. It. Med. Leg. XV, 113, 1993.
- Vicari A, Il problema del doppio certificato. Rivista Italiana di Medicina Legale XX, 413, 1998.
- Vicari A. La prevenzione nell'abuso di armi. Rivista di Polizia. Fascicolo V - maggio 2009, 308-320.
- Vinci F, Flamingo R, Liuzzi C. Idoneità psico-fisica in tema di licenze per armi da sparo: spunti medico-legali sulla normativa vigente e proposta di un protocollo operativo di accertamento sanitario. Riv. It. Med. Leg. XXVIII, 2006:305-322

RECENTI
PROGRESSI
IN MEDICINA

Vol. 99, N. 10, Ottobre 2008
Pagg. 475-484

Oggi

Rischio di abuso di armi da fuoco: rassegna della letteratura e proposte di procedure mediche di prevenzione

Carlo Alfredo Clerici[1], Angelo de' Micheli[2], Laura Veneroni[1], Valeria Pirro[1], Cesare Albasi[3]

Riassunto. L'obiettivo di questo lavoro è un riesame critico delle attuali procedure di valutazione dell'idoneità psichica al maneggio di armi, alla luce delle evidenze provenienti dalla letteratura scientifica sull'argomento e delle attuali conoscenze sui processi mentali.

Parole chiave. Armi da fuoco: prevenzione, idoneità psichiatrica al maneggio.

Summary. *Risk of firearms abuse: a review of the literature and a proposal of medical procedures for prevention.*

Aim of this study is a critical review of the procedures of medical and psychological evaluation for people requiring firearms certificates, on the base of evidences from the scientific literature and the current knowledge about mental processes.

Key words. Firearms: prevention, risk of firearms abuse.

Introduzione

La cronaca riporta periodicamente gravi fatti di sangue ad opera di persone considerate sane di mente e in possesso di regolari autorizzazioni alla detenzione o al porto di armi da fuoco. Il possesso di armi è legittimato da ragioni di sicurezza, svago, caccia o da giustificazioni di tipo professionale. Abusi violenti di armi da fuoco non sono eventi eccezionali, ma sono fra le prime cause di morte in tutti i paesi industrializzati. Vista la pericolosità intrinseca delle armi, esiste la necessità di tutelare la collettività e i singoli, in particolare accertando che i soggetti che le maneggiano siano in possesso dei necessari requisiti di salute mentale e di stabilità emotiva.

La valutazione e la certificazione dell'idoneità psichica in materia di armi è una procedura particolarmente complessa, sia perché è scarsa la formazione specifica dei medici, sia perché esistono discordanti visioni sull'efficacia delle possibili procedure.

In questa ricerca è stata eseguita una raccolta della letteratura scientifica internazionale degli ultimi 20 anni sul fenomeno dell'abuso di armi legali e la sua prevenzione, attraverso le banche dati on-line Medline e PsychINFO. La ricerca è stata integrata dalla consultazione di libri, articoli e repertori bibliografici cartacei. Abbiamo organizzato la letteratura disponibile in tre ambiti: studi sul ruolo di condizioni psicopatologiche, sui fattori situazionali e sull'epidemiologia dei fenomeni di abuso. L'obiettivo di questo lavoro è un riesame critico delle attuali procedure di valutazione, alla luce delle evidenze provenienti dalla letteratura scientifica sull'argomento e delle attuali conoscenze sui processi mentali e i comportamenti che ne conseguono.

In Italia, oltre al personale delle Forze Armate e dei corpi di Pubblica Sicurezza, circa 4 milioni e 800 mila persone detengono armi o le utilizzano per scopi ricreativi, sportivi o professionali, per un totale stimato di 10 – 12 milioni di armi da fuoco. Ogni cittadino di sufficiente salute psicofisica, non pregiudicato od obiettore di coscienza, ha la possibilità di ottenere un'autorizzazione per acquistare armi e portarle con sé, se munito di una licenza di porto d'armi.

Ad oggi la valutazione dell'idoneità sanitaria al maneggio delle armi è regolamentata in ambito civile da normative specifiche (DM 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").

Di fatto, un grande numero di medici civili e militari, non specialisti nell'ambito della salute mentale, si trova a esprimere pareri sull'idoneità psicofisica al maneggio delle armi senza avere una specifica competenza per valutare gli aspetti psichici dei soggetti che richiedono queste autorizzazioni.

[1]Sezione di Psicologia, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche; [2]Cattedra di Criminologia Clinica, Università, Milano; [3]Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Psicologia, Università, Torino.
Pervenuto il 9 luglio 2008.

Il ruolo di condizioni psicopatologiche

È frequente nell'opinione pubblica la percezione che l'abuso di armi da fuoco avvenga per effetto di un improvviso scompenso psichico, il cosiddetto "*raptus*", che in realtà risulta essere un evento difficilmente riconducibile a una precisa entità della nosografia psichiatrica. Il "raptus" non è definizione clinica, ma un termine generico a dimostrazione spesso dell'assenza di più specifiche conoscenze.

Un filone di ricerca ha indagato la relazione fra omicidi o suicidi compiuti con armi da fuoco e alcune forme di psicopatologia, fra cui le più rilevanti sono i disturbi di personalità antisociale e narcisistico, il disturbo delirante, la depressione maggiore e l'abuso di sostanze.

Nell'ultima casistica italiana disponibile, riferita al 2003[1], le malattie psichiche erano registrate come "movente" in 1652 casi su 3361 suicidi condotti con ogni tipo di metodo (non solo con armi da fuoco). Questo significherebbe che in parte la dinamica alla base dei suicidi è la disponibilità di un'arma da fuoco e la contemporanea patologia mentale. Di fatto la patologia mentale non è sempre associata al suicidio e le caratteristiche del fenomeno sono incerte per i controversi criteri di raccolta e l'attendibilità dei dati di fonte giudiziaria.

Nelle ricerche, la valutazione del rilievo della malattia psichica come fattore di rischio è influenzata dall'orientamento teorico degli autori e dalla definizione stessa di disagio psichico. Sarebbe opportuno avere una definizione consensuale della psicopatologia, definizione che richiede il concorso di molteplici discipline, nelle sue dimensioni di funzionamento mentale, di personalità, comportamentale, e che prenda in considerazione i contesti relazionali e le situazioni ambientali in cui l'individuo vive, si esprime, realizza o meno le sue potenzialità. La psicopatologia e le relative diagnosi hanno tuttavia un basso grado di consenso anche fra gli specialisti e questo contribuisce a rendere poco attendibili i dati di cui si dispone.

Il ruolo di franche condizioni psicopatologiche nel causare l'abuso di armi è segnalato nella letteratura scientifica. La casistica australiana riportata da Dudley[2], con l'85% degli omicidi di tipo intrafamiliare, evidenzia un modesto incremento nell'abuso di armi in soggetti sofferenti per un disturbo psichiatrico.

Diversi studi sottolineano il rilievo dell'abuso di alcool. Crawford e collaboratori[3] hanno evidenziato la presenza di alcool sia negli assassini sia nelle vittime di omicidi domestici di donne in Ontario, mentre la presenza di droghe era definita «minima».

Uno studio di Sigurdson[4] 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[5] riporta che nella metà degli omicidi domestici del campione risultava abuso di alcool e nell'11% dei casi un'influenza di sostanze stupefacenti al momento dell'omicidio.

Era in terapia, per un "disturbo mentale" non meglio precisato, l'11% degli omicidi familiari riportati nello studio Dansys e il 5% presentava un disturbo definito «severo».

Peruzzi[6] e Bailey[7] hanno descritto l'alcool come fattore di rischio per il suicidio e l'ultimo autore lo ha descritto come particolarmente rilevante nei giovani maschi.

Una relazione statisticamente significativa fra tassi ematici di etanolo e suicidi con armi da fuoco è stata descritta da Moyer e Carrington[8]. I suicidi (condotti mediante armi da fuoco) in stato di intossicazione acuta da alcool sono stati il doppio (50% vs. 26%) di quelli condotti in condizioni di sobrietà. I dati di questo studio evidenziano una rilevante correlazione fra suicidi con armi da fuoco e abuso di alcool. Non sono forniti dati sulla relazione fra abuso di alcool e suicidi condotti con altri mezzi. Tra i suicidi 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%). Nello studio mancano informazioni relative a pregressi tentativi di suicidio.

Sigurdson[4] e Peruzzi[6] hanno descritto come una percentuale rilevante dei suicidi riusciti avesse compiuto in precedenza altri tentativi. Lo stesso Sigurdson[4] ha però descritto come i suicidi riusciti, da soggetti che non avevano in precedenza compiuto altri tentativi, abbiano circa il doppio della possibilità d'impiego di armi da fuoco rispetto a quelli con tentativi precedenti.

Da quanto sopra emerge come sia rilevante il legame fra armi e alterazioni dello stato di coscienza e in particolare come l'abuso alcolico sia una condizione di pericolosità, da valutare attentamente.

Ruolo dei fattori situazionali

Diversi studi hanno analizzato il legame fra abuso di armi da fuoco legali ed eventi vitali stressanti quali la rottura di relazioni affettive, depressione, perdita del lavoro o difficoltà economiche.

Le difficoltà finanziarie sembrano avere un'incidenza rilevante fra gli autori di omicidi con armi legali come risulta da una rassegna di 15 studi[7] e dallo studio Dansys[5] che ha evidenziato tali difficoltà nel 48% degli accusati di omicidi domestici.

Moyer e Carrington[8] hanno descritto, però, 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%). Il dato non deve essere considerato come assoluto, perché i lavoratori possono trovarsi maggiormente esposti a situazioni critiche: ad esempio, condizioni di stress, rischi di licenziamento e fallimento economico.

Alcuni studi segnalano come significativa la relazione fra omicidi domestici e precedenti episodi di violenza.

Nei 2/3 degli omicidi domestici considerati dallo studio Dansys[5] si evince che 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 dal tetto coniugale.

Moyer e Carrington[6] hanno selezionato informazioni su otto eventi vitali per esaminare il ruolo delle armi da fuoco nei suicidi in un campione nella regione dell'Ontario. Gli eventi indagati sono: morte di un membro della famiglia, cambiamenti nella composizione della famiglia (divorzio, separazione, nascita di figli), trasferimenti, problemi lavorativi ed economici, problemi legali, come recenti accuse penali; malattie fisiche, perdita di relazioni significative. Gli autori concludono che non è stato possibile evidenziare alcuna correlazione statisticamente significativa tra suicidi ed eventi vitali stressanti; segnalano tuttavia come i suicidi con uno o più eventi stressanti gravi in anamnesi abbiano utilizzato armi da fuoco in misura maggiore rispetto alla popolazione generale. La considerazione finale degli autori, rilevante per il tema qui affrontato, è che vi sia un'evidenza troppo tenue per giustificare una indagine molto approfondita sugli eventi stressanti in ogni richiedente una licenza di porto o di detenzione di armi da fuoco.

Nello studio Dansys[5] sono stati esaminati omicidi domestici con l'uso di armi da fuoco occorsi fra il 1989 e il 1990. Metà di questi erano uxoricidi; il 15% erano omicidio del marito da parte della moglie, mentre la percentuale rimanente riguardava altri membri della famiglia, di cui, per il 6%, l'omicidio di un genitore da parte di un figlio. Lo studio riportava un certo numero di eventi vitali stressanti negli accusati di questi omicidi: 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 in libertà vigilata o sottoposto a pene alternative alla carcerazione. Rispetto agli omicidi domestici, lo studio Dansys[5] riportava che in due terzi degli omicidi la vittima e l'accusato erano stati precedentemente coinvolti in litigi violenti noti ai conoscenti della vittima, con una percentuale persino più elevata per gli uxoricidi. Lo stesso dato è stato descritto anche in altri studi come quelli di Bailey[7], di Crawford[3] e di Campbell[9].

Tutty[10] ha analizzato gli episodi di violenza domestica non letale con l'impiego di armi da fuoco attraverso interviste qualitative con le vittime ed i soccorritori (agenti di polizia e assistenti sociali). Nella ricerca, ha evidenziato violenze domestiche continue e ripetute come fattore di rischio. A carico di più di metà degli aggressori di sesso maschile si sono rilevati precedenti penali per crimini violenti (escluse le violenze sulla compagna). Più di metà delle donne sopravvissute valutava che il partner avesse gravi problemi di abuso di sostanze e circa un terzo degli uomini era stato sottoposto ad accertamenti psichiatrici o terapie. Circa metà degli uomini era descritta sotto l'effetto di alcool o droghe nel corso delle azioni violente.

Gli eventi vitali stressanti che precedono condotte violente risultano dunque dalla letteratura quali elementi significativi per la valutazione dell'idoneità, anche se, probabilmente, non sempre sono noti al medico o da lui indagabili.

Aspetti epidemiologici

Il suicidio con armi da fuoco è, con poche eccezioni, una primaria causa di morte nella maggior parte delle nazioni[11]. Si vedano, ad esempio, i dati italiani relativi ai suicidi con armi da fuoco dal 1900 al 2003 illustrati nella figura 1 (a pagina seguente).

Negli Stati Uniti, nei primi anni Novanta 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[12]. Benché negli USA dal 1993 i decessi provocati da armi da fuoco siano diminuiti, nel 2000 rimanevano la seconda causa di eventi traumatici mortali[13]. 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 provocati da interventi delle forze dell'ordine, oppure da cause indeterminate. L'incidenza degli omicidi con armi da fuoco negli USA è di 6,24 per milione, mentre quella dei suicidi è di 7,23 per milione[14].

Riportiamo alcuni dati sull'incidenza di omicidi e suicidi con armi da fuoco riferiti alle principali nazioni europee (tabella 1 alla pagina seguente).

È molto problematico provare una correlazione fra numero di armi legali detenute nella popolazione ed eventi violenti compiuti con questi mezzi. Vari studi su questo tema[15,16,17] presentano infatti rilevanti limiti metodologici.

L'analisi comparativa dei dati epidemiologici è ostacolata dalla differente situazione normativa e dalla diversità di definizione di arma nelle diverse legislazioni e quindi nelle diverse casistiche. Le raccolte di dati epidemiologici, generalmente, non distinguono gli eventi colposi da quelli dolosi, né se le armi con cui omicidi e suicidi sono stati perpetrati erano detenute legalmente o illegalmente. Anche la distinzione tra armi corte ed armi lunghe spesso non è specificata, mentre sarebbe necessaria per distinguere, ad esempio, l'uso in azioni violente delle armi da caccia.

Tabella 1. *Dati internazionali sui suicidi con armi da fuoco (incidenze per 100.000 persone).*

Nazione	Anno	Popolazione	Suicidi totali	Suicidi con armi da fuoco
Finlandia	1994	5.088,333	27,26	5,78
Danimarca	1993	5.189,378	22,13	2,25
Austria	1994	8.029,717	22,12	4,06
Svizzera	1994	7.021,000	21,28	5,61
Francia	1994	57.915,450	20,79	5,14
Belgio	1990	9.967,387	19,04	2,56
Portogallo	1994	5.138,600	14,83	1,28
Svezia	1993	8.718,571	15,75	2,09
Germania	1994	81.338,093	15,64	1,17
Norvegia	1993	4.324,815	13,64	3,95
Australia	1994	17.838,401	12,65	2,35
Nuova Zelanda	1993	3.458,850	12,81	2,14
Olanda	1994	15.382,830	10,10	0,31
Irlanda	1991	3.525,719	9,81	0,94
Italia	1992	56.764,854	8,00	1,11
Spagna	1993	39.086,079	7,77	0,43
Grecia	1994	10.426,289	3,40	0,84
Stati Uniti	1993	257.783,004	12,06	7,35

Fonte: Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL. Firearms-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. Internat J Epidemiology 1997; 27: 214-221.

Un altro aspetto problematico riguarda la ridotta validità delle rilevazioni epidemiologiche. Tra i vari motivi ci può essere, ad esempio, il riserbo delle famiglie che possono insistere per l'omissione della dizione "suicidio" nelle cartelle cliniche; oppure è possibile che molti suicidi siano classificati più o meno intenzionalmente come morti accidentali, soprattutto se non preceduti da segnali premonitori o psicopatologie conclamate.

In Italia esistono due procedure di rilevazione statistica sui suicidi che portano a dati non omogenei. L'Annuario Statistico Italiano raccoglie dati dalla Polizia di Stato e dai Carabinieri e l'annuario delle Statistiche Sanitarie raccoglie dati dei certificati di morte provenienti dai Comuni.

Le classificazioni ufficiali (ISTAT[18]) suddividono i diversi "moventi" dei suicidi in motivi affettivi, motivi d'onore, motivi economici, motivi ignoti o non indicati.

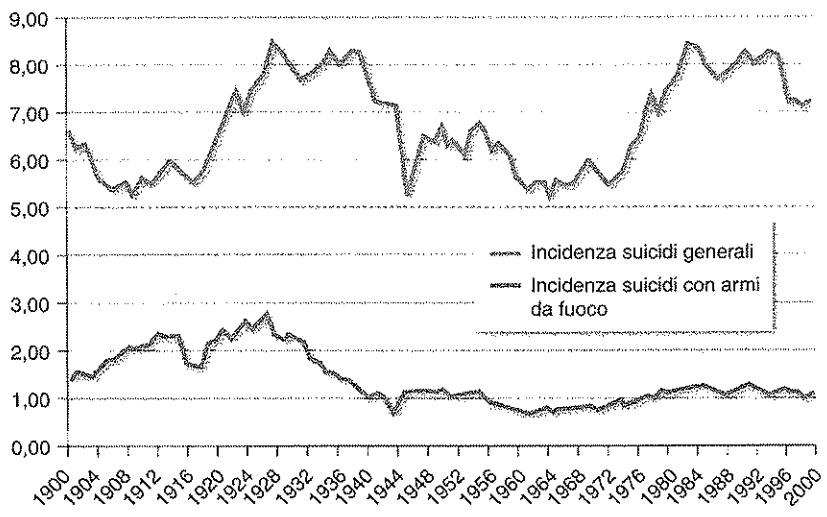


Figura 1. Incidenza dei suicidi in Italia 1900-2003.

Nella tabella 2 sono indicati i moventi di omicidi e suicidi in Italia (classificazione ISTAT del 2003).

Non sono disponibili altri dettagli relativi ai suicidi compiuti con armi da fuoco ed è intuibile la difficoltà di ridurre le complesse motivazioni di questo comportamento a sole sei categorie.

Sempre in Italia solo recentemente sono reperibili statistiche sull'epidemiologia degli omicidi commessi con armi da fuoco legalmente detenute, per effetto di disturbi psichici[19].

Età / sesso

Fattori come età e sesso nella scelta di armi da fuoco come strumenti autolesivi ed eterolesivi presentano notevole varietà.

In California, Wintemute[20] riportava nella sua casistica sulla Contea di Sacramento, l'impiego per il 66% di armi corte (pistole e rivoltella), scelte dal 65% dei suicidi maschi e dall'88% di donne suicide. Le armi corte erano state scelte dalla totalità delle donne di età superiore a 35 anni.

Negli USA il lavoro di Kaplan[21] evidenziava il frequente ricorso ad armi da fuoco nei suicidi di donne ultrasessantacinquenni.

In Italia il fenomeno del suicidio con armi da fuoco è prevalentemente maschile. I dati più recenti, riferiti al 2003[1], riportano 414 suicidi con armi da fuoco accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri in quell'anno, 387 dei quali compiuti da maschi e 27 da femmine.

Professione esercitata

Malmberg[22] 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[23] 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.

Le categorie di personale che dispongono di armi per motivi professionali hanno un'incidenza di suicidi maggiore rispetto alla popolazione generale.

In Italia, la disponibilità di dati relativi a suicidi e omicidi in ambito militare e nelle forze di Polizia nazionali è limitata se confrontata con le casistiche straniere. Tuttavia da un nostro recente lavoro, in Italia nel periodo 1996-2006 da dati elaborati da fonti di stampa risultava un'incidenza annua di suicidi nelle guardie giurate di 11,7/100.000, nel personale dell'Arma dei Carabinieri[24] di 6,8/100.000 e nella Polizia di Stato di 4,0/100.000, valori tutti superiori alla media della popolazione nazionale.

Discussione

La rassegna della letteratura evidenzia una generale carenza di dati empirici su cui fondare le valutazioni.

Alcune aree sono però segnalate come di rischio rilevante (ma non esclusivo) per l'abuso di armi e di ciò occorre tenere conto nell'eventuale riforma delle procedure di valutazione. Circa la situazione specifica italiana si riscontra un'assoluta carenza di studi sull'efficacia delle procedure e delle normative.

Nel nostro Paese **il ruolo del medico è centrale** nelle procedure di valutazione dell'idoneità psicofisica alle licenze di porto d'armi.

Il procedimento di verifica del possesso dei requisiti psicofisici minimi è articolato in due fasi. La prima fase prevede che l'interessato che accede all'accertamento debba presentare «un certificato anamnestico 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 fase prevede che l'accertamento dei requisiti psicofisici sia effettuato da un ufficiale sanitario della ASL, o da un ufficiale medico militare, oppure da un medico della Polizia di Stato.

Il momento della certificazione anamnestica da parte del medico di medicina generale costituisce la prima presa di contatto tra l'interessato e le strutture pubbliche preposte a vagliarne i requisiti. Si tratta di una fase particolarmente delicata perché, se l'acquisizione della certificazione anamnestica (figura 2) non esaurisce le verifiche, le sue risultanze sono comunque in grado di orientare il corso delle successive valutazioni[25].

Tabella 2. *Moventi di omicidi e suicidi nella classificazione ISTAT, Statistiche Giudiziari Penali.*

Omicidi	Suicidi
Cause passionali	Malattie fisiche
Liti/dissapori	Malattie psichiche
Disturbi psichici	Motivi affettivi
Futili motivi	Motivi d'onore
Raptus	Motivi economici
Disagio della vittima	Motivi ignoti o non indicati
Interesse/denaro	
Infanticidi	
Affidamento figli	
Riscatto da violenze	
Presenza casuale	
Difesa della vittima principale	
Informazione non disponibile	

Si certificano i seguenti dati anamnestici relativi a:

Cognome	Unità sanitaria locale n
Nome	Regione
Data e luogo di nascita	Numero tesserino assistito
Professione	

A) Malattie del sistema nervoso: (1)	No	Pregressa	In atto
Centrale			
Periferico			
Postumi invalidanti			
Epilessia (2)			
Altre			

B) Turbe psichiche: (1)	No	Pregressa	In atto
Da malattie			
Da traumatismi			
Post-operatorie			
Da ritardo mentale grave			
Da psicosi			
Della personalità			

C) Sostanze psicoattive: (1)	No	Pregressa	In atto
Abuso di alcool			
Uso di stupefacenti (3)			
Uso di sostanze psicotrope (3)			
Dipendenza da alcool			
Dipendenza da stupefacenti			
Dipendenza da sostanze psicotrope (3)			

Il sottoscritto afferma di aver fornito al proprio medico dichiarazione veritiera in merito ai dati anamnestici di cui sopra, conscio delle sanzioni a cui va incontro in caso di infedele dichiarazione.

(Luogo e data del rilascio) In fede, il dichiarante

....

In fede, il medico

.....

Note per la corretta compilazione del certificato anamnestico:
(1) Barrare con una X le caselle interessate.
(2) Indicare la data dell'ultima crisi avuta da soggetti epilettici.
(3) Specificare le modalità d'uso.

N.B. Il presente certificato anamnestico è valido unicamente ai fini dell'accertamento dei requisiti psicofisici minimi per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro a volo o al porto d'armi per uso difesa personale.

Figura 2. Certificato anamnestico preliminare per il successivo accertamento delle condizione psicofisiche per il rilascio dell'autorizzazione al porto di fucile per uso di caccia ed esercizio dello sport del tiro al volo o al porto d'armi per uso difesa personale.

Ulteriori accertamenti sono affidati alle strutture pubbliche e sono prescritti dal "medico certificatore" appartenente agli uffici medico-legali e agli altri enti sopra citati (figura 3) sulla procedura di valutazione attuale. È però possibile che questi eventuali accertamenti siano, o meno, orientati in base al contenuto della (auto)certificazione all'origine del procedimento di verifica. 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, sembra far capo più alle strutture indicate dal decreto che al medico curante.

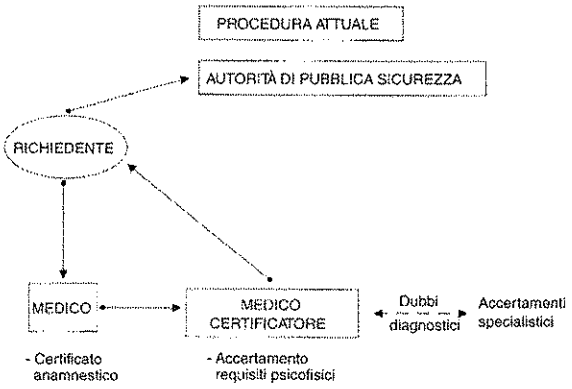


Figura 3. Procedura attuale di valutazione psicofisica per il rilascio di porto d'armi

Le possibilità di valutazione

Un'efficace valutazione comprende sia aspetti diagnostici di condizioni psicopatologiche in atto, sia una previsione sul rischio di comportamenti autolesivi ed eterolesivi anche a lungo termine. È evidente come un giudizio di tale genere implichi 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. Nella realtà delle valutazioni svolte attualmente non sono ben definiti i fattori centrali e quelli secondari da considerare, salvo la definizione di un elenco di condizioni psicopatologiche che sono causa di non idoneità.

La già ricordata attuale normativa in vigore in Italia stabilisce che l'idoneità psichica in materia di armi sia caratterizzata da «assenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali» e che in particolare non debba riscontrarsi «dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool». È stabilito anche che costituisce causa di non idoneità «l'assunzione anche occasionale di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool e/o psicofarmaci».

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 violenza con armi da fuoco è infatti un fenomeno complesso che deriva dall'interazione di aspetti intrapsichici e situazionali. Una valutazione che non comprenda le molteplici dimensioni rischia di essere inaccurata e non predittiva.

La maggior parte degli studi considerati indica però che i fattori identificati non hanno un valore sicuramente predittivo e che gli episodi di abuso di armi sono il risultato dell'interazione fra fattori diversi, non solo psicopatologici, ma anche situazionali ed ambientali[25].

Il fenomeno dell'abuso di armi legali richiede ulteriori studi nell'ambito operativo (riscontri di efficacia delle attuali procedure e sviluppo di procedure efficienti) e richiede il concorso di un'analisi legislativa e clinica del problema per poter fornire riferimenti (indicazioni, aiuti, linee guida) ai fini di iuna corretta gestione. Questi diversi livelli possono incontrarsi efficacemente soltanto se sarà disponibile **un costrutto clinico-diagnostico che potrebbe essere chiamato "Rischio di abuso di armi" (RAA) (il cui acronimo inglese è WAR: Weapons Abuse Risk)**, che stiamo cercando di sviluppare in una collaborazione multidisciplinare psichiatrica, psicologica e criminologica. Lo sviluppo di questo costrutto deve definire sia le sue caratteristiche teoriche (sviluppo del modello), sia ampliare la base delle ricerche empiriche a cui fa riferimento.

Dal punto di vista teorico è da evidenziare che il rischio di abuso di armi non è riconducibile a una sindrome (a una malattia definibile in senso nosografico) e la sua prevenzione deve comprendere dimensioni differenti.

Da tempo è in corso un dibattito intorno all'efficacia clinica dei sistemi classificativi di tipo nosografico-categoriali quale il DSM-IV[26].

In questo contesto, sistemi classificativi di altro tipo (come quello dimensionale offerto dal PDM[27]) potrebbero dare un contributo per comprendere e descrivere le diverse dimensioni concorrenti al problema (nel PDM in particolare: Personalità, Funzionamento mentale e Sintomi). Altri aspetti possono essere inseriti: ad esempio, il rischio suicidario come espressione di rottura di difese primitive, la scarsa auto-osservazione, lo scarso controllo degli impulsi, la carenza di capacità di regolazione.

LE TECNICHE DI VALUTAZIONE

Una valutazione ideale dell'idoneità psichica al maneggio di armi dovrebbe quindi comprendere l'esame di molteplici aspetti riconducibili al WAR quali: soggettive percezioni di minaccia al proprio sé; funzioni psichiche (in particolare pensiero e tono dell'umore); regolazione degli stati interni (quando e quanto il soggetto riesce a calmarsi nelle situazioni stressanti o di sofferenza, e a mantenere la lucidità), efficacia dei meccanismi di controllo degli impulsi; stile di personalità; funzionamento difensivo e distorsioni della realtà cui il soggetto è incorso o incorre; valori, ideali, modelli, e misura in cui hanno un ruolo regolatorio comportamenti, scelte, sacrifici e gioie; capacità e attitudine abituale di provare empatia e di identificarsi con gli altri, in situazioni sia intime sia sociali; prospettive future e capacità di integrarle con il passato e con la storia personale; capacità di pensare a sé e agli altri e di esprimere ciò che si prova attraverso pensieri o immagini, capacità di auto-osservazione.

È necessaria una raccolta delle informazioni almeno descrittive e anamnestiche che permettano una comprensione del funzionamento psichico e della eventuale presenza di condizioni psicopatologiche; del contesto nel quale l'individuo vive o si è sviluppato e delle singolari e soggettive percezioni delle situazioni in cui sperimenta un senso di minaccia del sé; quindi una approfondita anamnesi: pregressi episodi di violenza verso di sé o altri; preoccupazioni espresse da familiari e amici.

Dal punto di vista della sintomatologia è nosograficamente rilevante la presenza di fattori disinibenti quali sostanze d'abuso o terapie farmacologiche e condizioni fisiche in grado d'influenzare le condizioni psichiche, disturbi della forma e del contenuto del pensiero.

Benché non tutti questi aspetti siano valutabili da un clinico, è indispensabile che la funzione del primo medico incaricato della certificazione anamnestica non si limiti alla compilazione di una scheda prestampata, ma proceda alla raccolta di una anamnesi completa ed a un colloquio clinico comprensivo dell'esame psichico. Nel caso di anamnesi positiva per rischio di violenza o altri segnali di allarme, è necessario l'invio del paziente a una valutazione specialistica.

Mancano però nel panorama della letteratura ricerche e strumenti su cui fondare la valutazione dei casi dubbi.

In queste situazioni è stata proposta una valutazione attraverso l'impiego di test, il cui limite è dato dal grado di collaborazione dei soggetti e dalla non verificabile veridicità delle risposte. Ogni reattivo o questionario può soltanto mostrare la propensione al comportamento violento e non è detto che i soggetti indicati come a rischio mettano poi in atto azioni violente; vi è quindi un rischio elevato di falsi positivi.

Inoltre, i questionari autosomministrati possono cogliere soltanto gli aspetti più o meno consapevoli che un soggetto intende dichiarare, mentre non colgono gli aspetti impliciti, che regolano le modalità di reazione inconsciamente determinate.

Esistono strumenti che valutano l'aggressività stabile o abituale. La letteratura evidenzia però come solo una minoranza di soggetti necessiti di una valutazione strutturata del rischio di compiere azioni violente. Nella letteratura giuridica[28] è stata segnalata l'opportunità di affidare la valutazione dei casi dubbi a un organismo collegiale che possa anche valutare certificazioni prodotte dagli interessati e disporre ulteriori accertamenti eventualmente necessari.

Conclusioni

Il tema del processo e del maneggio di armi da fuoco suscita sempre atteggiamenti contrastanti e questo non ha probabilmente giovato alla conoscenza scientifica del fenomeno e delle possibilità di prevenzione.

In Italia, la ricerca è stata ostacolata anche dalla mancanza di dati fondamentali quali il numero di armi legalmente detenute nei diversi anni dai cittadini.

Si è oggi abituati al fatto che nei diversi ambiti delle attività umane il rischio ideale dovrebbe tendere a zero. Nel campo delle armi, il rischio non potrà però mai essere annullato, vista la natura intrinsecamente lesiva di questi mezzi.

La decisione se limitare o no le armi è politica ed è comunque gravata da incertezze sull'efficacia, se è vero che mentre varie ricerche[29,30,31] hanno dimostrato una diminuzione di omicidi e suicidi in seguito a leggi restrittive, lo stesso effetto non è stato riscontrato in altri contesti[32].

Esistono inoltre istanze opposte, come una crescente richiesta di sicurezza, che motiva molti cittadini a disporre di armi da fuoco, oltre alla legittima pratica di attività sportive e ricreative che prevedono l'uso di armi, quali la caccia e il tiro sportivo.

➢ **Appaiono quindi necessari migliori mezzi di prevenzione** che non comportino però inutili aggravi al Sistema Sanitario Nazionale e ai cittadini.

Nel 2007 era stato approvato un disegno di legge di revisione della normativa in materia di porto e detenzione di armi che stabiliva di affidare gli accertamenti a organi sanitari pubblici costituiti da almeno tre membri, di cui uno psichiatra. Decaduto il disegno di legge, è auspicabile, in caso di riforma della normativa, che sia attuato un modello di valutazione che tenga conto dei mezzi esistenti nel SSN e che valorizzi le risorse disponibili.

➢ **Il medico di famiglia, in particolare, è un'indispensabile fonte di notizie su passato e presente dei soggetti.**

Sembra quindi ragionevole proporre che eventuali nuove procedure di valutazione continuino a prevedere che la valutazione coinvolga il medico di medicina generale, che meglio conosce il paziente (figura 4 nella pagina a fronte).

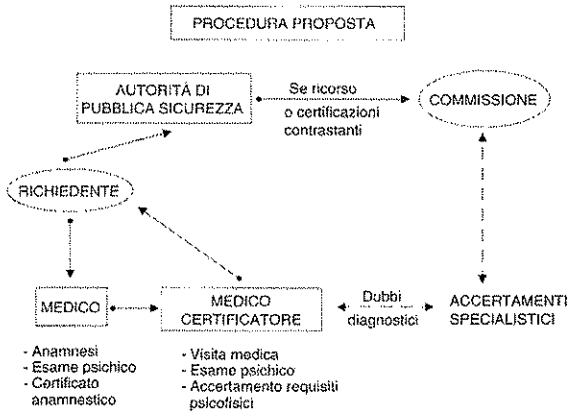


Figura 4. Proposta di procedura di valutazione.

In questo caso però dovrà essere migliorata la formazione dei medici di famiglia sul problema della prevenzione di condotte violente con armi legali, prevedendo anche strumenti dedicati, quali la possibilità di conoscere se un paziente detenga armi e la possibilità di riferire informalmente all'autorità di polizia, in presenza di sospetti di turbe psichiche o comportamentali.

Un passo ulteriore per ottenere valutazioni sempre più attendibili e valide sul WAR richiederà di pianificare una **formazione specifica** per chi deve occuparsi di questo problema. Sono già state sottolineate le ragioni dell'inadeguatezza di manuali meramente nosografico-descrittivo-psichiatrici. Questa formazione non può essere lasciata all'esperienza, a volte dura o traumatica, che il medico fa sul campo ma deve essere raggiunta e perseguita con **percorsi curriculari ad hoc**, cioè con l'obiettivo di formare competenze specifiche sulla valutazione del WAR (problema più ampio che implica il collegamento tra enti formativi, *in primis* l'università, e il mondo della pratica professionale).

La valutazione diagnostica del WAR è, come abbiamo visto, non un mero processo di inclusione di un soggetto in una classe psichiatrica nota, ma un percorso conoscitivo sulla soggettività della persona, quindi un punto di arrivo, una conoscenza che il clinico deve raggiungere utilizzando strumenti specifici (manuali, ricerche empiriche, test, colloqui ecc.); una conoscenza che non potrà prescindere da una valutazione della situazione singolare e irripetibile che il clinico deve affrontare e conoscere. Mentre, da un lato, ci troviamo di fronte a un costrutto clinico da precisare e cominciare ad applicare più sistematicamente, dall'altro è necessario pensare al clinico che si trova di fronte al problema di valutare il WAR e l'idoneità al porto d'armi come uno specialista che ha competenze specifiche in questo settore, che utilizza strumenti protocollari di cui sa valutare la rilevanza clinica caso per caso, nel rispetto della libertà, ma anche della sicurezza di tutti.

Bibliografia

1. Istituto Nazionale di Statistica. Statistiche giudiziarie penali. Anno 2003. Roma: ISTAT 2005.
2. Dudley M, Cantor C, Moore G. Jumping the gun: firearms and the mental health of Australians. Aust N Z J Psychiatry 1996; 30: 370-81.
3. Crawford M, Gartner R, Dawson M. Intimate femicide in Ontario, 1991-1994. Ontario Women's Directorate 1997; 2: 10-25.
4. Sigurdson E, Staley D, Matas M, Hildahl K, Squair K. A five year review of youth suicide in Manitoba. The Canadian Journal of Psychiatry 1994; 39 (8): 397-403.
5. Dansys Consultants Inc. Domestic homicides involving the use of firearms. Working document. Research and Development Directorate, Department of Justice Canada. Ottawa 1992.
6. Peruzzi N. Eighth factors found critical in assessing suicide risk. Monitor on Psychology 2000; 31: 54-61.
7. Bailey J, Kelleremann A, Somes G, Banton J, Rivara F, Rushforth N. Risk factors for violent death of women in the home. Arch Intern Med 1997; 157: 777-82.
8. Moyer S, Carrington PJ. Gun availability and firearms suicide. Prepared for the Department of Justice 1992.
9. Campbell JC. Domestic homicide: risk assessment and professional duty to warn. MI Med J 1994; 43: 885-9.
10. Tutty LM. Domestic violence involving firearms in Alberta: case studies of women and children. Prepared for the Canadian Firearms Centre 1999.
11. Gun violence and Public health (Editorial). Lancet 2007; 369: 1403.
12. Krug EG, Powell KE, Dahlberg LL. Firearm-related deaths in the United States and 35 other high- and upper-middle-income countries. In J Epidemiol 1998; 27: 214-21.
13. Miniño AM, Arias E, Kochanek KD, Murphy SL, Smith BL. Deaths: final data for 2000. Hyattsville, MD: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics. National vital statistics reports 2002; 50: 1-119.
14. United Nations Commission on Crime Prevention and Criminal Justice. International study on firearm regulation (revised). Wien: United Nations, 1997.
15. Killias M. International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide. Can Med Assoc J 1993; 148: 1721-5.
16. Bridges FS, Kunselman JC. Gun availability and use of guns for suicide, homicide, and murder in Canada. Percept Mot Skills 2004; 98: 594-8.
17. Ajdacic-Gross V, Killias M, Hepp U, Gadola E, Bopp M, Lauber C, et al. Changing times: a longitudinal analysis of international firearm suicide data. Am J Public Health 2006; 96: 1752-5.
18. Istituto Nazionale di Statistica. Cause di morte (anno 2002). Roma: ISTAT 2004.
19. Eurispes. L'omicidio volontario in Italia. Rapporto 2005.
20. Wintemute GJ, Kraus JF, Teret SP, Wright MW. The choice of weapons in firearm suicides. Am J Public Health 1988; 78: 824-6.
21. Kaplan MS, Adamek ME, Geling O, Calderon. A Firearm suicide among older women in the US. Soc Sci and Med 1997; 44: 1427-30.
22. Malmberg A, Hawton K, Simkin S. A study of suicide in farmers in England and Wales. J Psychosom Res 1997; 43: 107-11.
23. Liu T, Waterbor JW. Declining use of firearms to commit suicide in Alabama in the 1980s'. J Death and Dying 1994-95; 30: 145-53.

24. Clerici CA, Veneroni L, Bonomo C, De Micheli A. Stima sull'incidenza dei suicidi con l'arma di ordinanza nella Polizia di Stato attraverso fonti di stampa. In corso di pubblicazione in: Atti VIII congresso nazionale della Società Italiana Psicologia della Salute, Rovigo 1-4 ottobre 2008.
25. Clerici CA, Veneroni L, Invernizzi R. 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. Psichiatria e Psicoterapia 2006; 25: 226-39.
26. APA (American Psychiatric Association). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV). Milano: Masson 2000.
27. PDM Task Force. Manuale diagnostico psicodinamico. Milano: Raffaello Cortina 2008.
28. Vicari A. Il problema del doppio certificato. Riv It Med Leg 1998; 20: 413-33.
29. Kapusta ND, Etzersdorfer E, Krall C, Sonnek G. Firearm legislation reform in the European Union: impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria. Br J Psychiatry 2007; 191: 253-57
30. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. JAMA 2005; 294: 2064-2074.
31. Brent DA. Firearms and suicide. Annals of the New York Academy of Science 2001; 932: 225-239.
32. Dandurand Y. Firearms, accidental deaths, suicides and violent crime: an updated review of the literature with special reference to the Canadian situation. Ottawa: Canadian Firearms Centre, Department of Justice 1998.
33. Dandurand Y. Firearms, accidental deaths, suicides and violent crime: an updated review of the literature with special reference to the Canadian situation. Ottawa: Canadian Firearms Centre, Department of Justice 1998.

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott. Carlo Alfredo Clerici
Via Paolo Sarpi, 1
20154 Milano
E-mail: carlo.clerici@unimi.it
carloclerici@fastwebnet.it

28/6/2010 Bozza articolo in corso di pubblicazione in "Ricerche di psicologia"

FONDAMENTI EMPIRICI DELLE PROCEDURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO DI ABUSO DI ARMI DA FUOCO LEGALI

EMPIRICAL FOUNDATIONS OF FIREARMS ABUSE PREVENTION PROCEDURES

Carlo Alfredo Clerici*, Angelo de' Micheli°, Laura Veneroni*, Francesca Mameli*, Cesare Albasi^

* Sezione di Psicologia, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biomediche, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Milano

° Cattedra di Criminologia Clinica, Facoltà di Medicina, Università degli Studi di Milano

^ Dipartimento di Psicologia, Facoltà di Psicologia, Università degli Studi di Torino.

Riassunto. *Suicidi e omicidi commessi con armi da fuoco legalmente detenute sono spesso attribuiti genericamente all'effetto di disturbi psichici. I fattori psichici legati all'abuso di armi sono ancora scarsamente indagati dalla letteratura scientifica e non vi è consenso circa i metodi diagnostici da impiegare per le valutazioni dell'idoneità psichica a licenze in materia di armi.*

Nell'articolo sono illustrate le principali prospettive cliniche e diagnostiche relative alla prevenzione del rischio di abuso di armi ed è presentato il modello denominato WAR ("Weapons Risk Assessment"), attualmente corso di sviluppo.

Abstract. *It's a common notion that the cases of weapons abuse (suicides and/or homicides) are attributed to the effect of a sudden psychic unbalance. This paper reviews the connections between weapons abuse and epidemiological aspects, psychiatric pathology and stressing factors events. An effective evaluation involves both, ideally, diagnostic aspects of the current psychopathologic conditions, and, implicitly, also a long term forecast of the risk of self-damaging and other-damaging behaviours. This study propose a model of procedures of medical - psychological evaluation for people requiring firearms certificates (Weapons Risk Assessment), based on evidences from the scientific literature and the current knowledge about mental processes.*

Introduzione

Le armi da fuoco, a seconda delle tipologie e degli utilizzi possono essere oggetti necessari, preziosi, d'interesse collezionistico o di utilità pratica, ma in ogni caso potenzialmente pericolosi. Per questo è evidente la necessità di tutelare l'incolumità dei singoli e della collettività, accertando che i soggetti che le maneggiano possiedano gli indispensabili requisiti di salute mentale e di stabilità emotiva.

Una Direttiva del Consiglio delle Comunità Europee (18 giugno 1991, n. 91/477/CEE, pubblicata nella G.U.C.E. 13 settembre 1991, n. L 256, recepita con D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 527) prevede che l'acquisizione e la detenzione di armi da fuoco sia permessa soltanto a persone che "*non possano verosimilmente costituire un pericolo per se stesse, per l'ordine pubblico o la pubblica sicurezza*".

La verifica di tali condizioni è affidata alle singole normative nazionali e ai criteri stabiliti dagli stati membri dell'Unione Europea. La valutazione

dell'idoneità sanitaria al maneggio delle armi da parte dei civili è regolamentata in Italia dal 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*". Ciascun cittadino di sufficiente salute psicofisica, non pregiudicato od obiettore di coscienza, ha la possibilità di ottenere un'autorizzazione per acquistare armi e se titolare di una licenza di porto d'armi di portarle al di fuori della propria abitazione.

Per effetto di questa normativa si trovano ad esprimere pareri sull'idoneità psicofisica al maneggio delle armi molti medici civili e militari, non specialisti nell'ambito della salute mentale. Il problema delle procedure di valutazione è rilevante dato che si stima che in Italia circa 4.800.000 persone, escludendo il personale delle Forze Armate e dei corpi di pubblica sicurezza, detengano armi o le utilizzano per scopi ricreativi, sportivi o professionali, per un totale stimato di 10 – 12 milioni di armi da fuoco.

Scopo di questo articolo è una revisione delle evidenze empiriche in grado di orientare i diversi approcci al problema delle valutazioni dell'idoneità psichica all'uso delle armi e la formulazione di una proposta di procedura fondata su tali evidenze.

Materiale 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 negli ultimi 20 anni. Sono stati selezionati 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: aspetti epidemiologici, ruolo di condizioni psicopatologiche, ruolo di fattori situazionali e strumenti di valutazione.

Aspetti epidemiologici

Le armi da fuoco costituiscono una primaria causa di morte in diverse nazioni. Particolarmente grave la situazione negli Stati Uniti dove il tasso di omicidi, suicidi e morti accidentali collegati ad armi da fuoco nei primi anni Novanta era superiore a quello delle altre 25 nazioni sviluppate di cui erano disponibili dati epidemiologici (Krug, 1998). Anche se si è verificata una diminuzione dei decessi provocati da armi da fuoco, nel 2000 rimanevano comunque la seconda causa di eventi traumatici mortali (Miniño, 2002). Nel 2005 negli USA sono decedute 30.694 persone per ferite da arma da fuoco (17.002 suicidi, 12.352 per omicidio e 1340 per incidenti) mentre circa 70.000 hanno ricevuto cure mediche ospedaliere per ferite d'arma da fuoco (Wintemute, 2008).

I dati sulla mortalità legata alle armi da fuoco comprendono tuttavia realtà eterogenee quali guerre civili, terrorismo e fenomeni criminosi con armi illegali; per un'effettiva conoscenza del fenomeno occorre quindi distinguere la diversa natura degli eventi violenti.

Differenti normative e criteri disomogenei nella definizione di arma nelle diverse legislazioni (e quindi nelle diverse casistiche) ostacolano il confronto dei dati.

I report epidemiologici generalmente non operano distinzioni tra eventi colposi e dolosi; in molti casi poi non è specificato se le armi con cui omicidi e suicidi sono stati perpetrati fossero detenute legalmente o illegalmente.

Anche la distinzione tra armi corte ed armi lunghe generalmente non è riportata, anche se potrebbe fornire informazioni non trascurabili sul fenomeno, come ad esempio il ruolo delle armi da caccia in azioni violente.

E' possibile che non pochi suicidi siano classificati più o meno intenzionalmente come morti accidentali, soprattutto quando non precedute da segnali premonitori o da psicopatologie conclamate. Fra le cause vi può essere il riserbo delle famiglie che possono insistere per l'omissione della dizione "suicidio" nelle cartelle cliniche.

Un ulteriore limite dei dati italiani disponibili (raccolti nell'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) riguarda il fatto che esistono due procedure di rilevazione statistica sui suicidi, che portano a prospettive non omogenee.

I diversi "moventi" dei suicidi sono distinti dalle classificazioni ISTAT in motivi affettivi, motivi d'onore, motivi economici, motivi ignoti o non indicati. Non sono però disponibili altri dettagli relativi ai suicidi compiuti con armi da fuoco e ricondurre le complesse motivazioni di questo comportamento a sole sei categorie presenta evidenti limiti.

Sempre in Italia solo da pochi anni sono reperibili statistiche sull'epidemiologia degli omicidi commessi con armi da fuoco legalmente detenute per effetto di disturbi psichici.

Nel 2007 su 191 autori di omicidi in famiglia, di cui 58 con armi da fuoco, 33 (17.3%) erano titolari di porto d'armi di cui 7 per difesa personale, 8 appartenenti alle forze dell'ordine, 9 di porto d'armi da caccia, 9 altro (Eures 2007). I dati relativi a questa fonte non permettono tuttavia sempre una ricostruzione completa. Nel 2005 su 187 autori di omicidi in ambiente domestico e nella sfera affettiva, di cui 68 con armi da fuoco, 31 erano in possesso di porto d'armi, 13 per difesa personale, 6 per lavoro, 12 per caccia; in 36 casi però l'informazione non era disponibile (Eures, 2005).

Nella scelta di armi da fuoco come strumenti autolesivi ed eterolesivi vi è un'ampia varietà di genere.

Come illustrato nella Tab. 1, in Italia il fenomeno del suicidio con armi da fuoco è prevalentemente maschile. I dati completi più recenti, riferiti al 2004 (ISTAT, 2006), riportano 366 suicidi con armi da fuoco accertati dalla Polizia di Stato e dall'Arma dei Carabinieri in quell'anno, 351 dei quali compiuti da maschi e 15 da femmine.

È stata indagata anche la relazione fra la professione esercitata e la scelta di armi da fuoco come strumenti per commettere atti auto ed etero lesivi.

Uno studio (Liu, 1994) 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. E' stata descritta (Malmberg, 1997) 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.

Numerosi studi riferiscono un tasso di suicidi più elevato nel personale che svolge servizi armati rispetto alla popolazione generale o ad altre

professioni (Heiman, 1997; Helmkamp, 1996; Kirckaldy, 1992; Kirkcaldy, 1993; Violanti 1996a; Violanti, 1996b).

In Italia la disponibilità di dati relativi a suicidi e omicidi in ambito militare e nelle forze di Polizia nazionali è limitata se confrontata con le casistiche straniere. Una revisione di dati da fonti di stampa nel periodo 1996 – 2006 (Clerici, 2008a) ha valutato l'incidenza dei suicidi in diverse popolazioni di addetti a servizi armati, sia nel personale dell'Arma dei Carabinieri (6,8/100.000), sia in quello della Polizia di Stato (4,0/100.000); nel rimo caso di è rivelata superiore alla media dei suicidi compiuti con ogni mezzo nella popolazione generale (5,5/100.000 persone) e in generale manca una ricostruzione ufficiale delle dimensioni del fenomeno.

Nelle guardie particolari giurate è stata rilevata un'incidenza di suicidi con armi da fuoco (11,7/100.000 persone) doppia rispetto all'incidenza complessiva generale dei suicidi con ogni mezzo nella popolazione generale (Clerici, 2009a).

Tab. 1 – Suicidi con armi da fuoco in Italia –

Anno	Abitanti popolazione italiana (in migliaia) (ISTAT)	N° suicidi nella popolazione italiana	N°suicidi nella popolazione italiana per 100.000 abitanti	N° suicidi con armi da fuoco nella popolazione italiana	N° suicidi con armi da fuoco per 100.000 abitanti nella popolazione italiana	Suicidi maschi	Suicidi femmine	Suicidi con armi maschi	Suicidi con armi femmine
1996	56.844	3,641* 4,689°	6,408* 8,240°	430* 588°	0,756* 1,030°	2,683* 3,458°	958* 1,233°	409* 556°	30* 38°
1997	56.876	3459* 4,084°	6,082* 8,253°	417* 826°	0,73* 1,101°	2615* 3,542°	844* 1,147°	398* 599°	19* 27°
1998	56.904	3,398* 4,504°	5,971* 7,915	424* 648°	0,745* 1,139°	2,609* 3,548°	789* 1,056°	403* 612°	21* 31°
1999	56.909	3,011* 4,115°	5,291* 7,231°	392* 614°	0,689* 1,079°	2,258* 3,106°	753* 1,010°	378* 593°	14* 21°
2000	56.924	3,096* 4,108°	5,439* 7,217°	404* 614°	0,71* 1,079°	2,382°	1,046°	573°	41°
2001	56.996	2,819* 4,020°	4,946* 7,071°	313* 542°	0,549* 0,951°	2,050°	989°	516°	27°
2002	56.994	2,949* 4,069°	5,174* 7,139°	378* 503°	0,663* 1,088°	2,445°	924°	670°	33°
2003	57.321	3,361* 4,832°	5,863* 7,0°	387*	0,675*	2,526*	835*	360*	27*
2004	58.462	3,265*	5,585*	366*	0,626*	2507*	758*	351*	15*

* dati ricavati dalle "Statistiche Giudiziarie Penali", ISTAT

° dati ricavati dalle Statistiche della Sanità, "Cause di morte", ISTAT

Il ruolo di condizioni psicopatologiche

E' diffusa la convinzione, sia fra la gente comune, sia da parte di vari clinici clinici, che l'abuso di armi da fuoco avvenga per effetto di un improvviso scompenso psichico, il cosiddetto "raptus", anche se il termine non ha una precisa corrispondenza in una categoria diagnostica psicopatologica.

E' vivo il dibattito in ambito medico psichiatrico, psicologico, sociale e giuridico sul legame fra malattia mentale e sicurezza. Nell'opinione pubblica delle nazioni occidentali il problema è sentito anche se probabilmente amplificato dai media (Monahan, 1999; Appelbaum, 2006).

Studi internazionali evidenziano che alcune categorie di disturbi mentali si correlano con un'elevata possibilità di azioni violente (Institute of Medicine, 2005). Gli studi sull'associazione fra disturbi psichici ed azioni violente deriva da due filoni di ricerca. Un ambito riguarda pazienti seguiti in contesti ospedalieri (Fallace, 2004; Wessely, 1998; Modestin, 2005). L'altro ambito di osservazione riguarda soggetti in istituzioni di tipo carcerario (Schanda, 2004). Sono evidenti i limiti di studi non condotti sulla popolazione generale; su questo contesto sono noti due studi. Un primo (Swanson, 1990) basato ancora sulla classificazione DSM-III e non basato su una popolazione rappresentativa della popolazione generale statunitense. Lo studio più recente (Casiano, 2008) fornisce indicazioni sull'associazione fra azioni violente specificamente con armi da fuoco e condizioni psicopatologiche classificate secondo il DSM-IV. E' evidenziata una correlazione fra gli

abusi violenti con armi e PTSD, abuso di sostanze e disturbi del controllo degli impulsi. Lo studio non fornisce tuttavia dati attendibili a proposito del ruolo del disturbo delirante né dei disturbi di personalità, categorie di estremo interesse nella prevenzione.

Recenti filoni di ricerca (Beck 2004; Wallace, 2004; Monahan, 2003) evidenziano una relazione fra disturbi psichici maggiori, abuso di sostanze e violenza; tuttavia anche se i dati offrono un interesse generale è difficile mettere in pratica efficaci valutazioni del rischio sui singoli individui.

Vari altri studi hanno sottolineato il rilievo dell'abuso di alcool e di altre sostanze nelle condotte omicidarie e suicidare con armi da fuoco (Crawford, 1997; Sigurdson, 1994; Dansys, 1992; Peruzzi, 2000; Bailey, 1997; Moyer, 1992).

Alcune ricerche hanno evidenziato il generico ruolo dei disturbi mentali come causa dell'abuso di armi (Dudley, 1996; Sigurdson, 1994; Peruzzi, 2000), senza però che esistano dati empirici sul ruolo di condizioni diverse dai gravi disturbi di asse I del DSM-IV.

Nell'ultima casistica italiana dettagliata disponibile, riferita al 2004 (ISTAT, 2006), le malattie psichiche erano registrate come "movente" in 1261 casi su 3265 suicidi condotti con ogni tipo di metodo (non solo con armi da fuoco). Questo potrebbe significare che la dinamica alla base dei suicidi possa in parte essere ricondotta alla disponibilità di un'arma da fuoco e alla contemporanea presenza di patologia mentale. Un recente studio statunitense (Miller, 2009) ha evidenziato che circa un terzo dei pazienti considerati che avevano manifestato recentemente ideazione suicidaria o disturbi dell'umore, disturbi d'ansia o abuso di sostanze, vivevano in abitazioni in cui era conservata un'arma.

Di fatto però la patologia mentale non è sempre associata all'abuso di armi (anche nel caso dei suicidi) e le caratteristiche del fenomeno sono incerte per i controversi criteri di raccolta e l'attendibilità dei dati di fonte giudiziaria.

Nelle ricerche la valutazione del rilievo della malattia psichica come fattore di rischio è influenzata dall'orientamento teorico degli autori e dalla definizione stessa di disagio psichico. La psicopatologia e le relative diagnosi hanno tuttavia un basso grado di consenso anche fra gli specialisti e ciò ha contribuito fino ad ora a limitare lo sviluppo di valutazioni empiricamente fondate (Albasi, 2009; Clerici, 2009b). La letteratura scientifica evidenzia una grande complessità nella valutazione del rischio (Monahan 2000; Appelbaum, 2000; Binder, 1999).

Esiste comunque una scarsa possibilità di ridurre la violenza nella popolazione agendo esclusivamente sui pazienti psichiatrici.

Esiste peraltro anche il problema di non far coincidere alla patologia psichiatrica l'etichetta di violenza evitando discriminazioni di questi malati (Binder, 1999; Corrigan, 2003).

Il ruolo dei fattori situazionali

Il legame fra abuso di armi da fuoco legali ed eventi vitali stressanti, come la rottura di relazioni affettive, perdita del lavoro o difficoltà economiche in grado di agire come causa o concausa del fenomeno, è stato indagato da numerosi studi.

Difficoltà finanziarie hanno un'incidenza rilevante fra gli autori di omicidi con armi legali, come evidenziato anche dalla revisione di parte della letteratura scientifica (Bailey, 1997). In uno studio su omicidi domestici (Dansys, 1992) erano state rilevate difficoltà materiali nel 48% degli accusati. Al contrario un'altra ricerca (Moyer, 1992) ha descritto

un'incidenza di suicidi maggiore nei soggetti che lavorano rispetto ai disoccupati, ai pensionati e ai titolari di pensione d'invalidità (38% contro il 24%). Il dato potrebbe però comprendere quei lavoratori esposti a situazioni critiche di stress, rischi di licenziamento e fallimento economico.

Il legame fra omicidi domestici e precedenti episodi di violenza risulta di rilievo. Uno studio (Dansys, 1992) ha descritto come nei 2/3 degli omicidi domestici considerati, vittime e accusati fossero 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 dal tetto coniugale.

Lo stesso dato è stato descritto anche in altri studi (Bailey, 1997; Crawford 1997; Campbell 1994).

Uno studio (Tutty, 1999) ha analizzato con interviste qualitative con le vittime ed i soccorritori (agenti di polizia e assistenti sociali) gli episodi di violenza domestica con l'impiego di armi da fuoco, evidenziando violenze domestiche continue e ripetute come fattore di rischio. A carico di più di metà degli aggressori di sesso maschile si sono rilevati precedenti penali per crimini violenti (escluse violenze sulla partner). Oltre la metà delle donne sopravvissute giudicava che il responsabile avesse gravi problemi di abuso di sostanze e circa un terzo degli uomini era stato sottoposto ad accertamenti psichiatrici o terapie. La metà circa degli uomini era descritta sotto l'effetto di alcool o droghe nel corso delle azioni violente.

Uno studio (Moyer, 1992) ha indagato la relazione tra una selezione di otto eventi vitali potenzialmente stressanti e l'impiego di armi in un campione di suicidi. Gli eventi indagati erano: morte di un membro della

famiglia, cambiamenti nella composizione della famiglia (divorzio, separazione, nascita di figli), trasferimenti, problemi lavorativi ed economici, problemi legali come recenti accuse penali, malattie fisiche, perdita di relazioni significative ed altri eventi. Gli autori non avevano rilevato alcuna correlazione statisticamente significativa tra suicidi ed eventi vitali stressanti. La ricerca segnalava tuttavia come i suicidi con uno o più eventi stressanti gravi in anamnesi avessero utilizzato armi da fuoco. La considerazione finale degli autori, rilevante per il tema qui affrontato, è che vi sia un'evidenza troppo tenue per giustificare un'approfondita indagine sugli eventi stressanti in ogni richiedente una licenza di porto o detenzione di armi da fuoco.

Uno studio (Dansys, 1992) su omicidi domestici con l'uso di armi da fuoco vedeva metà della casistica composta da uxoricidi; il 15% erano dati da omicidi del marito da parte della moglie, mentre la percentuale rimanente riguardava altri membri della famiglia (di cui per il 6% l'omicidio di un genitore da parte di un figlio).

Negli autori di questi omicidi era presente in anamnesi un numero rilevante di eventi vitali stressanti: il 47% aveva precedenti penali, il 39% era disoccupato, il 25% era stato licenziato di recente, il 24% aveva avuto un fallimento della propria attività o aveva debiti, il 18% era coinvolto in una situazione d'infedeltà amorosa, il 14% era in attesa di processo, il 6% era infine in libertà vigilata o sottoposto a pene alternative alla carcerazione.

Gli eventi vitali stressanti e precedenti condotte violente risultano alla luce della letteratura scientifica elementi significativi per la valutazione dell'idoneità, anche se probabilmente non sempre sono noti al medico o possono essere indagabili.

Strumenti per la previsione di comportamenti violenti

La valutazione testale

Per la prevenzione del rischio di violenza sono stati sviluppati vari strumenti testali che possono essere ricondotti ad alcune categorie.

- Scale per la valutazione dei sintomi -

In diversi contesti per valutare la presenza di sintomi psicopatologici sono utilizzate interviste psichiatriche e scale cliniche: SCID-I E SCID-II per l'assessment secondo i criteri del DSM-IV e numerosi questionari e test mirati a valutare tutti quei fattori che possono concorrere alla manifestazione di un comportamento violento, come la presenza di depressione o ansia e indicatori della condotta aggressiva per la misura della depressione e dell'ansia; indicatori della condotta aggressiva come irritabilità, ruminazione / dissipazione.

Infine, viene impiegata la Hare Psychopathy Checklist Revised invece è impiegata per valutare tendenze psicopatiche o antisociali.

- Scale per la valutazione della personalità -

Visto che l'esperienza clinica segnala alcuni disturbi della personalità come rilevanti nelle condotte violente, sono utilizzati dai clinici alcuni test per supportare il processo diagnostico. Fra questi: il Minnesota Multiphasic Personality Inventory; il Cognitive Behaviour Assessment (CBA 2.0); il Sixteen Personality Factor Inventory (16PF-5); il Big Five Questionnaire; il Gordon Personal Profile-Inventory (GPP-I); l'Eysenck Personalità Questionnaire (EPQ-R); diversi tipi di test proiettivi (tra cui il test di Rorschach).

In ambito italiano è stato proposto in anni recenti (Catanesi, 2007)

l'impiego combinato di MMPI-2, Rorschach e colloqui clinici nell'ambito di un Protocollo Diagnostico per il certificato psichiatrico di Idoneità al Porto d'Armi. La proposta di utilizzare tali strumenti testali nasce dall'esigenza di dare supporto con elementi "oggettivi" alle valutazioni viste le rilevanti questioni di responsabilità professionale che questo tipo di valutazioni pone agli psichiatri (Norris, 2006) ma è possibile che un approccio centrato soltanto nel ridurre alla diagnosi psichiatrica secondo il DSM le strategie preventive risulti eccessivamente limitativo.

- Scale specifiche per la valutazione dell'aggressività -

L'aggressività può essere considerata come un oggetto d'indagine specifico. In questa prospettiva sono disponibili strumenti per valutare l'aggressività stabile, abituale o frequente, che risulta più correlata alla possibilità dell'espressione di un azione violente.

- L' Hostility Scale-HoSca (Cook, 1954) è una scala di autovalutazione (50 item) cha valuta come componenti primarie il cinismo e la sfiducia.
- La Buss Durkee Hostility Inventore-BDHI (Buss, 1957) e la sua versione aggiornata e ridotta, Aggression Questionnaire-AQ (Buss, 1992), indagano la modalità con cui viene manifestata l'aggressività.
- Il Questionario Irritabilità-Ruminazione/Dissipazione-QI-R (Caprara, 1991) è la sintesi di due scale: la scala di Irritabilità (Caprara, 1983), utile per le forme impulsive, e la scala di Ruminazione/Dissipazione. Quest'ultima misura la propensione dell'individuo a superare con maggiore o minore rapidità i sentimenti di rancore e i desideri di ritorsione connessi alle offese subite o che si crede di aver subito. Essa coglie le componenti

connesse all'elaborazione cognitiva che sottende la condotta aggressiva, valutando la prospettiva temporale delle condotte aggressive su cui incide il ruolo della memoria, dell'intenzionalità, dei processi di valutazione, attribuzione, decisione.

- Il Multidimensional Anger inventory-MAI (Siegel, 1986) definisce la natura multidimensionale della collera e include item che che riflettono particolare "dimensioni" della rabbia, come la frequenza, l'intensità, la modalità di espressione (che contiene forme diverse tra cui la rabbia "interna", la "rimuginazione", la colpa-rimorso), l'atteggiamento ostile.
- Lo State-Trait Anger Expression Inventory-STAXI (Spielberger, 1988) è uno strumento di autovalutazione e fornisce misure rappresentative dell'esperienza e dell'espressione della rabbia. Poiché sono distinte le due componenti della rabbia di tratto e della rabbia di stato, si può misurare anche la frequenza con cui sentimenti di rabbia sono trattenuti o repressi.
- La Novaco Anger Scale (Hare, 1991) è invece un questionario di autovalutazione breve e semplice che comprende 20 item e che valuta il ruolo della rabbia in varie condizioni fisiche e psicologiche.

La principale limitazione nell'impiego di queste scale è l'impossibilità di ricondurre univocamente, in base ai dati provenienti dalla ricerca empirica le azioni di abuso di armi a tratti di aggressività stabile o a manistazioni di discontrollo di sentimenti di rabbia.

- Scale specifiche per la valutazione del rischio di compiere atti di violenza -

Un costrutto che è parso utile è quello del rischio di violenza. La ricerca dell'ultimo ventennio ha prodotto diversi strumenti per la valutazione del rischio di compiere azioni violente da parte di soggetti con disturbi

psichici.

- The Historical, Clinical, and Risk Management HCR-20 (Webster, 1997). Comprende una lista di 20 item divisi in tre aree principali: quella relativa storia personale (per es. precedenti episodi di violenza, problemi lavorativi, uso di sostanze, malattie mentali), quella clinica (per es. scarsa introspezione, impulsività) e quella della gestione del rischio(per es. mancanza di supporto personale e non compliance verso trattamenti medici o soluzioni di aiuti proposte).
- L' Attitude toward guns and violence questionnaire (Shapiro, 2000) misura l'attitudine delle persone verso le armi da fuoco, le aggressioni fisiche e i conflitti interpersonali. Il test fornisce un punteggio totale e un punteggio per ciascuna delle seguenti scale: risposta aggressiva alla vergogna (sensibilità alla mancanza di rispetto da parte altrui e convinzione che la violenza ripari i danni all'autostima); "comfort with aggression" (l'accettazione della violenza come parte della propria vita di quotidiana); "excitement" (la sensazione che le armi sono intrinsecamente eccitanti, stimolanti, divertenti); potere/sicurezza (idea che le armi e la violenza sono modalità per preservare la sicurezza personale e i sentimenti di potere).
- The Violence Risk Appraisal Guide, VRAG (Harris, 2004) è uno strumento basato su 12 variabili ottenute analizzando le storie psicoosociali di maschi che hanno compiuto azioni aggressive. Fornisce la probabilità (da zero a 100%) che una persona che in precedenza ha commesso un'azione violenta possa ripeterla in un determinato periodo di tempo.
- Tha Classification of Violence Risk (COVR) è uno strumento nato

dallo studio MacArthur sulla valutazione del rischio di violenza. Il COVR è un programma interattivo per stimare il rischio che una persona in precedenza ricoverata per disturbi mentali possa compiere azioni violente che comprende 106 variabili e prevede una parte di visione/risposta ad items e un'intervista di 10 minuti con il paziente. A ogni paziente sono chieste circa 40 domande, generate attraverso algoritmi computerizzati in funzione delle precedenti risposte. Al termine dell'intervista il programma fornisce una stima dalla probabilità di comportamento violento.

Ogni reattivo o questionario può però soltanto mostrare la propensione al comportamento violento e non è detto che i soggetti indicati come a rischio mettano poi in atto azioni violente; vi è quindi un rischio elevato di falsi positivi in queste valutazioni.

La modalità di costruzione di questi test implica un'efficacia esclusivamente per una minoranza di pazienti; nello specifico quelle persone che hanno già in precedenza fatto del male a qualcuno o riportano pensieri ricorrenti di farlo (Lamberg, 2007). La letteratura evidenzia quindi come solo rispetto a pazienti selezionati possa essere opportuna ed efficace una valutazione strutturata del rischio di compiere azioni violente.

Mancano dati empirici a sostegno dell'efficacia predittiva verso l'abuso di armi da fuoco in soggetti in cui non sono state diagnosticate condizioni psicopatologiche che costituiscono, secondo le conoscenze attuali una parte molto consistente del fenomeno.

I questionari autosomministrati (self-report) inoltre possono soltanto cogliere gli aspetti più o meno consapevoli che un soggetto intende dichiarare, mentre non colgono gli aspetti impliciti, che regolano le

modalità di reazione inconsciamente determinate.

Discussione

Strategie di prevenzione

Le politiche preventive in materia di armi hanno due orientamenti prevalenti opposti. Alcune nazioni hanno introdotto normative fortemente restrittive per diminuire o eliminare la disponibilità di armi da fuoco nella popolazione. Altri paesi hanno sviluppato procedimenti di valutazione per ridurre al minimo l'incidenza di atti violenti con armi legali.

La scelta politica di limitare o meno la detenzione legale di armi è gravata da incertezze sull'efficacia; se è vero che mentre varie ricerche (Kapusta, 2007; Mann, 2005; Brent, 2001) evidenziano una diminuzione di omicidi e suicidi dopo l'introduzione di leggi restrittive sulle armi, lo stesso effetto non è stato riscontrato in altri contesti (Dandurand, 1998; Rosengart, 2005). In Gran Bretagna anche se il possesso di armi da fuoco ha subito drastiche limitazioni dal 1997, si verificano ancora crimini con armi da fuoco e la proibizione come misura di prevenzione non pare aver raggiunto gli effetti sperati (Adshead, 2007). In Italia l'incidenza nel tempo dei suicidi con armi da fuoco si è mantenuta sostanzialmente stabile nonostante l'evoluzione delle normative, in alcuni periodi particolarmente restrittive (Fig. 1); mancano tuttavia dati sull'andamento della detenzione di armi in Italia per correlare questo andamento con il numero di armi effettivamente detenute nella popolazione.

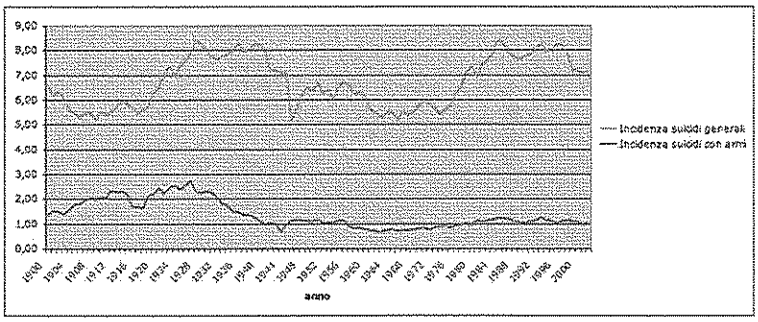
Oltre a ciò in Italia la crescente richiesta di sicurezza, che motiva molti cittadini a disporre di armi da fuoco, e il gran numero di persone che pratica legittimamente attività sportive e ricreative che prevedono l'uso di armi, quali la caccia e il tiro sportivo, rendono poco coerenti e

opportune, secondo diverse opinioni, modifiche della legislazione in senso restrittivo.

Anche il ricorso a personale armato, appartenente a società private, per la tutela della sicurezza di beni e persone, è un fenomeno in crescita come nelle principali nazioni industrializzate.

I principali elementi critici nello sviluppo di metodologie di valutazione preventiva efficaci sono illustrate qui di seguito.

Fig. 1 – Incidenza dei suicidi in Italia nel periodo 1993-2003 –



Concezioni della diagnosi

Le valutazioni preventive in materia di armi richiedono la verifica di condizioni psicopatologiche, ma anche una valutazione delle funzioni psichiche, del funzionamento e dell'adattamento dell'individuo, variamente definite dalle normative delle diverse nazioni.

Negli U.S.A. per la legge federale (Federal Gun Control Act, 18 U.S.C. § 922 1968 e seg.) è permanentemente proibita la detenzione di armi a

chi: "*le utilizza illecitamente o è dipendente da sostanze, ha deficit mentali o è stato ricoverato in qualsiasi istituzione psichiatrica*". Le norme dei singoli stati stabiliscono criteri autonomi per definire le condizioni di non idoneità alla detenzione di armi (Norris, 2006; Simpson 2007)

In Gran Bretagna i criteri stabiliti dal Firearm Acts e dalle linee guida dell'Home Office (Ministero dell'Interno) prevedono la presenza di precedenti penali, temperamento violento o infermità mentale, carattere pericoloso per l'incolumità o l'ordine pubblico.

La normativa in vigore in Italia stabilisce che l'idoneità psichica in materia di armi sia caratterizzata da "*assenza di disturbi mentali, di personalità o comportamentali*" e che in particolare non debba riscontrarsi "*dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool*". E' stabilito anche che costituisce causa di non idoneità "*l'assunzione anche occasionale di sostanze stupefacenti e l'abuso di alcool e/o psicofarmaci*".

Il procedimento di verifica del possesso dei requisiti psicofisici minimi è articolato in due fasi (Fig. 2).

La prima fase 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.

Le diagnosi psicopatologiche attualmente motivo di non idoneità possono essere qui riassunte:

Schizofrenia e altri disturbi psicotici:

- Schizofrenia (assoluta)
- Disturbo delirante (assoluta)
- Disturbo psicotico breve (da valutare)

Disturbi dell'umore:

- Disturbi depressivi (da valutare)
- Disturbo bipolare (da valutare)

Disturbi d'ansia:

- Disturbo Ossessivo Compulsivo (da valutare)

Disturbi del controllo degli impulsi:

- Disturbo Esplosivo-Intermittente (IED) (assoluta)

Disturbi di personalita':

- Disturbo paranoide di personalità (assoluta)
- Disturbo borderline (assoluta)
- Disturbo antisociale di personalità (assoluta)

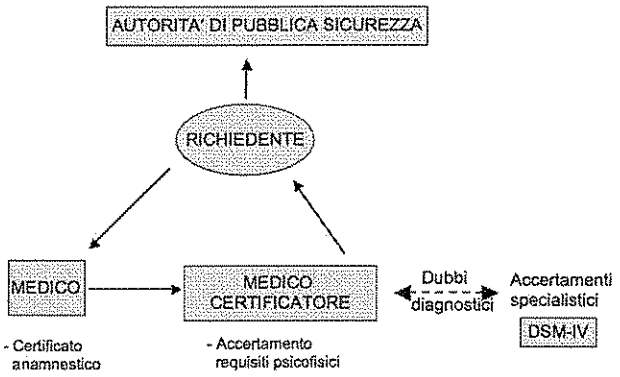
Disturbi correlati a sostanze:

- Abuso o dipendenza da sostanze (assoluta)

Stati organici:

- Psicosindromi organiche, demenza, epilessia (assoluta)

Fig. 2 – Procedure di valutazione attuale per la verifica del possesso dei requisiti psicofisici minimi –



Quale tipo di diagnosi?

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 violenza con armi da fuoco è infatti un fenomeno complesso che deriva dall'interazione di aspetti intrapsichici e situazionali. Una valutazione che non comprenda le molteplici dimensioni rischia di essere inaccurata e priva di valore predittivo. Un elemento critico ancora da approfondire riguarda proprio quale approccio psicopatologico sia da utilizzare per la prevenzione del rischio di abusi di armi (Clerici, 2008b). Un'efficace valutazione comprende idealmente sia aspetti diagnostici di condizioni psicopatologiche in atto, sia implicitamente una previsione sul rischio di comportamenti autolesivi ed eterolesivi anche a lungo termine. E' evidente come un giudizio di tale genere implichi valutazioni ancora più complesse di quelle richieste nella comune attività clinica.

L'accuratezza nella previsione di azioni violente è descritto in diversi studi come variabile fra il 14% e il 53% (Lamberg, 2007)

Esperienze internazionali e lo studio su diverse popolazioni di utilizzatori professionali di armi nel nostro paese mostrano come anche in popolazioni selezionate e particolarmente controllate sul piano comportamentale psichico si verifichino abusi suicidari ed omicidari con armi da fuoco.

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

Potrebbe essere utile un costrutto clinico–diagnostico come quello chiamato "*Rischio di abuso di armi*" (*WAR*) in corso di sviluppo nell'ambito di una collaborazione multidisciplinare psichiatrica, psicologica e criminologica.

Lo sviluppo di questo costrutto deve sia definire le sue caratteristiche teoriche (sviluppo del modello) sia ampliare la base delle ricerche empiriche a cui fa riferimento.

Da tempo è in corso un dibattito intorno all'efficacia clinica dei sistemi classificativi di tipo nosografico-categoriali quale il DSM-IV (APA, 2000). In questo contesto è possibile che sistemi classificativi di altro tipo (come quello dimensionale offerto dal PDM (PDM Task Force, 2008) possano dare un contributo per comprendere e descrivere le diverse dimensioni concorrenti al problema (nel PDM in particolare Personalità, Funzionamento mentale e Sintomi).

Sono quindi necessari modelli che cerchino di studiare come si organizzi il funzionamento di un soggetto in modo tale per cui lo

scompenso della sua organizzazione psichica possa coinvolgere l'abuso di armi.

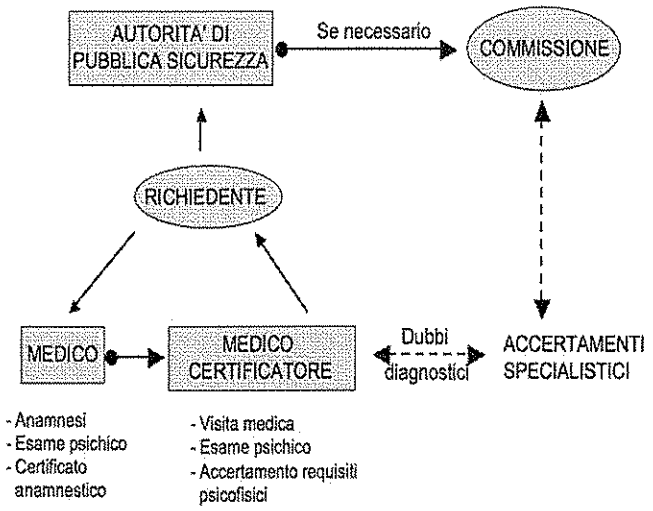
Le armi e il loro utilizzo acquistano significati peculiari e soggettivi che si inseriscono nell'organizzazione più ampia della personalità e del funzionamento mentale. Queste due dimensioni non emergono dagli studi clinici ed empirici basati su diagnosi nosografiche e invece possono essere centrali per la comprensione del fenomeno. Esse infatti possono offrire elementi per comprendere come un individuo abusi di armi. Stili difensivi che caratterizzano la personalità (proiettivi, oppure basati sul controllo, o sul potere, o sul piacere di manipolare, o sul diniego e più in generale che distorcono la realtà) e che pur rimanendo al di sotto delle soglie cut-off per formulare diagnosi nosografiche di disturbi di personalità possono invece essere di interesse clinico rilevante per avere dei criteri di valutazione del rischio.

Procedura di valutazione proposta

Alla luce di questa prospettiva diagnostica è possibile ipotizzare sia un percorso di valutazione di routine sia uno di approfondimento per casi selezionati, che illustreremo qui di seguito (Fig. 3).

Il modello proposto è sviluppato considerando i limiti delle risorse esistenti e che renda più efficace quanto già attuato.

Fig. 3 – Procedure di valutazione proposta per la verifica del possesso dei requisiti psicofisici minimi –



Ruolo del medico di medicina generale

Se il medico non può essere utilizzato ragionevolmente per prevedere il comportamento futuro, può essere senz'altro un'indispensabile fonte di notizie su passato e presente dei soggetti (Thompson, 2005).

La maggior parte delle condizioni psicopatologiche maggiori può essere identificabile dal medico curante attraverso un colloquio clinico, un esame obiettivo e in base ai dati anamnestici riferiti anche a pregresse patologie e cure del paziente a lui note.

Nella routine la valutazione dell'idoneità psichica al maneggio di armi dovrebbe richiedere una procedura di valutazione del comportamento che comprenda 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

Ogni dato clinico potenzialmente di rilievo dovrebbe essere valutato da un secondo clinico. Se il paziente si rifiuta di produrre al secondo medico la certificazione eventualmente attestante elementi anamnestici è libero di interrompere l'iter di valutazione rinunciando a ottenere il titolo di porto d'armi.

Appare quindi ragionevole proporre che eventuali nuove procedure di valutazione prevedano che:

- la funzione del primo medico incaricato della certificazione anamnestica (oggi il medico di medicina generale) non si limiti alla compilazione di una scheda anamnestica ma comprenda la raccolta di un'anamnesi completa e un colloquio clinico comprensivo dell'esame psichico (cioè si svolga una visita e non vi sia solo la controfirma delle dichiarazioni del paziente).
- in caso di recente cambio del medico di medicina generale sia possibile acquisire la documentazione dal precedente curante.
- che ogni medico abbia possibilità di conoscere se un suo paziente detenga armi e che abbia la possibilità di riferire informalmente all'autorità responsabile delle autorizzazioni in materia di armi, in presenza di sospetti per turbe psichiche o comportamentali.

Dovrebbe essere previsto un protocollo operativo per la valutazione psichica da seguire da parte dei medici certificatori (e da parte di eventuali specialisti della salute mentale incaricati in casi dubbi) per evitare un'eccessiva discrezionalità.

Dovrebbero essere individuati i requisiti psicofisici minimi, differenziandoli ed adeguandoli alle varie tipologie di autorizzazioni in materia di armi per le quali è previsto il certificato di idoneità. Le guardie giurate o gli agenti della polizia locale che hanno la disponibilità immediata e continua dell'arma di servizio hanno rischi diversi rispetto a chi conserva nelle propria abitazione un'arma.

Approfondimento delle valutazioni e identificazione delle condizioni di rischio

Nella letteratura giuridica (Vicari, 1998) è stata segnalata l'opportunità di affidare la valutazione dei casi dubbi a un organismo collegiale che possa anche valutare certificazioni prodotte dagli interessati e disporre ogni accertamento eventualmente necessario. Dovrebbe essere ampliata la possibilità di ricorrere al "Collegio medico", prevista dall'art.4 del D.M. 1998, anche da parte degli uffici competenti al rilascio delle autorizzazioni di polizia. L'attuale decreto riserva questa facoltà soltanto al richiedente al quale viene negato il certificato. Sarebbe necessario per Questure e Prefetture poter disporre della consulenza per sostenere l'idoneità o il suo diniego con una valutazione tecnica sia in caso di problematiche interpretative sulle certificazioni, come nel caso della presentazione di due certificati, con giudizi di idoneità contrapposti, sia per la valutazione dell'idoneità ove si ravvisino elementi che possano far dubitare della sua sussistenza in soggetti che detengono armi.

Occorre approfondire la possibilità di poter disporre, in deroga alle norme sul segreto professionale e sulla privacy, nel caso di condizioni a rischio di violenza o altri segnali di allarme riscontrate durante lo svolgimento della comune pratica clinica in soggetti titolari di porto d'armi, l'invio del paziente a una valutazione specialistica, anche in condizioni che non richiedono il referto. Tale possibilità che un tempo rientrava nella prescrizione normativa dell'art. 153 del T.U.L.P.S. implicitamente abrogata dalla legge 180/78 che prevedeva l'obbligo per gli esercenti una professione sanitaria di denunciare all'autorità di pubblica sicurezza le persone assistite o esaminate affette da malattie di mente che dimostrassero o dessero sospetto di essere pericolose per se e gli altri.

Dovrebbero essere sviluppate procedure per verificare se pazienti in trattamento sanitario obbligatorio detengono armi. Uno studio statunitense riporta che 1% dei pazienti ospedalizzati per una patologia psichica riferisce spontaneamente di possedere armi mentre il 9% risponde se una domanda sulla detenzione di armi è inserita nell'anamnesi (McNiel, 2007).

Dovrebbe essere prevista la presenza di specialisti della salute mentale (anche psicologi clinici) nelle commissioni destinate alla valutazione di casi con sospette turbe psichiche.

Una valutazione ideale dell'idoneità psichica al maneggio di armi nei casi ove esistano elementi di dubbio diagnostico o elementi di incertezza verso la permanenza dell'idoneità dovrebbe quindi comprendere l'esame di molteplici aspetti riconducibili al WAR quali:

- soggettive percezioni di minaccia al proprio Sé
- funzioni psichiche (in particolare pensiero e tono dell'umore)

- regolazione degli stati interni (quando e quanto il soggetto riesce a calmarsi nelle situazioni stressanti o di sofferenza, e a mantenere la lucidità), e l'efficacia dei meccanismi di controllo degli impulsi
- stile di personalità
- funzionamento difensivo e le distorsioni della realtà a cui il soggetto è incorso o incorre
- valori, ideali, modelli, e la misura in cui hanno un ruolo regolatorio dei comportamenti, delle scelte, dei sacrifici e delle gioie della persona
- capacità e attitudine abituale di provare empatia e di identificarsi con gli altri, sia in situazioni intime sia sociali allargate
- prospettive future e la capacità di integrarle con il passato e la storia del soggetto
- capacità dell'individuo di pensare a sé e agli altri, ed esprimere ciò che prova attraverso pensieri o immagini, e la propria capacità di auto-osservazione.

Provvedimenti formativi e organizzativi

Contemporaneamente a quanto sopra descritto è necessario che sia sostenuta la ricerca scientifica sulla prevenzione dell'abuso di armi legali.

E' opportuno migliorare la formazione di medici di medicina generale e dei medici delle ASL e militari (responsabili questi della maggior parte delle certificazioni) sul tema specifico e sulle procedure in caso di situazioni problematiche. Curiosamente la formazione dei medici sul tema specifico della prevenzione in materia di armi è segnalata come ambito estremamente carente anche nelle società scientifiche statunitensi (Longjohn, 2004).

Le misure descritte non possono essere disgiunte dalla necessità di

garantire che i responsabili delle procedure amministrative possano disporre di tutte le informazioni utili per la valutazione di precedenti condotte pericolose, compresi i precedenti che ora non risultano inseriti nel casellario giudiziale. Il problema della valutazione infatti, non riguarda infatti soltanto le valutazioni sanitarie ma anche le possibilità di collaborazione fra forze di polizia e clinici.

Conclusioni

Il tema delle armi suscita spesso atteggiamenti contrastanti e ciò non ha favorito lo sviluppo di un approccio scientifico empiricamente fondato della prevenzione dei fenomeni violenti con armi legali.

In Italia la ricerca è stata ostacolata anche dalla mancanza di dati fondamentali quali il numero di armi legalmente detenute nei diversi anni dai cittadini. E' auspicabile che il nuovo sistema informatico «Space», realizzato in Italia grazie a un finanziamento della Comunità Europea, possa offrire finalmente dati anche per una conoscenza scientifica più precisa. E' probabile comunque che il problema della valutazione psichica in materia di armi resti rilevante anche nei prossimi anni.

Una questione etica ed economica fondamentale riguarda l'opportunità di investire ampie risorse in complesse valutazioni preventive, di efficacia non dimostrata, quando i servizi psichiatrici hanno scarsissime risorse per la cura dei malati.

L'orientamento proposto in queste pagine è basato su una valutazione diagnostica del comportamento in senso allargato più che su un'esclusiva diagnosi psicopatologica.

Il fenomeno dell'abuso di armi legali richiederà ulteriori studi nell'ambito operativo (riscontri di efficacia delle attuali procedure e

sviluppo di procedure efficienti) e richiede il concorso di un'analisi legislativa e clinica del problema per poter fornire riferimenti (indicazioni, aiuti, linee guida) per la corretta gestione.

Un passo ulteriore per ottenere valutazioni sempre più attendibili e valide richiederà di attuare una formazione specifica per chi deve occuparsi di questo problema di grande rilevanza sociale e clinica. La formazione dovrà essere realizzata con percorsi curriculari ad hoc, con l'obiettivo di formare competenze cliniche specifiche sulla valutazione del rischio di abuso di armi.

E' necessario pensare al clinico che si trova di fronte al problema della valutazione del rischio di abuso di armi (W.A.R.) come uno specialista che ha competenze specifiche in questo settore, che utilizza strumenti protocollari di cui sa però valutare la "rilevanza clinica" caso per caso, nel rispetto della libertà ma anche della sicurezza di tutti.

Bibliografia

Adshead G., Fonagy P., Sarkar S.P. (2007) Violence and gun crime, *British Medical Journal*, 335, 7625, 837.

Albasi C. (2009) *Psicopatologia e Ragionamento Clinico,* Cortina Raffaello, Milano.

APA (American Psychiatric Association) (2000) *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Masson, Milano.

Appelbaum P.S. (2006) Violence and mental disorders: data and public policy, American *Journal of Psychiatry*, 163, 8, 1319-21.

Appelbaum P.S., Robbins P.C., Monahan J. (2000) Violence and delusions: data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study, *American Journal of Psychiatry,* 157, 4, 566-72.

Bailey J., Kelleremann A., Somes G., Banton J., Rivara F., Rushforth N. (1977) Risk factors for violent death of women in the home, *Archives of Internal Medicine*, 157, 7, 777-782.

Beck J.C. (2004) Delusions, substance abuse, and serious violence, *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, 32, 2, 169-72.

Binder R.L. (1999) Are the mentally ill dangerous?, *Journal of American Academy Psychiatry and Law*, 27, 2, 189-201.

Brent D.A. (2001) Firearms and suicide, *Annals of the New York Accademy of Science*, 932, 225-239.

Buss A.H., Durkee A.J (1957) An inventory for assessing different kinds of hostility, *Consulting Psychology Journal*, 21, 4, 343-9.

Buss A.H., Perry M. (1992) The aggression questionnaire, *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 3, 452-9.

Campbell J.C. (1994) Domestic homicide: risk assessment and professional duty to warn, *Maryland Medical Journal*, 43, 10, 885-889.

Caprara G.V. (1983) La misura dell'aggressività: contributo di ricerca per la costruzione e la validazione di due scale per la misura dell'irritabilità e della suscettibilità emotiva, *Giornale Italiano di Psicologia*, 10, 107.

Caprara G.V., Barbaranelli C., Pastorelli C., Perugini M. (1991) *Indicatori della Condotta Aggressiva, Irritabilità, e Ruminazione/Dissipazione: Manuale*, OS Organizzazioni Speciali, Firenze.

Casiano H., Belik S.L., Cox B.J, Waldman J.C., Sareen J. (2008) Mental disorder and threats made by noninstitutionalized people with weapons in the national comorbidity survey replication, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 6, 437-45.

Catanesi R., Martino V., Scapati F., Varia S. (2007) Raccomandazioni

per il rilascio di certificazioni finalizzate a ottenere il porto d'armi, *Quaderni Italiani di Psichiatria*, XXVI, 17-34.

Clerici C.A., Veneroni L., Invernizzi R. (2006) 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. *Psichiatria e Psicoterapia*, 25, 3, 226-239.

Clerici C.A., de'Micheli A., Veneroni L., Pirro V., Albasi C. (2008a) Rischio di abuso di armi da fuoco: rassegna della letteratura e proposte di procedure mediche di prevenzione, *Recenti Progressi in Medicina*, 99, 10, 475-484.

Clerici C.A., de'Micheli A., Veneroni L., Albasi C. (2008b) Quale psicopatologia per la prevenzione dell'abuso di armi da fuoco legali? *Abilitazione e Riabilitazione*, 2, 25-33.

Clerici C.A., Invernizzi R., Veneroni L., de'Micheli A. (2009a) Suicidi e omicidi con l'arma di ordinanza. Analisi della casistica nelle guardie particolari giurate in Italia, *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 31, 1,10-15, Suppl A, Psicol.

Clerici C.A., Veneroni L., de' Micheli A., Albasi C. (2009b) Estimating the Risk of Violence From Legally Obtainable Guns, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 1, 74.

Cook W.W., Medley D.M. (1954) Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI, *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.

Corrigan P., Thompson V., Lambert D., Sangster Y., Noel J.G., Campbell J. (2003) Perceptions of discrimination among persons with serious mental illness, *Psychiatric Service*, 54, 8, 1105-10.

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 referente to the canadian situation*, Canadian Firearms Centre, Department of Justice, Ottawa.

Departement of justice Canada (1992) *Domestic homicides involving the use of firearms*, Working document, Research and Development Directorate, Dansys Consultants Inc, Ottawa.

Dudley M., Cantor C., Moore G. (1996) Jumping the gun: firearms and the mental health of Australians, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* 30, 3, 370-81.

Eures (2005) *L'omicidio volontario in Italia*, Rapporto Eures - ANSA 2005, Roma.

Eures (2007) *L'omicidio volontario in Italia*, Rapporto Eures - ANSA 2007, Roma.

Hare R.D., Hart S.D., Harpur T.J. (1991) Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder, Journal of Abnormal Psychology, 100, 3, 391-8.

Harris G.T., Rice M.E., Camilleri J.A. (2004) Applying a Forensic Actuarial Assessment (the Violence Risk Appraisal Guide) to Nonforensic Patients, *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 9, 1063-1074.

Heiman M.F. (1997). Suicide among police, American Journal of Psychiatry, 134, 1286-1290.

Helmkamp J.C. (1996) Occupation and suicide among males in the US Armed Forces, *Annals of Epidemiology*, 6, 83-88.

Istituto Nazionale di Statistica, Statistiche giudiziarie penali (2005) *Anno 2003,* ISTAT, Roma.

Istituto Nazionale di Statistica, Statistiche giudiziarie penali (2006) *Anno 2004*, ISTAT, Roma.

Kapusta N.D., Etzersdorfer E., Krall C., Sonnek G. (2007) Firearm legislation reform in the European Union: impact on firearm availability, firearm suicide and homicide rates in Austria, *The British Journal of Psychiatry*, 191, 253-257

Killias M. (1993) International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide, *Archive of Canadian Medical Association Journal*, 148, 10, 1721-5.

Kirckaldy B., Cooper C.L. (1992) Managing the stress of change: occupational stress among senior police officers in Berlin, *Stress Medicine*, 8, 219-231.

Krug E.G., Powell K.E., Dahlberg L.L. (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.

Lamberg L. (2007) New tools aid violence risk assessment, *JAMA*, 298, 5, 499-501.

Liu T., Waterbor J.W. (1994) Declining use of firearms to commit suicide in Alabama in the 1980s', *Journal of Death and Dying*, 30, 2, 145-53.

Longjohn M.M., Christoffel K.K. (2004) Are medical societies developing a standard for gun injury prevention?, *Injury Prevention*, 10, 3, 169-73.

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.

Mann J.J., Apter A., Bertolote J., Beautrais A., Currier D., Haas A., et al. (2005), Suicide prevention strategies: a systematic review, *JAMA*, 294, 2064-2074.

McNiel D.E., Weaver C.M., Hall S.E. (2007) Base rates of firearm possession by hospitalized psychiatric patients, *Psychiatric Services*, 58, 4, 551-3.

Miller M., Barber C., Azrael D., Hemenway D., Molnar B.E. (2009) Recent psychopathology, suicidal thoughts and suicide attempts in households with and without firearms: findings from the National Comorbidity Study Replication, *Injury Prevention*, 15, 183-187

Miniño A.M., Arias E., Kochanek K.D,. Murphy S.L., Smith B.L. (2002) Deaths: final data for 2000, in Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics, *National vital statistics reports,* Hyattsville.

Modestin J, Wuermle O. (2005) Criminality in men with major mental disorder with and without comorbid substance abuse, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59, 1, 25-9.

Monahan J., Steadman H.J., Appelbaum P.S., Robbins P.C., Mulvey E.P., Silver E., Roth L.H., Grisso T. (2000) Developing a clinically useful actuarial tool for assessing violence risk, *The British Journal of Psychiatry*, 176, 312-9.

Moyer S., Carrington P.J. (1992) *Gun availability and firearms suicide*, Prepared for the Department of Justice.

Norris D.M., Price M., Gutheil T., Reid W.H. (2006) Firearm laws, patients, and the roles of psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 163, 8, 1392-6.

PDM Task Force (2008) *Manuale Diagnostico Psicodinamico*, Raffaello Cortina, Milano.

Peruzzi N. (2000) Eighth factors found critical in assessing suicide risk, *Monitor on Psychology*, 31, 54-61.

Pescosolido B.A., Monahan J., Link B.G., Stueve A., Kikuzawa S. (1999) The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problema, *American Journal of Public Health*, 89, 9, 1339-45.

Robbins P.C., Monahan J., Silver E. (2003) Mental disorder, violence, and gender, *Law and Human Behaviour*, 27, 6, 561-71.

Rosengart M., Cummings P., Nathens A., Heagerty P., Maier R., Rivara F. (2005) An evaluation of state firearm regulations and homicide and suicide death rates, *Injury Prevention*, 11, 2, 77-83.

Schanda H., Knecht G., Schreinzer D., Stompe T., Ortwein-Swoboda G., Waldhoer T. (2004) Homicide and major mental disorders: a 25-year study, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 2, 98-107.

Shapiro, J. P. (2000) *Attitudes Toward Guns and Violence Questionnaire (AGVQ): Manual*, Western Psychological Services, Los Angeles.

Siegel, J.M. (1986) Multidimensional Anger Inventore, *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 191-200.

Sigurdson E., Staley D., Matas M., Hildahl K., Squair K. (1994) A five year review of youth suicide in Manitoba, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 8, 397-403.

Simpson J.R. (2007) Issues related to possession of firearms by individuals with mental illness: an overview using California as an example, *Journal of Psychiatric Practice*, 13, 2, 109-14.

Spielberger C.D. (1988) *State-Trait Anger Expression Inventory (S.T.A.X.I.). Professional Manual*, Psychological Assessment Resources, New York.

Thompson P. (2005) Psychiatric illness and gun licensing, *Psychiatric Bulletin*, 29,281-283.

Tutty L.M. (1999) *Domestic violence involving firearms in Alberta: case studies of women and children.* Prepared for the Canadian Firearms Centre.

Vicari A. (1998) Il problema del doppio certificato, *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 20, 3, 413-433.

Violanti J.M., Vena J.E., Marshall J.R. (1996a) Suicides, homicides, and accidental death: a comparative risk assessment of police officers and municipal workers, *American Journal of Industrial Medicine*, 30, 1, 99-104.

Violanti J.M., Vena J.E., Marshall J.R., Petralia S. (1996b) A comparative evaluation of police suicide rate validity, *Suicide and Life Threatening Behaviour,* 26, 1, 79-85.

Wallace C., Mullen P.E., Burgess P. (2004) Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders, *American Journal of Psychiatry*, 161, 4, 716-27.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D. (1997) *HCR-20: Assessing Risk for Violence (version 2)*, The Mental Health, Law, and Policy Institute of Simon Fraser, Burnaby, Canada University, British Columbia.

Wessely S. (1998) The Camberwell Study of Crime and Schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Suppl 1, 24-8.

Wintemute G.J., Kraus J.F., Teret S.P., Wright M.W. (1998) The choice of weapons in firearm suicides, *American Journal of Public Health*, 78, 824-6.

Wintemute G.J. (2008) Guns, fear, the Constitution, and the public's health, *The New England Journal of Medicine*, 358,1, 4, 1421-4.